Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Drucksache 7/4200

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1,
Postfach 821, Goethestraße 56, Telefon (0 22 21) 36 35 51

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975 — 341.2 — 474 — 5.

Auszug aus diesem Schreiben:

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

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

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

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

Gliederung des Schlußberichtes

Präambel

Zusammenfassung

Inhaltsverzeichnis

A. Zum gegenwärtigen Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1 Historische Vorbemerkungen

2 Bedarf an Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte

3 Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit

4 Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

5 Administrative Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

6 Zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in anderen Ländern

B. Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1 Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

2 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

2.1 Allgemeine nicht-professionelle und professionelle Beratung

2.2 Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben

2.3 Der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin

3 Psychiatrische und rehabilitative Dienste

3.1 Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung

3.2 Ambulante Dienste

3.2.1 Der niedergelassene Nervenarzt

3.2.2 Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

3.2.3 Die Gesundheitsfachverwaltung

3.3 Stationäre und halbstationäre Dienste

3.3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen
— Psychiatrische Behandlungszentren —

3.3.2 Psychiatrische Universitätskliniken

3.3.3 Tages- und Nachtkliniken

3.4 Komplementäre Dienste

3.4.1 Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung

3.4.2 Sonstige komplementäre Dienste

3.4.3 Komplementäre Dienste im Verbundsystem

3.5 Spezielle rehabilitative Dienste

3.5.1 Werkstatt für Behinderte

3.5.2 Beschützende Arbeitsplätze

3.5.3 Arbeitsplätze für Behinderte nach § 6 des Schwerbehindertengesetzes

3.5.4 Berufsbildungswerke

3.5.5 Berufsförderungswerke

3.6 Behindertenzentren

3.7 Versorgung besonderer Altersgruppen

3.7.1 Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

3.7.2 Versorgung psychisch kranker alter Menschen

3.8 Versorgung geistig Behinderter

3.9 Dienste für spezielle Patientengruppen

3.9.1 Suchtkranke

3.9.2 Suicidgefährdete

3.9.3 Psychisch kranke Straftäter

3.9.4 Epilepsie-Kranke

3.9.5 Hirnverletzte

3.9.6 Nichtseßhafte

4 Psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste

4.1 Krankheitskonzepte, Versorgungsprinzipien und Aufgaben im Bereich psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste

4.2 Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutisch/psychosomatischen Funktionen

5 Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geografischen Bereichen

5.1 Standardversorgungsgebiete

5.2 Übergeordnetes Versorgungsgebiet

6 Koordination und Planung

C. Aus-, Weiter- und Fortbildung

1 Definitionen

2 Allgemeine Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung

3 Aus-, Weiter- und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik

4 Spezielle Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik

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

E. Primärprävention

F. Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik

G. Personalbedarf

H. Prioriäten

Sondervoten von Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission

Anhang (in einem weiteren Band) — Drucksache 7/4201 —

Im Anhang befinden sich:

Ausführungen der Arbeitsgruppen

Material und ergänzende Daten zur Bestandsaufnahme — Im Auftrag der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Untersuchungen — Gutachten, die von der Sachverständigen-Kommission in Auftrag gegeben wurden — Berichte über Informationsreisen — Anhörungen — Materialien

Tätigkeitsbericht

Präambel

Der Fortschritt der naturwissenschaftlichen Medizin im Laufe des letzten Jahrhunderts hat dazu geführt, daß viele Krankheiten und Leiden an Bedeutung verloren haben. Damit ist es zu einer Verlagerung der Schwerpunkte bei der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gekommen. Während beispielsweise Infektionskrankheiten weitgehend beherrscht werden können, hat für unsere Generation die Bedeutung von Krebs, Herzkrankheiten, chronischen Gelenkkrankheiten, Altersleiden, sowie angeborenen oder erblichen Schäden zugenommen. Vor allem aber stellt das Ausmaß, in dem psychische Krankheiten und Behinderungen auftreten, vor sehr wesentliche gesundheitspolitische und wissenschaftliche Aufgaben.

Allerdings werden psychische Störungen, bei denen nicht wie bei körperlichen Krankheiten offenkundige Merkmale von Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit vorhanden sind und die nur selten unmittelbar lebensbedrohliche Auswirkungen haben, zum Teil gar nicht als Krankheit gewertet. Ihre Häufigkeit und das Leid, welches sie den Betroffenen und ihern Angehörigen aufbürden, wurden lange Zeit unterschätzt.

Die Entwicklung medikamentöser Behandlung, psychotherapeutischer und rehabilitativer Methoden, neuer Versorgungsmodelle und therapeutisch wirksamerer Formen sozialer Betreuung haben es ermöglicht, viele psychische Krankheiten erfolgreich zu behandeln und bislang für unheilbar gehaltene Leiden zu beeinflussen. Auch bei begrenztem Behandlungsergebnis kann oft noch eine befriedigende Rehabilitation erreicht werden. Dies bedeutet, daß viele psychisch Kranke und Behinderte wieder in die Lage versetzt werden können, ihren Platz in der Gesellschaft einzunehmen und daß langjährige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Diagnose und Therapie sind differenzierter geworden. Dazu gehört vor allem auch die stärkere Berücksichtigung der jeweiligen sozialen Bedingungen und Auswirkungen psychischer Störungen. In gleichem Maße, wie sich herausgestellt hat, daß es für psychische Krankheiten aller Schweregrade, die bis dahin vielfach ertragen werden mußten, Hilfe gibt, tritt der große Bedarf auch an ambulanten Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten immer deutlicher in Erscheinung.

Verglichen mit der Entwicklung in vielen anderen Ländern und verglichen mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, sind die Probleme seelischer Gesundheit und Krankheit im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik um wenigstens ein Jahrzehnt verspätet wahrgenommen worden. Nicht zuletzt mag dabei die Reaktion auf die unmenschliche Behandlung psychisch Kranker und Behinderter während des „Dritten Reiches" eine Rolle spielen. Einige der in diesem Bericht vorgeschlagenen Verbesserungen haben daher über ihre allgemeine humanitäre Aufgabe hinaus, noch eine *besondere* Verpflichtung zu erfüllen.

Die Darstellung der gegenwärtigen Lage psychisch Kranker in der Bundesrepublik und die Planung einer dem tatsächlichen Bedarf entsprechenden Versorgung ist eine schwierige und komplexe Aufgabe, weil sehr verschiedenartige Gruppen von Kranken und Behinderten und dementsprechend sehr unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse zu berücksichtigen sind. Es geht um Kranke, deren Leiden, welche Ursachen oder Anlässe es immer haben mag, entweder einer stationären oder ambulanten Behandlung in den vielfältigen Formen psycho- oder sozialtherapeutischer sowie medikamentöser Maßnahmen bedarf. Abgehandelt werden auch die besonderen Bedingungen des Auftretens und die Unterschiede in den häufigsten Erkrankungen verschiedener Altersstufen, die sich auch in Besonderheiten des Versorgungsangebotes niederschlagen. Schließlich muß die Aufmerksamkeit auch denjenigen Formen psychischer Auffälligkeit und Krankheit gelten, die im allgemeinen eher unter dem Gesichtspunkt der Abweichung von sozialen Normen und der Kontrolle beurteilt werden.

Die Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die in der Öffentlichkeit der Bundesrepublik vor allem angesprochen worden sind, beziehen sich auf vier Bereiche:

1. Die unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.
2. Der Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Alkoholkranke und Drogenabhängige, für psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte.
3. Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die große Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten.
4. Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste.

Diese Probleme sind zentrale Themen des Berichtes der Sachverständigen-Kommission *). Darüber hinaus hat sie eine beträchtliche Zahl weiterer Mängel aufgewiesen und Verbesserungsvorschläge gemacht.

*) Die Zusammensetzung der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen, ihr Vorgehen sowie die Besonderheiten der Zusammenarbeit mit den Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik sind dem Tätigkeitsbericht zu entnehmen.

Es zeigte sich dabei sehr deutlich, wie wenig das Wissen, die Erfahrungen und die therapeutischen Konzepte einzelner Disziplinen ausreichen, um den vielfältigen sowohl biologischen wie psychosozialen Bedingungen psychischer Krankheiten in gleicher Weise gerecht zu werden und die Versorgung von den Auswirkungen organischer Hirnkrankheiten bis zu neurotischen Entwicklungen und psychosomatischen Beeinträchtigungen zu planen. Es war deswegen notwendig, in den Arbeitsgruppen der Sachverständigen-Kommission fachliche Kompetenz aus den Bereichen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychologie, Sozialwissenschaften, Sozialarbeit und den verschiedenen pädagogischen Disziplinen zusammenzuführen. Im Laufe der Tätigkeit der Sachverständigen-Kommission haben sich dabei noch wesentliche Ergänzungen und Erweiterungen als unumgänglich erwiesen. Die Zusammenarbeit war dabei zunächst keineswegs in allen Bereichen selbstverständlich und einfach. Immerhin war ja die bisherige Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik und auch die wissenschaftliche Forschungstätigkeit für lange Zeiträume ohne eine solche Zusammenarbeit — etwa im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie — vor sich gegangen. Eine für alle gewinnbringende Erfahrung der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen liegt darin, daß historisch bedingte Hindernisse einer Zusammenarbeit überwunden werden konnten und daß damit die vielfältigen wissenschaftlichen Erkenntnisse, Erfahrungen und Konzepte der einzelnen Fachrichtungen einer gemeinsamen Versorgung aller psychisch Kranken künftig zugute kommen können.

Unter diesen Gesichtspunkten hat sich die Sachverständigen-Kommission bemüht, die Vielfalt der Erfahrungen und Ansichten miteinander in Einklang zu bringen und Empfehlungen zu erarbeiten, die gemeinsam vertreten werden können. Dieser Prozeß war nicht zuletzt dadurch mühsam und langwierig, daß bei manchen Vorschlägen nicht auf umfangreiche Untersuchungsergebnisse zurückgegriffen werden konnte, sondern theoretische Überlegungen und die Auswertung verschiedenartiger Expertenerfahrungen benötigt wurden. Dies bedingt unter anderem, daß in bislang wissenschaftlich weniger abgeklärten Gebieten eine breitere, begründende Darstellung erfolgte. Die einzelnen Teile des Berichtes haben dadurch, unabhängig von ihrer Bedeutung, einen sehr unterschiedlichen Umfang bekommen.

Die Sachverständigen-Kommission bezieht sich mit ihren Reformvorschlägen auf den gegenwärtigen Zustand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Sie weist darauf hin, daß mit solchen Reformvorschlägen der Verlauf der weiteren Entwicklung nicht festgeschrieben werden soll. Es ist vielmehr eine ständige Überprüfung der Planungen, Maßnahmen und ihrer Auswirkungen erforderlich. Dabei ist besonders darauf zu achten, daß nicht erneut benachteiligte Gruppen von psychisch Kranken entstehen, deren weniger günstige Prognose dem mit allen Reformen verbundenen Erfolgszwang nicht entspricht.

Die Sachverständigen-Kommission hat im Verlauf ihrer mehrjährigen Tätigkeit erfahren, welchen Veränderungen der finanzielle Spielraum für die Realisierung von Reformen unterworfen ist. Unabhängig davon sieht sie es als ihre Aufgabe an, die vorhandenen Notwendigkeiten aufzuzeigen. Diese mit den zu jeder Zeit begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten in Einklang zu bringen, erfordert eine Prüfung der Dringlichkeit einzelner Vorhaben und wohlüberlegte und fortlaufend auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muß sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.

Zusammenfassung

Gliederung

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

1. Kritische Würdigung der Situation ..... Seite 6
2. Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen ..... Seite 6
3. Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ..... Seite 8

B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1. Notwendigkeit und Ziele der Reform .... Seite 16
2. Grundsätze und Leitlinien ..... Seite 16
3. Die Empfehlungen im einzelnen ..... Seite 18

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

1 Kritische Würdigung der Situation

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

— beträchtliche Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten, vorwiegend aber in folgenden Bereichen:

  a) komplementäre Dienste (z. B. Übergangseinrichtungen sowie Heime und beschützende Wohnangebote vor allem für chronisch Kranke und Behinderte, Tagesstätten) (s. B. 3.4),

  b) ambulante Dienste (z. B. niedergelassene Nervenärzte, besonders in ländlichen und kleinstädtischen Gebieten, ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen, Beratungsdienste) (s. B. 3.3.2; B. 2; B. 4.2),

  c) gemeindenahe stationäre Dienste (z. B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) (s. B. 3.3; B. 4.2);

— weitgehende Ausklammerung der Versorgung psychisch Kranker aus der allgemeinen Medizin und damit deren Benachteiligung gegenüber körperlich Kranken (s. B. 3.3.1);

— Mangel an qualifiziertem Personal in allen Diensten und Berufsgruppen, vor allem als Folge unzureichender Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. A. 4, G.).

Besonders unzureichend ist die Versorgungslage für folgende Patientengruppen:

— psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche (s. B. 3.7.1),

— Suchtkranke (s. B. 3.9.1),

— chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte (s. B. 3.7.2; B. 3.8).

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

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

2 Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen

Vorbemerkung (s. A.2)

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

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

2.1 Umfang des betroffenen Personenkreises

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

2.2 Konsultationen und Behandlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verteilung der Aufnahmen nach Diagnosen in den Rheinischen Landeskrankenhäusern *)

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

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

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

3 Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

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

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

— Aufgaben der Prävention im Sinne der Früherkennung,

— erste Hilfs- und Beratungsangebote,

— Überweisungen in eine fachgerechte Behandlung.

Folgende gravierende Mängel sind in diesem Bereich festzustellen:

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

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

b) Professionelle Beratung (s. B. 2.1)

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

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

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

— Die Berufsberatung ist häufig zu einseitig auf die jeweiligen Erfordernisse des Arbeitsmarktes ausgerichtet. Die besondere Situation der zu beratenden Jugendlichen und Erwachsenen wird zu wenig berücksichtigt. Die Aus- und Fortbildung der Berufsberater vermittelt oft keine ausreichenden psychologischen und tiefenpsychologischen Kenntnisse, die für ihre präventiven und die weitere Lebensentwicklung Gesunder und Behinderter unter Umständen entscheidend beeinflussenden Aufgaben erforderlich sind.

— In den Beratungsdiensten und in der Sozialarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter sowie der freigemeinnützigen Träger und Kirchen sind die Möglichkeiten einer qualifizierten Beratung bei psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen vielfach durch Personalstellenmangel, Mangel an finanziellen Mitteln, Überlastung, mangelndem selbständigem Handlungsspielraum und Bürokratisierung der Arbeit eingeschränkt. Möglichkeiten zur speziellen Weiter- und Fortbildung fehlen vielfach. Die systematische Kooperation dieser Dienste untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten ist fast durchgehend unzureichend.

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

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

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

— Die Gesamtzahl der Beratungsstellen ist zu gering. Sie sind zudem völlig ungleichmäßig verteilt. Vor allem die ländlichen und kleinstädtischen Bezirke sowie die Wohnbereiche der Unterschichten sind benachteiligt.

— Viele Beratungsstellen sind unzureichend besetzt.

— Nur teilweise verfügen Beratungsstellen über qualifizierte, multidisziplinäre Arbeitsgruppen, die es ihnen möglich machen, auch therapeutische Aufgaben wahrzunehmen.

— Viele Beratungsstellen sind in ihrem Aufgabenfeld zu eng auf ein Gebiet (z. B. Ehe-, Sexual-, Erziehungsprobleme) begrenzt. Ihre Tätigkeit kann deswegen den komplexen Fragen der Familie, der Bezugsgruppen und der Umwelt häufig nicht gerecht werden.

— Die Auswahl der Klientel ist zu einseitig auf die Angehörigen der Mittelschichten beschränkt. Der Grund hierfür liegt u. a. in der abwartenden Haltung der Berater. Die meisten Mitarbeiter der Beratungsstellen sehen sich nicht in der Lage, ins soziale Feld zu gehen, sondern warten auf die „Nachfrage" der Klientel. So werden Angehörige der Unterschicht kaum erreicht.

— Besonders krass ist die Unterversorgung der sozialen Randgruppen, die mit den Beratungsstellen am wenigsten in Berührung kommen.

— Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Berater werden neuere Verfahren der Familien-, Gruppen- und Sozialtherapie noch ungenügend berücksichtigt.

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

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

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

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

— die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheitssymptomen zu erkennen,

— bei psychisch Kranken und Behinderten mehr als bisher die richtigen Hilfen anzubieten sowie sozialtherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu vermitteln,

— unter Umständen selbst, wenigstens in gewissem Umfange, psychotherapeutisch tätig zu werden,

— eine Behandlung mit Psychopharmaka in notwendigem Umfang durchzuführen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.2)

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

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

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

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

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

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

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

— Psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche,

— psychisch kranke alte Menschen,

— Suchtkranke,

— Personen mit psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen (Neurosen und psychosomatischen Krankheiten),

— Epilepsie-Kranke.

Im einzelnen ist zu den ambulanten Diensten kritisch zu vermerken:

a) Niedergelassene Nervenärzte (s. B. 3.2.1)

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

b) Psychotherapeuten (s. B. 4.2)

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

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

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

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

3.3 Stationäre Dienste (s. A. 4)

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

— 241 Krankenhäuser

— mit 111 450 Betten

— und 225 676 jährlichen Aufnahmen.

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

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

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

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

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

— die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser und die daraus resultierende Struktur und Unübersichtlichkeit erhöht das Risiko des Hospitalismus.

— die ungünstige geografische Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Beteiligung an der Vor- und Nachsorge im Rahmen der gemeindenahen Versorgung.

— Die Einzugsgebiete der 66 Fachkrankenhäuser mit festgelegtem Aufnahmebezirk sind zu groß. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Zahl der Einwohner eines solchen Aufnahmebezirkes 937 000. Die durchschnittliche Einwohnerzahl differiert von Bundesland zu Bundesland:

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

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

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

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

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

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

Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend.

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

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

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

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

im Fach Psychologie erscheint es bedenklich, daß nur eine so geringe Anzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig wird.

— Beim Pflegepersonal stehen Qualifikationsprobleme im Vordergrund. Von den 23 312 in psychiatrischen stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräften (4,2 Betten je Pflegekraft) haben
  — nur 42,2 % eine staatlich anerkannte Ausbildung;
  — nur 6,0 % eine weitergehende psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.
  — 17,4 % sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen;
  — 17,0 % haben keine Krankenpflegeausbildung;
  — 16,8 % befinden sich noch in der Ausbildung.

— Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.

— Von den 542 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten haben nur 26,4 % eine abgeschlossene beschäftigungstherapeutische Ausbildung. Hier wirkt sich der Mangel an Ausbildungsstätten aus. Es gibt bis heute nur 7 in der Bundesrepublik Deutschland.

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

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

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

c) Psychiatrische Universitätskliniken (s. B. 3.3.2)

23 psychiatrische Universitätskliniken mit insgesamt 3 507 Betten nehmen an der Versorgung teil. Dabei ist der relative Anteil an stationären Aufnahmen und an ambulanter Versorgung hoch. 87 % der Patienten befanden sich am Stichtag weniger als drei Monate, nur 1 % dagegen länger als ein Jahr in den Universitätskliniken.

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

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

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

480 Betten stehen in 20 psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen.

Die Behandlungsdauer beträgt im allgemeinen sechs bis acht Wochen.

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

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

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

— die Kostenregelung ist noch nicht überall zufriedenstellend gelöst,

— die gemeindeferne Lage vieler großer psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, da deren Patienten auf kurze Wege zwischen Klinik und Wohnung oder Arbeitsstätte angewiesen sind.

3.5 Besondere Alters- und Patientengruppen

a) Kinder und Jugendliche (B. 3.7.1)

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

— 16,3 % wurden im 1. Schuljahr erheblich auffällig;

— 6,0 % wurden vom Schulbesuch zurückgestellt;

— 8,7 % wurden einer Sondereinrichtung zugeleitet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Suchtkranke (s. B. 3.9.1)

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

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

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

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

— der stationäre Bedarf ist in keiner Weise gedeckt. 31 Fachkliniken (ehemalige Heilstätten) mit 3 000 Betten und 46 Suchtstationen an psychiatrischen Krankenhäusern mit 3 227 Betten sind hoffnungslos überfordert, zumal sie wegen der schlechten Vorsorge die Patienten meist erst dann in Behandlung bekommen, wenn diese bereits stark geschädigt sind.

— die internistischen Abteilungen, die meist in den frühen Entwicklungsstadien die erste stationäre Behandlung durchführen, beschränken sich auf die körperliche Entziehung und entlassen die Patienten, ohne daß ein therapeutischer Einfluß auf die noch bestehende psychische Abhängigkeit erfolgt. Das führt zu Rückfällen und weiterem Abstieg.

— Fachambulanzen für Vor- und Nachsorge fehlen. Die Situation im ambulanten Bereich muß trotz der Aktivität zahlreicher Institutionen und Selbsthilfegruppen als weitgehend unzureichend bezeichnet werden.

— Auch halbstationäre Dienste — wichtig für die Stabilisierung nach klinischer Behandlung — fehlen. Das gleiche gilt für Übergangsheime.

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

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

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

3.7 Versorgung geistig Behinderter (s. B. 3.8)

Ein zusammenhängendes System kooperierender Einrichtungen zur Versorgung geistig Behinderter besteht in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Exakte Daten über die Anzahl der Behinderten — insbesondere über die Betreuungsbedürftigen — fehlen. Es wird damit gerechnet, daß 6 von 1 000 Einwohnern geistig behindert sind, also etwa 360 000 Personen. Knapp ein Zehntel der geistig Behinderten (0,55 pro 1 000 bzw. 34 000) ist schwerst- und mehrfachbehindert und bedarf im allgemeinen der stationären Dauerunterbringung.

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

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

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

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

Es fehlt an Vorsorgeeinrichtungen zur Früherkennung sowie Frühdiagnose und Frühtherapie.

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

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

3.8 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.10 Aus-, Weiter- und Fortbildung

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

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

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

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

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

B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

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

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

— daß psychische Krankheiten und Behinderungen früh genug erkannt und beeinflußt werden, um schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abwenden zu können;

— daß bei Behandlungsbedürftigkeit durch ambulante und komplementäre Angebote die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts verringert wird;

— daß die Ausgliederung der Kranken und Behinderten aus ihren Lebensbereichen vermieden wird;

— daß die psychiatrischen Krankenhäuser personell, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Krankheit und Behinderung tatsächlich zu lindern oder zu beheben.

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

2.1 Bedeutung sozialer Einflüsse/Prävention

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

— solchen Zusammenhängen sowie

— den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und

— Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und die Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.

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

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

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

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

— pädagogische, sozialtherapeutische und beratende Dienste

— sowie Selbsthilfegruppen der Betroffenen

planmäßig gefördert werden.

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

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

2.5 Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems *)

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

— Beratungsdienste;

— ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen und andere Institutionen);

— stationäre Dienste (Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser);

— halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken);

— komplementäre Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Patientenclubs);

— rehabilitative Dienste (Werkstätten für Behinderte, beschützende Arbeitsplätze, Berufsbildungs- und Förderungswerke).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.14 Intensivierung und Förderung der Forschung (s. F)

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

3 Die Empfehlungen im einzelnen

3.1 Beratungsdienste (s. B. 2)

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

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

— Lehrer, Kindergärtnerinnen, Erzieher,

— juristische Berufe in den verschiedenen Organen der Rechtspflege,

— kirchliche Seelsorger,

für die Mitarbeiter in öffentlichen Institutionen mit professionellen Beratungsaufgaben, insbesondere

— schulpsychologische Dienste,

— Berufsberatung, Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung,

— Gesundheitsämter.

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

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

Ferner wird empfohlen:

3. Rascher Ausbau der schulpsychologischen Dienste und Weiterbildung von Lehrern zu Beratungslehrern mit Kompetenz für die Bearbeitung psychosozialer Konflikte und Krisen.
4. Vermehrung der Stellen für sozialpädagogische Mitarbeiter in Schulen, Heimen und im Justizvollzug.
5. Koordination der öffentlichen Institutionen, welchen Beratungsaufgaben obliegen, mit der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung.

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

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

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

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.3.2)

3.2.1 Der niedergelassene Nervenarzt (s. B. 3.3.2.1)

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

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

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

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

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

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

Die Sachverständigen-Kommission hält es daher für erforderlich, daß

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

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

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

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

3.2.3 Ambulante fachpsychotherapeutische Dienste (B. 4.2.3) *)

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

Zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereiches wird empfohlen:

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

---

*) s. Fußnote zu B.4

Zusammenfassung

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

— psychotherapeutische Beratung, Weiterleitung von psychisch Gestörten und Kranken, in begrenztem Umfange Behandlung, Prävention;

— Kooperation mit praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Sozialdiensten, Nachsorgeeinrichtungen etc.;

— psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche sowie Familien.

3.3 Stationäre Dienste

3.3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen (B. 3.3)

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

1. Grundtypus der psychiatrischen stationären Versorgung ist das *psychiatrische Behandlungszentrum.* Das psychiatrische Behandlungszentrum kann realisiert werden
   — als *psychiatrische Abteilung* am Allgemeinkrankenhaus,
   — als *psychiatrisches Krankenhaus.*

2. Geeigneten psychiatrischen stationären Krankenhauseinheiten muß ein *Pflichtaufnahmegebiet* zugewiesen werden. Der Umfang der einer Krankenhauseinheit zugewiesenen Versorgungsleistung muß in angemessenem Verhältnis zu deren Größe und der Leistungsfähigkeit ihrer Dienste stehen.

3. Psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen so dimensioniert und strukturiert sein und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Standardversorgungsgebietes kooperieren, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patientenkategorien vermieden wird.

4. Psychiatrische Abteilungen sollen, wo immer dies möglich ist, an allgemeinen Krankenhäusern errichtet werden. Die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann aber nur dann zweckentsprechend vorangetrieben werden, wenn hierbei die Situation der psychiatrischen Versorgung im Standardversorgungsgebiet berücksichtigt wird. Der Aufbau der Versorgung ist derart vorzunehmen, daß sich die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes *sinnvoll einfügt.*

5. Die Bettenkapazität der psychiatrischen Abteilung ist vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote im Standardversorgungsgebiet abhängig. Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rd. *200 Betten.*

6. Die geforderte Einfügung der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in die umfassende Versorgung eines Standardversorgungsgebietes muß wirkungsvoll *sichergestellt* werden.

7. Psychiatrische Krankenhäuser können zur Dekkung des Bedarfs in funktioneller Zuordnung, aber räumlich getrennt — z. B. in der nächstgelegenen Stadt — selbst psychiatrische Abteilungen betreiben (Satellitenmodell).

8. Nicht überall läßt sich der Aufbau einer bedarfsgerechten umfassenden Versorgung mit der Anbindung einer psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus verwirklichen. Deswegen muß dort, wo dies nicht anders möglich ist, die Errichtung eines *psychiatrischen Krankenhauses* ins Auge gefaßt werden, obgleich hierbei Nachteile für eine enge Verbindung der Psychiatrie mit der Allgemeinmedizin in Kauf zu nehmen sind. Die Gesamtbettenzahl des in der Regel wirtschaftlich und ärztlich selbständigen Krankenhauses soll im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Dimensionen *500 bis 600* nicht übersteigen.

9. Selbständige psychiatrische Krankenhäuser sollen so gegliedert sein, daß sie alle Kategorien von psychisch Gestörten in den dafür erforderlichen Abteilungen und Sondereinrichtungen versorgen, soweit diese nicht auf diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Spezialeinrichtungen im übergeordneten Versorgungsgebiet angewiesen sind.

10. Bei der Neugründung von psychiatrischen Behandlungszentren sollte darauf Wert gelegt werden, daß nur solche *Teilbereiche* (Abteilungen) gebildet werden, die eine gewisse oder eindeutige Selbständigkeit innerhalb der Psychiatrie erreicht haben. Dies sind:
    — die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung,
    — die gerontopsychiatrische Versorgung,
    — die Versorgung Suchtkranker,
    — die Versorgung psychisch kranker Straftäter.

11. Zur Sicherstellung der umfassenden Versorgung erscheint es notwendig, eine *Intensivstation* in den psychiatrischen Krankenhäusern vorzuhalten.

12. Selbständige *neurologische Abteilungen* von mindestens 40 bis 60 Betten sollten immer dann einem psychiatrischen Behandlungszentrum angegliedert werden, wenn der Bedarf im Versorgungsgebiet dies eindeutig erforderlich macht.

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

3.3.2 Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen (B. 3.1.2.6.2)

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

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

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

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

Auch die Zusammenarbeit der in den psychiatrischen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen wird zur Verwirklichung dieser Ziele enger als bisher sein und in regelmäßigen Besprechungen ihren Ausdruck finden. Der Arzt wird hierbei einige seiner traditionellen Funktionen an andere Mitarbeiter, z. B. Schwestern und Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten etc. abgeben können. Der Patient selbst wird in einem solchen System allseitiger Zusammenarbeit nicht mehr lediglich als passives Objekt, sondern als Beteiligter angesehen werden, der in die Lage versetzt wird, die Gestaltung seines Lebens aktiv und selbstverantwortlich im Rahmen des Möglichen mit in die Hand zu nehmen.

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

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

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

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

Vorrangig wird im einzelnen folgendes empfohlen:

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

In weiteren Schritten einer langfristigen Verwirklichung wird ferner empfohlen:

---

*) s. Fußnote zu B.4

Zusammenfassung

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

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

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

3.4.1 Tageskliniken (s. B. 3.3.3)

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

3.4.2 Die Nachtklinik (s. B. 3.3.3)

1. Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung, in welcher arbeitende psychisch Kranke für begrenzte Dauer wohnen und behandelt werden. Voraussetzung für die Aufnahme in die Nachtklinik ist, daß ihre Entfernung zu dem noch vorhandenen bzw. zu beschaffenden Arbeitsplatz den täglichen Weg ohne Überlastung des Patienten möglich macht.
2. Die Nachtklinik soll funktionell und räumlich mit stationären psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und tagesklinischen Bereichen verbunden sein, damit ein Abfangen von Krisen oder körperlichen Erkrankungen, die den Patienten vorübergehend arbeitsunfähig machen, gewährleistet ist.
3. Für die optimale Größe einer Nachtklinik empfehlen sich 15 bis 20 Betten, damit der Gruppencharakter und die familiäre Atmosphäre gewahrt bleiben.
4. Die Nachtklinik muß ärztlich geleitet sein.

3.5 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

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

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

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

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

3.5.2 Sonstige komplementäre Dienste (s. B.3.4.2)

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

Im einzelnen handelt es sich um folgende Dienste:

1. Beschützende Wohngruppen und Wohnungen

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

2. Familienpflege

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

3. Tagesstätten

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

4. Patientenclubs

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

3.6 Spezielle rehabilitative Dienste (s. B.3.5)

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

3.6.1 Werkstatt für Behinderte (s. B.3.5.1)

1. Die Sachverständigen-Kommission mißt dem bedarfsgerechten Ausbau eines Netzes gut strukturierter Werkstätten für Behinderte große Bedeutung zu. Sie vertritt hierbei allerdings die Ansicht, daß die Sicherstellung und Finanzierung von Arbeitsplätzen oder Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit in beschützenden Werkstätten für *alle rehabilitationsfähigen* Behinderten, unabhängig vom Gesichtspunkt der *wirtschaftlichen Verwertbarkeit* ihrer Arbeitsleistung (siehe § 52 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz), gewährleistet werden muß. Eine strikte Grenzziehung zwischen Behinderten, die nach den jetzigen Definitionen des Schwerbehindertengesetzes wirtschaftlich verwertbare Arbeit erbringen können und solchen, die hierzu, wenngleich rehabilitationsfähig, nicht in der Lage sind, birgt die Gefahr, daß ein *weiterer Typ nicht anerkannter Werkstätten* minderer Qualität entsteht. Dieser Gefahr sollte durch Weiterentwicklung der Gesetzgebung entgegengewirkt werden.
2. Die Sachverständigen-Kommission hält es — abweichend von den Grundsätzen zur Konzeption der Werkstatt für Behinderte und den Mindestvoraussetzungen für die vorläufige Anerkennung einer Werkstatt für Behinderte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (Stand 5. Dezember 1974) — vor allem im Hinblick auf die Erfordernisse rehabilitationsfähiger *seelisch* Behinderter für notwendig, die *begleitenden Dienste* personell umfassender auszustatten.
3. Der Grundsatz, daß in einer Werkstatt *alle Arten* von Behindertengruppen zusammengefaßt werden sollen, zieht nicht die Besonderheiten der seelisch Behinderten in Rechnung.

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

   In Ballungsräumen, in denen ein entsprechend genügender Bedarf an Werkstattplätzen besteht, kann es ferner sinnvoll sein, getrennte Abteilungen innerhalb einer Werkstatt für Behinderte oder überhaupt getrennte Werkstätten für die genannten Gruppen von Behinderten vorzusehen.
4. Bei der Werkstatt-Planung geht man von einem Sofortbedarf an Plätzen in Werkstätten für Behinderte von 1 ‰ der Bevölkerung (davon 0,8 ‰ für geistig Behinderte und 0,2 ‰ für chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte) aus und rechnet für die nächsten Jahre mit einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 0,1 ‰. In der Ausbauphase der Werkstätten sind jährliche Bedarfsanalysen erforderlich, um den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.

3.6.2 Beschützende Arbeitsplätze (s. B.3.5.2)

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

3.6.3 Behindertenzentren (s. B.3.6)

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

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

Behindertenzentren sollen mindestens 200, höchstens 400 Betten umfassen.

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

   a) Behindertenzentren bieten den Behinderten einen größeren Bewegungsraum. Hierdurch wird vor allem Schwerstbehinderten vermehrt Schutz sowie Entfaltungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeit gewährt.

   b) Das Miteinanderleben von Schwerstbehinderten und gesunden Mitarbeitern in einem kleinen Gemeinwesen wirkt sich auf die Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen günstig aus.

   c) Fortbildungsangebote und berufsbegleitende Maßnahmen für Mitarbeiter sind besser zu verwirklichen. Dadurch wird die Arbeit mit Schwerst- und Mehrfachbehinderten attraktiver.

   d) Einrichtungen dieser Größenordnung sind wirtschaftlich zu betreiben.

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

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

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

1. Die zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Dienste sind unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Trägern und Verwaltungen zu Verbundsystemen zusammenzufassen. Diese sollen eine bedarfsgerechte Organisation und eine unmittelbare Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen sichern. Um die von den Entwicklungsphasen und Problembereichen her notwendige Differenzierung der Dienste zu ermöglichen, ist ein solches Verbundsystem für jeweils zwei Standardversorgungsgebiete vorzusehen.

2. Im ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereich soll die Versorgung vor allem von den bisherigen Erziehungsberatungsstellen wahrgenommen werden. Als Beratungsstellen für Kinder, Eltern und Familien sind sie deswegen vordringlich in einem solchen Umfang einzurichten und auszubauen, daß für 50 000 Einwohner eine vollständige, multidisziplinär besetzte Arbeitsgruppe (Psychologen, Arzt, Psychagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) vorhanden ist.

3. In das Verbundsystem einzubeziehen sind die Bildungseinrichtungen und teilstationären Betreuungseinrichtungen für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (Frühförderungseinrichtungen, Sonderkindergärten, Sondervorschulen, Sonderschulen, Tagesstätten).

4. Für Kinder und Jugendliche, bei denen nach Art ihrer psychischen Störung, dem Ausmaß ihrer Behinderung oder wegen der in ihrer Umgebung vorhandenen Bedingungen eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, sollen innerhalb des Versorgungsgebietes Tagesstätten bzw. Tageskliniken, 5-Tage-Heime oder Vollheime mit differenzierten Aufgaben zur Verfügung stehen. Abgesehen davon, daß sie in die Zusammenarbeit des Verbundsystems einbezogen sind, können sie auch unmittelbar mit einer oder mehreren Beratungsstellen verbunden sein. Ferner werden Heime für behinderte Kinder und Jugendliche benötigt, deren längerfristige stationäre Unterbringung, soweit sie in erster Linie spezieller pädagogischer Förderung bedürfen, im jeweiligen Versorgungsgebiet erfolgen sollte.

5. Für Jugendliche in Konflikt- und Krisensituationen, mit dissozialem Verhalten und mit Drogenmißbrauch sollen, um andere Maßnahmen möglichst zu vermeiden, innerhalb des Verbundsystems und möglichst im Zusammenhang mit Beratungsstellen, die einen entsprechenden Schwerpunkt haben, Tagesstätten (Tageskliniken), Wohnheime und Wohngruppen eingerichtet werden.

6. Zentrale ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Dienste sollen die übrigen Einrichtungen des Verbundsystems dadurch unterstützen, daß sie ihnen den unmittelbaren Rückgriff auf spezielle kinder- und jugendpsychiatrische, neuropädiatrische, medizinisch-technische und psychologische Diagnostik ermöglichen und sie durch kurz- und mittelfristige stationäre Untersuchung und Behandlung, sowie durch längerfristige spezielle stationäre Versorgung ergänzen.

   Es wird empfohlen, sie zu Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammenzufassen mit einer Ambulanz, einem Bereich für stationäre Diagnostik, kurz- und mittelfristige stationäre Behandlung, sowie einem davon räumlich getrennten Bereich für die längerfristige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychosen, Mehrfachbehinderungen sowie neuropsychiatrischen Komplikationen bei geistigen Behinderungen. Für jedes Verbundsystem (zwei Standardversorgungsgebiete) ist ein derartiges Zentrum vorzusehen. Es kann als völlig selbständiges Fachkrankenhaus, oder — sofern fachlich unabhängig und baulich getrennt — in organisatorischem Zusammenhang mit einem Allgemeinkrankenhaus, einem psychiatrischen oder pädiatrischen Fachkrankenhaus eingerichtet werden.

7. Für eine Reihe von besonderen Aufgaben (stationäre Psychotherapie, überwachungsbedürftige

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

8. Der Umfang der Weiterbildungsmöglichkeiten, insbesondere zum
   - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
   - Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)
   - Fachpsychologen für klinische Psychologie

   muß vergrößert werden.

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

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

1. An den psychiatrischen Behandlungszentren sind eigenständige gerontopsychiatrische Funktionseinheiten einzurichten.

2. Da im höheren Lebensalter körperliche und psychische Erkrankungen häufig nebeneinander bestehen und die Verzahnung der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung daher für alte Menschen besonders wichtig ist, müßten auch an den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Pflegeeinheiten geschaffen werden.

3. Ein wichtiger Bestandteil der stationären gerontopsychiatrischen Funktionseinheiten sollte eine sogenannte „Assessment-Unit" sein. Es handelt sich dabei um eine Station, auf der Patienten nur kurzfristig aufgenommen werden, um — soweit dies nicht ambulant möglich ist — aufgrund einer frühzeitigen multiprofessionellen Diagnose eine Entscheidung darüber herbeizuführen, welche Dienste und Einrichtungen ihren Bedürfnissen am besten gerecht werden und um gegebenenfalls erste therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

4. Wo immer möglich, sollten gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet werden. Solche Institutionen erlauben gründliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ohne daß der alte Patient aus seiner vertrauten Umgebung herausgerissen werden muß. Gleichzeitig werden hierdurch die Familien vorübergehend entlastet, welche die Pflege und Betreuung ihrer erkrankten Angehörigen noch selbst übernehmen.

5. Das Schwergewicht der psychiatrischen Versorgung muß gerade bei Patienten im höheren Lebensalter auf dem ambulanten Bereich liegen. Es wird die Einrichtung gerontopsychiatrischer Polikliniken empfohlen, die gemeinsam mit den niedergelassenen Nervenärzten und in enger Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten — vor allem den Einrichtungen der offenen Altenhilfe — in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet Aufgaben der Beratung, Behandlung und Prävention übernehmen.

6. Wo immer dies möglich ist, soll eine alterspsychiatrische Poliklinik mit einer Tagesklinik und einer „Assessment-Unit" zu einem gerontopsychiatrischen Zentrum zusammengeschlossen werden. Dieses Zentrum stellt also eine organisatorische Zusammenfassung dreier für die gerontopsychiatrische Versorgung besonders wichtiger Dienste dar.

7. Die Einrichtungen der Altenhilfe bilden einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems. Die größte Bedeutung kommt dabei dem Altenkrankenheim/-pflegeheim zu. Durch Ausbau und Strukturveränderung bereits bestehender und Errichtung neuer Altenkranken- und -pflegeheime soll in Zukunft die Überfüllung psychiatrischer Landeskrankenhäuser mit psychisch Alterskranken möglichst vermieden werden. Solche Maßnahmen bedürfen aber der sorgfältigen Planung und der behutsamen Durchführung, da sich die Situation psychisch kranker alter Menschen durch eine Strategie der forcierten Ausgliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus und durch überstürzte Verlegungen in ungeeignete Heime unter Umständen erheblich verschlechtern kann.

8. Um die Arbeit der von den verschiedenen Trägern angebotenen Dienste der Altenhilfe besser zu koordinieren, sollten in den Standardversorgungsgebieten Arbeitsgemeinschaften der beteiligten Träger und Einrichtungen gebildet werden. Zwischen diesen Arbeitsgemeinschaften und den für eine multiprofessionelle Diagnostik zuständigen gerontopsychiatrischen Einrichtungen (Poliklinik, Assessment-Unit) sollen bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis getroffen werden, um eine sachgerechte Placierung der Patienten in den Einrichtungen zu ermöglichen, welche ihren Bedürfnissen am besten entsprechen.

9. Die Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung hängt entscheidend von einer Intensivierung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle an der Betreuung alter Menschen beteiligten Berufsgruppen ab. Erforderlich ist die Einführung eines Facharztes für Geriatrie.

10. Zumindest an einigen psychiatrischen Universitätskliniken sollten gerontopsychiatrische Abteilungen geschaffen werden, um die studentische Ausbildung und die Facharztweiterbildung auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie zu

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

3.8 Dienste für spezielle Patientengruppen (s. B.3.9)

3.8.1 Suchtkranke (s. B.3.9.1)

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

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

Zur Verbesserung der Versorgung empfiehlt die Kommission:

1. Der Schwerpunkt bei der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt heute auf der ambulanten Betreuung. Bei der Versorgung von Abhängigen soll daher in Zukunft eine gemeindenahe Fachambulanz die wichtigste Rolle spielen. Diese Ambulanz steht in engem Kontakt mit allen anderen Trägern der nichtstationären Suchtkrankendienste, vor allem niedergelassenen Ärzten, öffentlichen und privaten Beratungsstellen sowie Selbsthilfeorganisationen.
2. Aus der Sicht der Suchtkrankenbetreuung ist eine Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser vor allem deshalb wünschenswert, weil durch eine psychiatrische Betreuung internistischer Patienten manche Fälle einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit früher als bisher erkannt und psychiatrisch behandelt werden könnten.
3. Die stationäre Behandlung von Abhängigen soll in Suchtkliniken oder Suchtfachabteilungen von Landeskrankenhäusern oder psychiatrischen Behandlungszentren erfolgen. Hierbei soll es sich um offene, nur fakultativ in Teilbereichen geschlossene Einrichtungen mit einer Kapazität von etwa 80 Betten handeln. Die Dauer des Aufenthaltes in solchen stationären Behandlungseinrichtungen kann in der Regel nicht für alle Patienten von vornherein einheitlich festgelegt werden.
4. Trotz der Behandlungserfolge, die heute bei der Suchtkrankenbetreuung erzielt werden können, ist nach wie vor damit zu rechnen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig ist. Da es sich hierbei häufig um Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen und erheblichen körperlichen oder psychischen Schäden handelt, ist eine Unterbringung dieser Kranken unter geschlossenen Bedingungen oft nicht zu vermeiden. Hierfür sind vor allem geschlossene Pflegeheime sowie — für eine geringere Zahl von Kranken — geschlossene Stationen psychiatrischer Krankenhäuser erforderlich. Die Behandlung dieser Langzeitpatienten sollte nach Möglichkeit zu dem Aufgabenbereich der gleichen Mitarbeiter gehören, die auch für die Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen in Suchtkliniken und Suchtfachabteilungen zuständig sind.

3.8.2 Suicidgefährdete (s. B.3.9.2)

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

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

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

3.8.3 Psychisch kranke Straftäter (s. B.3.9.3)

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

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

Häuser innerhalb des Krankenhauskomplexes in jedem Falle zu vermeiden.

2. Das therapeutische Angebot für straffällig gewordene psychisch Kranke muß erheblich erweitert werden. Hierzu sind personelle und bauliche Investitionen größeren Umfanges erforderlich. Die Justizbehörden müssen sich daher mehr als bisher an den Kosten beteiligen.

3. Die Betreuung psychiatrisch kranker Straftäter vollzieht sich für das Personal unter schwierigen Arbeitsbedingungen, großen emotionalen Belastungen und besonderen Gefährdungen. Deshalb ist die Schaffung eines einheitlichen Systems von tariflichen Zulagen für die Mitarbeiter solcher Einrichtungen erforderlich.

4. Die Sachverständigen-Kommission begrüßt die geplante Einrichtung sozialtherapeutischer Anstalten. Es ist aber zu befürchten, daß der Aufbau einer ausreichenden Zahl von sozialtherapeutischen Anstalten noch viele Jahre in Anspruch nimmt und daß bis dahin, bei erkennbarer Behandlungsbedürftigkeit von an sich schuldfähigen Straftätern, vermehrt auf die Teilexkulpierung und die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten zurückgegriffen wird. Einer solchen Entwicklung wären die psychiatrischen Krankenhäuser nicht gewachsen.

3.8.4 Epilepsie-Kranke (s. B. 3.9.4)

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

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

1. auf etwa 1,2 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Ambulanz für Erwachsene und Kinder,

2. auf etwa 7,5 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Abteilung für Erwachsene und Kinder,

3. Vier Epilepsie-Zentren für Erwachsene und vier weitere für Kinder.

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

3.8.5 Hirnverletzte (s. B.3.9.5)

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

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

1. Vereinheitlichung des Rettungswesens und Vermehrung der neurochirurgischen Abteilungen.

2. Einrichtung von Rehabilitationsabteilungen, die in das Krankenhaus integriert sind (Frührehabilitation).

3. Spezialinstitute für Hirngeschädigte zur Langzeitrehabilitation mit Angeboten der vorberuflichen, berufsbezogenen und berufsbildenden Rehabilitation.

4. Pflegestationen in jedem Großklinikum, das über eine neurochirurgische Abteilung verfügt, besonders für Kranke mit apallischem Syndrom.

3.8.6 Nichtseßhafte (s. B.3.9.6)

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

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

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

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

3.9 Versorgung geistig Behinderter (s. B.3.8)

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

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

Zusammenfassung

— Die Lebens- und Umweltbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, daß sie, soweit wie möglich, den jeweiligen Gegebenheiten, die für „Normale" gelten, entsprechen. Das gilt auch für die Beziehung der Geschlechter zueinander.

— Die geistig Behinderten sollen im Bereich der vorschulischen, schulischen und beruflichen Ausbildung, in der Arbeitsausübung und im Wohn- und Freizeitbereich, soweit wie möglich, eingegliedert werden. Dieses erfordert sowohl eine Vermeidung jeglicher Isolierung der Behinderten als auch die Bereitschaft von seiten der Gesunden, Behinderte in ihren Bereich aufzunehmen.

— Die Belange der Behinderten und ihrer Familien müssen stets berücksichtigt werden.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Verbesserung der Versorgung:

1. Die Versorgung *geistig behinderter Kinder und Jugendlicher* deckt sich insbesondere auf den Gebieten der Prävention, der Früherfassung und Frühförderung, der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie mit den Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für diese Alterskategorien ist daher die psychiatrische mit der Versorgung geistig Behinderter zu verbinden.

2. Die Versorgung *erwachsener geistig Behinderter* soll dagegen zukünftig nicht mehr innerhalb psychiatrischer Behandlungszentren stattfinden. Vielmehr sind für diese Alterskategorie besondere Einrichtungen vorzuhalten, in denen neben der Pflege Schwerst- und Mehrfachbehinderter in verstärktem Maße sozial-fürsorgerische, lebenspraktisch-rehabilitative und beschützende Arbeitsmöglichkeiten in den Vordergrund treten.

3. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt den Ausbau der Versorgung geistig Behinderter auf folgenden Gebieten energisch voranzutreiben:
   - — Vorsorge und Früherkennung;
   - — Sonderkindergärten (einschließlich Hausfrüherziehung), Sondergruppen in Kindergärten;
   - — Sonderschulen, Sonderklassen in allgemein bildenden Schulen, Hausunterricht;
   - — Werkstätten für Behinderte, Berufsbildungswerke, Förderlehrgänge, beschützende Arbeitsplätze;
   - — differenzierte Wohn- und vielfältige Freizeitangebote;
   - — Beratungsdienste;
   - — Krisenintervention;
   - — Einrichtungen für besondere Gruppen (Mehrfachbehinderte, alte geistig Behinderte).

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

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

1. Standardversorgungsgebiet

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

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

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

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

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

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

2. Übergeordnetes Versorgungsgebiet

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

Folgende Einrichtungen sind der übergeordneten Versorgung zuzuordnen:

— psychiatrische Krankenhäuser (mit 500 bis 600 Betten),

— selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser,

— psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an größeren Kurkliniken, Rehabilitations- und Kinderkrankenhäusern (langfristig geplant),

— selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche,

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nichtprofessionelle Beratung in den Bereichen:

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

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

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

KOORDINATION — Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft — PLANUNG

- psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik,
- Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, mit dissozialem Verhalten usw.,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche,
- Suchtkliniken,
- Suchtfachabteilungen,
- Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Behindertenzentren,
- Epilepsiezentren, Epilepsieabteilungen, Epilepsieambulanzen,
- Zentren für Risikokinder,
- Spezialinstitute zur Rehabilitation von Hirnverletzten,

— Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter,

— Berufsbildungswerke,

— Berufsförderungswerke.

Ferner nehmen an der Versorgung teil:

— psychiatrische Universitätskliniken,

— psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Universitätskliniken und Weiterbildungsinstituten.

3.11 Koordination und Planung (s. B.6)

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

3.11.1 Kommunale Ebene

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

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

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

3.11.2 Ebene der Länder

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

   Es wird daher empfohlen, die teilweise schon bestehenden sogenannten „Psychiatriereferate" bei den jeweils zuständigen Landesministerien zu *Referaten für psychosoziale Versorgung* auszubauen, bzw. entsprechende Referate neu einzurichten.

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

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

3.11.3 Bundesebene

1. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt eine *Institution auf der Ebene der 11 Bundesländer*. Diese Institution muß über Staatsverträge zwischen den Bundesländern errichtet werden. Ihre Aufgabe besteht im wesentlichen im Einsammeln, Verarbeiten, Auswerten und Veröffentlichen von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Bundesgebiet, in der Fortentwicklung von Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistik und der Bearbeitung spezieller Aufträge durch die Länderregierungen und die Bundesregierung.

2. Ebenso wie auf der Landesebene hält es die Sachverständigen-Kommission für unabdingbar, daß auch auf der Bundesebene ein Referat im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit für die Gesundheitshilfe für geistig und seelisch gefährdete Kranke und Behinderte einschließlich des Pflegebereiches zuständig ist.

3. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit sollte unverzüglich einen *gemischten Beirat* berufen, dessen primäre Aufgabe es ist, die Verwirklichung der Empfehlungen, welche von der Sachverständigen-Kommission vorgelegt worden sind, zu verfolgen, Ratschläge für die Durchführung von Empfehlungen auszuarbeiten und die Planungskonzepte des Enquete-Berichtes an Veränderungen im Versorgungsfeld anzupassen.

3.12 Aus-, Weiter- und Fortbildung

1. Allgemeine Gesichtspunkte

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

a) die Zahl der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen erheblich zu vermehren (s. C. 2.2.1; G.).

b) die Qualität der Bildung für alle Berufsgruppen zu verbessern (s. C. 1 bis C. 4).

Hierzu (s. C. 2) sollen dienen:

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

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

Für die Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der einzelnen der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufsgruppen sind eine Reihe spezifischer Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung (s. C. 3)

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

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

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

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

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

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

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

Die einjährige Ausbildung der *Krankenpflegehelfer* sollte nach einem praxisorientierten und psychiatriespezifischen Konzept durchgeführt werden. Eine einjährige berufsbegleitende Weiterbildung zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer" sollte entwickelt werden.

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

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

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

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

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

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

3. Besondere Gesichtspunkte der Psychotherapie/Psychosomatik *)

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

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

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

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

*) s. Fußnote zu C.4

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

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

Außerdem werden empfohlen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.14 Prävention (s. E.)

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

3.15 Forschung

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

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

3.16 Prioritäten (s. H.)

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

1. Grundforderung

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

Zusammenfassung

zugehen. Diese Grundforderung muß auch bei jeder Verwirklichung von Reformen berücksichtigt bleiben.

2. Rahmenbedingungen

   Auf dem Wege zur Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sind unter allen Umständen folgende Rahmenbedingungen einzuhalten:

   — das Prinzip der gemeindenahen Versorgung,

   — das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,

   — das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,

   — das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

3. Im einzelnen setzt die Sachverständigen-Kommission folgende Prioritäten:

   a) Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (Heimsektor),

   b) Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste,

   c) Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern,

   d) Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,

   e) Vorrangige Verbesserung der Versorgung
      — von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen,
      — von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern,

   f) Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen.

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

Inhaltsverzeichnis

Kapitel A. Zum gegenwärtigen Stand der Versorgung

Seite

Kapitel A.1 Historische Vorbemerkungen

Einleitung 57
Altertum 57
Mittelalter 57
Das Zeitalter des Absolutismus 57
Die Epoche der Aufklärung 58
Anstaltsgründungen 58
Das Prinzip der „moralischen" Behandlung 58
Versorgung akut und chronisch Kranker im 19. Jahrhundert 59
Einsetzende Liberalisierung der Anstalten 59
Das „Stadtasyl" 60
Trennung von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie 60
Arbeits- und Beschäftigungstherapie 61
Außenfürsorge 61
Gründung von Hilfsvereinen 61
Niedergelassene Nervenärzte 61
Entwicklung körperlicher Behandlungsverfahren 61
Die Tötung Geisteskranker während des Nationalsozialismus 62
Zwangssterilisation 62
Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg 62
Einführung der Psychopharmaka 62
Sozialtherapie 63
Gemeindenahe Psychiatrie 63
Entwicklung der analytischen Psychotherapie 63
Andere psychotherapeutische Verfahren 65
Die soziale Dimension 65
Ausblick 65

Kapitel A.2 Bedarf an Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte — allgemeine Grundlagen —

1 Die Zuständigkeit der Dienste für psychisch Kranke 66
1.1 Multidisziplinäre Problembereiche 66
1.2 Definition der psychischen Gesundheit 66
2 Psychische Erkrankungen und Krisen als Zielfeld der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung 66
2.1 Unscharfe Randzonen des Zielfelds 67
2.2 Die Zuverlässigkeit von Bedarfsschätzungen 67
2.3 Krankhafte Folgen psychischer Belastungen und Konflikte 67
2.4 Grenzen psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe 68
2.5 Bedarfsverschiebung 68

noch: Kapitel A.2

		Seite
2.6	Zusammenwirken natürlicher und professioneller Hilfen	68
2.7	Risikogruppen	68
3	Ermittlung von Bedürfnissen	69
3.1	Erkannte, selbstdefinierte und expertendefinierte Bedürfnisse	69
3.1.1	Grobindikatoren eines unabgedeckten Bedarfs	69
3.1.2	Durch vorhandene Einrichtungen abgedeckte Bedürfnisse	69
3.1.3	Statistiken einzelner Versorgungssektoren	69
3.2	Bevölkerungsbezogene Ermittlung der psychiatrisch und psychotherapeutisch Behandelten	69
3.2.1	Erhebungen an der Klientel ärztlicher Allgemeinpraxen	71
3.2.2	Erkennung und Zuweisung von Behandlungsbedürftigen auf den Hauptversorgungsebenen	71
3.2.3	Psychosomatische Syndrome und Krankheiten	73
3.2.4	Ermittlungen in außermedizinischen Einrichtungen	73
3.2.5	Ermittlungen aus Feldstudien	73
4	Unbekannte Bedürfnisse	75
4.1	Hilfesuchverhalten	75
4.2	Fehlende Wahrnehmungsfähigkeit für psychische Erkrankungen	75
4.3	Randgruppen	75
5	Andere Einflüsse auf Bedarf und Bedürfnisse	75
5.1	Langfristige Veränderungen	75
5.2	Soziale Veränderungen	76
5.3	Kurzfristige Veränderungen von Bedürfnissen	77
5.3.1	Bevölkerungsverschiebung	77
5.3.2	Drogenmißbrauch: ein Beispiel kurzfristiger Bedürfnisveränderung	77
5.3.3	Veränderungen durch Wissenszuwachs	77
5.4	Flexibilität der Bedarfsdeckung	77

Kapitel A.3 Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit

1	Die bisherige Form der Öffentlichkeitsarbeit	79
2	Gesundheitserziehung und spezifische Informationsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	79
2.1	Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung	80
2.2	Informationsarbeit für spezifische Zielgruppen	80
2.2.1	Informationsarbeit für das an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligte Personal	81
2.2.2	Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum	81
3	Grenzen der Gesundheitserziehung und der Informationsarbeit	82

Kapitel A.4 Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

1	Allgemeine Vorbemerkungen	82

noch: **Kapital A.4**

		Seite
2	Bestandsaufnahme im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung	83
2.1	Die ambulante Versorgung	83
2.1.1	Der niedergelassene Nervenarzt	83
2.1.1.1	Anzahl	83
2.1.1.2	Verteilung	84
2.1.1.2.1	Konzentration niedergelassener Nervenärzte in größeren Städten	84
2.1.1.2.2	Arztdichte	84
2.1.2	Die Beurteilung der tatsächlichen Situation ambulanter nervenärztlicher Versorgung	87
2.2	Die stationäre psychiatrische Versorgung	87
2.2.1	Einrichtungen	87
2.2.1.1	Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	89
2.2.1.1.1	Träger	89
2.2.1.1.2	Bettenmeßziffer	89
2.2.1.1.3	Bettengrößenklassen	91
2.2.1.1.4	Regionale Verteilung	93
2.2.1.2	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	101
2.2.1.3	Universitätskliniken	101
2.2.1.4	Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	101
2.2.1.5	Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	102
2.2.1.6	Einrichtungen für Suchtkranke	102
2.2.1.7	Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für geistig und seelisch Behinderte	102
2.2.2	Patienten	102
2.2.2.1	Aufnahmen, Erstaufnahmen, „Aktivitätsindex"	102
2.2.2.1.1	Aufnahmen im Jahre 1972	102
2.2.2.1.2	Erstaufnahmen im Jahre 1972	104
2.2.2.1.3	„Aktivitätsindex" für das Jahr 1972	104
2.2.2.1.4	Zusammenfassende Bemerkungen	104
2.2.2.2	Krankenbestand	105
2.2.2.2.1	Diagnosen	105
	— Diagnosen in Fachkrankenhäusern, Fachabteilungen und Universitätskliniken	106
	— Diagnosen in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und für Suchtkranke sowie in Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke und geistig und seelisch Behinderte	107
	— Bemerkungen	109
	— Verteilung der Diagnosen nach Ländern, Trägern und Bettengrößenklassen	110
	— Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Ländern	110
	— Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Trägern	112
	— Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Bettengrößenklassen	114
2.2.2.2.2	Entwicklung des Krankenbestandes	114
2.2.2.2.3	Krankenbestand nach Altersgruppen	115
	— Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren	117
	— Altersgruppe der 15- bis unter 65jährigen	117
	— 65jährige und ältere	119
2.2.2.3	Aufenthaltsdauergruppen und durchschnittliche Verweildauer im Jahre 1972	119
2.2.2.3.1	Aufenthaltsdauergruppen	119
2.2.2.3.2	Durchschnittliche Verweildauer im Jahre 1972	119
2.2.2.3.3	Bemerkungen	120
2.2.3	Personal	120
2.2.3.1	Ärzte	120

noch: Kapitel A.4

		Seite
2.2.3.2	Psychologen	127
2.2.3.3	Pflegepersonal	128
2.2.3.4	Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, pädagogische Berufe	132
2.2.3.4.1	Sozialarbeiter	132
2.2.3.4.2	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	133
2.2.3.4.3	Pädagogische Berufe	134
2.2.3.4.4	Bemerkungen	135
2.2.3.4.5	Freiwillige Mitarbeiter	135
2.2.4	Arbeits- und Beschäftigungstherapie	135
2.2.4.1	Beschäftigungstherapie	135
2.2.4.2	Arbeitstherapie	135
2.2.4.3	Bemerkungen	136
2.2.5	Ausgewählte Daten zur Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser	136
2.2.5.1	Betriebene Betten nach dem Baualter der Gebäude	136
2.2.5.2	Schlafräume	137
2.2.5.3	Art der Station	138
2.2.6	Betriebene Außenfürsorge	139
2.3	Gegenwärtige Situation in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung	139
2.3.1	Vorbemerkungen	139
2.3.2	Anzahl der Fachpsychotherapeuten	139
2.3.2.1	Fachpsychotherapeuten für Erwachsene	139
2.3.2.2	Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	140
2.3.3	Derzeitiger Stand der ambulanten fachpsychotherapeutischen Versorgung Erwachsener	140
2.3.3.1	Vorbemerkungen	140
2.3.3.2	Der niedergelassene Psychotherapeut	141
2.3.3.3	Poliklinische psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen	141
2.3.3.4	Ungleichheit in der psychotherapeutischen Versorgung	142
2.3.3.4.1	Regionale Verteilung	142
2.3.3.4.2	Soziale Unterschiede in der fachpsychotherapeutischen Versorgung	145
2.3.4	Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen — gegenwärtige Situation	145
2.3.5	Die stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung Erwachsener	145
2.3.5.1	Psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser und -abteilungen	147
2.3.5.1.1	Verteilung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhausbetten	147
2.3.5.1.2	Träger	147
2.3.5.1.3	Betten in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen	147
2.3.5.1.4	Bettengrößenklassen	148
2.3.5.2	Psychotherapeutische Methoden	148
2.3.5.3	Wartezeiten	148
2.3.5.4	Soziale Herkunft der Patienten	148
2.3.5.5	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	149
2.3.5.6	Personelle Besetzung	149
2.3.5.7	Erweiterungsplanungen und Neubauten	149
2.3.5.8	Bemerkungen	149
2.4	Psychiatrische Beratung an Gesundheitsämtern	149
3	Sonderkindergärten, Sonderschulen mit geistig Behinderten, Werkstätten für Behinderte	150
3.1	Sonderkindergärten	150

noch: Kapitel A.4

		Seite
3.1.1	Regionale Verteilung	150
3.1.2	Zweckbestimmung	151
3.1.3	Träger	151
3.1.4	Betreute Kinder	151
3.1.5	Personal	151
3.2	Sonderschulen mit geistig Behinderten	151
3.2.1	Regionale Verteilung	152
3.2.2	Träger	152
3.2.3	Unterrichtete Kinder und Jugendliche	152
3.3	Werkstätten für Behinderte	154
3.3.1	Regionale Verteilung	154
3.3.2	Träger	154
3.3.3	Behinderte	154
3.3.3.1	Alter	155
3.3.3.2	Geschlecht	155
3.3.4	Ausbildungsangebot	155
3.3.5	Arbeitsangebot	155
3.3.5.1	Entlohnung	156
3.3.5.2	Leistung der Arbeitsverwaltung	156
3.3.6	Entlassungen	156
3.3.7	Personal	156
4	Zur Wehrpsychiatrie	156

Kapitel A.5 Administrative Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1	Vorsorge	157
2	Ambulante Behandlung	158
3	Teilstationäre Versorgung	158
4	Stationäre Versorgung	159
5	Rehabilitation	162

Kapitel A.6 Zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in anderen Ländern

1	Entwicklungslinien der Versorgung psychisch Kranker in anderen Ländern — Ein Überblick —	163
1.1	Einleitung	163
1.2	Verfügbare Daten	163
1.2.1	Erhebung der Weltgesundheitsorganisation über die Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter in europäischen Ländern	164
1.3	Veränderungen im Bereich der stationären Versorgung	164
1.3.1	Verlagerung der Aufgaben psychiatrischer Krankenhäuser	164
1.4	Grundsätze einer verbesserten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	165
1.4.1	Die Bedeutung der primären medizinischen, paramedizinischen und sozialen Versorgungsebene	166
1.4.2	Sachgerechte Versorgung für alle psychisch Kranken und Behinderten, die ihrer bedürfen	166
1.4.3	Konstituierende Bestandteile der Versorgung	166

noch: Kapitel A.6

		Seite
1.5	Differenzierung und Subspezialisierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	166
1.5.1	Sicherungsbedürftige Kranke	166
1.5.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	166
1.5.3	Geistig Behinderte	166
1.5.4	Andere selbständige Einrichtungen oder Subspezialisierungen	166
1.5.5	Trennung von Patientengruppen in einheitlichen Einrichtungen	166
1.5.6	Fachpersonal	167
1.5.7	Besondere Einflüsse auf die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	167
1.6	Fortentwicklung der stationären Versorgung	167
1.6.1	Die Größe neuer Krankenhäuser und Abteilungen	167
1.6.2	Die Zukunft der psychiatrischen Fachkrankenhäuser	167
1.6.3	Die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus	169
1.6.4	Bettenbestand und Bettenmeßziffer	169
1.7	Ambulante und halbstationäre Versorgung	172
1.7.1	Ambulante ärztliche Dienste	172
1.7.2	Halbstationäre Einrichtungen	172
1.8	Psychotherapie	172
1.9	Fachpersonal	173
1.9.1	Ärzte	173
1.9.2	Ergänzende Berufe	173
1.9.2.1	Psychologen, Erzieher und verwandte Berufe	173
1.9.2.2	Sozialberufe	174
1.9.2.3	Psychiatrisches Pflegepersonal	174
1.9.2.4	Rehabilitationsberufe	174
1.9.2.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	174
1.10	Größe der Versorgungsregion	175
1.11	Zentralisierte Organisation der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter	175
1.12	Dezentralisierte Organisation der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter	175
1.13	Grundsätze der zentralen Organisation	175
2	Beispiele aus Entwicklungen in einzelnen Ländern	175
2.1	Niederlande	176
2.1.1	Die Organisation der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter	176
2.1.2	Reorganisation des psychiatrischen Krankenhauswesens	176
2.1.2.1	Gliederung in Grundversorgung und Schwerpunktversorgung	176
2.1.2.2	Hinweis auf die Bewährung der Gliederung	177
2.1.3	Ambulante Einrichtungen	177
2.1.3.1	Niedergelassene Fachärzte	177
2.1.3.2	Sozialpsychiatrische Dienste	177
2.1.4	Psychogeriatrische Einrichtungen	177
2.1.5	Die künftige regionale und strukturelle Gliederung der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter	178
2.1.5.1	Stufen der Versorgung	178
2.1.5.2	Das „Distriktpsychiatrische Zentrum"	178
2.1.5.3	Psychiatrische Großkrankenhäuser	178
2.1.5.4	Dokumentation	178

noch: Kapitel A.6

		Seite
2.1.5.5	Versorgung Drogenabhängiger	178
2.1.6	Versorgung Behinderter	178
2.2	Großbritannien und Nordirland	180
2.2.1	Der „Public Health Service"	180
2.2.2	Ambulante psychiatrische Dienste	180
2.2.3	Fachärzte für Psychiatrie	180
2.2.4	Dokumentation und Forschung	180
2.2.5	Zusammenarbeit von Forschung und Verwaltung	181
2.2.6	Zwangseinweisungen	181
2.2.7	Der Übergang vom psychiatrischen Krankenhaus in die psychiatrische Abteilung des Allgemeinkrankenhauses	181
2.2.8	Die neuen chronischen Fälle	181
2.2.9	Aufrechterhaltung des Unterbringungs- und Leistungsstandards von Heimen und vergleichbaren Einrichtungen	184
2.3	Vereinigte Staaten von Amerika	184
2.3.1	Das Community Mental Health Center	184
2.3.2	Erfahrungen und Schwierigkeiten beim Übergang auf neue Versorgungssysteme	185
2.3.3	Folgerungen für die Organisation von Community Mental Health Centers	185
2.3.4	Die „Anti-Mental-Health"-Bewegung	186

Kapitel B. Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Kapitel B.1 Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter 189

Kapitel B.2 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste 190

1	*Allgemeine nicht-professionelle und professionelle Beratung*	190
1.1	Nicht-professionelle Beratung im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste	191
1.1.1	Lehrer und Erzieher in Kindergarten, Vorschule und Schule	191
1.1.2	Juristische Berufsgruppen in der Rechtspflege	192
1.1.3	Seelsorger	192
1.1.4	Pädagogen und Erzieher in allgemeinpädagogischen Heimen (Kinder-, Lehrlingsheime usw.)	192
1.2	Professionelle Beratung im Rahmen öffentlicher Institutionen	192
1.2.1	Schulpsychologische Beratungsdienste	192
1.2.2	Berufsberatung, ärztliche und psychologische Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung	193
1.2.2.1	Berufsberatung	193
1.2.2.2	Ärztliche und psychologische Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung, der Sozialversicherung und der Wehrersatzämter	194
1.2.3	Beratungsaktivitäten der Gesundheitsämter einschließlich der schulärztlichen Dienste	194
1.3	Beratung im Rahmen der Sozialarbeit	194
1.3.1	Jugend- und Sozialämter	194
1.3.2	Bewährungshilfe und Sozialarbeit in Strafanstalten	195
1.3.3	Spezielle Sozialarbeit im Rahmen der Gesundheitsämter	195
1.3.4	Sozialarbeit im Rahmen der Kirchen und anderer freigemeinnütziger Träger	195
1.3.5	Sozialarbeit in Betrieben	195

noch: Kapitel B.2

		Seite
2	*Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben*	195
2.1	Aufgaben	195
2.2	Gegenwärtiger Stand	196
2.3	Grundsätze und Leitlinien zur Reform und Weiterentwicklung der Beratungsstellen	197
2.4	Förderung der Zusammenarbeit der Beratungsstellen: Integrierte Beratungseinrichtungen	198
2.5	Einrichtung neuer Beratungsstellen	198
2.6	Psychosoziale Versorgung von Randgruppen	199
2.7	Studentenberatung	200
3	*Der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin*	201
3.1	Vorbemerkung zur ambulanten ärztlichen Versorgung	201
3.2	Der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin	201

Kapitel B.3 Psychiatrische und rehabilitative Dienste

1	*Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung*	203
1.1	Umfassende bedarfsgerechte Versorgung	203
1.2	Gemeindenahe psychiatrische Versorgung	204
1.2.1	Erreichbarkeit	204
1.2.2	Überschaubarkeit, räumliche Beziehung zur Gemeinde	204
1.2.3	Kooperative und konsiliarische Verknüpfung	204
1.2.4	Aufrechterhaltung der Kontakte	204
1.2.5	Offene Psychiatrie	204
1.3	Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken	204
1.4	Verflechtung der Psychiatrie mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten	205
1.5	Reduktion der Bettenzahl in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern	205
1.5.1	Krankenhausbedürftigkeit und Fehlplacierung	205
1.5.2	Einfluß der Größe auf die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser	205
1.6	Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter	206
1.7	Stationäre Betreuung nicht krankenhausbedürftiger psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter („Heimsektor")	206
1.8	Kontinuität der Behandlung	206
1.9	Internationale Übereinstimmung	207
2	Ambulante Dienste	207
2.1	*Der niedergelassene Nervenarzt*	207
2.2	*Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen*	209
2.2.1	Zur Versorgungsleistung des ambulanten und stationären Sektors	209
2.2.2	Nachsorge	211
2.2.3	„Vorschaltambulanz", Krisenintervention	212
2.2.4	Mobiles Team, sozialpsychiatrischer Dienst	212
2.2.5	Konsiliarische Behandlung, Betreuung, Beratung	213

noch: Kapitel B.3

		Seite
2.2.6	Zusammenfassung der Aufgaben ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen	213
2.3	*Die Gesundheitsfachverwaltung*	213
3	Stationäre und halbstationäre Dienste	215
3.1	*Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen — Psychiatrische Behandlungszentren*	215
3.1.1	Die gegenwärtige stationäre psychiatrische Versorgung	215
3.1.1.1	Art und Zahl der psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen	215
3.1.1.2	Verteilung der Betten	215
3.1.1.3	Aufnahmefrequenz	215
3.1.1.4	Aufnahmebezirke	215
3.1.1.5	Strukturprobleme	215
3.1.1.5.1	Lage	215
3.1.1.5.2	Größe	215
3.1.2	Die zukünftige Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung	216
3.1.2.1	Grundsätzliches	216
3.1.2.2	Psychiatrische Abteilung	216
3.1.2.2.1	Die psychiatrische Abteilung als „Satellit"	217
3.1.2.2.2	Psychiatrische Belegbetten	217
3.1.2.3	Psychiatrisches Krankenhaus	217
3.1.2.4	Bestehende psychiatrische Krankenhäuser	217
3.1.2.5	Die Verbindung zur allgemeinen Medizin	218
3.1.2.6	Zur inneren Struktur der psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen	218
3.1.2.6.1	Gliederung bestehender psychiatrischer Krankenhäuser und zukünftiger psychiatrischer Behandlungszentren	218
3.1.2.6.2	Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen	219
3.1.2.6.3	Bemerkungen zur Leitungsstruktur	219
3.1.2.6.4	Patentanwalt	220
3.1.2.6.5	Fachbeirat	220
3.2	*Psychiatrische Universitätskliniken*	220
3.3	*Tages- und Nachtkliniken*	222
3.3.1	Tageskliniken	222
3.3.2	Nachtkliniken	222
4	*Komplementäre Dienste*	223
4.1	Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung	223
4.1.1	Übergangsheime	224
4.1.2	Wohnheime	225
4.1.3	Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte	226
4.2	Sonstige komplementäre Dienste	227
4.2.1	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen, Familienpflege	227
4.2.2	Tagesstätten	227
4.2.3	Patientenclubs	227
4.3	Komplementäre Dienste im Verbundsystem	228
5	*Spezielle rehabilitative Dienste*	228
5.1	Werkstatt für Behinderte	229
5.2	Beschützende Arbeitsplätze	231

noch: Kapitel B.3

		Seite
5.3	Arbeitsplätze für Schwerbehinderte nach § 6 des Schwerbehindertengesetzes	231
5.4	Berufsbildungswerke	231
5.5	Berufsförderungswerke	232
6	*Behindertenzentren*	232
7	Versorgung besonderer Altersgruppen	233
7.1	*Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher*	233
7.1.1	Aufgabenbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie — Besonderheiten der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher	233
7.1.1.1	Aufgabenbereich	233
7.1.1.2	Beteiligte Berufsgruppen — Multidisziplinäre Zusammenarbeit	233
7.1.1.3	Lebensräume der Kinder und Jugendlichen	233
7.1.1.4	Differenzierung des Versorgungsangebotes	234
7.1.1.5	Zuständigkeiten von Behörden und Trägern	234
7.1.1.6	Sonderaufgaben der Versorgung	235
7.1.1.6.1	Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen	235
7.1.1.6.2	Geistige Behinderung bei Kindern und Jugendlichen	235
7.1.2	Versorgung in einem regionalen Verbundsystem	235
7.1.2.1	Bedarf	235
7.1.2.2	Gegenwärtiger Stand der Versorgung	237
7.1.2.3	Umriß eines regionalen Verbundsystems zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher	237
7.1.2.3.1	Grundsätze für die Versorgung innerhalb eines Verbundsystems	237
7.1.2.3.2	Größe der einzelnen Versorgungsgebiete. Überregionale Aufgaben	237
7.1.2.3.3	Gliederung und Einrichtung des regionalen Verbundsystems	238
7.1.2.4	Neuropädiatrische Aufgaben im Verbundsystem	241
7.1.2.5	Varianten des Verbundsystems	241
7.1.2.6	Organisatorische Sicherung der Zusammenarbeit — Allgemeine Aufgaben des Verbundsystems	242
7.1.2.7	Überregionale Planung	242
7.1.2.8	Einleitende Maßnahmen zur Verwirklichung von Verbundsystemen	242
7.1.3	Versorgungsformen bei Kindern und Jugendlichen, Eltern und Familien	242
7.1.3.1	Übersicht über Versorgungsformen	242
7.1.3.2	Besonders schwerwiegende Behandlungslücken	243
7.1.4	Ausbildung von Fachkräften	243
7.1.4.1	Berufsgruppen	243
7.1.4.2	Probleme der Ausbildungsinhalte und Ausbildungsformen	244
7.1.4.3	Berufsgruppen mit erheblichem Defizit an Aus- oder Weiterbildungsabschlüssen	244
7.1.5	Prävention	245
7.1.5.1	Präventive Aufgaben	245
7.1.5.2	Präventive Forderungen für Beziehungsfelder und Lebensräume	245
7.1.5.3	Präventive Maßnahmen	246
7.1.5.4	Weiterentwicklung präventiver Forderungen und Maßnahmen	246
7.2	Zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen	246
7.2.1	Aufgabenbereich und gegenwärtiger Stand der Versorgung	246
7.2.1.1	Aufgabenbereich	246
7.2.1.2	Abgrenzung	247
7.2.1.3	Bedarf an Diensten und Einrichtungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker alter Menschen	247
7.2.1.3.1	Anwachsen der Risikobevölkerung	247

n o c h : Kapitel B.3

		Seite
7.2.1.3.2	Änderung und Zunahme des Hilfesuchverhaltens	247
7.2.1.3.3	Disproportionales Anwachsen der über 75jährigen und Älteren	248
7.2.1.3.4	Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter	248
7.2.1.3.5	Bedarf an Diensten im ambulanten und stationären Bereich	248
7.2.1.4	Gegenwärtiger Stand der Versorgung psychisch kranker alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland	248
7.2.1.4.1	Stationärer Bereich	248
7.2.1.4.2	Ambulanter Bereich	249
7.2.1.4.3	Übergangseinrichtungen	250
7.2.1.5	Mängel der gegenwärtigen Versorgung psychisch kranker alter Menschen	250
7.2.2	Leitprinzipien bei der Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychisch kranker alter Menschen	251
7.2.2.1	Leitprinzipien einer zukünftigen Versorgung psychisch kranker alter Menschen	251
7.2.2.1.1	Verzahnung von allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Behandlung	251
7.2.2.1.2	Früherkennung und Frühbehandlung	251
7.2.2.1.3	Assessment	252
7.2.2.1.4	Schaffung von gemeindenahen Beratungs- und Behandlungsangeboten	252
7.2.2.1.5	Entlastung psychiatrischer Krankenhäuser	253
7.2.2.1.6	Künftige Strukturen des Alterskrankenheims	253
7.2.2.2	Zur Prävention	254
7.2.2.3	Zur Rehabilitation	254
7.2.3	Umriß eines regionalen Verbundsystems zur gerontopsychiatrischen Versorgung	254
7.2.3.1	Größe des Versorgungsgebiets	254
7.2.3.2	Ambulanter Bereich	254
7.2.3.3	Teilstationärer Bereich	254
7.2.3.4	Stationärer Bereich und Heimsektor	255
7.2.3.4.1	Gerontopsychiatrische Funktionseinheiten an Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Behandlungszentren	255
7.2.3.4.2	Gerontopsychiatrische Funktionseinheiten an Allgemeinkrankenhäusern	255
7.2.3.4.3	Gerontopsychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken	255
7.2.3.4.4	Gerontopsychiatrische Abteilungen an geriatrischen Kliniken	255
7.2.3.4.5	Einrichtungen der stationären Altenhilfe	256
7.2.3.5	Assessment-Unit	256
7.2.3.6	Gerontopsychiatrisches Zentrum	256
7.2.4	Aus-, Weiter- und Fortbildung	257
7.2.4.1	Ausbildung	257
7.2.4.2	Weiterbildung	257
7.2.4.2.1	Medizinischer Bereich	257
—	Facharzt für Geriatrie	257
—	Teilgebietsbezeichnung „Gerontopsychiatrie"	257
—	Fachschwester/-pfleger für Geriatrie/Psychiatrie	258
7.2.4.2.2	Nichtmedizinischer Bereich	258
7.2.4.3	Fortbildung	258
7.2.4.4	Laienkräfte	258
7.2.5	Bedarf an Behandlungsplätzen und einleitenden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker alter Menschen	259
7.2.5.1	Bedarf an Behandlungsplätzen	259
7.2.5.2	Umverteilung der Behandlungsplätze	259
7.2.5.3	Einleitende Maßnahmen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung	260
8	*Versorgung geistig Behinderter*	260
8.1	Aufgabenbereich und Zuständigkeiten	260

noch: Kapitel B.3

		Seite
8.1.1	Definition	260
8.1.2	Aufgabenbereich	260
8.1.3	Zuständigkeiten	261
8.1.4	Sonderaufgaben der Versorgung Schwerst- und Mehrfachbehinderter	261
8.1.5	Lernbehinderte	261
8.2	Bedarf und gegenwärtiger Stand der Versorgung	261
8.2.1	Bedarf	261
8.2.2	Gegenwärtiger Stand der Versorgung	262
8.3	Versorgung, Rehabilitation, notwendige Maßnahmen	262
8.3.1	Grundsätze	262
8.3.2	Versorgung und Rehabilitation geistig Behinderter im Rahmen der psychiatrischen Versorgung	263
8.3.3	Notwendige Maßnahmen und Einrichtungen	263
8.3.4	Beteiligte Berufsgruppen	264
8.3.5	Verteilung der Einrichtungen	264
9	Dienste für spezielle Patientengruppen	265
9.1	*Suchtkranke*	265
9.1.1	Alkohol- und Drogenabhängige	265
9.1.1.1	Definition und Abgrenzung des Aufgabenbereiches	265
9.1.1.2	Droge	265
9.1.1.3	Mißbrauch	265
9.1.1.4	Abhängigkeit	266
9.1.2	Umfang des Problems	266
9.1.2.1	Alkoholismus	266
9.1.2.2	Rauschmittelabhängigkeit	267
9.1.2.3	Arzneimittelabhängigkeit	268
9.1.2.4	Zusätzliche Gefahren des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Alkohol und Drogen	268
9.1.3	Entstehungsbedingungen	269
9.1.3.1	Die spezifische Wirkung der psychotropen Substanzen	269
9.1.3.2	Die Besonderheiten des Individuums	269
9.1.3.3	Die Art des sozialen Umfelds	269
9.1.4	Therapeutische Möglichkeiten	270
9.1.4.1	Alkoholabhängigkeit	270
9.1.4.2	Drogenabhängigkeit	271
9.1.5	Prävention	271
9.1.5.1	Ersatzaktivitäten und Ersatzvorbilder	271
9.1.5.2	Vermittlung von Kenntnissen über Suchterkrankungen	271
9.1.5.3	Verfügbarkeit der Substanzen	271
9.1.5.4	Sekundärprävention	272
9.1.5.5	Forschung auf dem Gebiet der Prävention und Bereitstellung von Mitteln	272
9.1.6	Rechtsfragen auf dem Gebiet der Suchterkrankungen	272
9.1.6.1	Rechtliche Stellung des therapeutischen Personals	272
9.1.6.2	Aufklärungspflicht über die Rechtsstellung von Mitgliedern gruppentherapeutischer Veranstaltungen	272
9.1.6.3	Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Alkoholismus	272
9.1.6.4	Leistungspflicht der Privatkrankenkassen bei Suchterkrankungen	273
9.1.7	Gegenwärtiger Stand der Suchtkrankenversorgung	273
9.1.7.1	Stationärer Bereich	273
9.1.7.2	Ambulanter Bereich	274

noch: Kapitel B.3

		Seite
9.1.7.3	Teilstationärer Bereich	274
9.1.8	Leitprinzipien für die bedarfsgerechte Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen	274
9.1.9	Umriß einer integrierten Versorgung	275
9.1.9.1	Elemente der integrierten Versorgung	275
9.1.9.2	Beziehung dieser Einrichtungen zu den Standardversorgungsgebieten	276
9.1.9.3	Ambulanter Bereich	276
9.1.9.4	Stationärer Bereich	277
9.1.9.4.1	Einrichtungen zur kurzfristigen Behandlung	277
	— Intensivpflegeeinheit	277
	— Aufnahmestation für Alkohol- und Drogenabhängige	277
9.1.9.4.2	Einrichtungen zur vorwiegend mittelfristigen stationären Behandlung	277
	— Suchtklinik in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft	277
	— Suchtabteilung am psychiatrischen Krankenhaus	278
	— Suchtklinik in freier Trägerschaft	278
9.1.9.4.3	Einrichtungen zur langfristigen stationären Behandlung	278
	— Geschlossene Station am psychiatrischen Krankenhaus	278
	— Geschlossene Pflegeheime	279
9.1.9.5	Übergangsbereich und weitere ergänzende Einrichtungen	279
9.1.9.6	Einleitende Maßnahmen zur Verwirklichung des Verbundsystems	279
9.2	*Suicidgefährdete*	279
9.3	*Psychisch kranke Straftäter*	281
9.3.1	Derzeitige Rechtslage	281
9.3.2	Betroffener Personenkreis	281
9.3.3	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB	282
9.3.3.1	Zuständigkeit	282
9.3.3.2	Rechtsstellung des Untergebrachten	282
9.3.3.3	Standort	282
9.3.3.4	Größe	283
9.3.3.5	Therapeutisches Angebot	283
9.3.3.6	Bauliche Gestaltung und Sicherheitsfragen	283
9.3.3.7	Personalbedarf	284
9.3.3.8	Finanzierung	284
9.3.4	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB	284
9.3.5	Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt gem. § 65 StGB	284
9.3.6	Psychiatrische Abteilungen an Vollzugskrankenhäusern	285
9.3.7	Schlußbemerkungen	285
9.4	*Epilepsie-Kranke*	285
9.4.1	Personenkreis	285
9.4.2	Aufgaben	285
9.4.2.1	Prävention von Epilepsie	285
9.4.2.2	Habilitation/Rehabilitation	286
9.4.3	Versorgungssystem	287
9.4.3.1	Der Bedarf	287
9.4.3.2	Umriß des Versorgungssystems (Institutionen)	287
9.4.3.2.1	Niedergelassene Ärzte	287
9.4.3.2.2	Spezialeinrichtungen	287
	— Epilepsie-Ambulanzen	287
	— Epilepsie-Abteilungen	288
	— Epilepsie-Zentren	288
	— Selbständige Sondereinrichtungen für Epilepsie-Kranke	289

noch: Kapitel B.3

		Seite
9.4.3.2.3	Langzeitbereich	289
9.4.3.3	Prioritäten beim Aufbau des Versorgungssystems	289
9.5	*Hirnverletzte*	289
9.6	*Nichtseßhafte*	290

Kapitel B.4 Psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste

1	*Krankheitskonzepte, Versorgungsprinzipien und Aufgaben im Bereich psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste*	292
1.1	Die Versorgung mit Psychotherapie/Psychosomatik	292
1.2	Die Krankheitskonzepte der Psychotherapie/Psychosomatik und Formulierung zweier Prinzipien der Versorgung	292
1.3	Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Formulierung eines dritten Prinzips der Versorgung	293
1.4	Versorgungsmißstände im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik bzw. Mißstände in der Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken	293
1.5	Aufgabenbereiche	295
2	*Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutisch/psychosomatischen Funktionen*	296
2.1	Gliederung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungsbereiche	296
2.2	Die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung im Bereich des Vorfelds spezifischer psychotherapeutischer Versorgung	296
2.2.1	Ärzte für Allgemeinmedizin	296
2.2.2	Ärzte anderer mediznischer Fachgebiete	296
2.2.3	Nervenärzte	296
2.2.4	Koordinations- und Kooperationsaufgaben im Vorfeld spezifischer psychotherapeutischer Versorgung	297
2.3	Ambulante Dienste der fachpsychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung	297
2.3.1	Die von Fachpsychotherapeuten zu behandelnden psychischen Störungen und Krankheiten	297
2.3.2	Die Fachpsychotherapeutischen Berufsgruppen	297
2.3.3	Organisationsformen der ambulanten fachpsychotherapeutischen Versorgung	298
2.3.3.1	Fachpsychotherapeutische Praxen	298
2.3.3.2	Praxisgemeinschaft	298
2.3.3.3	Gruppen-Praxen	298
2.3.3.4	Psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	299
2.3.3.5	Beratungsstellen mit begrenzten fachpsychotherapeutischen Behandlungsaufgaben	299
2.3.4	Effektivitätssteigerung der psychotherapeutischen Versorgung durch Verbesserung der Koodination und Kooperation	299
2.3.5	Ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen	300
2.3.6	Kooperation fachpsychotherapeutischer mit psychiatrischen Diensten	302
2.4	Die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre psychotherapeutische und psychosomatische Dienste)	302
2.4.1	Allgemeine Grundsätze und Empfehlungen für die Struktur, Organisation und Arbeitsweise stationärer psychotherapeutisch/psychosomatischer Einrichtungen sowie Hinweise zur Verwirklichung	302
2.4.2	Spezielle Empfehlungen für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgungseinrichtungen	303
2.4.2.1	Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an bestehende körpermedizinische und psychiatrische Einrichtungen	303

n o c h : Kapitel B.4

		Seite
2.4..2.1.1	Aufgabenstellungen der angegliederten eigenständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen	303
2.4.2.1.2	Empfohlene Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an stationäre Einrichtungen der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und Aufgabenschwerpunkte	304
2.4.2.2	Ausbau und Neueinrichtungen eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser	307
2.4.2.2.1	Größere psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser	307
2.4.2.2.2	Kleinere psychotherapeutisch/psychosomatische Kliniken	308
2.4.2.2.3	Neueinrichtung selbständiger stationärer Dienste für die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	308
2.4.3	Kooperation und Koordination der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen mit anderen Institutionen der stationären Versorgung	309

Kapitel B.5 Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geografischen Bereichen

1	Standardversorgungsgebiet	309
2	Übergeordnetes Versorgungsgebiet	311

Kapitel B.6 Koordination und Planung

1	Einleitung	311
2	Koordination und Planung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete	311
2.1	Koordination der im Standardversorgungsgebiet tätigen Dienste	311
2.1.1	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft	311
2.2	Koordination der Träger im Standardversorgungsgebiet	313
2.3	Koordination im Bereich der kommunalen Körperschaften im Standardversorgungsgebiet	313
2.4	Der psychosoziale Ausschuß	313
2.4.1	Einfügung des psychosozialen Ausschusses in die kommunale Selbstverwaltung	313
2.4.2	Zur Geschäftsordnung des psychosozialen Ausschusses	314
3	Koordination und Planung auf der Ebene der Länder	314
3.1	Allgemeines	314
3.2	Referat für psychosoziale Versorgung	314
3.3	Beirat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	314
3.4	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene	315
3.5	Die Einführung der Planungs- und Koordinationskompetenz auf Länderebene in die gegenwärtige Organisationsstruktur der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	315
4	Gewährleistung von Informationen auf Bundesebene	315
4.1	Institution auf der Ebene der elf Bundesländer	315
4.2	Aufgaben	315
5	Referat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit	316
6	Gemischter psychosozialer Beirat am Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit	316

Seite

Kapitel C. Aus-, Weiter- und Fortbildung

Kapitel C.1 Definitionen 317

Kapitel C.2 Allgemeine Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung 317

1 Grundlegende Prinzipien 317

2 Vermehrung des psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachpersonals .. 318

3 Konsequenzen des Personalmangels 319

4 Entwicklung von Kooperationsmodellen für Fachpersonal verschiedener Berufsgruppen 320

5 Allgemeine Ziele der Aus-, Weiter- und Fortbildung 320

6 „Praxisnähe" der Aus- und Weiterbildung 321

7 Ausbildung und Ausbilder 321

8 Ausbildungsforschung 321

9 Vereinheitlichung der Aus-, Weiter- und Fortbildung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland 322

10 Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung im internationalen Rahmen .. 322

11 Fortbildung 322

12 Zur Verwirklichung der allgemeinen Gesichtspunkte (Zusammenfassung) 323

Kapitel C.3 Aus-, Weiter- und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 324

1 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten 324

1.1 Ausbildung 325

1.2 Weiterbildung zum Nervenarzt 328

1.3 Die Weiterbildung von Ärzten zum Psychotherapeuten 330

1.4 Fortbildung 330

2 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychologen 331

2.1 Ausbildung 331

2.2 Zusatzausbildung 331

2.3 Fortbildung 332

3 Aus-, Weiter- und Fortbildung der Krankenpflegeberufe 332

3.1 Ausbildung zur „Krankenschwester (Psychiatrie)" und zum „Krankenpfleger (Psychiatrie)" 333

3.2 Weiterbildung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" 333

3.3 Weiterbildung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" 334

noch: Kapitel C.3

		Seite
3.4	Berufliche Bildungsmaßnahmen für Krankenpflegehelfer	334
3.5	Lehrinhalte	335
3.6	Fortbildung	335
4	Aus-, Weiter- und Fortbildung der Sozialarbeiter	336
5	Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)	338
6	Aus-, Weiter- und Fortbildung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	338
7	Aus-, Weiter- und Fortbildung anderer in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätiger Berufsgruppen	339
8	Probleme der Aus-, Weiter- und Fortbildung in besonderen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	341

Kapitel C.4 Spezielle Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik

1	Allgemeine Leitlinien der Ausbildung	342
2	Spezielle Gesichtspunkte für die Ausbildung der Medizinstudenten	343
2.1	Vorbemerkung	343
2.2	Lernziele	343
2.3	Ist-Zustand und Empfehlung	344
2.4	Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie: Gegenwärtige Vertretung, Ausbildungsaufgaben, Kapazitätsfragen, Praxisbezug	344
3	Weiterbildung	345
3.1	Grundsätze	345
3.2	Weiterbildung von Ärzten zum Psychotherapeuten	346
3.2.1	Gegenwärtiger Stand	346
3.2.2	Empfehlungen, für das Gebiet Psychotherapie/Psychosomatik einen Facharzttitel bzw. eine Gebietsbezeichnung einzuführen	347
3.3	Weiterbildung von Psychologen zum Psychotherapeuten	347
3.3.1	Gegenwärtiger Stand	347
3.3.2	Empfehlung einer gesetzlichen Regelung für die Zusatzausbildung des Diplom-Psychologen zum Psychologen (Fachpsychologen) für Klinische Psychologie	347
3.4	Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Weiterbildung für Ärzte und Diplom-Psychologen zum analytischen Psychotherapeuten	348
3.5	Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" für Ärzte	349
3.6	Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)	349
3.7	Spezielle Weiterbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen	350
3.8	Berufsgruppen mit anderweitigen Weiterbildungsgängen, zu denen ein psychotherapeutischer/psychosozialer Bestandteil gehört oder gehören sollte	351
3.8.1	Ärzte	351
3.8.2	Weiterbildungsgänge für Berufe im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste, im Kontext sozialer Institutionen und im Rahmen der Sozialarbeit	352
4	Institutionen der psychotherapeutischen Weiterbildung	352
4.1	Gegenwärtiger Stand	352
4.2	Zielvorstellungen	352

noch: Kapitel C.4

		Seite
4.3	Ausstattung, Aufgaben und Organisationsformen eines Weiterbildungsinstitutes	353
4.4	Einrichtung weiterer Weiterbildungsinstitute	353
5	Fortbildung	354

Kapitel D. Rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

1	Zum Verhältnis der verschiedenen Leistungsträger in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter	355
2	Sozial- und privatversicherungsrechtliche Fragen	358
3	Zusammenarbeit stationärer und ambulanter Einrichtungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung	360
4	Zur Anwendung arbeitsrechtlicher Vorschriften auf die Beschäftigung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung — Notwendigkeit einer besonderen gesetzlichen Regelung — Fragen der Arbeitsbelohnung und des Arbeitsentgelts	361
5	Probleme der Verantwortung bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter	365
6	Freiheitsentziehung und Unterbringung	367
7	Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft	371
8	Probleme der Heimunterbringung (Heimgesetz)	375
9	Fragen der Postkontrolle	377
10	Registrierung psychisch Kranker (Zentralregistergesetz)	377
11	Datensammlung, Datenverwertung, Datenschutz	378
12	Zur Verwendung psychiatrischer Gutachten	381
13	Gerontopsychiatrie und Strafrecht	382
14	Zur gesetzlichen Regelung der freiwilligen Sterilisation	382

Kapitel E. Primärprävention psychischer Störungen

1	Aufgaben und Entwicklung der Prävention	385
2	Bereiche der Primärprävention psychischer Störungen	386
2.1	Medizinischer Bereich	386
2.2	Psychosozialer Bereich	386
2.3	Soziokultureller Bereich	386
2.4	Sozioökonomischer Bereich	386
3	Möglichkeiten und Bedeutung der Primärprävention	387
3.1	Spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen in den verschiedenen Lebensphasen	387
3.1.1	Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und postnataler Entwicklung	387

noch: **Kapitel E**

		Seite
3.1.2	Primärprävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	388
3.1.3	Primärprävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter	389
3.1.4	Primärprävention psychischer Störungen im höheren Alter	390
3.2	Spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen im Bereich der Gesellschaft	390
3.2.1	Primärprävention im Bereich der Arbeit	390
3.2.2	Primärprävention im Bereich von Stadtplanung und Wohnen	391
4	Organisationsformen psychiatrischer und psychotherapeutischer Primärprävention	392
4.1	Körpermedizin	392
4.2	Psychiatrische und psychotherapeutische Dienste	392
4.3	Gesellschaft	392
5	Empfehlungen zur Primärprävention psychischer Störungen	393
5.1	Allgemeine Gesichtspunkte	393
5.2	Spezielle Empfehlungen, bezogen auf die einzelnen Lebensphasen	393
5.2.1	Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensmonate	393
5.2.2	Kindes- und Jugendalter	394
5.2.3	Erwachsenenalter	394
5.2.4	Höheres Alter	394
5.3	Weitere Empfehlungen	395
5.3.1	Modellregion zur Erprobung primärpräventiver Maßnahmen	395
5.3.2	Einsetzung einer Arbeitsgemeinschaft zur Prävention psychischer Störungen auf Bundesebene	395
6	Zusammenfassung	395

Kapitel F. Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik

1	Einleitung	396
2	Die allgemeine Situation psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Forschung	396
3	Prinzipien der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung	396
4	Organisation der Forschung	397
5	Forschungsförderung	398
6	Schwierigkeiten und Hindernisse der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung	398
7	Vorschläge	399

Kapitel G. Personalbedarf

1	Vorbemerkung	400
2	Probleme der Bedarfsermittlung	400
3	Schätzung des Personalbedarfs für einige ausgewählte Berufsgruppen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf Bundsebene	401

noch: Kapitel G

		Seite
3.1	Ärztlicher Bereich	401
3.1.1	Ressourcen	401
3.1.2	Schätzung des Bedarfs im ärztlichen Bereich	402
3.1.2.1	Schätzung des Bedarfs an Ärzten in der stationären Versorgung	402
3.1.2.2	Schätzung des Bedarfs an Ärzten in der ambulanten Versorgung	403
3.1.2.3	Bedarf an Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst	403
3.1.3	Bedarfsdeckung versus Ressourcen auf Bundesebene	403
3.2	Psychologischer Bereich	403
3.2.1	Ressourcen	403
3.2.2	Bedarf an Psychologen	404
3.3	Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	404
3.3.1	Ressourcen	404
3.3.2	Bedarf an Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	404
3.4	Pflegepersonal	404
3.4.1	Ressourcen	404
3.4.2	Bedarf an Pflegepersonal	405
3.5	Bereich der Sozialarbeit	405
3.5.1	Ressourcen	405
3.5.2	Bedarf an Sozialarbeitern	405
3.6	Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	405
3.6.1	Ressourcen	405
3.6.2	Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	406
3.7	Pädagogischer Bereich	406
3.7.1	Ressourcen	406
3.7.2	Bedarf an pädagogischem Personal	406
4	Zusammenfassung	406

Kapitel H. Prioritäten

1	Grundforderung	408
2	Rahmenbedingungen einer Neuordnung der Versorgung	408
3	Notwendigkeit von Prioritäten	408
4	Prioritäten	408
4.1	Aus- und Aufbau der komplementären Dienste	408
4.2	Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste	409
4.3	Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern	409
4.4	Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung	409
4.5	Spezielle Patientengruppen	409
4.6	Modellversorgungsgebiete	410
5	Weiteres Vorgehen	410

Sondernoten von Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission 411

Anhang (Drucksache 7/4201)

A. Zum gegenwärtigen Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

A.1 Historische Vorbemerkungen

Einleitung

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hat im Laufe ihrer Geschichte zahlreiche Wandlungen durchgemacht. Diese Entwicklung läßt erkennen, daß Menschen sich störenden und hilflosen Gliedern ihrer Gemeinschaft gegenüber zu allen Zeiten zwiespältig verhalten haben: Einerseits wurden solche Glieder, wenn sie durch ihre wie auch immer entstandene Eigenart die Mitwelt zu sehr belasteten, durch Sondermaßnahmen versorgt. Dies führte zu einer gewissen Ausgliederung der Betreffenden. Andererseits wandte man sich gerade diesen Menschen in besonderer Weise zu, versuchte zu helfen und, wo das nicht möglich war, sie zu akzeptieren und so die Ausgliederung aufzuheben. Das Ineinander und Nebeneinander dieser gegensätzlichen Tendenzen prägt die Geschichte der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und das Verhalten ihnen gegenüber bis heute.

Altertum

In der griechischen Antike finden wir, vergleichbar zu anderen kulturellen Entwicklungen, auch bezüglich der Medizin wichtige Ansätze, die später ausgebaut und weiterentwickelt werden. Bezüglich der Seelenheilkunde sind mehrere Entwicklungen zu unterscheiden. Den breitesten Raum hat die magische Tempelmedizin eingenommen, die zur Vorläuferin aller späteren Suggestionstherapien wurde. Aus den im Bereich der Tempelmedizin entstandenen Ärzteschulen wurde aber bald eine medizinische Lehre entwickelt, die in ihren Grundzügen bis ins 18. Jahrhundert hinein gültig blieb. Die Ärzte der Antike, die ausgezeichnete Beobachter waren, konnten zwar sehr gut verschiedene psychische Erkrankungen beschreiben, die ihnen verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten waren jedoch gering. Die hippokratische Medizin entwickelte dann in ihrer Lehre von der Physis ein psychosomatisches Konzept, das unter verschiedenen Abwandlungen bis in die Neuzeit hinein Gültigkeit behielt. Neben und außerhalb dieser medizinischen Konzepte entdeckten griechische Philosophen die Heilwirkung des Dialogs und waren damit die Begründer von Psychotherapie. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß der Terminus Psychotherapie von Platon geprägt wurde.

Mittelalter

Im Gegensatz zu anderen Kulturkreisen hat sich das Bedürfnis zur Schaffung besonderer Einrichtungen für die Unterbringung und Pflege Geisteskranker in den meisten europäischen Ländern erst spät entwickelt. Während des ganzen Mittelalters blieben sie weitgehend sich selbst überlassen. Sofern sie bei ihren Familien lebten, hatten diese für Unterkunft und Betreuung aufzukommen. Waren keine geeigneten Räume dafür vorhanden, so wurden die Kranken gegen Entgelt bei Fremden untergebracht. Fehlten hierzu die Mittel oder erschienen sie für ihre Umwelt gefährlich, so hatten die Stadtbehörden die Fürsorge zu übernehmen. In holzgezimmerte, transportable Kisten eingesperrt, lebten sie teils an den Ausfallstraßen der Städte, um Reisende anbetteln zu können, teils in ausbruchsicheren Türmen der Befestigungsmauern. Nach dem Rückgang der Lepra und der Pest wurden sie oft auch in leerstehenden Seuchenhäusern untergebracht. Neben vereinzelten Irrenspitälern gab es in einigen Städten reguläre Irrenzellen, die in der Nachbarschaft der Hospitäler eingerichtet wurden. Nicht-einheimische Geisteskranke wurden aus den Städten ausgewiesen. Man schaffte sie bis an die Grenze der Gemarkung und ließ sie vagabundierend umherlaufen, wenn man sie nicht Händlern, Pilgern oder Schiffern anvertraute; von diesen wurden sie in Reise-, Markt- oder Pilgerzentren abgesetzt, wodurch man ihre Herkunftsstädte von ihnen freizumachen suchte. Neben den Städten haben sich im Mittelalter auch kirchliche Einrichtungen der Irrenfürsorge angenommen. In vielen Domspitälern wurden sie neben Armen und Hilfsbedürftigen aller Art betreut. Mehrere Ordensgemeinschaften wandten sich der Pflege von psychisch Kranken und Schwachsinnigen zu. Diese monasteriale Wurzel der Geisteskrankenfürsorge dürfte später auf jene Reformprinzipien eingewirkt haben, die das psychiatrische Krankenhaus des 19. Jahrhunderts prägten. Die mönchischen Tugenden von Armut, Keuschheit und Gehorsam wurden immer wieder als Heilmittel für die Verwirrten benutzt; das Vorbild der Weltflucht und die Regeln der Arbeit und der Hausordnung, nach denen die großen Ordensgründer das klösterliche Leben strukturierten, wurden später auf die Milieugestaltung psychiatrischer Einrichtungen übertragen.

Das Zeitalter des Absolutismus

Mit dem Zeitalter des Absolutismus und Merkantilismus wandelte sich im 17. Jahrhundert überall in Europa die Versorgung der Geisteskranken. Die Probleme, die für jedes Gemeinwesen aus dem Vorhandensein der sozial Schwachen und Störer erwachsen, wurden von den absolutistischen Staatsverwaltungen durch radikale ordnungs- und sicherheitspo-

s. hierzu auch: Schrenck, M., Über den Umgang mit Geisteskranken, Heidelberg 1973.

lizeiliche Aktionen gelöst. Der Geisteskranke, dessen Zugehörigkeit zur menschlichen Gesellschaft im Mittelalter und in der Renaissance unbestritten war, wurde von der Straße und aus dem öffentlichen Bewußtsein entfernt und gemeinsam mit Kriminellen, Bettlern und Landstreichern, Arbeitslosen, Dirnen, politisch Auffälligen und Geschlechtskranken hinter Schloß und Riegel verbannt. Den Prototyp jener Anstalten, mit deren Hilfe diese Minoritäten unsichtbar und sozial unschädlich gemacht wurden, stellte in Frankreich das Hôpital Général dar; in England kam es zur Errichtung von „Workhouses", in Deutschland zur Etablierung von Zucht-, Korrektions-, Arbeits- oder Tollhäusern. Die ersten Internierungseinrichtungen entwickelten sich vorzugsweise in den größeren Städten der westeuropäischen Länder; in Zeiten der Vollbeschäftigung und hohen Löhne konnten diese Häuser billige Arbeitskräfte zur Verfügung stellen, während sie in Zeiten der Arbeitslosigkeit die Müßiggänger auffingen und für den Schutz der Gesellschaft gegen Agitation und Aufstände sorgten. Mit diesen innenpolitischen und sicherheitspolitischen Motiven mischten sich allerdings moralisch-pädagogische Absichten: Das Hôpital Général, wie auch die deutschen Zucht- und Tollhäuser dienten der Erziehung zu einer Haltung, für die Arbeit zur moralischen Pflicht und gesellschaftlichen Selbstverständlichkeit wird. In diesen Institutionen beginnt die personale und administrative Kontinuität der Erfahrung im Umgang mit Geisteskranken und Verbrechern, die sich bis in die Gegenwart hinein fortsetzt.

Die Epoche der Aufklärung

Die Epoche der Aufklärung und der französischen Revolution befreite die Geisteskranken wieder aus ihrer Gleichstellung mit Kriminellen und Asozialen. Die Besinnung auf menschenwürdigen, philantropischen Umgang mit Armen, Gefangenen, Siechen und Irren und das Prinzip von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit beherrschte die Zeit. Die Zucht- und Tollhäuser wurden in der bisherigen Form aufgelöst. In Wien wurden 1784 durch den Willen Josefs II. mehrere karitative Stiftungen zu einem „Hauptspital" zusammengeschlossen und räumlich mit dem „Narrenturm" zu dem Komplex eines Allgemeinkrankenhauses vereinigt; erstmals wurden hier die Geisteskranken als Kranke schlechthin angesehen und nicht mehr grundsätzlich von allen anderen Patienten getrennt, — ein Modell, das nach einer gewissen Latenzzeit auch auf Norddeutschland übergriff und von Hamburg und Bremen übernommen wurde. In Frankfurt wurde 1785 aus dem bisherigen „Tollhaus" ein „Hospital". Unter der Regierung des Markgrafen von Ansbach erbaute man in Bayreuth und in Schwaben neue, von den bisherigen Zuchthäusern gesonderte „Tollhäuser" und trennte damit auch hier die Geistesgestörten eindeutig von den Strafgefangenen. Nachdem die vereinigten Markgrafschaften Ansbach und Bayreuth 1791 an Preußen abgetreten wurden, berief der preußische Minister und spätere Staatskanzler Karl-August von Hardenberg den jungen Arzt Gottfried Langermann nach Bayreuth und beauftragte ihn im Jahre 1805, das dortige „Tollhaus" in eine „Psychische Heilanstalt für Geisteskranke" umzuwandeln. Nach der erfolgten Trennung von Geisteskranken und Dissozialen markiert dieses Ereignis den Anfang einer modernen ärztlichen Irrenheilkunde im deutschen Sprachgebiet. 1820 wurde in Schleswig die erste Heilanstalt gebaut.

Anstaltsgründungen

Der Beginn des 19. Jahrhunderts war in Deutschland bestimmt durch die politischen Nachwirkungen der französischen Revolution und die damit verbundenen kriegerischen Auseinandersetzungen und sozialen Umwälzungen. Die umgebildeten Staaten wandten sich einer vernünftigen sozialen Fürsorge ihrer Bürger zu. Dabei wurde man sich bewußt, daß es auch Aufgabe des Staates sein mußte, sich der Betreuung der Geisteskranken anzunehmen, da die Kommunen diese Aufgabe nicht meistern konnten. Nachdem Unterbringung und Pflege humanere Formen angenommen hatten, stieg der Bedarf an Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch Kranke rasch an. Dies veranlaßte die staatlichen Behörden zur Gründung zahlreicher psychiatrischer Anstalten. Da durch die Säkularisation den regionalen Landesherren viele ehemalige Klöster, Abteien und Schlösser zur Verfügung standen, wurden mehrere dieser Einrichtungen einem psychiatrischen Verwendungszweck zugeführt. Neben diesen „adaptierten" Anstalten kam es zu zahlreichen Anstaltsbauten. Zählt man ausschließlich die öffentlichen Anstalten für erwachsene Geisteskranke, so wurden zwischen 1800 und 1860 insgesamt 76 psychiatrische Krankenhäuser neu errichtet und weitere 18 Altbauten für die Pflege und Betreuung Geisteskranker adaptiert und in psychiatrische Anstalten umgewandelt. Da sich die deutschen Kleinstaaten oft nur eine Anstalt leisten konnten, wurde diese in die Mitte des Landes gelegt. In Preußen wurde in den einzelnen Provinzen je eine Anstalt errichtet, in Bayern in den Bezirken, meist ebenfalls möglichst zentral. Während die ersten Anstalten noch klein waren, sah man sich unter dem Druck wachsender Aufnahmeziffern mehr und mehr genötigt, die Kapazität zu erhöhen, so daß um die Mitte des Jahrhunderts jede dieser Einrichtungen etwa 300 bis 400 Kranke versorgen konnte.

Das Prinzip der „moralischen" Behandlung

Eine wichtige Voraussetzung für diesen raschen Ausbau psychiatrischer Einrichtungen war die Tatsache, daß um die Wende und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts psychiatrische Behandlungsmethoden auch auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten entwickelt wurden. Der englische Geistliche Frances Willis wurde seit der freiheitlichen und unorthodoxen Therapie König Georgs III. in ganz Europa bekannt. In dem von ihm geleiteten Sanatorium und in dem von Quäkern gegründeten „Retreat" in York wurde erstmals das Prinzip der „moralischen Behandlung" durchgeführt, das in der philanthropischen Grundhaltung und den aufgeklärt humanitären, pädagogischen und pietistischen Ideen der damaligen Zeit wurzelte. Dieser Behandlungsgrund-

satz, von den französischen Psychiatern Pinel und Esquirol weiterentwickelt, wurde von den führenden deutschen Anstaltspsychiatern, unabhängig von der Unterschiedlichkeit ihrer spekulativen wissenschaftlichen Anschauungen aufgegriffen und bildete den Orientierungspunkt für einen neuartigen Umgangsstil mit den Geisteskranken. Hinter dieser Kurmethode stand der Leitgedanke der Aufklärung, den Menschen aus seiner Unmündigkeit herauszuführen. Dies geschah in erster Linie durch das diätetische Prinzip der Hinführung des Kranken zu einer geregelten Lebensführung. Als Mittel hierzu galten nicht zuletzt die Isolation von allen schädlichen seelischen Einflüssen und der Abbruch sämtlicher krankmachender Beziehungen, da „die Wahnsinnigen fast nie in dem Schoße ihrer Familie geheilt werden" (Pinel). Man glaubte, es sei für den Geisteskranken heilsam, ihn aus dem Getriebe seiner Alltagswelt in die Stille eines abgelegenen friedlichen Bezirkes zu bringen und errichtete daher die neuen Anstalten in geografisch abgeschiedener, ländlich idyllischer Lage, weit von den Ballungsräumen der Städte entfernt. Die mangelnde Nähe der psychiatrischen Einrichtungen zu der ursprünglichen Umgebung der Kranken, welche die Verwirklichung der heute als gültig angesehenen Behandlungsprinzipien in vielen Fällen erschwert, wurde also damals als eine positive, der Behandlung des Kranken dienende Methode im Rahmen einer ausdrücklich als „psychisch" (moralisch) bezeichneten Therapeutik verstanden (Schrenck, 1967). In diesen geografisch isolierten Anstalten wurden allerdings unter dem Gesichtspunkt der Diätetik zahlreiche sozialpsychiatrische Aktivitäten — z. B. gesellige Veranstaltungen, Arbeitstherapie, musische Therapie — ausgeübt, die in der heutigen praktischen Psychiatrie als scheinbar neue Errungenschaften wieder entdeckt werden. Ein wichtiger Bestandteil der moralischen Behandlung war aber auch das autoritär-pädagogische Prinzip der Disziplinierung und Bevormundung; der hieraus abgeleitete patriarchalische Anspruch des Anstaltsarztes hat neben seinen positiven Seiten sicher auch ungünstige Folgen auf das Binnenklima psychiatrischer Einrichtungen ausgeübt, die teilweise noch bis heute fortwirken. Allerdings gab es damals schon Psychiater, wie den späteren Direktor der Anstalt Siegburg, Maximilian Jacobi, welche die Arzt-Patient-Beziehung nicht als ein technisch-manipulatives, sondern als ein personales Verhältnis ansahen und sich deshalb um eine Humanisierung des Umgangs mit den ihnen anvertrauten Kranken bemühten.

Versorgung akut und chronisch Kranker im 19. Jahrhundert

Auch ein anderes Gegenwartsproblem läßt sich bereits in den Überlegungen und Diskussionen des frühen 19. Jahrhunderts nachweisen: Die Frage nach der besten Form der Differenzierung und „Entflechtung" der in den Anstalten sich anhäufenden unterschiedlichen Patientenkategorien. Die neugegründeten Anstalten kamen zunächst ausnahmslos den Akuterkrankten zugute. Man erachtete es als unerläßlich für die Schaffung eines psychiatrischen Heilklimas, das unheilbare Irre nicht gemeinsam mit Geisteskranken untergebracht wurden. Wie einst der störende und hilflose Narr aus der Gemeinschaft der Normalen — vor allem in den Städten — verschwand, so wurde nun der chronisch Kranke aus dem Kreis der möglicherweise Heilbaren ausgegliedert und in Pflegeanstalten einfachsten Stils ohne ärztliche Leitung überwiesen. Hier liegt bereits eine frühe Wurzel für die Abwertung chronisch Kranker und ihre vielfach unzureichende Versorgung, an der sich auch später wenig geändert hat. Auf die Dauer konnte allerdings die Trennung von Heil- und Pflegeanstalten nicht durchgehalten werden. Die Heilanstalten füllten sich mit Kranken, die eine unerwartet hohe Verweildauer und einen chronischen Verlauf aufwiesen. Aus menschlichen Gründen oder infolge administrativer Schwerfälligkeit konnten sie nicht in eine Verwahranstalt verlegt werden. Außerdem erwies es sich als volkswirtschaftlich nicht tragbar, für die unterschiedlichen Krankengruppen getrennte Anstalten zu errichten. Diese Erfahrungen führten dazu, daß der Typ der getrennten Heil- und Pflegeanstalt allmählich aufgegeben wurde und sich etwa ab 1840 in den meisten Provinzen das Prinzip der unter einem Dach zusammengefaßten (relativ verbundenen) oder völlig gemischten Heil- und Pflegeanstalt durchsetzte. Damit wurde seinerzeit zwar die Diskussion beendet, aber das Problem einer angemessenen Versorgung langfristig hospitalisierungsbedürftiger Kranker wurde nicht aus der Welt geschafft. Diese Frage beschäftigt uns noch heute.

Einsetzende Liberalisierung der Anstalten

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts brachte vor allem Ansätze zu einer weiteren Liberalisierung der psychiatrischen Anstalten. Die französische Revolution hatte den psychisch Kranken zwar von seinen Ketten befreit, ihn aber vielfach in Zwangswesten gesteckt oder einem autoritären Disziplinierungsprinzip unterworfen. Von den englischen Ärzten J. Connolly und R. Gardiner-Hill ging nun die Bewegung des „No restraint" aus, — ein System, das völlig auf die Anwendung sämtlicher mechanischer Zwangsmittel und moralischer Repressalien verzichtete. Obwohl die uneingeschränkte Durchführbarkeit dieses Prinzips damals wie heute umstritten war, machten sich auch in Deutschland viele Irrenärzte zum Vorkämpfer einer Behandlung ohne Zwang. Schließlich wurden auch die trotz des „No restraint" beibehaltenen geschlossenen Abteilungen geöffnet (open-door-system). Die Bewegungsfreiheit der Kranken außerhalb des Hauses und des Anstaltsgeländes wurde erweitert und der beinahe uneingeschränkte Besuch von Angehörigen auf den Krankenabteilungen zugelassen. Damit sollte der Charakter des Geheimnisvollen und Unheimlichen, der oft auf der psychiatrischen Anstalt lastete, abgebaut werden. Gleichzeitig wurden den meisten Anstalten landwirtschaftliche Kolonien angegliedert, die den ruhigen und arbeitsfähigen Kranken freiere Formen der Unterbringung und bessere Möglichkei-

ten der Selbstversorgung boten. Vor allem im Bereich der Betreuung Oligophrener und Krampfkranker haben diese kolonialen Anstalten mit starker Betonung der landwirtschaftlichen Arbeit besondere Bedeutung erlangt. Im Zuge dieser Entwicklung wurde auch die Familienpflege, die vorwiegend an die jahrhundertealte Tradition der holländischen Ortschaft Gheel anknüpfte, ausgebaut. Sie erwies sich allerdings als eine in vieler Hinsicht anfechtbare und krisenanfällige Einrichtung, die während labiler sozialer und wirtschaftlicher Entwicklungsphasen immer wieder ins Wanken geriet.

Das „Stadtasyl"

Obwohl Aufklärung und französische Revolution die störenden und hilfsbedürftigen Kranken aus ihrer Gleichstellung mit Kriminellen und Dissozialen freigemacht, sie in ihrem neuen Status als Kranke bestätigt und die psychiatrischen Anstalten sich nach und nach verbessert hatten, nahmen die psychisch Kranken doch eine Sonderstellung ein. Mit der Entwicklung einer naturwissenschaftlichen, klinisch fundierten Psychiatrie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts bahnte sich eine Änderung in dieser Hinsicht an. Nach langen Auseinandersetzungen über das Wesen der psychischen Erkrankungen gewann schließlich die Ansicht, daß es sich um körperliche Krankheiten handelte, die Oberhand. Wilhelm Griesinger formulierte dies in dem berühmten Satz, daß „Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns" seien. Daraus ergab sich, daß der psychisch Kranke ebenso als krank zu gelten hatte, wie ein Herz-, Leber- oder Lungenkranker. Die Einrichtungen, die seiner Heilung dienen sollten, mußten infolgedessen Krankenhäuser sein wie andere Krankenhäuser auch. Von diesem Grundsatz her, daß körperlich und psychisch Kranke gleichgestellt seien, entwikkelte Griesinger Reformkonzepte für eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung, die unseren heutigen Vorstellungen in vieler Hinsicht entsprechen. Er empfahl eine neue Institution, das von ihm so benannte „Stadtasyl", das in jeder größeren Stadt vorhanden sein und nicht nur akut Erkrankte, sondern auch chronisch Kranke bei vorübergehender Verschlechterung ihrer Verhaltensstörungen aufnehmen müsse. Nach seinen Vorstellungen sollten diese Stadtasyle Teil eines Allgemeinkrankenhauses sein und würden niemals „freudig gedeihen und den beabsichtigten Nutzen stiften, wenn sie nicht völlig auf den Fuß aller übrigen Clinicen gestellt" würden. Einen wesentlichen Vorteil der Stadtasyle sah Griesinger in der Tatsache, daß der in einer solchen Klinik tätige Arzt den zur Aufnahme angemeldeten Patienten in seiner Wohnung aufsuchen, seine Familie und seine persönlichen Lebensumstände kennenlernen, einen Eindruck von den Angehörigen gewinnen und sich von der Notwendigkeit einer Klinikeinweisung überzeugen könne. Griesinger hob auch hervor, daß die Nähe der Familie und Freunde einen wesentlichen therapeutischen Faktor darstelle, die Möglichkeit zu häufigen Besuchen der Angehörigen biete und die Voraussetzung für probeweise Beurlaubung sowie für eine wirksame nachgehende Fürsorge schaffe. Das Anliegen Griesingers zielte also vorwiegend darauf ab, den Kontakt zwischen dem psychisch Kranken und seiner Umgebung zu fördern und darüber hinaus durch eine bessere Differenzierung und Abstufung psychiatrischer Einrichtungen von der kasernenhaften Anhäufung der Patienten in „palast- oder klosterartigen Gebäuden" wegzukommen und „zu einer Dezentralisation zu gelangen, welche dem geeigneten Kranken eine freie Bewegung, eine bessere Erhaltung seiner Individualität, welche ihm möglichst die Wohlthat des Lebens unter Gesunden bietet".

Trennung von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie

Gegen dieses Konzept Griesingers wurde von den in den Anstalten tätigen Psychiatern Einspruch erhoben. Dieser richtete sich vor allem gegen die Forderung Griesingers, daß in den Stadtasylen ständig für den, wie er sagte, erforderlichen „Abfluß" von Kranken gesorgt werden müsse, damit die Stadtasyle stets aufnahmebereit blieben. In die psychiatrischen Anstalten sollten alle diejenigen Kranken verlegt werden, die einer längeren Behandlung bedürften; diese mußten dann also doch wieder aus der Gemeindenähe entfernt werden. Damit stoßen wir erneut auf das schon oben angesprochene Problem der angemessenen Versorgung der chronisch Kranken und aller derjenigen, bei denen eine aufnahmebereite Gruppe in der Gemeinschaft fehlt.

Der Ruf nach der Gründung von Stadtasylen war aber auch durch die Notwendigkeit bestimmt, geeignete psychiatrische Ausbildungsstätten zu gründen. Die Frage, ob eine Irrenanstalt gleichzeitig klinisches Institut für Lehrzwecke sein sollte, wurde zu Lebzeiten von Griesinger viel diskutiert. Manche führende Anstaltspsychiater hielten die Verbindung von Lehr- und Versorgungsaufgaben für unzweckmäßig. Sie waren bestrebt, die Kranken von den Einflüssen der akademischen Ausbildung fernzuhalten und riegelten ihre Anstalten hermetisch gegenüber Unterrichtsansprüchen ab. Dazu kam, daß auch die geografische Lage der Anstalten ihrer Einbeziehung in den Unterricht der weit entfernten Universitäten meist im Wege stand. Nur an einigen Universitätsstädten existierten Anstalten, die in den akademischen Unterricht einbezogen wurden und über viele Jahrzehnte gleichzeitig Aufgaben von Universitätskliniken übernahmen. Die von Griesinger geforderten Stadtasyle wurden aufs Ganze gesehen außerhalb der Universitätskliniken nur vereinzelt gegründet, so daß die seit 1880 fast überall eingerichteten neuropsychiatrischen Universitätskliniken deren Funktion übernahmen, nicht nur für den Unterricht, sondern auch hinsichtlich der Versorgung der akut psychisch Erkrankten. Damit kam es nicht nur zu einer Trennung der Psychiatrie in eine Hochschul- und eine Anstaltspsychiatrie, sondern auch zu einer Trennung der Versorgungsbereiche für akut und chronisch Kranke. Diese Aus-

einanderentwicklung hatte für beide Seiten nachteilige Folgen. Die Hochschulpsychiatrie schloß sich vielfach von den praktischen Bedürfnissen des psychiatrischen Fachgebiets ab, versorgte in ihren relativ kleinen Einrichtungen fast ausschließlich Akutkranke und verlor mit dem breiten Spektrum chronischer Kranker einen wesentlichen Forschungsgegenstand aus ihrem Gesichtsfeld. Die Anstaltspsychiatrie, von der zunächst der große Aufschwung der Psychiatrie getragen worden war, verarmte an Forschungsimpulsen und wurde wegen der immer vorhandenen latenten Ablehnung chronisch Kranker durch die Öffentlichkeit und die Behörden — vor allem nach dem ersten Weltkrieg — nicht mehr so stark gefördert. Hinzu kam, daß der qualitative Standard sowohl der universitären wie der Anstaltspsychiatrie durch die Emigration qualifizierter Psychiater in der Zeit des Nationalsozialismus fühlbar gesunken war.

Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Trotz der unglücklichen Folgen, die durch die Trennung von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie bedingt waren, gingen zu Beginn des 20. Jahrhunderts von den Anstalten einige wichtige Impulse für die praktische Psychiatrie aus. Es handelte sich um die schon vorher betriebene, von Hermann Simon aber am systematischsten entwickelte Aktivierung der chronisch Kranken. Dazu gehörte eine ausgeklügelte Organisation der Beschäftigung und nutzbringenden Arbeit. Diese sogenannte Arbeitstherapie verhalf zu bemerkenswerten Erfolgen, nicht nur im Sinne einer besseren anstaltsinternen Resozialisierung, sondern bis zu einem gewissen Grad auch für deren Tätigkeit außerhalb der Anstalt, sei es, daß Kranke in Familienpflege gegeben wurden oder entlassen werden konnten. Der Verbrauch an Medikamenten wurde vermindert und bei den Patienten entwickelten sich nicht die gleichen schweren Persönlichkeitsveränderungen wie in anderen Anstalten. In den letzten Jahrzehnten wurde diese Therapieform vor allem in anderen Ländern zu einer industriellen Fertigungstherapie weiterentwickelt, die sich mit einem möglichst vielfältigen Angebot rehabilitativ sinnvoller und leistungsgerecht bezahlter Tätigkeiten an der Arbeitswelt des heutigen Menschen orientiert. Seit dem zweiten Weltkrieg wird die Arbeitstherapie durch den Bereich der Beschäftigungstherapie ergänzt; diese Behandlung geht nicht vom Leistungsprinzip aus, sondern versucht durch künstlerische, musische und schöpferische Tätigkeit, Selbstvertrauen, Initiative und Kontaktfreude der Patienten zu heben.

Außenfürsorge

Eine weitere, von der Anstaltspsychiatrie angestoßene Entwicklung richtete sich auf die Versorgung der Kranken außerhalb des Krankenhauses. Dabei wurden zwei komplementäre Systeme entwickelt, die sich nur dadurch unterschieden, daß bei dem einen (Erlanger System) die Anstalt, bei dem anderen (Gelsenkirchener System) das Gesundheitsamt Träger der Betreuungsmaßnahmen ist. Solche anstaltszentrierten oder kommunalen Fürsorgedienste wurden später vor allem in England (Worthingproject) und in Holland (Amsterdam-Plan) mit dem Ziel gemeindenaher Krisenintervention erweitert und haben u. a. zu einer Verhinderung nicht unbedingt notwendiger Erst- und Wiederaufnahmen und damit zu einer Entlastung stationärer Einrichtungen geführt.

Gründung von Hilfsvereinen

Unabhängig von den stationären Versorgungseinrichtungen und den von ihnen abhängigen Betreuungsmaßnahmen wurden schon am Ende des vorigen Jahrhunderts von hilfswilligen Bürgern Hilfsvereine zur Betreuung psychisch Kranker gegründet. Diese Vereine haben zwar eine bedeutende humanisierende Wirkung entfaltet. Im Gegensatz zu der Mental-Health-Bewegung in den USA haben sie aber die breitere Öffentlichkeit weder für die Probleme psychisch Kranker noch für die allgemeinen Gedanken und Zielsetzungen der psychohygienischen Bewegung langfristig interessieren können.

Niedergelassene Nervenärzte

Nach dem ersten Weltkrieg begannen sich in Deutschland Nervenärzte niederzulassen, die einen großen Teil der ambulanten Versorgung psychisch Kranker übernahmen. Im Gegensatz zu manchen anderen Ländern hat sich daher in Deutschland eine qualifizierte, wenn auch zahlenmäßig mancherorts nicht ausreichende Betreuung und Versorgung psychisch Kranker entwickelt, die unabhängig von den stationären Einrichtungen besteht und im allgemeinen in erreichbarer Nähe vom Wohnort des jeweiligen Patienten angeboten wird. Heute sind in der Bundesrepublik Deutschland fast 50 % aller Nervenärzte in freier Praxis tätig. Durchschnittlich verwenden sie die Hälfte ihrer Arbeitszeit auf die Betreuung psychisch Kranker. Gemeinsam mit vielen Allgemeinärzten versorgen sie einen großen Teil derjenigen psychisch Kranken, die keiner stationären Behandlung bedürfen. Dabei werden keineswegs nur medikamentöse Behandlungsverfahren, sondern auch verschiedene, vorwiegend pragmatisch-psychotherapeutische Methoden angewandt, z. B. konfliktzentrierte Gespräche, autogenes Training, Entspannungsübungen, Hypnose u. a. Einzelne Nervenärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie führen nach Möglichkeit auch eine tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie durch.

Entwicklung körperlicher Behandlungsverfahren

Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts das Arsenal der körperlichen Behandlungsverfahren bescheiden war, begann mit der Einführung der Malaria-Kur zur Behandlung der progressiven Paralyse im Jahre 1917 eine neue Etappe der medizinischen Behandlung psychisch Kranker. Es folgte in den 30er Jahren die Ära der „Schockverfahren"

— Insulinschock, Kardiazolkrampf, Elektrokonvulsion —, die erstmals eine erfolgversprechende Behandlung „endogener", in ihren Ursachen größtenteils unbekannter Psychosen ermöglichte. Etwa zur gleichen Zeit wurden wichtige Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Epilepsie gemacht und Methoden zur Durchführung hirnchirurgischer Eingriffe bei schweren psychischen Erkrankungen entwickelt.

Die Tötung Geisteskranker während des Nationalsozialismus

Sosehr man sich auf der einen Seite um bessere Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke bemühte, so meldete sich bald nach dem ersten Weltkrieg mit der Diskussion um die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" eine wichtige Gegenströmung zu Wort. Es handelte sich dabei nicht nur um utopische Vorstellungen von der „Herrschaft des Starken", der „Ausmerzung der Schwachen und Kranken" und um das Gedankengut des Sozialdarwinismus und der Eugenik, sondern wohl auch um die Artikulierung der im Menschen immer vorhandenen Abwehr gegen die in jedem liegende Möglichkeit psychischer Erkrankung und Behinderung. Der Nationalsozialismus machte sich dieses Gedankengut betont zu eigen. Nachdem das Euthanasieprogramm in den Vorkriegsjahren propagandistisch vorbereitet war, wurden vom Herbst 1939 an schätzungsweise 80 000 psychisch Kranke und Behinderte sowie Epilepsie-Kranke in „Reichsanstalten" verlegt, wo sie in Gaskammern, durch eine Überdosis von Morphium und Barbitursäurepräparaten oder durch allmählichen Nahrungsentzug getötet wurden. Außerdem dürften etwa 5 000 hirngeschädigte Kinder der Tötungsmaschinerie zum Opfer gefallen sein. Erst unter dem Druck der öffentlichen Meinung gab Hitler im Juni 1941 den mündlichen Befehl, die Euthanasieaktion abzubrechen.

Zwangssterilisation

Schon bald nach der Machtergreifung des Nationalsozialismus wurde am 14. Juli 1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" verkündet, das im Gegensatz zur rechtlichen Regelung anderer Länder nicht eine freiwillige Sterilisation, sondern die *Zwangssterilisation* bei angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein, erblicher Fallsucht sowie bei verschiedenen anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen vorschrieb, deren erbliche Verursachung damals als gesichert angenommen wurde. Abgesehen von den psychischen Folgen für die Betroffenen brachten diese durch einen Mißbrauch von Forschungsergebnissen ermöglichten Zwangsmaßnahmen die genetische Forschung in unserem Lande nach dem zweiten Weltkrieg jahrzehntelang in Mißkredit. Auch die heutigen Überlegungen zur Anwendung der freiwilligen Sterilisation sind durch die nationalsozialistische Vergangenheit belastet.

Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg

Nach dem zweiten Weltkrieg hatten die Anstalten mit dem äußerst mangelhaften Zustand ihrer Häuser zu kämpfen, der durch die schlechte Wirtschaftslage nach den beiden Weltkriegen und durch die katastrophale Vernachlässigung während der Nazizeit entstanden war. Der Neubau psychiatrischer Krankenhäuser hatte seit der Jahrhundertwende nicht mehr mit der Bevölkerungsentwicklung Schritt gehalten, und die Bettenkapazität der einzelnen Anstalten war durch die Schaffung von Erweiterungsbauten weit über jedes vertretbare Maß hinaus angewachsen. Dazu kam noch die durch den Aufnahmedruck — die Zahl der Aufnahmen vervierfachte sich im Laufe der ersten 20 Jahre nach dem zweiten Weltkrieg — erzwungene Aufstellung zusätzlicher Betten; damit war die Umwandlung aller für soziale Aktivitäten vorgesehenen Räume zu Krankenstationen und die oft katastrophale Überbelegung der Abteilungen verbunden. Zusammen mit dem vielerorts herrschenden Personalmangel führte diese Entwicklung fast in allen psychiatrischen Krankenhäusern zu elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen, denen vor allem die chronisch Kranken ausgesetzt waren.

Einführung der Psychopharmaka

Wenn sich trotz dieser auch heute noch teilweise fortbestehenden Umstände die Binnenatmosphäre der psychiatrischen Krankenhäuser allmählich besserte, so waren hierfür zwei Ursachen verantwortlich. Mit der Einführung des Chlorpromazins im Jahre 1952 setzte die Pharmakotherapie der Psychosen ein, die eine außerordentlich positive Entwicklung der Psychiatrie nach sich zog. Mit Hilfe der neuen Medikamente gelang es, selbst schwer erregte Patienten innerhalb kürzester Zeit ruhigzustellen und die frühere Wachsaalatmosphäre der Aufnahmestationen den Bedingungen anderer medizinischer Abteilungen anzugleichen. Die durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern, die schon nach der Einführung der Schockverfahren in den 30er Jahren zurückgegangen war, verkürzte sich nun noch einmal erheblich, während gleichzeitig die Zahl der jährlichen Aufnahmen und Entlassungen stark anstieg. Es entwickelte sich auf diese Weise neben der Versorgung der chronisch Kranken, die etwa 60 bis 70 % der psychiatrischen Krankenhäuser belegen, ein rascher Durchgang mit Kranken, die nur wenige Wochen einer stationären Behandlung bedürfen. Bereits nach 6 Monaten sind über 80 % und innerhalb von 12 Monaten 91 % aller Aufnahmen wieder entlassen. Unter den Patienten, die in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen wurden, befanden sich mehr und mehr auch leichtere Formen psychischer Störungen in einem früheren Stadium der Krankheitsentwicklung. Gleichzeitig wurden die stationären Dienste auch stärker von Patientenkategorien mit speziellen medizinischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen in Anspruch genommen, unter ihnen vor allem Patienten mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter, Alkohol- und

Suchtkranke oder kinder- und jugendpsychiatrische Fälle.

Sozialtherapie

Während des zweiten Weltkriegs und kurz danach wurden in England neue sozialtherapeutische Verfahren entwickelt, die das Milieu der psychiatrischen Krankenhäuser und die Rehabilitationschancen der hospitalisierten Patienten ganz wesentlich verbessern halfen. Diese Impulse weiteten sich auf verschiedene europäische und außereuropäische Länder aus, nahmen aber erst relativ spät Einfluß auf die Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. Die allgemeine Einführung der Psychopharmaka erleichterte die Durchführung der Sozialtherapie. Zudem zeigte sich eindeutig, daß bei den meisten Patienten die Behandlung mit Psychopharmaka einer Ergänzung durch soziotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen bedarf. Mit diesen Maßnahmen soll in Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker ein den normalen Lebensbedingungen angenähertes therapeutisches Klima geschaffen werden, das die Patienten zu eigenständiger Aktivität und Kooperation anregt. Hierher gehören u. a. die bereits erwähnte Arbeits- und Beschäftigungstherapie, aber auch Musik- und Bewegungstherapie. Während solche Maßnahmen häufig auch als „Milieu-Therapie" bezeichnet werden, spricht man vorwiegend dann von Sozialtherapie, wenn das Erlernen sozialer Rollen — und nicht die Förderung der Aktivität oder des Leistungsvermögens — im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen steht. Die Sozialtherapie innerhalb von psychiatrischen Einrichtungen zielt häufig darauf ab, den Umgangsstil mit psychisch Kranken nach dem Prinzip einer „therapeutischen Gemeinschaft" umzuwandeln. Hierbei wird allen an der Betreuung der Patienten beteiligten Personen, vor allem aber dem Kranken selbst, ein höheres Maß an Verantwortung auferlegt; gleichzeitig sollen die Beziehungen der Patienten untereinander und zum Personal in einer offeneren Form zur Sprache kommen, und der kustodiale in einen therapeutischen Pflegestil umgewandelt werden.

Gemeindenahe Psychiatrie

Eng verbunden mit diesen sozialtherapeutischen Bemühungen ist auch die Idee der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, die sich in den letzten zehn Jahren in vielen Teilen der Welt und auch in der Bundesrepublik entwickelt hat. Der Hauptansporn für diese Entwicklung war die Erkenntnis, daß das psychiatrische Krankenhaus häufig dazu beitrug, den Patienten von seinem normalen sozialen Bezugsfeld zu isolieren, seine Motivation zur Rückkehr zu schwächen, die Entwicklung seiner Fähigkeiten zu hemmen und durch eine Atmosphäre der bürokratischen Organisation einen Grad der Invalidität herbeizuführen, der nicht auf den Krankheitsprozeß selbst zurückzuführen ist, sondern einen vermeidbaren Hospitalismusschaden darstellt. Dabei hat sich gezeigt, daß unterschiedliche Krankenhausumgebungen verschiedene Grade eines solchen Institutionalismus-Syndroms hervorrufen. Auf der anderen Seite können sicher auch bestimmte Familien- und Gemeindestrukturen ähnliche negative Auswirkungen auf die Selbständigkeit und die Behinderung des Patienten haben wie ein schlechtes psychiatrisches Krankenhaus. Das Problem besteht also nicht sosehr darin, ob der Patient Insasse eines psychiatrischen Krankenhauses ist, als vielmehr darin, ob die Umgebung, in der er lebt, Anregungen zur Verringerung krankheitsbedingter Behinderungen bietet und ob sie dem Patienten die Möglichkeit gibt, trotz seiner Behinderungen ein Leben von angemessener Qualität zu führen. Eine extramurale Betreuung bestimmter Patientengruppen kann sowohl für den betroffenen Kranken als auch für die Familienangehörigen größere Probleme mit sich bringen als eine intramurale Betreuung. Daher wird sich der Gedanke einer gemeindenahen psychiatrischen Betreuung nur dort in optimaler Weise verwirklichen lassen, wo eine genügende Anzahl von Vorsorge-, Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen vorhanden ist und wo es durch geeignete Hilfsangebote gelingt, die Belastungen der Angehörigen zu verringern. Es sind noch weitere Untersuchungen darüber erforderlich, für welche Patienten es besser ist, wenn sie zu Hause betreut werden, und welche sozialen und psychologischen Bedingungen hierfür geschaffen werden müssen. Sicher ist aber, daß das isolierte psychiatrische Krankenhaus — Ursprungsstätte der aufgeklärt-humanitären Betreuung des psychisch Kranken im 19. Jahrhundert — in Zukunft weder das einzige noch das wichtigste Instrument der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, sondern nur einen Knotenpunkt innerhalb eines weitgespannten Netzes vielfältiger Dienste darstellen wird. In einem solchen gemeindenahen Versorgungssystem fallen den niedergelassenen Nervenärzten wichtige Aufgaben zu.

Entwicklung der analytischen Psychotherapie

Das im 19. Jahrhundert entwickelte naturwissenschaftliche Krankheitskonzept wurde auch auf solche Störungen und Krankheiten ausgedehnt, bei denen die Forschung bis zum heutigen Zeitpunkt keine organische Krankheitsursache aufzuweisen vermochte und die wir heute als Neurosen, Erlebnisreaktionen oder abnorme Persönlichkeitsentwicklungen auffassen. Demgemäß sprach man von „Neurasthenie", „nervöser Erschöpfung", „Nervenschwäche" u. ä. und setzte hierfür ausschließlich körperliche Behandlungsmethoden ein wie beruhigende Medikamente, Wasseranwendung, diätetische Verfahren usw.

Die psychische Verursachung dieser Störungen und Krankheiten wurde erst kurz vor der Jahrhundertwende durch Sigmund Freud entdeckt. Er erkannte, daß die neurotischen Leidenszustände Folge einer spezifischen Verarbeitung von verdrängten, traumatisch wirkenden Erlebnisreihen sind, die bis in die frühe Kindheit zurückreichen können und unter dem Druck einer aktuellen Konfliktsituation ihre pathogene Wirksamkeit entfalten. Damit wurde

erstmals das subjektive Erleben und seine Relevanz bei der Entstehung psychischer Störungen Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Der kranke Mensch selbst mit seiner seelischen Befindlichkeit, seinen Verhaltensweisen und seinen mitmenschlichen Konflikten rückte in den Mittelpunkt der psychotherapeutischen Bemühungen, deren Ziel es nun wurde, dem Kranken zur Einsicht in die unbewußten Hintergründe seines Krankseins zu verhelfen. Die Medizin mit ihrem traditionellen naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis wurde jetzt mit anderen wissenschaftlichen Verfahren konfrontiert. Sie hat es bis heute schwer, diesen neuen Erfahrungsbereich zu akzeptieren. Die von Sigmund Freud entwickelte psychoanalytische Behandlungstechnik und Theorie wurden ständig weiterentwickelt und modifiziert. Alle psychotherapeutischen Behandlungsmethoden, die die verstehende Einsicht des Arztes und des Patienten in die pathogenen erlebnismäßigen Zusammenhänge der neurotischen Erkrankung und damit deren ursächliche Therapie zum Ziele haben, wurzeln im Fundament ursprünglich psychoanalytischer Erfahrung, beziehen sich — ausgesprochen oder nicht — auf die psychoanalytische Theorie und bedienen sich in irgendeiner Modifikation der psychoanalytischen Technik. Heute steht außer der psychoanalytischen Standardmethode ein breites Spektrum verschiedener psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren zur Verfügung wie z. B. die analytische Kurztherapie, Gruppentherapie, Ehepaartherapie, Familientherapie.

Die Psychoanalyse gab auch den Anstoß zur Entwicklung der modernen psychosomatischen Medizin. Analytiker der ersten und zweiten Generation entdeckten, daß die psychoanalytische Standardmethode auch bei einer Reihe von körperlich sich manifestierenden Krankheiten zu Erfolgen führte, die mit rein somatisch-naturwissenschaftlichen Behandlungsmethoden nicht erzielt werden konnten. So verdanken wir deutschen und österreichischen Psychoanalytikern die Erkenntnis, daß bei einer Reihe von körperlichen Erkrankungen, wie z. B. dem Zwölffingerdarmgeschwür, der Colitis, der Magersucht sowie vielen Formen des Bluthochdrucks und des Bronchialasthmas und manchen anderen Erkrankungen, innerseelische Konfliktsituationen eine wesentliche Rolle spielen. Victor von Weizsäcker konnte dann zeigen, daß die Lebensgeschichte mit ihren Konfliktkonstellationen auch für die Entstehung organischer Erkrankungen von großer Bedeutung ist. Die psychoanalytische Diagnostik und Forschung führte ferner zu einem besseren Verständnis von sexuellen Perversionen, neurotischer Delinquenz, Sucht, Verwahrlosung und Asozialität. Sie gab auch Einblick in die Psychodynamik von Psychosen und verhalf dazu, die inneren und zwischenmenschlichen Zusammenhänge vieler psychischer Störungen differenzierter zu sehen.

Während der Zeit des nationalsozialistischen Regimes wurde die Psychoanalyse aus politischen Gründen in Deutschland diffamiert, verdrängt und als eine „jüdische Wissenschaft" verboten. Dies führte zur Emigration fast aller Psychoanalytiker aus Deutschland, später auch aus Österreich, ins Ausland.

Besonders in den USA gewannen die immigrierten Psychoanalytiker einen maßgeblichen Einfluß auf die Psychiatrie. Dort war, ebenso wie in der Schweiz, die herrschende psychiatrische Lehrmeinung gegenüber psychoanalytischen Gedankengängen durchaus offen, weshalb es in den USA zu einer Integration beider Fachrichtungen kommen konnte. Dies hat zu einer fruchtbaren Weiterentwicklung sowohl der Psychiatrie im Sinne einer „dynamischen Psychiatrie" als auch der Psychoanalyse in Richtung der psychoanalytischen Ich-Psychologie geführt.

Die wenigen in Deutschland verbliebenen Psychoanalytiker bemühten sich mit Erfolg, der Psychoanalyse wieder zu Ansehen zu verhelfen, neue Weiterbildungsinstitute einzurichten und den Anschluß an die internationale Forschung zu finden. Da sich der größte Teil der psychiatrischen Lehrstuhlinhaber in Deutschland psychoanalytischen Gedankengängen gegenüber verschloß, sah sich die Psychoanalyse gezwungen, sich außerhalb der Universitäten zu etablieren und ein Ausbildungssystem außerhalb des Medizinstudiums und der offiziellen psychiatrischen Weiterbildungsgänge zu organisieren. Hier liegen die historischen Gründe, weshalb sich in unserem Lande Psychiatrie einerseits und analytische Psychotherapie andererseits als selbständige Fachrichtungen entwickelt haben, die sich bis in die jüngste Zeit hinein durch viele Jahrzehnte hindurch gegenseitig wenig beeinflußt haben.

Immerhin gelang es, Ende der 50er Jahre im Einvernehmen mit der zuständigen psychiatrischen Fachgesellschaft Richtlinien für eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie zu erarbeiten und die Bundesärztekammer dazu zu bewegen, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" zu schaffen.

Umfangreiche katamnestische Untersuchungen bestätigten die Wirksamkeit analytischer Behandlungsmethoden und führten schließlich zur Anerkennung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie (auch bei Kindern) als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen (1967 RVO-Kassen, 1971 Ersatzkassen). Dabei spielte die Anerkennung der Neurose als Krankheit im Sinne der RVO eine entscheidende Rolle.

Ein wichtiger weiterer Schritt war die Berücksichtigung der medizinischen Psychologie und Psychotherapie/Psychosomatik als Studienpflichtfächer in der neuen Approbationsordnung für Ärzte (1969). Etwa zur gleichen Zeit wurden psychotherapeutische Lernziele auch in der Weiterbildungsordnung für den Psychiater verankert. So bewegen sich neuerdings Psychiatrie und Psychoanalyse in der Bundesrepublik Deutschland wieder aufeinander zu. Für die Versorgung psychisch Kranker wird es in Zukunft darauf ankommen, daß die Psychiatrie durch die Integration vorwiegend von der Psychoanalyse entwickelter psychodynamischer Gesichtspunkte ihr Verständnis für gesunde und krankhafte zwischenmenschliche Interaktionen und innerseelische Konflikte vertieft und damit ihr therapeutisches Potential erweitert.

Andere psychotherapeutische Verfahren

In letzter Zeit haben sich noch andere psychotherapeutische Verfahren entwickelt. Die *Verhaltenstherapie* leitet sich aus der experimentellen Lernpsychologie her. Die verhaltenstherapeutischen Methoden beruhen auf der Annahme, alle Verhaltensweisen seien gelernt und gehorchten ganz bestimmten Lerngesetzmäßigkeiten. Diesen lerntheoretischen Modellen liegen experimentelle Untersuchungen an Tieren zugrunde. Wegweisend war dabei vor allem die amerikanische naturwissenschaftlich-behavioristische Psychologie. Die Lerntheorien liefern ein Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Methoden beruhen. Diese Verfahren setzen sich die Beseitigung einzelner störender Symptome oder die Vermittlung neuer Fertigkeiten zum Ziel; sie werden in zunehmendem Maße bei der Behandlung verschiedener psychischer Störungen — z. B. bestimmter neurotischer Symptome, autistischer Syndrome u. a. — und bei der Rehabilitation geistig behinderter Personen angewandt.

Die *Gesprächspsychotherapie* stellt eine Technik der Gesprächsführung dar, die auf die augenblickliche Befindlichkeit des „Klienten" eingeht und auf eine emotionale Entlastung abzielt. Sie verfügt nicht über eine eigene Persönlichkeitstheorie und fragt nicht nach Krankheitsursachen.

Die soziale Dimension

Die jüngste Entwicklung in der Psychiatrie und in der Psychotherapie/Psychosomatik ist dadurch gekennzeichnet, daß die soziale Dimension für das Verständnis und die Versorgung psychischer Krankheiten und Behinderungen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Nachdem zunächst ausschließlich die naturwissenschaftlich orientierte Aufdeckung der organischen Krankheitsbedingungen und später in erster Linie die Bearbeitung der intraindividuellen Dynamik psychischer Krankheiten im Vordergrund stand, findet in letzter Zeit auch die Beziehung zwischen dem psychisch Kranken und seiner sozialen Umwelt mehr und mehr Beachtung. Das Interesse an dem Zusammenhang zwischen psychischen Krankheiten und sozialen Merkmalen wie Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Arbeits- und Wohnsituation hat zu einer engen Verbindung von Psychiatrie bzw. Psychotherapie/Psychosomatik einerseits und Soziologie, Medizin-Soziologie und Sozialmedizin andererseits geführt. Die im Rahmen der neuen Approbationsordnung für Ärzte als Pflichtfach eingeführte Medizin-Soziologie hat als ein wesentliches Schwerpunktgebiet die Bedeutung sozialer Faktoren für Entstehung, Verlauf und Versorgung psychischer Krankheiten in den Vordergrund gerückt. Sozialpsychiatrie und Sozialtherapie sind zu gängigen Begriffen geworden, die einerseits neue therapeutische Teilgebiete mit speziellen Methoden beschreiben, andererseits eine neue allgemeine Sichtweise artikulieren, die den einzelnen psychisch Kranken verstärkt im Zusammenhang mit seinen sozialen und ökonomischen Umständen darstellt. Diese innerhalb der Medizin selbst entwickelte sozialwissenschaftliche Perspektive erstreckt sich nicht nur auf die Patienten, sondern führt auch zu einer kritischen Selbstbesinnung auf die Interaktion zwischen psychischer Krankheit und den auf sie bezogenen Versorgungsdiensten. Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik reflektieren seit kurzem verstärkt die Mängel ihrer eigenen Organisationsformen, ihre fachspezifischen Vorurteile, ihre ungenügende Koordination und Kooperation untereinander und mit benachbarten Berufsgruppen und Diensten. Im Zuge dieser beginnenden Aufarbeitung mannigfacher traditionsfixierter Mißstände im eigenen Versorgungssystem haben Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik in letzter Zeit auch das Arzt-Patient-Verhältnis verstärkt zum Gegenstand kritischer Analyse gemacht. Das Konzept kooperativer Partnerschaft will allmählich das Modell der autoritativ überhöhten Arztrolle ersetzen. Der psychisch Kranke erscheint nach diesem Konzept als ein Subjekt, dessen eigene Aktivität im Behandlungsprozeß für die Überwindung der Patientenrolle zunehmende Bedeutung gewinnt.

Ausblick

Es läßt sich feststellen, daß das Bewußtsein der gemeinsamen Verantwortung auf dem Gebiet der psychosozialen Gesundheit in letzter Zeit zu einer gewissen Milderung von Rivalitäten und Spannungen geführt hat, die jahrzehntelang die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Schulen, Fachdisziplinen und Berufsgruppen im System der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erschwert haben. Dennoch sieht man nach wie vor schwer überbrückbare Unterschiede zwischen den Anhängern des traditionellen, vorwiegend biologisch-naturwissenschaftlichen Konzeptes von psychischer Krankheit einerseits und den Repräsentanten eines Krankheitsverständnisses, das an den psychischen und sozialen Konflikten der Menschen ansetzt, andererseits. Zwischen diesen eher polarisierten theoretischen Grundpositionen und zum Teil ohne klaren Bezug zu diesen hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von neuen Therapieverfahren entfaltet, die dazu beitragen, das Bild von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik im Augenblick ziemlich vielgestaltig erscheinen zu lassen. Man kann resümieren, daß dieses Gebiet der Heilkunde in seinen Strukturen und Methoden nach einer langen Phase traditionsgeprägter Verfestigung in eine starke Bewegung geraten ist und in den experimentierenden Bemühungen um eine neue Orientierung viel von der Unsicherheit spüren läßt, die unsere gesellschaftliche Situation heute überhaupt ausmacht.

A.2 Bedarf an Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte — allgemeine Grundlagen —

1 Die Zuständigkeit der Dienste für psychisch Kranke

Zuverlässige Schätzungen des Bedarfs setzen ein Wissen über die Art, die Anzahl und die Verteilung der in der Bevölkerung vorhandenen Bedürfnisse nach sachverständiger Hilfe voraus. Sie erfordern zugleich einigermaßen klare Vorstellungen über den Verantwortungsbereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik *) für die Gewährung, Entwicklung und Erfolgsprüfung von Hilfen, wobei Überlappungen mit medizinischen, sozialwissenschaftlichen, psychologischen und pädagogischen Nachbardisziplinen unvermeidlich sind.

1.1 Multidisziplinäre Problembereiche

Eine Vielfalt von Faktoren, beispielsweise erbliche Abweichungen, Schäden während der frühen Entwicklung, körperliche Erkrankungen, Behinderungen, familiäre Einflüsse oder Sozialisierungsmängel und seelische Belastungen können die seelische Gesundheit gefährden. Erhaltung und Wiederherstellung der seelischen Gesundheit hat sowohl körperliche und psychische als auch soziale Aspekte. Die Erfüllung der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Aufgaben von Psychiatrie und Psychotherapie erfordert deshalb sowohl eine sinnvolle Aufgabenteilung als auch eine patientenorientierte Zusammenarbeit verschiedener Berufe innerhalb eines gesteckten Zuständigkeitsrahmens.

1.2 Definition der psychischen Gesundheit

Die Charta der Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung". Die Definition dieses idealen Zustands hat einen positiven Aspekt: die Berücksichtigung des psychischen und sozialen Anteils an der Gesundheit überhaupt. Für praktische Zwecke und damit auch für die Formulierung der Ziele psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung ist sie jedoch aus naheliegenden Gründen unbrauchbar (1) **). Wenn psychische Gesundheit mit einem Zustand vollkommenen Wohlbefindens oder auch nur mit dem Fehlen jeglicher Symptome gleichzusetzen wäre, könnten, wie Untersuchungen aus den USA und Kanada gezeigt haben (2, 3), nur rd. 20 % der Erwachsenenbevölkerung als gesund bzw. als beschwerdefrei bezeichnet werden. Dies wirft zwei Fragen auf:

1. Ist ein Zustand normal, den nur rund 20 % der Bevölkerung aufzuweisen scheinen?
2. Wenn ja, ist ein Versorgungssystem denkbar, das rund 80 % der Bevölkerung irgendeine Form der Hilfe vermittelt, um sie in einen Zustand vollkommenen Wohlbefindens zu versetzen?

Beide Fragen müssen eindeutig mit Nein beantwortet werden: Die Definition psychischer Gesundheit als Zustand von Beschwerdefreiheit und vollkommenen Wohlbefindens kann nur als ein Idealzustand gemeint sein, an dem sich allgemeine, sozialpolitische Maßnahmen orientieren können. Die Aufgaben einer psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung lassen sich jedoch nicht von einer solchen Definition herleiten.

2 Psychische Erkrankungen und Krisen als Zielfeld der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung

Bei der Ermittlung des psychischen Gesundheitszustandes der Bevölkerung sind die erwähnten Untersuchungen von der Annahme ausgegangen, psychische Krankheit und Behinderung seien auf einer einzigen Dimension zu messen, ohne daß zwischen verschiedenartigen Erkrankungen und nichtkrankheitsbedingtem Leid unterschieden wurde. Nach diesem Verfahren wird das Maß der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit an der Anzahl angegebener Beschwerden und „Symptome" beurteilt. Damit sind zwei schwerwiegende Nachteile verbunden:

1. Vorübergehende Unlust und Leidenszustände, wie Unzufriedenheit, Ärger, begründete Befürchtungen und Ängste, werden von psychischen Krankheiten verschiedenen Ursprungs nicht unterschieden. Daraus wurde von mancher Seite zu Unrecht der Schluß auf eine Zuständigkeit von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik für sämtliche Probleme und Nöte des menschlichen Lebens gezogen.
2. Sinnvolle Aussagen über den Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe lassen sich auf der Basis solcher Untersuchungen nicht machen. Erst die Feststellung bestimmter Krank-

*) Mit dem Begriff „Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik" ist der ganze Bereich der für die seelische Gesundheit zuständigen Disziplinen gemeint. Es ist davon auszugehen, daß eine ihren Aufgaben gerecht werdende Psychiatrie ohne psychotherapeutische Grundkenntnisse, Verfahren und Einstellungen nicht mehr vertretbar ist. Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik sind jedoch als eigenständige Disziplinen zu verstehen.

**) s. Literaturverzeichnis, S. 78 f.

heiten oder ihnen vergleichbarer Leidenszustände erlaubt die Folgerung, welche Maßnahmen der Vorsorge, Behandlung oder Rehabilitation für sie geeignet und erfolgversprechend sind.

2.1 Unscharfe Randzonen des Zielfelds

Aufgabe von Psychiatrie und Psychotherapie ist es, mit den ihnen gegebenen Mitteln, die Häufigkeit, das Ausmaß und die Folgen psychischer Erkrankungen soweit als möglich zu verringern. Diese Definition bringt zum Ausdruck, daß eine enge Beziehung zwischen dem gegenwärtigen Wissensstand von Psychiatrie und Psychotherapie, dem Inhalt ihrer Aufgaben und den Grenzen ihrer Zuständigkeit besteht. Wissensstand bedeutet hier nicht nur das Wissen um Entstehungsbedingungen und Verlauf von Krisen und Krankheiten, sondern in erster Linie das Wissen über ihre Behandelbarkeit. Es ist deshalb stets mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich durch Wissenszuwachs und ein vergrößertes therapeutisches Angebot der Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe in einzelnen Bereichen erweitert oder verändert. Eine Verringerung des Bedarfs, wie sie beispielsweise die massive Abnahme der Erkrankungshäufigkeit an progressiver Paralyse nach Einführung der Frühbehandlung der Syphilis durch Antibiotika gebracht hat, ist vor allem durch die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und wirksamer Vorsorgeprogramme zu erhoffen.

Es ist unerläßlich, daß eine Fachdisziplin die Grenzen des jeweiligen Wissens in Forschung und Praxis, etwa mit der Durchführung von experimentellen und Modellprogrammen, überschreitet. Dies geschieht auch im Bereich der Versorgung psychisch Kranker mit dem Ziel, die Möglichkeiten der Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit zu verbessern.

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Vielfalt von Interventions- und Behandlungsmethoden entwickelt, die in unmittelbarem Bezug zu körperlichen, psychischen und sozialen Gesetzmäßigkeiten stehen. Dadurch sind viele psychische Krankheiten oder Krisen behandelbar geworden, für die vordem keine wirksame Hilfe zur Verfügung stand.

Zugleich wurden in Anlehnung an therapeutische Methoden oder auf der Basis sozialpsychologischer Erkenntnisse Verfahren entwickelt — wie die angewandte Gruppendynamik — deren Ziel primär nicht die Behandlung von psychischen Erkrankungen oder Krisen ist. Sie zielen bevorzugt auf die Erweiterung und Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung und auf soziales Lernen bei Gesunden ab.

Grundsätzlich problematisch ist der unbeschränkte und unausgelesene Zugang von Hilfesuchenden zu jener Fülle von Verfahren, deren Anspruch zwischen Selbsterfahrung und Behandlung liegt. Der Verzicht auf klare Indikationsstellung bringt hier nicht nur unnötige Kosten, sondern auch Risiken mit sich.

In jüngster Zeit wurden Verfahren mit dem Anschein therapeutischer Wirksamkeit angeboten, die das Risiko psychischer Erkrankungen oder Krisen eindeutig erhöhen. Hierzu gehören vor allem bestimmte Encounter- und Marathongruppentechniken. Mit diesen Verfahren wurden teilweise echte Behandlungsbedürfnisse unseriös ausgebeutet.

2.2 Die Zuverlässigkeit von Bedarfsschätzungen

Die Ermittlung praxisrelevanter Bedürfnisse setzt eine zuverlässige Erkennung und Abgrenzung von Krankheiten voraus. Die Zuverlässigkeit der Diagnosen psychischer Erkrankungen ist vielfach angezweifelt worden. Tatsächlich sind jedoch, einen hohen Ausbildungsstand und ausreichende Erfahrung der Untersucher vorausgesetzt, die meisten psychischen Erkrankungen mit ausreichender Zuverlässigkeit zu diagnostizieren. Zu dieser Gruppe zählen die meisten schweren psychischen Erkrankungen, beispielsweise geistige Behinderung, Abbauprozesse, organische und funktionelle Psychosen und schwere, chronifizierte Neurosen. Verhältnismäßig groß sind die diagnostischen Schwierigkeiten und damit auch die Schwierigkeiten der Bedarfsschätzung bei den Persönlichkeitsstörungen und Neurosen, obwohl über den hohen Anteil an Behandlungsbedürftigen hier kein Zweifel besteht. Noch schwieriger, aber praktisch hochbedeutsam ist die Abgrenzung zwischen leichten und kurzfristigen Reaktionen einerseits und nichtbehandlungs- aber hilfsbedürftigen Leidenszuständen und Krisen des menschlichen Lebens andererseits. In diesem Bereich erscheint intensive Forschung unerläßlich.

2.3 Krankhafte Folgen psychischer Belastungen und Konflikte

Der enge Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen des normalen Lebens und behandlungsbedürftigen Reaktionen oder Krankheiten wird auch aus Forschungsergebnissen der jüngsten Zeit deutlich. Einige psychische Erkrankungen, wie schizophrene und neurotische Krankheitsphasen, werden bei Menschen mit entsprechender Disposition durch äußere Belastungen, meist aus dem Bereich mitmenschlicher Beziehungen, ausgelöst (4, 5).

Für einen kleinen Anteil dieser Menschen, der eine nicht mehr beeinflußbare, hohe krankhafte Verletzbarkeit für Belastungen aufweist, müssen zur Vorbeugung von Zusammenbrüchen verhältnismäßig geschützte Lebensbereiche in der Gesellschaft zur Verfügung stehen. Dies gilt nach dem gegenwärtigen Wissensstand beispielsweise für rund ein Viertel der einmal an Schizophrenie Erkrankten, die ihrerseits etwa $^1/_3$ % der über 14jährigen Bevölkerung stellen.

Die Schätzung derjenigen Versorgungsbedürfnisse, die sich aus krankhaften Folgen psychischer Belastungen ergeben, ist von der Häufigkeit dieser Ereignisse und der von ihnen betroffenen Menschen

her bisher nur in Ausnahmefällen möglich. So ist zum Beispiel die Quote der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern im Jahr nach dem Verlust eines nahen Angehörigen mehrfach höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Auch Selbstmordhäufigkeit und allgemeine Mortalität sind bei Verwitweten erhöht (6, 7, 8). Es ist jedoch darüber hinaus noch nicht möglich, Aussagen zu machen, welche allgemeine Bedeutung Belastungen und Lebensveränderungen für die psychische Gesundheit zukommt, obwohl Hinweise auf erhöhte Krankheitsrisiken jeglicher Art nach ernsten Lebenskrisen vorliegen. Andererseits können vorausgegangene gleichartige Belastungen gelegentlich auch die Wahrscheinlichkeit krankhaften Reagierens vermindern (9, 10). Es ist das Ziel präventiver und psychotherapeutischer Bemühungen, die Fähigkeit zur Bewältigung psychischer Belastungen und Konflikte zu verbessern.

2.4 Grenzen psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe

Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Dienste verfolgen das Ziel, durch Vorbeugung und Heilung oder Linderung von Krankheiten und Behinderungen dem Bürger zu ermöglichen, sein Leben unter möglichst geringer Beeinträchtigung seiner psychischen Gesundheit nach seinen eigenen Entscheidungen und im Hinblick auf die Bedürfnisse der anderen zu gestalten. Es wäre jedoch eine Illusion, zu erwarten, psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfen könnten ein konfliktloses und leidfreies Leben gewährleisten.

2.5 Bedarfsverschiebungen

Bei der Einschätzung und Ermittlung des Bedarfs an psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe sind kontinuierlich stattfindende Vorgänge im kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Bereich und politische oder administrative Maßnahmen zu berücksichtigen, die sich in der Zu- oder Abnahme von Bedürfnissen nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe niederschlagen. Die Einführung der seelischen Abartigkeit in §§ 20 und 21 StGB und die für 1978 vorgesehene Verwirklichung der sozialtherapeutischen Maßnahmen nach § 65 StGB wird beispielsweise zu neuen, noch nicht abschätzbaren Bedarfssteigerungen führen. Als Beispiel einer Bedarfsminderung oder -verschiebung infolge gesetzgeberischer Maßnahmen ist die Homosexualität zu nennen. Seit homosexuelle Handlungen unter Erwachsenen nicht mehr unter Strafandrohung stehen, ist die Zahl der unter gerichtlicher Auflage psychotherapeutisch zu behandelnden Homosexuellen stark zurückgegangen. Es zeichnet sich allerdings ein vermehrter Behandlungs- und Beratungsbedarf Homosexueller im Zusammenhang mit Partnerkonflikten und allgemeinen Krisen seit der Entkriminalisierung ab.

Soziale Veränderungen, etwa erhöhte Scheidungsraten, Berufstätigkeit der Frau, Generationstrennung der Familien haben dazu geführt, daß die natürlichen Selbsthilfepotentiale der Gesellschaft in bestimmten Bereichen abgenommen haben (11). Wahrscheinlich ist der in manchen Ländern zu verzeichnende Anstieg der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfen, der oft fälschlich als Beweis einer echten Zunahme psychischer Erkrankungen gedeutet wird, einerseits auf die schwindenden Selbsthilfemöglichkeiten der Gesellschaft, andererseits auf eine vermehrte Bereitstellung institutioneller Hilfen zurückzuführen. Der Anstieg ist am stärksten ausgeprägt bei leichteren psychischen Störungen und bei den einer familiären Hilfe besonders bedürftigen alten Menschen mit ernsten psychischen Erkrankungen oder Behinderungen. Er zeigt sich besonders in städtischen Wohngebieten mit verstärkter familiärer und nachbarschaftlicher Desintegration (12).

2.6 Zusammenwirken natürlicher und professioneller Hilfen

Die meisten Krisensituationen des menschlichen Lebens werden ohne fremde Hilfe bewältigt. In vielen Krisenfällen sind einfache Formen mitmenschlicher Hilfe ausreichend, ohne daß psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachwissen erforderlich wäre. Eine Professionalisierung derjenigen Hilfen, die auch von Laien geleistet werden könnten, sollte auch im Hinblick auf die ständig steigenden Kosten des Gesundheitswesens vermieden werden. Maßnahmen, die zur Erhaltung natürlicher familiärer und gesellschaftlicher Hilfen oder ihrem Wiederaufbau dienen, sind überall dort einer professionellen Hilfe vorzuziehen, wo diese gleichwertige Ergebnisse versprechen.

In verschiedenen Bereichen hat sich, auch nach ernsteren psychischen Krisen und Erkrankungen, etwa in der Lebensmüdenberatung und der Suchtkrankenbetreuung, der Einsatz von Laien und Selbsthilfegruppen bewährt (13, 14). Sachverständige Anleitung oder Fortbildung der auf diesem Gebiet tätigen Laienhelfer sind allerdings unerläßlich, um die Fähigkeiten zur Problem- und Persönlichkeitsbeurteilung und zur Beratung zu verbessern. Sie können auf diese Weise zu einer weiteren Entlastung psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste beitragen.

2.7 Risikogruppen

Personen mit einem erheblich erhöhten Risiko, die spontan oder auf Belastung bestimmte psychische Erkrankungen entwickeln, werden als Risikogruppen bezeichnet. Sie erfordern erhöhte Aufmerksamkeit und ggf. kontinuierliche ärztliche Überwachung. Als Beispiele sind Kinder zweier schizophrener Elternteile (mit einem Erkrankungsrisiko an Schizophrenie, auf Lebensdauer errechnet, von ca. 40 bis 60 %) zu nennen, weiter Kinder nach Frühgeburten und schweren Schwangerschaftskomplikationen (15, 16, 17) mit erheblich erhöhtem Risiko für geistige Behinderung, Verhaltensstörungen, Neurosen,

Sprach-, Lese- und Schreibstörungen, Sinnesdefekten und neurologischen Ausfällen, sowie Kinder und Jugendliche in Heimerziehung. Ein erheblich erhöhtes Risiko für Selbsttötung, Depression und paranoide Syndrome besteht bei alten Menschen, die sozial isoliert und gebrechlich sind. Die Betreuung dieser Personengruppen erfordert in besonderem Maße die Mobilisierung familiärer und gesellschaftlicher Hilfen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

3 Ermittlung von Bedürfnissen

3.1 Erkannte, selbstdefinierte und expertendefinierte Bedürfnisse

Voraussetzung dafür, daß ein Bedürfnis nach Gesundheitshilfe erkannt wird, ist, daß der Betroffene eine Beeinträchtigung seiner psychischen Gesundheit bemerkt oder seine Umwelt krankheitsverdächtige Veränderungen seines Verhaltens wahrnimmt. Entschließt er sich, ärztliche Hilfe zu suchen, oder veranlaßt dies ein Angehöriger oder Freund, spricht man von selbst-definiertem Bedürfnis. Hat die ärztliche Beurteilung ergeben, daß tatsächliche Hilfe benötigt wird, dann spricht man von expertendefinierten Bedürfnissen. Erst die Anzahl und die Art der expertendefinierten Bedürfnisse bestimmen den Bedarf an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge. Dabei sollten, soweit möglich, diejenigen Bedürfnisse mitberücksichtigt werden, die den vorhandenen Einrichtungen nicht bekannt geworden sind.

Im folgenden werden zunächst nur expertendefinierte Bedürfnisse erörtert.

3.1.1 Grobindikatoren eines unabgedeckten Bedarfs

Als grobe Indikatoren eines unabgedeckten Bedarfs gelten Wartelisten, wie sie beispielsweise aus Erziehungsberatungsstellen, Einrichtungen für geistig behinderte Kinder oder Praxen niedergelassener Psychoanalytiker berichtet werden. In gleicher Weise kann aus der Überbelegung von Krankenhäusern ein unabgedeckter Bedarf vermutet werden. Es erscheint allerdings wenig ratsam, aus Wartelisten und Überbelegung den einfachen Schluß auf eine notwendige Kapazitätserweiterung der gleichen Einrichtungen bis zum Abbau der Wartelisten zu ziehen. Überbelegung kann auch durch Fehlplacierung nicht oder nicht mehr krankenhausbedürftiger Patienten zustande kommen; Wartelisten können durch einen kapazitätssenkenden, übermäßigen Zeitaufwand bestimmter Behandlungsverfahren mitbedingt sein und nicht zuletzt durch Mehrfachmeldungen von Behandlungsbedürftigen bei verschiedenen Einrichtungen einen Scheinbedarf ausweisen. Erst die diagnostische Abklärung vor der Übernahme auf Wartelisten und das Angebot alternativer Behandlungsformen erlauben eine genauere Beurteilung des jeweiligen Bedarfs und eine Verminderung von Fehlbelegungen.

3.1.2 Durch vorhandene Einrichtungen abgedeckte Bedürfnisse

Die Ermittlung der Anzahl von Personen, die zum gegebenen Zeitpunkt (Stichtag) oder in einer bestimmten Zeitspanne (meist einem Jahr) in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten des Landes versorgt worden sind, gibt, wenn die Aufgliederung nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Aufenthaltsdauer u. dgl. möglich ist, wichtige Hinweise auf die Verteilung der tatsächlich abgedeckten Bedürfnisse. Wenn zusätzlich die „wahren" Bedürfnisse, die sich nur durch Fehlstudien in begrenzten Gebieten ermitteln lassen, bekannt sind, läßt ein Vergleich mit den abgedeckten Bedürfnissen eine Abschätzung des abgedeckten Bedarfs zu. Eine zuverlässige Ermittlung setzt voraus, daß die infrage kommenden Behandlungseinrichtungen alle Angaben fortlaufend, vollständig und nach standardisierten Vorgaben leisten.

3.1.3 Statistiken einzelner Versorgungssektoren

Statistiken einzelner Sektoren der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung, etwa des stationären Bereichs, der Polikliniken oder der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten geben nur begrenzte Auskunft über den Bedarf und seine Abdeckung, weil sie nur unvollständige Hinweise auf Art und Umfang des Anteils an der Gesamtversorgung geben. Durch die besonderen Aufgabenbereiche aller dieser Sektoren innerhalb des gesamten Spektrums psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste sind die von ihnen versorgten Krankengruppen nach Art und Schwere der Krankheit, aber auch nach sozialen Merkmalen unterschiedlich zusammengesetzt. Sofern keine Vergleichsdaten aus anderen Versorgungssektoren vorliegen, können Krankenhausstatistiken vorwiegend nur dazu dienen, Ungleichheiten hinsichtlich des Krankenbestands, der personellen und sonstigen Ausstattung festzustellen und Hinweise auf die Qualität der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen zu gewinnen.

3.2 Bevölkerungsbezogene Ermittlung der psychiatrisch und psychotherapeutisch Behandelten

Gelingt es, alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Dienste und Einrichtungen in eine Erhebung oder in eine laufende Dokumentation aller von ihnen versorgten Kranken einer definierten Bevölkerung einzubeziehen, dann sind weiterreichende Aussagen über Bedarf, Quantität und Qualität der Versorgung möglich. Auf nationaler Ebene lassen sich solche bevölkerungsbezogenen Dokumentationssysteme in der Regel deshalb nicht verwirklichen, weil eine vollständige Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte und Psychologen und des fachzugehörigen Heimsektors auf außerordentliche Schwierigkeiten stößt. In England wird deshalb eine nationale Statistik der Krankenhäuser, Teilhospitalisierungsein-

richtungen und Polikliniken durch vier psychiatrische Fallregister *) ergänzt (18, 19).

*) Fortlaufend geführte Fallregister sind unerläßliche Einrichtungen der psychiatrischen Forschung und wichtige Hilfsinstrumente der Planung. Sie existieren in den skandinavischen Ländern seit mehr als 50 Jahren; in den meisten übrigen Ländern wurden Fallregister für eine oder einige Regionen, meist mit 100 000 bis 600 000 Einwohnern, aufgebaut. In der Bundesrepublik besteht ein Fallregister am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Mannheim). Alle Fallregister werden von selbständigen Forschungsinstituten in Zusammenarbeit mit allen psychiatrischen Einrichtungen der Region betrieben. Sie sind meist in oder an psychiatrischen Behandlungseinrichtungen (psychiatrischen Forschungsinstituten, Universitätskliniken, psychiatrischen Krankenhäusern) untergebracht. Das schließt den großen Vorteil ein, daß die personenbezogenen Daten, die sie notwendigerweise erhalten müssen, den ärztlich-psychiatrischen Bereich nicht verlassen. Die ausgewerteten Daten, die von den Fallregistern an Regierungsstellen zu Planungszwecken etc. weitergegeben werden, sind rein quantitativ. Sie enthalten keine Angaben mehr, die eine Identifikation von Personen zulassen. Große Bedenken bestehen dagegen hinsichtlich des Geheimnisschutzes, wenn personenbezogene Daten über psychiatrische Patienten, beispielsweise aus psychiatrischen Landeskrankenhäusern, mit vollem Namen des Behandelten an amtliche Stellen weitergegeben werden, wie dies gegenwärtig in der Bundesrepublik noch laufend geschieht.

Bei schweren Erkrankungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Kontakt mit ärztlichen Einrichtungen führen, etwa bei organischen Psychosen und Schizophrenie, geben regionale Erhebungen zuverlässige Hinweise auf die wahren Erkrankungsraten in der Bevölkerung (20). Sie erlauben die Feststellung ungleicher Verteilung von Erkrankungs- oder Behandlungsraten. Dadurch wird die Erkennung von Gebieten und Personengruppen mit erhöhtem Risiko und eine Anpassung der Planung an den unterschiedlichen Bedarf möglich (21).

Wenn solche Erhebungen fortlaufend — als Register — durchgeführt werden, zeigen sie auch Veränderungen des Bedarfs, bedingt etwa durch Änderung der Erkrankungshäufigkeit, oder Veränderungen im Versorgungssystem, verursacht beispielsweise durch Verlegung von Langzeitpatienten aus Krankenhäusern in Heime oder durch den Erfolg oder Mißerfolg neuer Behandlungsverfahren, an. Sie spiegeln die Verteilung der Versorgung bestimmter Krankheits- oder Personengruppen auf verschiedene Einrichtungen wider, geben wichtige Indikatoren für den ökonomischen Aufwand und die Qualität der Versorgung und liefern damit erste Hinweise für eine Evaluation.

Auf der Basis von Behandlungsdaten ist es möglich, die Wahrscheinlichkeit für die Gesamtbevölkerung zu berechnen, einen bestimmten Sektor der psychia-

Tabelle 1

Erstaufnahmen von Einwohnern der Stadt Mannheim im Jahre 1965 wegen psychischer Erkrankungen

(bei psychiatrischen [Krankenhäusern, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten, Gesundheitsamt usw.] und sozialen Einrichtungen [Beratungsstellen, Altenheimen, Sonderschulen usw.])

	Zahl n	Anteil der Hauptdiagnosen %	Rate pro 100 000 der Mannheimer Bevölkerung
Geistige Behinderung	484	13,2	147,51
Akute und chronische Hirnschädigungen und Erkrankungen	316	8,62	96,31
Abbauprozesse (präsenile und senile Demenz)	506	13,8	154,22
Cerebrale Anfallsleiden	144	3,9	43,89
Alkoholismus und andere Suchten	230	6,3	70,10
Schizophrenien	169	4,6	51,51
Cyklothymien (manisch-depressive und endogen-depressive Psychosen)	249	6,8	75,89
Andere endogene Psychosen (Wochenbetts-, klimakterische und Rückbildungspsychosen, Altersdepressionen usw.)	229	6,2	69,79
Abnorme Reaktionen und Neurosen	1 011	27,6	308,13
Persönlichkeitsstörungen	95	2,6	28,95
Sonstige und diagnostisch ungeklärte psychische Störungen	234	6,4	71,32

Quelle: Aus teilweise noch unveröffentlichtem Material der Untersuchungen von Häfner und Reimann.

trischen und psychotherapeutischen Versorgung in Anspruch zu nehmen. Ein Beispiel dafür zeigt Tabelle 2:

Tabelle 2

Erwartung, bis zu bestimmten Altersstufen in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen zu werden, für die Bevölkerung von England und Wales

Alter	Männer %	Frauen %
1	0,00	0,00
10	0,07	0,04
20	0,75	0,84
30	2,58	3,34
40	4,44	6,09
50	6,09	8,38
60	7,53	10,32
70	8,85	12,21
80	10,04	14,06
90	10,76	15,48
100	11,02	16,56

Quelle: Department of Health and Social Security: Psychiatric Hospitals in England und Wales. HMSO, London 1972.

Für die Bundesrepublik sind derzeit vergleichbare Werte noch nicht zu errechnen, weil zuverlässige Ausgangsdaten fehlen.

Die im Krankenhauswesen insgesamt zu beobachtende Tendenz einer Zunahme der Krankenhaushäufigkeit bei gleichzeitiger Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer ist auch in den zur Verfügung stehenden Statistiken von psychiatrischen Krankenhäusern zu beobachten *). Da eine weitere Verkürzung der hohen durchschnittlichen Verweildauer von gegenwärtig noch 181 Tagen (1973) **) realisierbar erscheint, läßt sich aus dieser Entwicklung nicht auf einen erhöhten Bettenbedarf schließen.

Als globales Ergebnis der bevölkerungsbezogenen Ermittlung expertendefinierter Bedürfnisse läßt sich in erstaunlicher Übereinstimmung feststellen, daß in allen entwickelten Ländern jährlich knapp 2 % der Bevölkerung irgendeinen psychiatrischen Dienst in Anspruch nehmen ***) (vgl. Tabelle 6) (22, 23, 24).

3.2.1 Erhebungen an der Klientel ärztlicher Allgemeinpraxen

In Ländern, in denen genügend praktische Ärzte zur Verfügung stehen, kommen Erhebungen über den Anteil psychisch Kranker oder behandlungsbedürftiger Personen in der Klientel ärztlicher Praxen einer Ermittlung der „wahren" Bedürfnisse nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung sehr nahe. Zuverlässige und verallgemeinerungsfähige Ergebnisse liegen aus englischen Untersuchungen vor. Da dort etwa 95 % der Gesamtbevölkerung beim praktischen Arzt registriert sind, und rund 60 % der Registrierten während eines Jahres ihren Hausarzt tatsächlich konsultieren, lassen sich die in einer ausreichenden Zahl von Allgemeinpraxen gewonnenen Zahlen auf die Gesamtbevölkerung hochrechnen. Eine Untersuchung der Klientel von 46 praktischen Ärzten in London (25) — ihre Ergebnisse stimmen weitgehend mit anderen Erhebungen an ärztlichen Allgemeinpraxen in England, aber auch mit einer Untersuchung einer österreichischen Allgemeinpraxis überein (26) — ergab, daß etwa 14 % der Bevölkerung während eines Jahres den Hausarzt wegen irgendeiner psychischen Erkrankung oder Störung aufsuchten. Wie groß der Anteil dieser Gruppe ist, der einer fachpsychiatrischen bzw. fachpsychotherapeutischen Versorgung bedarf, hängt entscheidend von der Beurteilung der Behandlungsbedürfnisse und vom Behandlungsangebot des praktischen Arztes ab.

3.2.2 Erkennung und Zuweisung von Behandlungsbedürftigen auf den Hauptversorgungsebenen

Geht man von der Gesamtheit psychischer Erkrankungen (Jahresprävalenz für alle psychiatrischen

*) In der Bundesrepublik ist es üblich, den Krankenhausbedarf nach der Formel

$$\text{Bedarf} = \frac{E \times KH \times VD}{BN \times 1\,000}$$

zu berechnen (E = Einwohnerzahl, KH = Krankenhaushäufigkeit, VD = Verweildauer, BN = Bettennutzung). Die bisher vorgelegten Länderpläne zur psychiatrischen Versorgung haben mit guten Gründen davon abgesehen, den Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten nach dieser Methode zu berechnen. Der Faktor Krankenhaushäufigkeit entzieht sich weitgehend der Meßbarkeit. Er unterliegt Zielsetzungen, die in die Krankenhaushäufigkeit nachhaltig eingreifen wollen, nicht bestimmbaren Veränderungen. Das gleiche gilt von der durchschnittlichen Verweildauer, die durch eine Ausgliederung nicht krankenhausbedürftiger Personen aus dem Krankenhaus nachhaltig, aber in vorerst nicht beurteilbarem Ausmaß gesenkt werden soll. Zudem fehlt in der psychiatrischen Versorgung bisher eine fortlaufende zuverlässige Statistik, die es erlauben würde, auf Durchschnittswerte aus mehreren Jahren oder auf Trends zurückzugreifen. Deshalb ist eine Anlehnung der Bettenmeßziffern an bisher gewonnene Erfahrungen und Schätzwerte aus dem In- und Ausland unter abwägender Einbeziehung des vorhandenen Wissens und der gesteckten Ziele derzeit der einzig gangbare Weg.

**) In psychiatrischen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten liegt diese Ziffer mit 237 Tagen noch wesentlich höher.

***) An den hier zitierten Erhebungen sind die psychiatrischen Einrichtungen praktisch vollständig beteiligt, während psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste unterschiedlich und grundsätzlich unvollständig einbezogen wurden. Das bedeutet, daß ein wesentlicher Teil der dort versorgten neurotisch und psychosomatisch Kranken in den Ergebnissen nicht enthalten ist.

Diagnosen) aus und stellt, im Sinne einer groben Schätzung, gegenüber, welcher Anteil der Bevölkerung einen der drei großen Sektoren der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aufsucht, so ergibt sich folgendes Bild:

In einem Jahr konsultieren wegen psychischer Krankheiten und Störungen je 1 000 Einwohner der Gesamtbevölkerung (geschätzt nach Erhebungsergebnissen in England (praktische Ärzte) (25) und Deutschland (niedergelassene Psychiater und Krankenhäuser) (27)):

Hausärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin) (25)	Niedergelassene Psychiater (und Psychotherapeuten, sofern als Nervenärzte niedergelassen) (27)	Psychiatrische Krankenhäuser (Krankenhausaufnahmen) (Erhebung der Sachverständigen-Kommission)
ca. 140 ‰	ca. 10 ‰	ca. 3,5 ‰

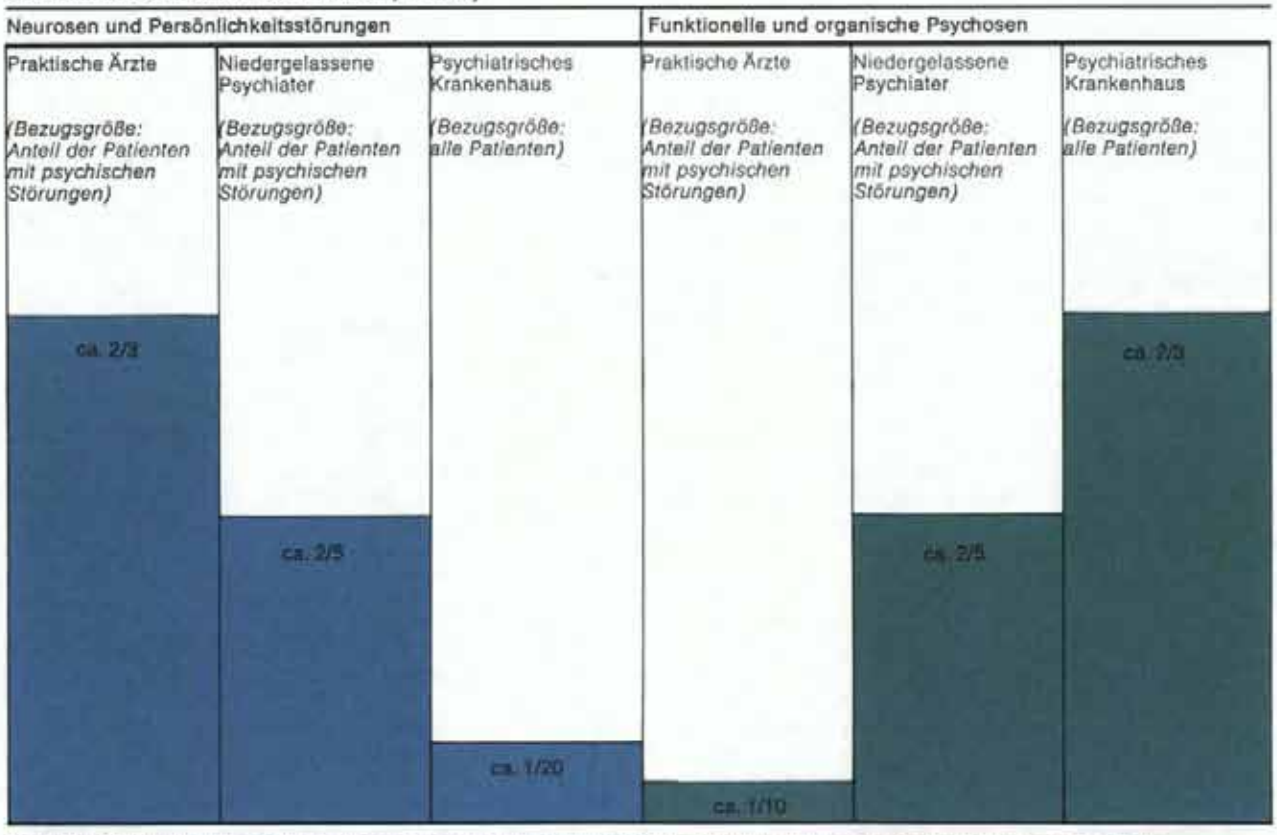
Daraus wir deutlich, welche Bedeutung die Ärzte für Allgemeinmedizin für die diagnostische Weichenstellung und für die Beratung und Behandlung bei leichteren psychischen Erkrankungen haben.

In der Allgemeinpraxis machen Patienten mit den Diagnosen Neurose und Persönlichkeitsstörung den größten Anteil psychischer Erkrankungen aus: bezogen auf die Bevölkerung sind es rund 9 %, die wegen einer Neurose oder Persönlichkeitsstörung ihren Hausarzt während eines Jahres konsultieren. Da sie wesentlich häufiger in der Praxis erscheinen als die Gesamtheit aller übrigen Patienten, nehmen sie einen unverhältnismäßig großen Teil der ärztlichen Arbeitszeit in Anspruch. Funktionelle und organische Psychosen spielen dagegen in der ärztlichen Allgemeinpraxis nur eine geringe Rolle.

Eine grobe Schätzung des Anteils von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen einerseits und von funktionellen und organischen Psychosen andererseits in der psychiatrischen Klientel der drei großen Versorgungsebenen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 3

Anteil charakteristischer Diagnosegruppen an der Gesamtheit behandelter psychiatrischer Patienten (auf der Basis von Neukonsultationen bzw. Neuaufnahmen pro Jahr)



Sämtliche Anteile beziehen sich auf die Gesamtheit der Patienten mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Diagnosen im jeweiligen Versorgungssektor.
Quelle: Geschätzt nach den Ergebnissen von Untersuchungen psychiatrischer Dienste in Mannheim (28) und in Praxen niedergelassener Psychiater in Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern (27,29).

Die geringe Quote der Uberweisung von Patienten, die unter der Diagnose Neurose den praktischen Arzt konsultieren, ist nur zu einem geringen Teil auf Kapazitätsmangel der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zurückzuführen.

Prospektive Verlaufsstudien der Patienten mit psychoreaktiven Störungen in den ärztlichen Allgemeinpraxen zeigen, daß nach drei Jahren mehr als 70 % frei von psychiatrischen Symptomen sind (30, 31). Unter diesen Anteil fallen vor allem die seelischen Krisen und Konfliktreaktionen, die entweder durch Behandlungsmaßnahmen des praktischen Arztes, durch andere Hilfen oder spontan zum Abklingen kommen. Unter den andauernden Krankheitszuständen häufen sich schwere und chronische Neurosen, die bevorzugt einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Bezogen auf die Zahlen aus der Allgemeinpraxis wäre zu schätzen, daß bei zureichender Versorgung etwas mehr als 2 % der Bevölkerung pro Jahr psychiatrische bzw. psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste wegen einer neurotischen Erkrankung aufsuchen sollten. In Mannheim lag die entsprechende „Konsultationsrate" deutlich unter der Hälfte dieses Wertes, in schlecht versorgten Gebieten der Bundesrepublik liegt sie vermutlich wesentlich niedriger.

Aus diesen Feststellungen darf nicht abgeleitet werden, daß neurotische Erkrankungen erst behandelt werden sollen, wenn durch einen längeren Verlauf ihre Chronifizierung erkennbar geworden ist. Im Gegenteil: Die weitere Entwicklung von diagnostischen und prognostischen Verfahren ist notwendig, um durch Frühbehandlung Chronifizierungen vorzubeugen. Die längerfristige Wirksamkeit einer Psychotherapie geht auch aus einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung (32) hervor: Fünf Jahre nach Abschluß einer solchen Behandlung waren die Krankenhaustage pro Jahr bei den Behandelten signifikant niedriger als fünf Jahre vorher und als bei der vergleichbaren Bevölkerung.

3.2.3 Psychosomatische Syndrome und Krankheiten

Psychosomatische Beschwerden treten einmal als körperliche Begleiterscheinungen psychischer Erkrankungen, etwa bei Angstneurosen auf. Sie werden in der Regel mit den psychisch bedingten Erkrankungen, insbesondere den Neurosen erfaßt und fordern keinen zusätzlichen oder besonderen Bedarf.

Zu psychosomatischen Krankheiten im eigentlichen Sinne werden bestimmte körperliche Leiden gerechnet — wie Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Anorexia mentalis —, bei denen psychische Faktoren bei der Entstehung, Auslösung und beim Verlauf eine wesentliche Rolle spielen. Da der Anteil dieser Faktoren wie die Häufigkeit der psychisch mitbedingten körperlichen Erkrankungen überhaupt noch nicht bekannt sind, können Schätzungen des Behandlungsbedarfs derzeit noch nicht gegeben werden. Auf diesem Gebiet, wie auch bei psychischen Auslösefaktoren von eindeutig körperlich verursachten Leiden, ist in naher Zukunft mit einem bedarfsrelevanten Erkenntniszuwachs zu rechnen.

3.2.4 Ermittlungen in außermedizinischen Einrichtungen

Die Ermittlung der Erkrankungshäufigkeit für geistige Behinderung ist in Ländern, in denen Schulpflicht besteht, verhältnismäßig leicht durchführbar. Dies gilt auch für die Bundesrepublik Deutschland (28). Um die Schwerst- und Mehrfachbehinderten mitzuerfassen, müssen neben den verschiedenen Sonderschulen auch Behindertenheime und diejenigen Krankenhäuser einbezogen werden, die solche Kinder aus der untersuchten Bevölkerung aufgenommen haben. Die Ergebnisse über die Häufigkeit geistiger Behinderung in bezug auf den erforderlichen Versorgungsbedarf sind im Kapitel B.3.4 dargestellt.

3.2.5 Ermittlungen aus Feldstudien

Untersuchungen der Klientel ärztlicher Allgemeinpraxen erlauben eine Annäherung an die „wahren" Erkrankungshäufigkeiten. Eine exakte Ermittlung — sieht man von methodischen und diagnostischen Schwierigkeiten ab — der expertendefinierten Bedürfnisse ist nur in direkten Untersuchungen der Bevölkerung möglich. Es wurde bereits dargestellt, daß die eindimensionalen Messungen der psychischen Gesundheit mit Fragebögen u. dgl. keine zuverlässigen Rückschlüsse auf den Bedarf ermöglichen. Dargestellt werden deshalb nur die Ergebnisse aus solchen Studien, die sich auf eine psychiatrische Feststellung der Diagnose und der Behandlungsbedürftigkeit der untersuchten Bevölkerung stützen.

In der Bundesrepublik waren von 1932 (33) bis in die jüngste Zeit psychiatrisch-epidemiologische Felduntersuchungen nicht mehr durchgeführt worden. Abgesehen davon, daß sie vorwiegend aus ländlichen Gebieten stammen, sind die Ergebnisse einer Untersuchung an 2 550 Personen in Lundby/Süd-

Tabelle 4a

Epidemiologische Untersuchung der Bevölkerung von Lundby (Schweden) (34)

Anteil der Personen mit bestehenden oder jemals durchgemachten psychischen Erkrankungen und Krisen zum Untersuchungszeitpunkt	männl.	18 %
	weibl.	
Lebenszeitrisiko (bis 90 Jahre berechnet) für alle psychischen Erkrankungen zusammengenommen	männl.	43 %
	weibl.	73 %
Lebenszeitrisiko, durch eine psychische Erkrankung erheblich behindert zu werden	männl.	3 %
	weibl.	4 %

Tabelle 4b

Ermittlung des unabgedeckten Bedarfs an psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe durch eine Felduntersuchung (Lundby/Schweden) (34)

Anteil der psychisch Kranken, die psychiatrische Hilfe erhalten	29 %
Anteil der psychisch Kranken, die als keiner psychiatrischen Hilfe bedürftig angesehen wurden	58 %
Anteil der psychisch Kranken, die als hilfsbedürftig, aber bislang unversorgt eingeschätzt wurden	14 %

schweden und die Untersuchung von 6 013 Einwohnern der Insel Samsø in Dänemark (23) mit Einschränkungen auch auf deutsche Verhältnisse anwendbar.

Im Laufe des Alters, vor allem über 60, steigt die Erkrankungshäufigkeit steil an. Außerdem verschiebt sich, wie beide Studien zeigen, die Diagnosenverteilung: an erster Stelle der Häufigkeit stehen dann Abbauprozesse (Demenz), organische Psychosen sowie Depressionen. Die Häufigkeit von Neurosen geht dagegen erheblich zurück.

Während die Ergebnisse früherer psychiatrisch-epidemiologischer Untersuchungen teilweise hohe Unterschiede aufwiesen, kamen die meisten der im letzten Jahrzehnt mit großer Sorgfalt und einheitlichen methodischen Voraussetzungen durchgeführten Erhebungen zu nahe beieinanderliegenden Resultaten. Es ist aufschlußreich, daß die Feldstudien aus Schweden und eine Reihe von Fallregister-Studien hinsichtlich der jährlichen Ersterkrankungsraten (Jahresinzidenz) — und, soweit ermittelt, auch hinsichtlich der jährlichen Gesamt-Behandlungsraten (Jahresbehandlungsprävalenz) — für psychische Erkrankungen zu vergleichbaren Werten kommen.

Die Raten für Mannheim, Lundby und Südostbayern umfassen Patienten jeden Alters und sind deshalb auf alle Altersstufen der Bevölkerung bezogen. Die Raten für Camberwell, Aberdeen, Nottingham und Baltimore sind für Patienten ab 15 Jahre, bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahre, berechnet. Wegen der niedrigeren Erkrankungsraten in Kindheit und Jugend würden die Daten für Mannheim, Lundby und Südostbayern um etwa 10 bis 20 % höher liegen, wenn sie ebenfalls auf der Basis „ab 15 Jahre" ermittelt bzw. berechnet worden wären.

Aus allen Erhebungen, die Hinweise auf das Verhältnis von abgedeckten zu unabgedeckten Bedürfnissen nach psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung geben, läßt sich auf deutlich unterversorgte Bereiche — beispielsweise psychische Störungen im Jugendalter, psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter und neurotische Erkrankungen aller Altersstufen — schließen. Ein großer Teil derjenigen Personen, die wegen ernsterer Erkrankungen fachpsychiatrischer Hilfe wahrscheinlich be-

Tabelle 5

Durchschnittliche jährliche Häufigkeit von Ersterkrankungen für alle psychischen Krankheiten in verschiedenen Altersstufen

— nach den Ergebnissen der Felduntersuchung in Lundby/Südschweden —

	Alter bei Ausbruch								
	0 bis 9	10 bis 19	20 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 und älter
Männer (Erkrankungsrate je 100 Personen der Bevölkerung pro Jahr) ..	0,51	0,74	1,23	1,48	1,34	0,91	1,87	2,21	7,11
Frauen (Erkrankungsrate je 100 Personen der Bevölkerung pro Jahr) ..	0,19	1,13	2,84	2,94	3,43	2,47	1,65	2,01	17,40

Quelle: (35)

Tabelle 6

Behandelte Inzidenz und Prävalenz an psychischen Erkrankungen nach Fallregisterdaten und einigen vergleichbaren Studien aus mehreren Ländern

	Ersterkrankungen an allen psychischen Leiden je 1 000 Einwohner pro Jahr	Gesamtheit aller während eines Jahres psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch Behandelten je 1 000 Einwohner
Camberwell (London) (1965) *)	11,90	20,51
Nottingham (England) (1967) *)	11,26	19,64
Mannheim (1965) **) ...	10,74	
Aberdeen (Schottland) (1965)	9,21	17,75
Baltimore (Ohio) weiße Einwohner (1963) *) .	8,42	19,98
Lundby (Südschweden) (1957)	7,48	
Südostbayern (1973) ***)	7,62	ca. 15 ****)

*) (24)
**) (28)
***) (36)
****) Hochrechnung nach den Ergebnissen von Dilling (36)

dürfen, steht in Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen. Der Anteil nicht abgedeckter Bedürfnisse, der eine Kapazitätsausweitung der Versorgung verlangt, bedarf detaillierter Abklärung. Mängel psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung liegen, was die entwickelten Länder und die Bundesrepublik Deutschland anbetrifft, nicht nur im Quantitativen, sondern ebenso in Ungleichheiten des Versorgungsangebots und im qualitativen Bereich. Evaluative Forschung über Qualität, Erfolg und Wirksamkeit psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Einrichtungen ist deshalb von großer Bedeutung.

4 Unbekannte Bedürfnisse

4.1 Hilfesuchverhalten

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Beschwerden und Krankheit hängt von Geschlecht, Alter, Bildungs-, Persönlichkeits- und sozialen Faktoren ab. Der Entschluß, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist zusätzlich davon mitbestimmt, ob der Hilfesuchende Hoffnung auf die Behandlungseinrichtung setzt, ob er erwartet, eine humane und erfolgversprechende Behandlung zu erhalten. Insofern ist von einer Verbesserung des Standards, besonders psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Einrichtungen, auch eine günstige Beeinflussung des Hilfesuchverhaltens mit der Chance vermehrter Frühbehandlungen zu erwarten. Darüber hinaus ist es notwendig, durch Gesundheitserziehung den Wissensstand über Gefährdung der psychischen Gesundheit, über Ursachen, Erscheinungsbilder und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankung frühzeitig, am besten schon während der Schulzeit zu vermitteln. Unerläßlich ist außerdem eine gute Zugänglichkeit der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste bis hin zum aktiven Angebot.

4.2 Fehlende Wahrnehmungsfähigkeit für psychische Erkrankungen

Anders als bei den körperlichen Erkrankungen ist bei einem kleinen Teil psychischer Leiden die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung von Beschwerden oder Veränderungen beeinträchtigt. Bei der größten Gruppe der davon Betroffenen, den geistig Behinderten, spielt dieser Sachverhalt praktisch keine Rolle, weil die Schulpflicht jedes Kind einer Fremdbeurteilung unterwirft, die eine verhältnismäßig zuverlässige Feststellung der Behinderung und der Notwendigkeit von Sondererziehung gewährleistet. Zwei kleinere Gruppen, psychisch kranke alte Menschen mit Abbauprozessen (Demenz) und Wahnkranke mit fehlender Einsichtsfähigkeit, bedürfen der Hilfe ihrer Angehörigen und Nachbarn, um rechtzeitig auf die Behandlungsbedürftigkeit ihres Leidens aufmerksam gemacht zu werden *).

4.3 Randgruppen

Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, beispielsweise Nichtseßhafte, Obdachlose oder chronische Alkoholiker, weisen häufig ein hohes Maß an Gleichgültigkeit gegenüber dem eigenen Wohlergehen auf. Dies kann Folge psychischer Erkrankungen sein, aber auch aus einer unglücklichen persönlichen oder hoffnungslosen sozialen Situation hervorgehen. Es führt zur Erhöhung des Risikos für psychische, aber auch für körperliche Erkrankungen. Auch dieser Personengruppe muß ein Angebot von psychiatrischer Hilfe aktiv entgegengebracht werden.

5 Andere Einflüsse auf Bedarf und Bedürfnisse

5.1 Langfristige Veränderungen

Der Bedarf an psychiatrischen Einrichtungen hängt naturgemäß, außer von Erkrankungshäufigkeiten, auch von Bevölkerungsveränderungen ab. Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung führen zu

*) Differenziertere Störungen der Krankheitswahrnehmung und des Hilfesuchverhaltens werden im Kapitel B.4.1 abgehandelt.

Verschiebungen des Bedarfs innerhalb der psychiatrischen Subspezialitäten. Beispielsweise haben das Anwachsen der Lebenserwartung von ca. 40 Jahren um die Jahrhundertwende auf ca. 67 Jahre in der Gegenwart und die Abnahme der Geburtenraten den Anteil alter Menschen in der Bevölkerung kontinuierlich ansteigen lassen und damit auch die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen im Alter und den Bedarf an Versorgungseinrichtungen erheblich erhöht. Der seit einigen Jahren zu beobachtende Rückgang der Geburtenziffern wird sich auf den Bedarf an kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Einrichtungen dann auswirken, wenn die derzeitige massive Unterversorgung auf diesem Gebiet aufgeholt sein wird.

5.2 Soziale Veränderungen

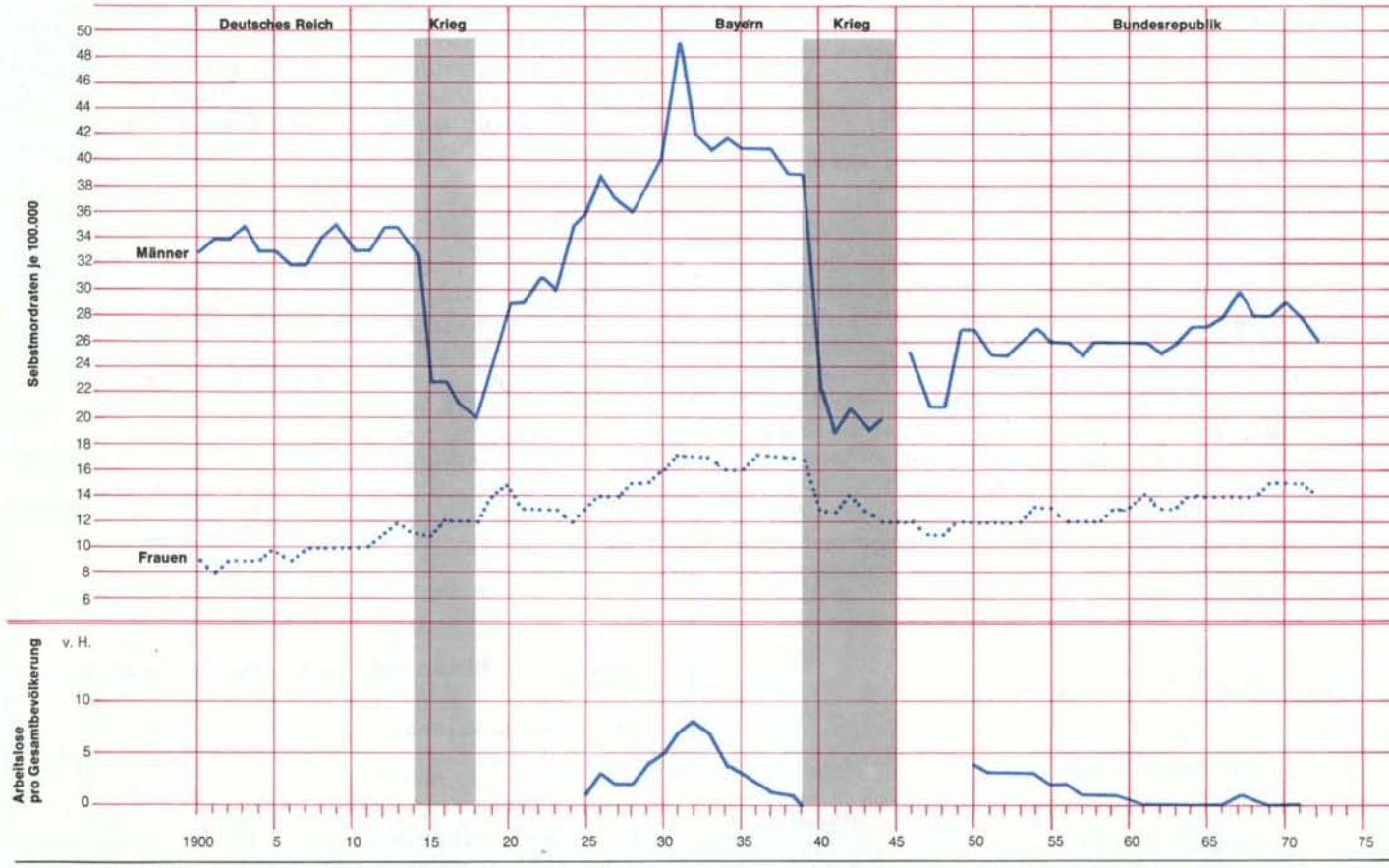
Ob soziale Veränderungen großen Ausmaßes zu einer echten Veränderung der Erkrankungshäufigkeit geführt haben oder führen, ist gegenwärtig nicht bekannt. Alle zuverlässig beurteilbaren Indikatoren, beispielsweise die Erkrankungshäufigkeit für funktionelle Psychosen oder die Selbstmordhäufigkeit, zeigen in den letzten 50 bis 100 Jahren nur begrenzte Schwankungen und keine steigende Tendenz (37).

Für die Bundesrepublik Deutschland bzw. das frühere Deutsche Reich weist die Selbstmordstatistik von der Jahrhundertwende bis zur Gegenwart einen eher sinkenden Trend aus. Die leichte Zunahme der Selbstmordraten für Frauen, verglichen mit den Raten für Männer in jüngster Zeit, legt die Annahme eines Zusammenhangs mit der veränderten Stellung der Frau in Familie und Gesellschaft nahe. Das scharfe Absinken der Selbstmordraten für Männer im Krieg — das sich in allen vergleichbaren Länderstatistiken findet — ist ein interessantes, vielfältig deutbares und wissenschaftlich noch nicht geklärtes Phänomen. Der Gipfel der Selbstmordraten für Männer 1931 korrespondiert mit dem Anstieg der Arbeitslosenquote 1931/32.

Zuverlässiger beurteilbar sind die Auswirkungen sozialer Veränderungen durch den erwähnten Über-

Tabelle 7

Selbstmorde und Arbeitslosenquoten [1] in v. H. der Gesamtbevölkerung 1900–1972



[1] Für die Berechnung der Arbeitslosenquote mußten wir die Gesamtbevölkerung zugrundelegen, weil uns für die Jahre 1925/1939 der adäquate Nenner, die Größe der Risikobevölkerung, die nur aus den Beschäftigten besteht, nicht zur Verfügung stand. Auch eine Aufgliederung nach Geschlechtern war nicht möglich.

Quelle: Häfner, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf die seelische Gesundheit. In: Umwelt und seelische Gesundheit, Psychiatrica clinica, Bd. 7, 4 (1974), 199

gang von Groß- auf Kleinfamilien und durch die sinkende Bereitschaft zur Gegenseitigkeits- und Nachbarschaftshilfe, vor allem in einigen großstädtischen Wohngebieten. Sie wirken sich in einer regional ungleichen Verteilung von Versorgungsbedürfnissen aus: Hilfsbedürftige, vor allem geistig Behinderte und psychisch behinderte alte Menschen, sind dort vermehrt auf Heime und andere soziale Einrichtungen angewiesen. In ländlichen Gebieten ist der Anteil derer, die in der Familiengemeinschaft versorgt oder durch Nachbarschaftshilfe geschützt werden, eindeutig größer.

5.3 Kurzfristige Veränderungen von Bedürfnissen

5.3.1 Bevölkerungsverschiebung

Durch Wanderungsbewegungen, ausgelöst von Kriegen und Katastrophen oder von Mangel an Arbeitskräften (Gastarbeiter), können sich kurzfristig erhebliche Veränderungen und Verschiebungen im Bedarf nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung einstellen.

5.3.2 Drogenmißbrauch: ein Beispiel kurzfristiger Bedürfnisveränderung

Drogenmißbrauch verläuft, wie die Geschichte zeigt, in epidemischen Wellen. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden beispielsweise eine Heroinepidemie etwa um 1950 bis 1955 in Chicago und New York und Epidemien von Stimulantien-Mißbrauch in Japan und Schweden beobachtet. Hierüber liegen genauere Untersuchungen vor. Diese Epidemien zeigten, wie schon zahlreiche früher beobachtete, einen mehr oder weniger raschen Anstieg des Mißbrauchs, dem ein steiler Abfall folgte.

Etwa von den späten 50er Jahren an hat sich eine Pandemie des Drogenmißbrauchs, mit einer gewissen Zeitverschiebung, über die meisten Länder der Erde ausgebreitet. In der Bundesrepublik Deutschland stieg seit 1963/64 die Zahl der Drogenkonsumenten und der Drogenabhängigen bis 1971 kontinuierlich an. Inzwischen ist der Höhepunkt bei den Konsumenten überschritten. Nachdem die Versorgung mit Rauschmitteln zunehmend wieder unter Kontrolle gebracht werden konnte und sich die öffentliche Meinung wieder vermehrt gegen den Drogenmißbrauch wendet, ist mit einem scharfen Absinken in den nächsten Jahren zu rechnen. Die Welle der Drogenabhängigkeit folgt jedoch mit großer Verzögerung. Dadurch wird es zu einer beträchtlichen Verschiebung in den Bedürfnissen nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung Drogenabhängiger kommen: es ist zu erwarten, daß der Anteil der neuen Fälle stark absinkt, während die Rate der schwergeschädigten Dauerbehinderten noch etwas ansteigen könnte. Ein Teil der Abhängigen wird, wenn die Versorgung mit Rauschdrogen nicht mehr gelingt, auf Alkoholmißbrauch umsteigen und damit die Zahl der versorgungsbedürftigen Alkoholiker erhöhen.

An diesem Beispiel ist deutlich zu machen, wie wichtig ein kontinuierliches Dokumentationssystem im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist. Dem englischen Gesundheitsdienst gelang es beispielsweise, durch dieses System verhältnismäßig frühzeitig die anwachsende Rauschdrogenepidemie vorherzusagen und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung einzuleiten (39).

Ebenso wie die Erkrankungshäufigkeit für Suchten durch spontane Entwicklungen starken Schwankungen unterworfen sein kann, so ist ihre Beeinflussung durch die Gesetzgebung möglich. So kann beispielsweise durch Steuergesetzgebung über die Veränderung des Preisgefüges für alkoholische Getränke (Verbilligung niedrigprozentiger und massive Verteuerung hochprozentiger Alkoholika) eine Veränderung im Verbrauch herbeigeführt werden. In einer Überprüfung des Erfolgs solcher Maßnahmen wurde festgestellt, daß sie zu einer eindeutigen Verringerung schwerer Komplikationen des Alkoholmißbrauchs, etwa des „Delirium tremens" führten (40).

5.3.3 Veränderungen durch Wissenszuwachs

Auf den starken Rückgang der Erkrankungshäufigkeit an bestimmten Leiden durch die Anwendung neuer Behandlungsmethoden wurde am Beispiel der progressiven Paralyse bereits hingewiesen. Auch in Zukunft ist mit der Möglichkeit solcher positiven Entwicklungen zu rechnen. Die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten durch die Psychopharmaka hat, soweit beurteilbar, nicht zur Verminderung der Gesamtzahl psychiatrischer Behandlungsbedürfnisse, aber zu einer beträchtlichen Verschiebung innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems geführt. Der verringerte Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten, der Mehrbedarf ambulanter psychiatrischer Behandlungseinrichtungen und die erweiterten Möglichkeiten der Einbeziehung des praktischen Arztes in die Versorgung leichterer psychischer Erkrankungen hängen teilweise damit zusammen.

5.4 Flexibilität der Bedarfsdeckung

Überblickt man das gesamte Feld der Bedürfnisse, so zeigt sich, daß es vielfältigen Einflüssen unterliegt. Es gibt zweifellos einen Kernbereich, der auch in naher Zukunft quantitativ keine wesentlichen Veränderungen aufweisen wird. Dazu zählen vor allem die schweren und chronischen psychischen Behinderungen, die großen Psychosen, die Hirnerkrankungen und die Abbauprozesse des höheren Lebensalters.

Dennoch sind auch hier, was den Bedarf an sozialen und anderen Hilfseinrichtungen anbelangt, erhebliche Verschiebungen, bedingt durch soziale Veränderungen und durch veränderte Behandlungsmöglichkeiten oder -grundsätze, denkbar. Andere Bereiche hingegen unterliegen starken quantitativen Schwankungen. Drogenabhängigkeit ist ein Beispiel dafür. Schließlich ist in Zukunft durch Vorbeugungsmaßnahmen, vor allem in der Schwangerschaft und Geburtsperiode und während der kindlichen Sozialisation eine begrenzte Hoffnung auf eine Senkung von Versorgungsbedürfnissen zu sehen.

Dieser Sachverhalt macht es unmöglich, den Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen auf allzu ferne Zukunft hin zuverlässig abzuschätzen. Vielmehr ist es notwendig, ein Gesundheitsinformationssystem einzuführen, das eine laufende Beobachtung von Indikatoren der Veränderung erlaubt. Das Versorgungssystem selbst muß genügend Flexibilität bewahren, um auf die vorhersehbaren oder unerwartet eintretenden Veränderungen mit bedarfsgerechten Angeboten zu reagieren.

Literaturverzeichnis

(1) Lewis, A.: Health as a social concept. Brit. J. Sociol. 4 (1953), 109.

(2) Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K. N. and Rennie, T. A. C.: Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. McGraw Hill: New York (1962).

(3) Leighton, B. C., Harding, J. S., Maclin, D. B., Macmillan, A. M. and Leighton, A. H.: The character of danger. Psychiatric symptoms in selected communities. The Stirling County study of psychiatric disorder and sociocultural environment. Basic Books, vol. 3: New York (1963).

(4) Brown, G. W. and Birley, J. L. T.: Social precipitants of severe psychiatric disorder. In: Hare, E. H. and Wing, J. K. (eds.): Psychiatric epidemiology. Oxford University Press: London (1970).

(5) Cooper, B. and Sylph, J.: Life events and the onset of neurotic illness: an investigation in general practice. Psychol. med. 3 (1973), 421.

(6) Parkes, C. M.: Bereavement and mental illness: Part 2. A classification of bereavement reactions. Brit. J. Med. Psychol. 38, 1 (1965), 13.
Parkes, C. M.: The first year of bereavement: a longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. Psychiatry 33, 4 (1970), 444.

(7) Parkes, C. M.: Recent bereavement as a cause of mental illness. Brit. J. Psychiat. 110 (1964), 198.

(8) Rees, W. D. and Lutkins, S. G.: Mortality of bereavement. Brit. Med. J. iv (1967), 13.

(9) Bornstein, P. E., Clayton, P. J., Halikas, J. A., Maurice, W. L. and Robins, E.: The depression of widowhood after thirteen months. Brit. J. Psychiat. 122 (1973), 561.

(10) Huston, P. E.: Neglected approach to cause and treatment of psychotic depression. Arch. gen. Psychiat. 24 (1971), 505.

(11) Häfner, H.: Krisenintervention. In: Battegay, R., Pfister-Ammende, M., Burner, M., Labhardt, F. und Luban-Plozza, B. (Hrsg.): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien (1975).

(12) Rovitz, L. and Levy, L.: Ecological analysis of treated mental disorders in Chicago. Arch. gen. Psychiat. 19 (1968), 571.

(13) Bagley, C.: The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. Soc. Sci. Med. 2,1 (1968).

(14) Kreitman, N.: Prevention of suicidal behaviour. In: Wing, J. K. and Häfner, H. (eds.): Roots of evaluation. The epidemiological basis for planning psychiatric services. Oxford University Press: London, New York, Toronto (1973).

(15) Zerbin-Rüdin, E.: Das Anlage-Umwelt-Problem bei der Entstehung der Schizophrenien. Nervenarzt 42, 12 (1971), 613.

(16) Knobloch, H., Rider, R., Harper, P. and Pasamanick, B.: Neuropsychiatric sequelae of prematurity: a longitudinal study. Jama, 161 (1956), 581.

(17) Pasamanick, B.: Epidemiological investigations of some prenatal factors in the production of neuropsychiatric disorders. In: Hoch, P. H. and Zubin, J. (eds.): Comparative epidemiology of the mental disorders. Grune & Stratton: New York (1961).

(18) Wing, J. K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland. Ein Bericht für die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1974).

(19) Wing, J. K. and Bransby, E. R. (eds.): Psychiatric case registers. Department of Health and Social Security, HMSO, London (1970).

(20) Häfner, H., Reimann, H., Immich, H. und Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Social Psychiatry 4 (1969), 126.

(21) Wing, J. K. and Hailey, A. M. (eds.): Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell case register. Oxford University Press: London (1972).

(22) Bahn, A. K., Gardener, E. A., Alltop, L., Knalterud, G. K. and Solomon, M.: Admission and prevalence rates for psychiatric facilities in four register areas. Am. J. Public Health 56 (1966), 2033.

(23) Strömgren, E.: Epidemiological basis for planning. In: Wing, J. K. and Häfner, H. (eds.): Roots of evaluation. The epidemiological basis for planning psychiatricservices. Oxford University Press: London, New York, Toronto (1973).

(24) Wing, L., Wing, J. K., Hailey, A., Bahn, A. K., Smith, H. E. and Baldwin, J. A.: The use of psychiatric services in three urban areas: an international case register study. Social Psychiatry 2 (1967), 158.

(25) Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C. and Kalton, G. W.: Psychiatric illness in general practice. Oxford University Press: London (1966).

(26) Strotzka, H., Leitner, I., Czerwinka-Wenkstätten, G., Graupe, S. R. und Simon, M. O.: Kleinburg. Eine psychiatrische Feldstudie. Wien, München (1969).

(27) Degkwitz, R., Römer, H., Rudolph, W. und Schulte, P.: Die Verteilung psychiatrisch-neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern. Spectrum 2 (1973), 114.

(28) Häfner, H. and Reimann, H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim 1965. In: Hare, E. H. and Wing, J. K. (eds.): Psychiatric epidemiology. Oxford University Press: London (1970).

(29) Dilling, H., Weyerer, S. und Lisson, H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte. Social Psychiatry 10 (1975), 111.

(30) Kedward, H.: The outcome of neurotic illness in the community. Social Psychiatry 4 (1969), 1.

(31) Harvey-Smith, I. A. and Cooper, B.: Patterns of neurotic illness in the community. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 19 (1970), 132.

(32) Dührssen, A. und Jorswieck, E.: Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungs-

fähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 35 (1965), 166.

(33) Brugger, C.: Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Zschr. Neurol. 146 (1933), 489.

(34) Hagnell, O.: A prospective study of the incidence of mental disorder. Scandinavian University Books, Norstedts-Bonniers: Stockholm (1966).

(35) Hagnell, O.: Incidence and duration of episodes of mental illness in a total population. In: Hare, E. H. and Wing, J. K. (eds.): Psychiatric epidemiology. Oxford University Press: London (1970).

(36) Dilling, H. und Weyerer, S.: Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns. Projekt der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975), abgedruckt im Anhang zu diesem Bericht.

(37) Häfner, H.: Psychiatrie und Gesellschaft im Zukunftsaspekt. Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat. 115, (1974), 89.

(38) Häfner, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf die seelische Gesundheit. In: Umwelt und seelische Gesundheit. Psychiatria clinica Bd. 7, 4 (1974), 199.

(39) de Alarcon, R. and Rathod, N. M.: Prevalence and early detection of heroin abuse. Brit. Med. Journal 2 (1968), 549.

(40) The epidemiology of drug dependence. Report on a conference, London 25—29 Sept. 1972. WHO Regional Office for Europe, EURO 5436 IV, Copenhagen (1973).

A.3 Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit

1 Die bisherige Form der Öffentlichkeitsarbeit *)

In der Gesellschaft begegnet man häufig ablehnenden Ansichten und abwehrenden Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten, die nicht nur die Betroffenen selbst verspüren, sondern auch die Mitarbeiter derjenigen Einrichtungen, welche diese Personengruppe zu behandeln und zu betreuen haben. Vor allem zeigen sich nicht selten Widerstände bei der Planung oder Inbetriebnahme von Diensten für psychisch Kranke und Behinderte — also immer dann, wenn die Bevölkerung unvorbereitet und unmittelbar mit Einzelnen oder mit einer Gruppe von Personen konfrontiert wird, die ihr fremd ist und von der sie sich gestört, beeinträchtigt oder sogar bedroht fühlt.

Auf dem Hintergrund dieses Sachverhaltes wird vielfach der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß mit dem allgemeinen Verschwinden von Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten die Voraussetzungen geschaffen seien, die Situation der psychisch Kranken und Behinderten grundlegend ändern zu können. Diesem Ziel — nämlich dem Abbau von Vorurteilen — versucht man sich bislang mit der Forderung nach groß angelegten Aufklärungsprogrammen zu nähern, die praktisch alle Gruppen in der Gesellschaft erreichen sollten.

Seit geraumer Zeit ist aber bekannt, daß es zahlreiche ungelöste Fragen im Zusammenhang mit dem Abbau von Vorurteilen gibt, die ein derartiges Vorgehen gegenwärtig noch als sehr problematisch erscheinen lassen. So ist z. B. festzustellen, daß es *keine ausreichend wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse* *) darüber gibt,

- wie die in der Bevölkerung anzutreffenden Vorurteile beschaffen sind,
- ob ein Zusammenhang besteht zwischen den Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und dem tatsächlichen Verhalten gegenüber psychisch Kranken,
- wie man Vorurteile beeinflussen kann und
- ob evtl. geänderte Vorurteile auch zu dem erhofften Verhalten führen.

Angesichts dieser ungeklärten Fragen ist es notwendig, die bisherigen Ansätze für eine Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu überdenken.

Mit den bisherigen Ansätzen für die Öffentlichkeitsarbeit sollten zwei verschiedenartige Ziele erreicht werden: Zum einen sollten die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und Behinderten abgebaut werden und *gleichzeitig* sollte ein höheres Informationsniveau über alle Krankheitsformen in diesem Bereich erzielt werden. Diese unterschiedlichen Ziele — zum einen ein erstrebtes Wohlverhalten gegenüber psychisch Kranken und Behinderten, zum anderen ein höherer Wissensstand über spezifische Krankheitserscheinungen — sind mit denselben Vorgehensweisen nicht zu verwirklichen.

2 Gesundheitserziehung und spezifische Informationsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Eine differenzierte Öffentlichkeitsarbeit sollte sowohl die vorhandenen Möglichkeiten der *Gesund-*

*) Die folgenden Ausführungen beziehen sich im wesentlichen auf die Gutachten von Bauer, Finzen, Scherer und Stumme, die im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung eingeholt wurden und die im Anhang in vollem Wortlaut wiedergegeben sind.

*) Vgl. hierzu u. a.: Stumme, W., Psychische Erkrankungen — Im Urteil der Bevölkerung. Eine Kritik der Vorurteilsforschung, München 1975.

heitserziehung und gesundheitlichen Aufklärung gezielter nutzen, als dies bislang der Fall war, und darüber hinaus sollte sich eine *reformbegleitende und reformunterstützende Informationsarbeit* an diejenigen wenden, ohne deren Handeln die Situation der psychisch Kranken nicht geändert werden kann: Damit ist einmal das gesamte Personal in den Einrichtungen gemeint, die an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter teilhaben, und zum anderen richtet sich diese qualifizierte Informationsarbeit an diejenigen, die auf kommunaler, Landes- und Bundesebene in Politik und Verwaltung Entscheidungen fällen, die die Weiterentwicklung des gegenwärtigen Versorgungssystems bestimmen.

2.1 Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung werden vorrangig bemüht sein müssen, Wissen über präventive, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einer breiten Öffentlichkeit nahezubringen. Es wird weiterhin erforderlich sein, die Bevölkerung über die verschiedenen Formen psychischer Erkrankungen zu informieren wie auch über die Möglichkeiten, diese Leiden erfolgreich bzw. weniger erfolgreich zu behandeln.

Ähnlich, wie es seit langem im Bereich der körperlichen Hygiene des Säuglings und Kleinkindes geschieht, sollten zur Verringerung des Risikos der späteren Entstehung psychischer Erkrankungen und Behinderungen Eltern von Säuglingen und Kleinkindern sowie angehenden Eltern systematisch Informationen über die seelischen und geistigen Entwicklungsvorgänge des Kindes und über die familiären und sozialen Störungsursachen dieser Vorgänge angeboten werden. Dies kann z. B. durch sog. Elternschulen oder systematische Kurse geschehen (s. auch Kapitel E. „Prävention").

Eine wesentliche Aufgabe von Gesundheitserziehung und gesundheitlicher Aufklärung wird es sein, die Bevölkerung über die sozialen Aspekte psychischer Erkrankungen zu informieren, womit insbesondere Informationen über *konkrete* Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten gemeint sind. Einzelne größere Einrichtungen zur Behandlung psychisch Kranker und Behinderter sollten über eine Informationsstelle verfügen können, um insbesondere den Kontakt zur lokalen Presse zu gewährleisten.

Begrüßenswert wäre es, wenn es — wie es das z. B. seit kurzem in Baden-Württemberg gibt — Informationsschriften für alle Landesteile gäbe, denen Patienten, ihre Angehörigen, aber auch Nachbarn, Vermieter, Arbeitskollegen und Arbeitgeber entnehmen könnten, welches Hilfsangebot in ihrer näheren Umgebung vorhanden ist.

Die öfter anzutreffende Unsicherheit im Umgang mit psychisch Kranken und Behinderten würde geringer sein, wenn die Betroffenen derartigen Informationsschriften entnehmen könnten, wo (und ggf. zu welcher Zeit) Beratungsstellen, niedergelassene Psychologen, Psychotherapeuten und Nervenärzte, aber auch ambulante Dienste und Polikliniken zu erreichen sind; diese Informationsschriften sollten auch über die stationären Einrichtungen in den jeweiligen Landesteilen informieren. Sofern einige Dienste nicht in erreichbarer Nähe sind, müßte das ebenfalls derartigen Informationsschriften zu entnehmen sein, wobei die Bevölkerung aber gleichzeitig auch Hinweise darüber finden sollte, wo ggf. die noch fehlenden Einrichtungen andernorts aufzusuchen wären.

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung sollten auch die juristischen Probleme im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter berühren, soweit diese für den hilfesuchenden Bürger von Interesse sein dürften.

Gesundheitserziehung und insbesondere die gesundheitliche Aufklärung über konkrete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten sollten kontinuierlich angeboten werden und in allgemein verständlicher Form gehalten sein. Hierbei wird es zweckmäßig sein, eine gute Zusammenarbeit mit den Massenmedien, z. B. durch einen regelmäßig anzubietenden Pressedienst, zu gewährleisten.

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung werden besonders im schulischen Bereich sowie dort einsetzen, wo bereits auf lokaler oder regionaler Ebene vielfältige Bürger-Aktivitäten bestehen, um die Arbeit der Hilfsgemeinschaften, Bürgervereine, sozialpolitischen Arbeitskreise etc. zu unterstützen und auf eine breitere Basis zu stellen. Zusammen mit diesen Gruppierungen und unter Beteiligung der relevanten Organisationen und interessierter Persönlichkeiten könnte an eine regelmäßig wiederkehrende bundesweite Aktion gedacht werden, wie sie in Form der „National-Mind-Campaign" in Großbritannien seit einigen Jahren erfolgreich veranstaltet wird. Bei derartigen Anlässen sollte jedoch nicht nur auf die bereits gelösten, sondern insbesondere auch auf die noch zu lösenden Probleme im Umfeld psychischer Erkrankungen nachhaltig aufmerksam gemacht werden.

2.2 Informationsarbeit für spezifische Zielgruppen

Nachhaltiger und direkter als es eine auf die gesamte Bevölkerung gerichtete gesundheitliche Aufklärung vermag, kann eine spezifische Informationsarbeit wirken, deren Ziel es sein wird, über die Bekanntmachung der Empfehlungen für eine zeitgemäße Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, wie sie die Sachverständigen-Kommission erarbeitet hat, hinaus ein Engagement zu wecken für die zügige Realisierung dieser Empfehlungen.

Zielgruppen für eine derartige spezifische Informationsarbeit sind somit diejenigen, die — anders als die weitgehend unbeteiligte Bevölkerung — über die Möglichkeiten verfügen, zeitgemäße Versorgungskonzepte zu realisieren, sei es durch Entscheidungen im Bereich von Politik und Verwaltung oder sei es dort, wo das Engagement des Personals in den Einrichtungen ausschlaggebend ist für die Situation der psychisch Kranken und Behinderten.

2.2.1 Informationsarbeit für das an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligte Personal

Daß bislang noch in einem z. T. erheblichen Ausmaß insbesondere in den psychiatrischen Krankenhäusern und Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke ein Arbeitsstil anzutreffen ist, der sich vorwiegend an einer bewahrenden Psychiatrie orientiert, ist hinlänglich bekannt. Gleichzeitig ist aber auch zu beobachten, daß insbesondere das jüngere Personal zunehmend bemüht ist, diesen Arbeitsstil, der in der Vergangenheit viele Chronifizierungsprozesse mitbedingte, zu überwinden.

Zeitgemäße therapeutische und rehabilitative Bemühungen dieses Personals sollten Unterstützung erhalten durch eine Informationsarbeit, die darauf hinwirkt, die Basis für ein derartiges Verhalten stetig zu verbreitern. In diesem Zusammenhang sei jedoch darauf hingewiesen, daß es in psychiatrischen Krankenhäusern noch Situationen gibt, die z. B. wegen des Fehlbedarfs an Personal und der teilweisen Überbelegung von Stationen eine Überwindung des kustodialen Arbeitsstils — selbst bei großer Aufgeschlossenheit des Personals — schwierig gestaltet.

Dieses vom *gesamten* Personal zu erwartende Verhalten, das weit über die Beseitigung der „brutalen Realität" (vgl. hierzu den Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission) und die Inbetriebnahme neuer Einrichtungen hinausgeht, ist eine *der* Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten. Durch eine qualifizierte Informationsarbeit in diesem Bereich muß der Gefahr vorgebeugt werden, daß auch in die von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen neuen Einrichtungen ein Arbeitsstil einzieht, der immer noch kennzeichnend ist für weite Bereiche in der stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

Diese Informationsarbeit, die die Veränderungen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter begleiten und unterstützen sollte, müßte regelmäßig auf lokaler und regionaler Ebene stattfinden und primär an einem Erfahrungsaustausch orientiert sein. Dabei sollte neben dem Austausch praktischer Erfahrungen mit bestimmten institutionellen Formen (z. B. Beratungsstellen, Tageskliniken, Wohnheimen, psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern) insbesondere der Informationsaustausch über erfolgreiche therapeutische und rehabilitative Aktivitäten einen breiten Raum einnehmen. Bei Informationsveranstaltungen in diesem Bereich ist zu beachten, daß die Erfahrungen, die die jeweiligen Berufsgruppen haben machen können, dem gesamten Personal zugute kommen, da dadurch ein kooperativer Arbeitsstil des Personals untereinander gefördert werden kann. Bei der Erstellung von Informationsmaterial ist ebenso daran zu denken, daß die Inhalte für alle Berufsgruppen verständlich formuliert sein müssen und daß Themen berücksichtigt werden, die weitgehend über berufsspezifische Belange hinausgehen. Es ist zu erwarten, daß eine Informationsarbeit dieser Art Auswirkungen haben wird auf die Qualität der Therapie und insbesondere der rehabilitativen Maßnahmen.

Parallel zu derartigen Informationsveranstaltungen sollte immer wieder die Notwendigkeit der Öffnung psychiatrischer Krankenhäuser beachtet werden. Um Laien zur wirksamen Mithilfe (Patenschaften, Betreuungen von Patienten-Clubs, Mitwirkung bei der Freizeitgestaltung und bei Rehabilitationsbemühungen etc.) zu gewinnen, wird hier eine Medienarbeit auf lokaler Ebene unerläßlich sein. Bei dieser Medienarbeit ist auf die Ausgewogenheit der Berichterstattung in besonderem Maße zu achten. Nichts wäre vermutlich — weil es für die Bevölkerung allzu oft nicht identisch wäre mit der von ihr wahrgenommenen Realität — schädlicher, als ausschließlich über die als positiv empfundenen Aspekte (Einweihung neuer Stationen, Sommerfeste, Übergabe der Klinikleitung etc.) zu berichten: Auf die ungünstige geografische Lage vieler Krankenhäuser, die Überfüllung, Personal-Engpässe, die Problematik chronischer Patienten — kurzum: auf all die noch zur Lösung anstehenden Fragen sollte man bei lokaler Medienarbeit unbedingt eingehen. — Fragen dieser Art sollten in ausgewogener Form beispielsweise auch und gerade dann bei Veranstaltungen diskutiert werden, zu denen interessierte Bürger kommen.

2.2.2 Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum

Neben der Gesundheitserziehung und gesundheitlichen Aufklärung, die sich an die Bevölkerung richtet, und der reformbegleitenden und reformunterstützenden Informationsarbeit, die bemüht sein wird, das gesamte Personal für eine zeitgemäße Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu interessieren und zu aktivieren, sollte sich die Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum an diejenigen Persönlichkeiten wenden, die im „außerpsychiatrischen" Bereich regelmäßig Entscheidungen treffen, die von außerordentlicher Bedeutung für die Qualität der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sind.

Zu den relevanten Persönlichkeiten wären vorrangig alle diejenigen zu zählen, die in den jeweiligen Ausschüssen für Gesundheit und Soziales in den betreffenden parlamentarischen Gremien auf kommunaler, Landes- und Bundesebene Entscheidungen ihrer Fraktionen vorbereiten, die sich auf die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beziehen. Als besonders notwendig wird sich eine derartige Informationsarbeit jedoch dort erweisen, wo überfällige politische Entscheidungen nicht in dem für erforderlich erachteten Ausmaß vorangetrieben werden. Dies wird in starkem Maße dort zu erwarten sein, wo die Notwendigkeit einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nicht erkannt wird oder wo die daraus herzuleitenden, kommunalen Verpflichtungen nicht zielstrebig übernommen werden. Die Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum wird

u. a. auch immer dort notwendig, wo traditionell gewachsene Verwaltungsgrenzen nicht deckungsgleich sein werden mit den Gebieten, für die spezielle Versorgungseinrichtungen vorzuhalten sind; hier kann erwartet werden, daß diese qualifizierte Informationsarbeit entscheidend dazu beiträgt, an die Komplettierung der erforderlichen Dienste zu erinnern.

Eine wesentliche Aufgabe der Informationsarbeit in diesem Bereich wird das In-Gang-Setzen und vor allem In-Gang-Halten eines stetigen Kommunikationsflusses (und damit auch Informationsaustausches) all der Gremien untereinander sein, die in der Vergangenheit — bezogen auf die Planung von Diensten und die konkrete Verbesserung der Situation der psychisch Kranken und Behinderten — nur sporadisch zusammengearbeitet haben: Gesundheitsfachverwaltung; Dezernate und Ministerien mit den Ressorts Gesundheit, Soziales und Arbeit; Mitglieder der verschiedenen parlamentarischen Gremien; die vielfältigen Trägerorganisationen.

Eine erfolgreiche Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum wird auch dort wirken müssen, wo beispielsweise durch mangelhafte Kenntnisse über die tatsächlichen Gegebenheiten im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zeitgemäße Entwicklungen behindert werden können; so z. B. dann, wenn die Bereitstellung von finanziellen Mitteln für erforderliche Umbaumaßnahmen nicht gewährt wird mit dem — nachweislich nicht zutreffenden — Hinweis auf die vermehrte Gemeingefährlichkeit psychisch Kranker und Behinderter *), die deswegen durchaus in den verschlossenen alten Gebäuden verbleiben sollten. Wenn es der Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum gelingt, den Informationsfluß zwischen den verschiedenen Gruppierungen zu bewerkstelligen, so wären wichtige Voraussetzungen dafür gegeben, die Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen nicht nur zu beschleunigen, sondern auch einen Beitrag zur ausgewogenen Vervollständigung des Versorgungssystems zu leisten, wobei die regional zu setzenden Prioritäten angemessen Beachtung finden sollten. Dieser Informationsfluß könnte auch zur Folge haben, daß ungleichgewichtige Entwicklungen so weit wie möglich vermieden werden können.

Für die Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum bietet sich in besonderem Maße an, neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zu Problemen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, therapeutische Erfahrungen sowie Entwicklungen im Bereich präventiver und rehabilitativer Maßnahmen populärwissenschaftlich aufzuarbeiten.

Die Informationsarbeit in diesem Bereich ist am zweckmäßigsten bei der Aktion Psychisch Kranke anzusiedeln, die sich nach Erstellung der Enquete durch die Sachverständigen-Kommission, deren Arbeit sie von Anfang an betreute, ausschließlich diesen Aufgaben widmen wird.

*) Vgl. hierzu insbesondere: Böker, W. und H. Häfner, Gewalttaten Geistesgestörter, Berlin 1973.

3 Grenzen der Gesundheitserziehung und der Informationsarbeit

Wenngleich die Bedeutung einer differenzierten Öffentlichkeitsarbeit nicht genug betont werden kann, da davon in entscheidendem Maße die Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission abhängt, so muß dennoch deutlich gemacht werden, daß die erfolgreiche Reform der gesamten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter dadurch alleine nicht zu leisten ist.

Systematisch betriebene Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung vermögen wohl ein Gesundheits- und Hilfesuchverhalten in der Bevölkerung zu erreichen, das sich insgesamt positiv auf den Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auswirken dürfte. Eine grundlegende Verbesserung der Situation, in welcher sich psychisch Kranke und Behinderte befinden, ist auch durch qualifizierte Informationsarbeit allein nicht zu erreichen. Reformbegleitende und reformunterstützende Informationsarbeit, die sich an das Personal wendet, wird wichtige Grundlagen für eine qualitative Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter schaffen müssen. Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum wird dagegen Entwicklungen immer nur anregen und beschleunigen, nicht jedoch eine zügige Realisierung zeitgemäßer Konzepte ersetzen können.

A.4 Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

1 Allgemeine Vorbemerkungen

1.1

Die Sachverständigen-Kommission hat im Verlauf ihrer Arbeiten umfangreiche Erhebungen durchgeführt, um genauere Kenntnis über die Situation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland zu erlangen.

Im Vordergrund dieser Erhebungen standen Bestandsaufnahmen bei

— psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die psychisch Kranke und geistig Behinderte stationär versorgen,

— Sonderschulen, Sonderschulen mit Werkstufe, Tagesbildungsstätten und Anlernwerkstätten für geistig und seelisch Behinderte,
— Sonderkindergärten und gleichgestellten Einrichtungen (Tagesstätten u. ä.) für geistig und seelisch behinderte Kinder,
— Werkstätten für Behinderte und
— Gesundheitsämtern (psychiatrische Dienste).

Die obersten Gesundheitsbehörden führten in Zusammenarbeit mit der Sachverständigen-Kommission die Erhebung jeweils in ihrem Land durch.

Darüber hinaus wurden gesonderte Erhebungen im Bereich der ambulanten und stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung durchgeführt (s. hierzu A. 4.2.3).

1.2 Durchführung

Die Erhebungsbögen sind von der Sachverständigen-Kommission im Einvernehmen mit den zuständigen Psychiatrie-Referenten der elf Bundesländer erarbeitet worden. Die Erhebungsbögen sind im März/April 1973 an die obersten Gesundheitsbehörden der Länder gesandt worden, die diese mit einem Anschreiben an diejenigen Institutionen versandt haben, die in die Erhebung einbezogen wurden.

1.3

Die Erhebung wurde am *bundeseinheitlichen Stichtag 30. Mai 1973* durchgeführt.

1.4 Rücklauf

Der Rücklauf der Erhebungsbögen erfolgte wiederum über die obersten Gesundheitsbehörden der Länder, die eine erste Vorkontrolle vornahmen. Anschließend wurden sie an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weitergeleitet, wo die EDV-Auswertung stattfand.

Während des — zum Teil verzögerten — Rücklaufs zeigte sich, daß verhältnismäßig viele Plausibilitätskontrollen unvermeidlich waren. Das bedingte unter Einschaltung des Vorstandes und der Geschäftsstelle der Sachverständigen-Kommission zahlreiche Rückfragen bei den obersten Gesundheitsbehörden der Länder und insbesondere auch bei den betroffenen Einrichtungen.

1.5

Die Erhebung war in weiten Bereichen auf die freiwillige Mitarbeit der Beteiligten angewiesen. Angesichts der Erfahrungen, die mit derartigen Erhebungen gemacht werden, kann das Ergebnis im ganzen als gut bezeichnet werden. Die erhobenen Daten gestatten einen ersten Überblick über die Struktur und den Umfang der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Bestandsaufnahme im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung

2.1 Die ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung psychisch Kranker obliegt in der Bundesrepublik Deutschland den niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), insbesondere den Nervenfachärzten und den Psychotherapeuten. Im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben in Lehre und Forschung ist den Universitätspolikliniken ein Recht zur ambulanten Behandlung zugestanden.

2.1.1 Der niedergelassene Nervenarzt

Neben den in freier Praxis tätigen Nervenärzten gibt es an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Chefärzte, die Patienten in ihren Sprechstunden behandeln, sowie von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigte Ärzte. Schließlich ist eine Gruppe von Ärzten zu erwähnen, die sich an der kassenärztlichen Versorgung nicht beteiligen und nur Privatpraxis ausüben.

Den folgenden Darstellungen liegen Auflistungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Oktober 1972 zugrunde, in denen alle in freier Praxis tätigen, zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Nervenärzte geführt sind. Beteiligte, ermächtigte und privat praktizierende Nervenärzte blieben unberücksichtigt.

2.1.1.1 Anzahl

In den Unterlagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind 903 Nervenärzte geführt worden, von denen bekannt war, in welchen Orten sie ihre Praxis hatten.*) Legt man die Wohnbevölkerung

*) Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nahmen am 31. Dezember 1974 1 041 niedergelassene Nervenärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil. Die zum gleichen Stichtag ermittelten Angaben der Bundesärztekammer (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 18, 1975) — 1 226 niedergelassene Nervenärzte — sind dadurch zu erklären, daß weitere niedergelassene Nervenärzte ausschließlich Privatpraxen betreiben; darunter sind insbesondere etliche „Ruheständler" und nicht mehr in vollem Umfang berufstätige Frauen, die sich in sehr unterschiedlichem Ausmaß an der Versorgung beteiligen.
Auf Anfragen der Sachverständigen-Kommission hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Oktober 1972 insgesamt 903 niedergelassene Nervenärzte genannt, von denen bekannt war, in welchem *Ort* sie praktizieren. Die Sachverständigen-Kommission war an dieser Zuordnung interessiert, da nur so ein differenzierteres Bild über die ambulante Versorgung psychisch Kranker durch niedergelassene Nervenärzte zu ermitteln war. Im Januar 1974 teilte die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit, daß sich die namentliche Aufstellung nur in drei Fällen geändert habe. Bis zum Juli 1975 konnte seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keine neue Liste über die Praxisorte der niedergelassenen Nervenärzte erstellt werden.
Mangels anderer verfügbarer Daten beziehen sich die folgenden Berechnungen auf 903 niedergelassene Nervenärzte.

der Bundesrepublik Deutschland vom 21. Dezember 1972 zugrunde, ergibt sich somit rein rechnerisch, daß auf einen Nervenarzt 68 449 zu versorgende Einwohner kommen.

Bislang wird allgemein angenommen, daß die Minimalgrenze für eine ausreichende ambulante Versorgung bei einem Verhältnis von 1 Nervenarzt : 50 000 Einwohnern liegt. Unter Berücksichtigung dieser Maßzahl zeigt sich ein globaler Fehlbedarf von ca. 330 Fachärzten. Berücksichtigt man, daß in der Zwischenzeit die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, größer geworden ist, so bleibt dennoch festzustellen, daß die Minimalgrenze bei weitem nicht erreicht wird.

Dieses rechnerische Defizit läßt allerdings nicht deutlich werden, daß in der überwiegenden Mehrzahl der nervenärztlichen Praxen sowohl psychiatrische als auch neurologische Fälle behandelt werden. Aus mehreren einschlägigen Untersuchungen ergibt sich als Schätzwert, daß in den nervenärztlichen Praxen durchschnittlich 40 % neurologisch erkrankte und 60 % psychisch (einschließlich psychosomatisch) erkrankte Patienten auftauchen. Da im Zusammenhang mit diesen Darlegungen aber allein die Versorgung psychisch Kranker zur Rede steht, muß der Anteil mitversorgter neurologischer Fälle in der Abschätzung des numerischen Bedarfs an niedergelassenen Nervenärzten Berücksichtigung finden. Der tatsächliche Fehlbedarf dürfte gegenüber dem errechneten schon aus diesem Grunde wesentlich höher liegen.

Hinzu kommt noch die Tatsache, daß ein nicht geringer Teil der vom praktischen Arzt und vom Arzt für Allgemeinmedizin und anderen Fachärzten behandelten Patienten der Überweisung zum Nervenarzt bedarf. Stellt man diesen Faktor in Rechnung, dürfte der angegebene Richtwert von 1 Nervenarzt: 50 000 Einwohnern nicht ausreichend sein.

2.1.1.2 Verteilung

Für die Beurteilung der ambulanten Versorgungsqualität reicht eine rein quantitative Betrachtungsweise nicht aus. Von Belang ist neben der Gesamtzahl die Verteilung der Nervenarztpraxen im Bundesgebiet.

2.1.1.2.1 Konzentration niedergelassener Nervenärzte in größeren Städten

543 von 903 Nervenärzten, das sind 60 %, haben sich in den Städten mit über 100 000 Einwohnern in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassen. In diesen Städten wohnen 20,3 Millionen Menschen — das sind 33 % der Gesamtbevölkerung (s. Karte 1).

2.1.1.2.2 Arztdichte

Die Arztdichte gibt darüber Auskunft, wie viele Bundesbürger im Durchschnitt von einem niedergelassenen Nervenarzt zu versorgen sind.

Geht man von den 389 Kreisen und kreisfreien Städten in der Bundesrepublik Deutschland aus, so fand sich im Oktober 1972 in 140 Kreisen und kreisfreien Städten kein Wohnsitz eines niedergelassenen Nervenarztes — dies sind 36 % aller Kreise und kreisfreien Städte.

Bezogen auf die einzelnen Bundesländer (ohne Stadtstaaten) ergibt der Anteil der Kreise und kreisfreien Städte ohne Wohnsitz eines niedergelassenen Nervenarztes an der Gesamtzahl aller Kreise und kreisfreien Städte die in Abbildung 1 dargestellte Verteilung.

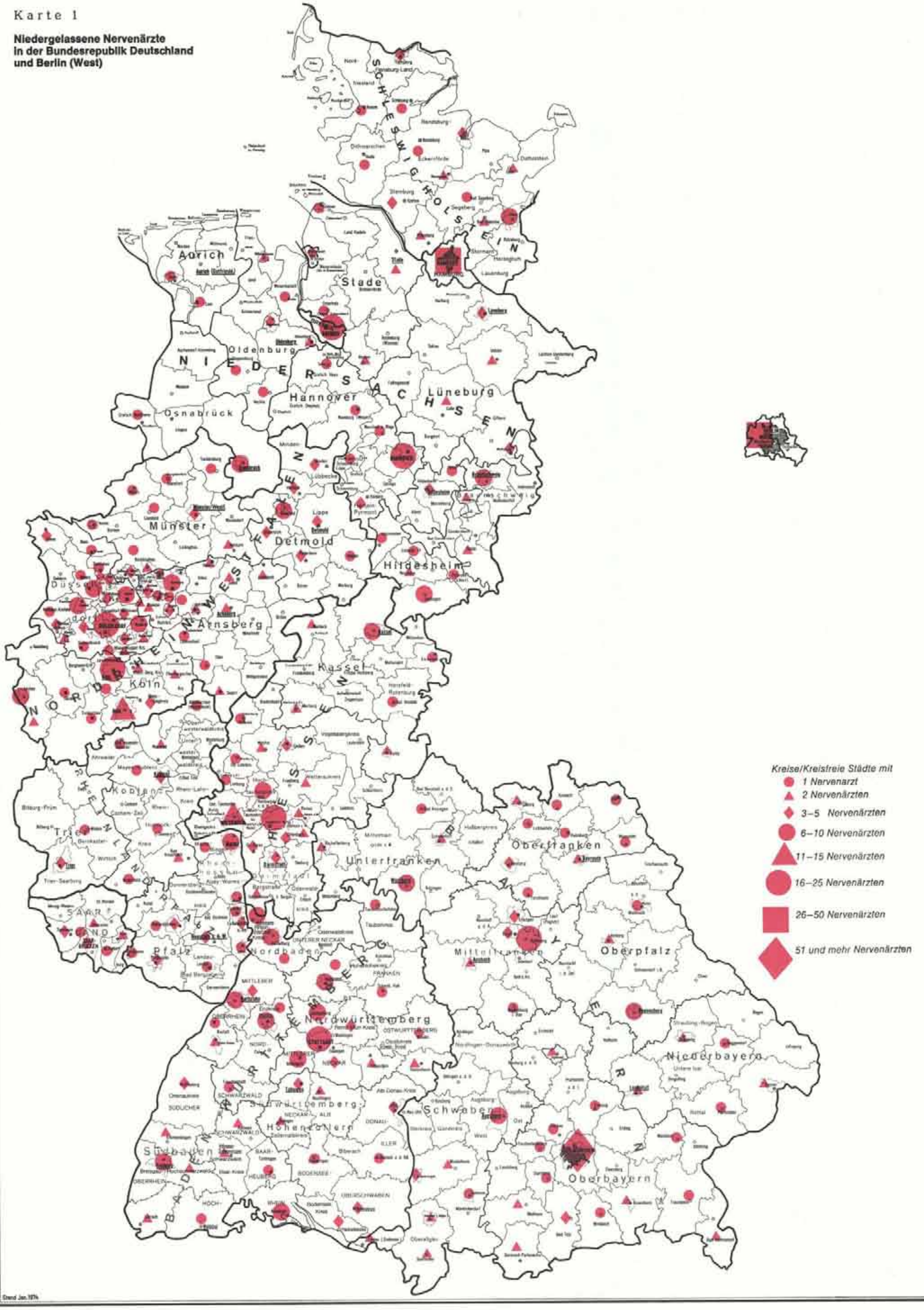
Abbildung 1

Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte nach Kreisen und kreisfreien Städten

Land	*Anzahl der Kreise und kreisfreien Städte*	● *mit niedergelassenen Nervenärzten in v. H.*	○ *ohne niedergelassene Nervenärzte in v. H.*
Schleswig-Holstein	16	81,2	18,8
Niedersachsen	65	52,3	47,7
Nordrhein-Westfalen	82	80,5	19,5
Hessen	41	51,2	48,8
Rheinland-Pfalz	37	59,5	40,5
Baden-Württemberg	44	90,9	9,1
Bayern	96	49,0	51,0
Saarland	8	75,0	25,0
Bundesrepublik ohne Stadtstaaten	389	64,0	36,0

Karte 1

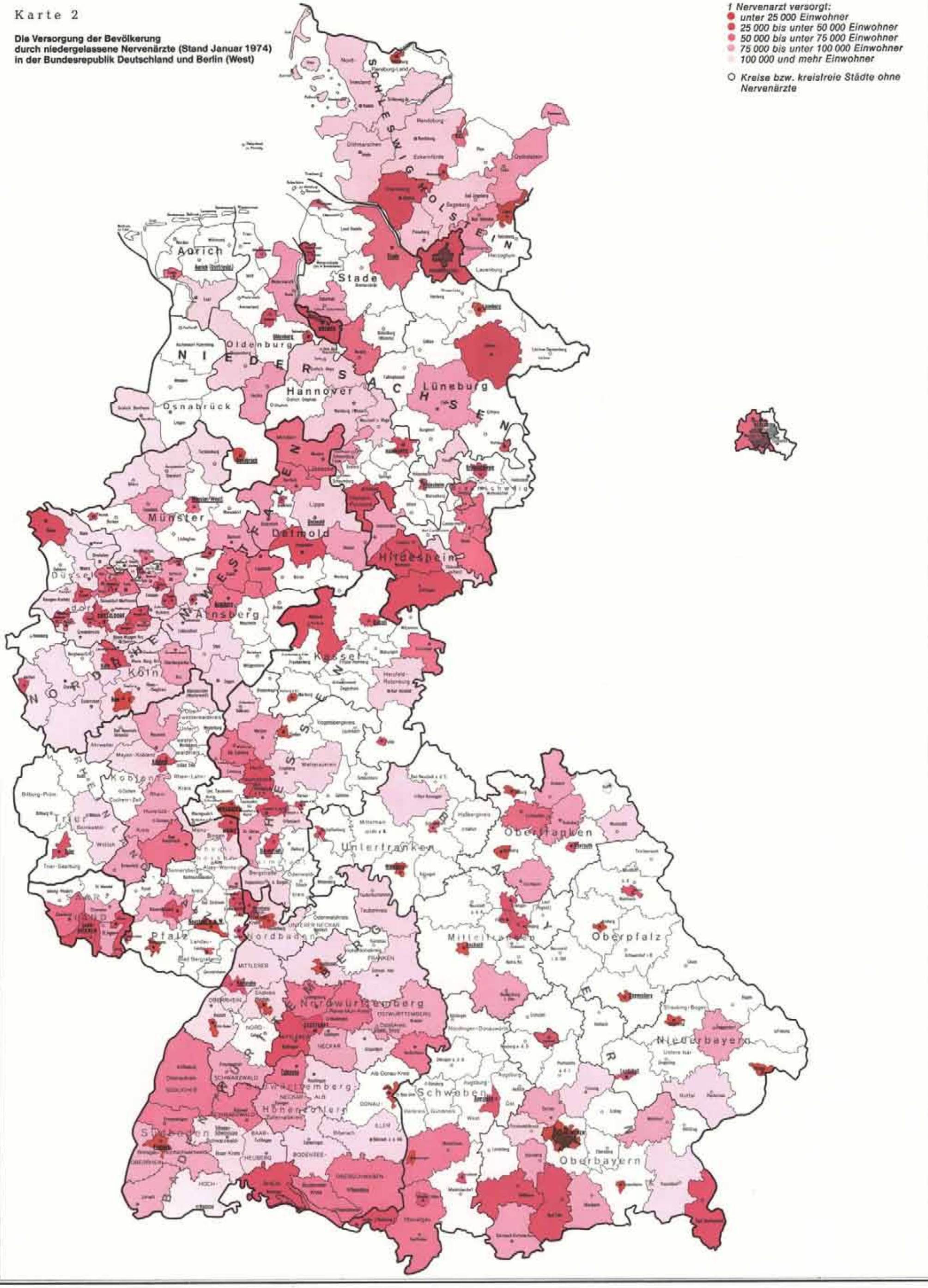
Niedergelassene Nervenärzte in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)



Stand Jan. 1974

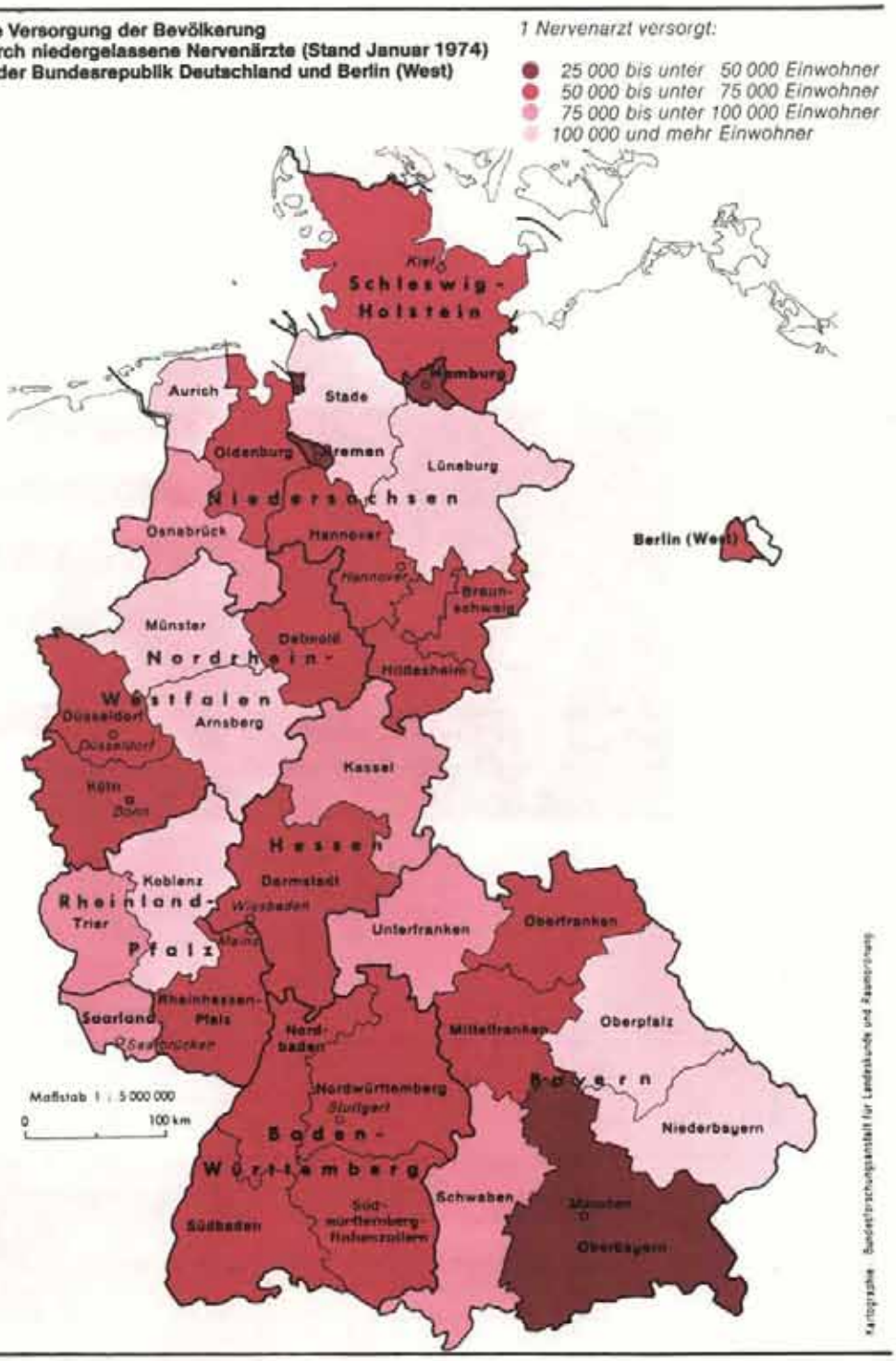
Karte 2

Die Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Nervenärzte (Stand Januar 1974) in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)



Karte 3

Die Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Nervenärzte (Stand Januar 1974) in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)



Kartographische Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Arztdichte (niedergelassene Nervenärzte) in den Bundesländern.

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, daß die Arztdichte in den beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg relativ günstig liegt, während sie in allen anderen Ländern den Wert 1 : 50 000 — zum Teil erheblich — überschreitet.

Aus Abbbildung 2 ist nicht ersichtlich, daß die Unterschiede in der ambulanten nervenärztlichen Versorgung sich nach dem Kriterium der Arztdichte innerhalb der Bundesländer oft gravierender darstellen als zwischen diesen (vgl. hierzu die Karten 2 und 3).

Einen weiteren Einblick in die unterschiedliche Ausprägung und Struktur der Arztdichte gewinnt man, wenn als Bezugsgröße die *Bevölkerung* in Kreisen und kreisfreien Städten genommen wird (Abbildung 3).

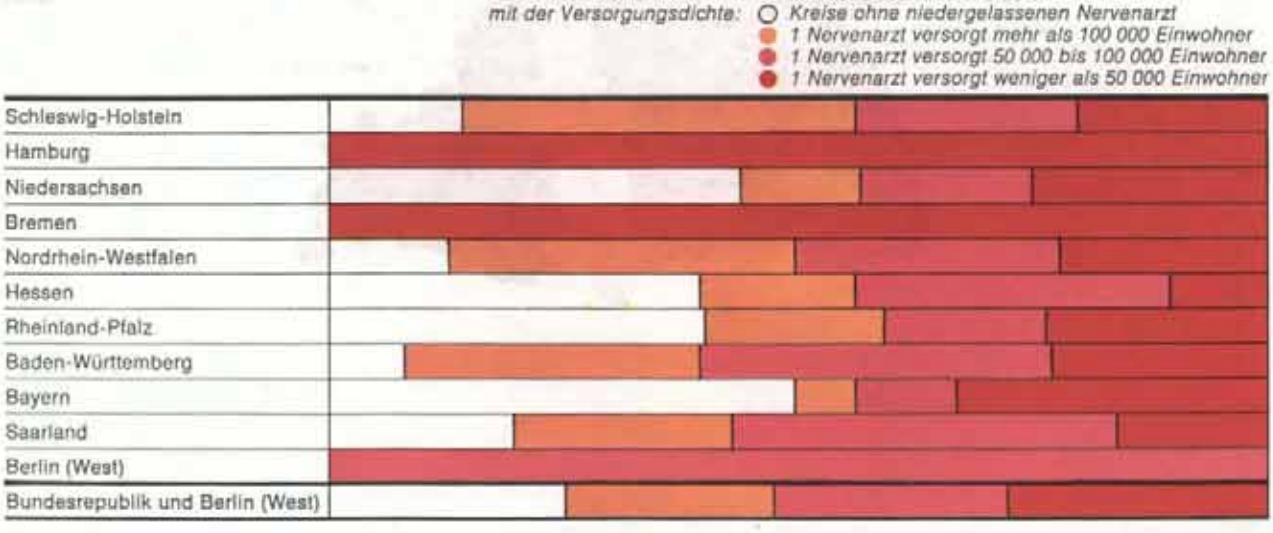
Abbildung 2

Niedergelassene Nervenärzte je Einwohner

Land	*Gesamt*	*1 Nervenarzt auf . . . Einwohner*
Schleswig-Holstein	35	73251
Hamburg	38	46479
Niedersachsen	93	77579
Bremen	20	36717
Nordrhein-Westfalen	223	77098
Hessen	80	69162
Rheinland-Pfalz	46	60225
Baden-Württemberg	154	59443
Bayern	163	66127
Saarland	12	93214
Berlin (West)	39	52566
Bundesrepublik und Berlin (West)	903	66449

Abbildung 3

Einwohner und Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte



Die in Abbildung 3 dargestellten Ergebnisse lassen deutlich erkennen, daß — wenn auch in den jeweiligen Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß — nur 30 % der Bevölkerung in Kreisen bzw. kreisfreien Städten mit einer Arztdichte leben, die besser ist als 1 : 50 000.

2.1.2 Die Beurteilung der tatsächlichen Situation ambulanter nervenärztlicher Versorgung

Zwar geben die mitgeteilten Daten und Abbildungen einen deutlichen Einblick in die ungleiche Verteilung der nervenärztlichen Praxen und den Mangel an ambulanter nervenärztlicher Versorgung, jedoch ist die Aussagekraft des Zahlenmaterials notwendig begrenzt.

Folgende Faktoren spielen hierbei eine Rolle:

a) Es gibt Kreise ohne niedergelassene Nervenärzte in Randzonen von städtischen Ballungsräumen mit großer Arztdichte und günstigen Verkehrsverbindungen. Im Kreis wohnende Patienten können so den Nervenarzt in der benachbarten Stadt aufsuchen.

b) Einwohnerzahlen und Gebietsflächen der Kreise differieren stark voneinander.

c) Für die Erreichbarkeit der nervenärztlichen Praxis ist die Verkehrserschließung besonders in ländlichen Gegenden von wesentlichem Belang.

Die Berücksichtigung dieser Parameter würde ein differenzierteres Bild von der Situation ambulanter nervenärztlicher Versorgung geben. Die hierfür erforderlichen Informationen liegen jedoch nicht vor und dürften wohl wegen ihrer ausgesprochenen Ortsbezogenheit nur regional zu erarbeiten sein.

2.2 Die stationäre psychiatrische Versorgung

2.2.1 Einrichtungen

In die Erhebungen wurden einbezogen:

— Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie,

— Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie,

— psychiatrische Universitätskliniken,

— Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

— Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie,

— Fachkrankenhäuser für Suchtkranke,

— Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke *) sowie für seelisch und geistig Behinderte.

Die Frage, inwieweit von den 11 Bundesländern die Einrichtungen jeweils vollständig erfaßt wurden, muß für die einzelnen Gruppen unterschiedlich beantwortet werden.

*) Wenn im folgenden Text von ‚Heimen und Anstalten' gesprochen wird, so sind damit die in der Erhebung berücksichtigten Heime und Anstalten gemeint, in denen chronisch psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte betreut werden.

Abbildung 4

Die stationären psychiatrischen Einrichtungen und der Bettenbestand nach Zweckbestimmung

Zweckbestimmung	● *Einrichtungen* ● *Betten*	*Anzahl*	*v. H.*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie		130	38,9
		98 757	67,1
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie		44	13,2
		3 164	2,1
Psychiatrische Universitätskliniken		23	6,9
		3 507	2,4
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie		17	5,1
		3 725	2,5
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie		5	1,5
		1 030	0,7
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke		22	6,6
		1 267	0,9
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke		93	27,8
		35 768	24,3
Einrichtungen gesamt		334	100
Betten gesamt		147 218	100

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Insgesamt sind 130 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie bei der Erhebung berücksichtigt worden. Nach den amtlichen Krankenhausverzeichnissen sind alle Fachkrankenhäuser mit mehr als 500 Betten in der Erhebung enthalten. Nicht an der Erhebung beteiligten sich neun kleinere Fachkrankenhäuser. Bei diesen handelte es sich um drei Krankenhäuser, deren Träger freigemeinnützig waren (mit insgesamt 110 Betten) und um sechs private Krankenhäuser (mit insgesamt 489 Betten).

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, daß einige Einrichtungen, die in den amtlichen Krankenhausverzeichnissen als Fachkrankenhäuser für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie geführt werden, sich bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission als Einrichtungen mit einer anderen Zweckbestimmung bezeichnet haben. Bei einigen wenigen Einrichtungen war die Zuordnung zu einer der in der Erhebung vorgegebenen Zweckbestimmung nicht immer einfach, da diese Einrichtungen sowohl über einen — in der Regel sehr kleinen — Krankenhausbereich als auch über einen größeren Bereich für seelisch und geistig Behinderte verfügen. Nach Rücksprache mit diesen Einrichtungen konnte dann für die Zwecke dieser Erhebung die überwiegende Zweckbestimmung geklärt werden.

Wie schwierig oft die Zuordnung von Einrichtungen zu der überwiegenden Zweckbestimmung ist, wird z. B. aus dem „Verzeichnis der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland — Stand 1. Januar 1974" ersichtlich. Dort sind neben 98 Krankenhäusern für Psychiatrie (einschließlich Heil- und Pflegeanstalten) auch noch 94 Krankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie aufgeführt. Diese erheblich höhere Zahl an Fachkrankenhäusern läßt sich damit erklären, daß ein Teil der psychiatrischen Universitätskliniken in dieser Aufstellung berücksichtigt sein dürfte; ferner sind gelegentlich Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser, die in verschiedenen Gemeinden anzutreffen sind, als selbständige Einrichtungen gezählt worden (z. B. Klinik Blankenburg des Krankenhauses Bremen-Ost in Oldenburg, Abteilung Bad Rehburg des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunsdorf); in besonderem Maße scheinen jedoch Einrichtungen, die sich vorwiegend der Betreuung geistig Behinderter widmen, wie z. B. die Alsterdorfer Anstalten in Hamburg, in der Kategorie „Krankenhäuser für Psychiatrie" enthalten zu sein, während durchaus vergleichbare Einrichtungen nicht im „Verzeichnis der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland — Stand 1. Januar 1974" aufgeführt sind. Diese nicht immer einheitlich erfolgte Abgrenzung von Fachkrankenhäusern für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie zu den Behinderten-Einrichtungen dürfte bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission weitgehend besser gelungen sein. Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte konnten sich bei dieser Erhebung in die entsprechende — vorgegebene — Kategorie eintragen, was eine differenziertere Auswertung zuließ.

Es erscheint zweckmäßig, im Rahmen der Krankenhausstatistik für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker und seelisch und geistig Behinderter künftig Lösungen zu suchen, die eine differenziertere Datensammlung ermöglichen.

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Von den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie sind insgesamt 44 erfaßt worden. Ein Vergleich mit den amtlichen Krankenhausverzeichnissen der Bundesländer ergibt, daß fünf Abteilungen für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie nicht in der Erhebung berücksichtigt worden sind. Dagegen sind einige Fachabteilungen für Neurologie von den Obersten Gesundheitsbehörden der Länder angeschrieben worden mit der Bitte, sich an dieser Erhebung zu beteiligen, da den aussendenden Stellen bekannt war, daß in den jeweiligen Fachabteilungen ein z. T. erheblicher Anteil von psychisch Kranken behandelt wird. Einige dieser Einrichtungen haben dann bei der Frage nach der überwiegenden Zweckbestimmung angegeben, daß sie eine Fachabteilung für Psychiatrie/Neurologie seien. Eine exakte Abgrenzung zu dem Bereich der Fachabteilung für Neurologie war somit nicht immer möglich. Dennoch kann gesagt werden, daß bei den Fachabteilungen für Psychiatrie und bei den Fachabteilungen für Psychiatrie/Neurologie eine weitgehende Vollständigkeit erzielt werden konnte.

Universitätskliniken

Die 23 psychiatrischen Universitätskliniken sind vollständig in der Erhebung berücksichtigt worden.

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Insgesamt sind zwölf Krankenhäuser und fünf Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erhebung einbezogen worden. Nach den amtlichen Krankenhausverzeichnissen der Länder sind fünf Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 259 Betten nicht in die Erhebung einbezogen worden. Darüber hinaus sei angemerkt, daß die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie nicht gesondert erfaßt worden sind. Diese Abteilungen sind bei der Erhebung und bei der Auswertung der Daten bei den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie berücksichtigt worden. Offensichtlich sind die pädiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen, die über psychiatrische Betten verfügen, in toto nicht in die Erhebung einbezogen worden.

Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie

Soweit bekannt, sind auch alle großen gerontopsychiatrischen Fachkrankenhäuser in die Erhebung einbezogen worden.

Fachkrankenhäuser für Suchtkranke

Von den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke sind nach den Unterlagen der Krankenhausverzeichnisse

der Bundesländer 13 Einrichtungen berücksichtigt worden. Sieben weitere Fachkrankenhäuser für Suchtkranke sind nicht in die Erhebung einbezogen worden. Darüber hinaus sind neun Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, die nicht in den amtlichen Krankenhausverzeichnissen aufgeführt sind, in die Erhebung einbezogen worden.

Die Arbeitsgruppe für Suchtkranke hat (vgl. hierzu den im Adnex wiedergegebenen Projektbericht über die Ist-Daten-Erhebung) im Jahre 1974 eine zusätzliche Erhebung durchgeführt, um Informationen aus diesem Bereich gezielt zu erhalten. Bei dieser Erhebung wurden u. a. insgesamt 28 Heilstätten erfaßt, die sich zum größten Teil auch an der Erhebung der Sachverständigen-Kommission beteiligt hatten. Die unterschiedliche Zahl der erfaßten Einrichtungen kann jedoch vorwiegend damit erklärt werden, daß ein Teil dieser Einrichtungen sich bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission im Mai 1973 — eigenen Angaben zufolge — unter anderer Zweckbestimmung beteiligte.

Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte

Der Bereich der Heime und Anstalten ist ebenfalls unvollständig. Bei der Erhebung zeigte sich, daß insbesondere Heime und Anstalten mit weniger als 100 Betten unvollständig in die Erhebung einbezogen wurden. Wegen Heterogenität der Zweckbestimmung dieser Einrichtungen blieben sie bei der weiteren Auswertung unberücksichtigt.

Heime und Anstalten mit mehr als 101 Betten dürften dagegen einigermaßen vollständig sein. Eine exakte Überprüfung ist in diesem Bereich nicht möglich, da zuverlässige Angaben über die tatsächliche Zahl von Einrichtungen in diesem Bereich nicht zugänglich sind.

2.2.1.1 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission sind insgesamt 130 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie berücksichtigt worden.

2.2.1.1.1 Träger

Der Tatbestand, daß in 57 % aller Fachkrankenhäuser 81 % aller Betten stehen, macht deutlich, daß in den Fachkrankenhäusern öffentlicher Trägerschaft ungleich viel mehr Betten stehen als in den Krankenhäusern anderer Träger (Abbildung 5).

Abbildung 6 verdeutlicht, daß der Anteil der Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie nach der jeweiligen Trägerschaft der Einrichtungen von Land zu Land variiert. Während der Anteil der Betten in Fachkrankenhäusern freigemeinnütziger Trägerschaft in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Berlin überdurchschnittlich groß ist, fällt insbesondere die relativ große Zahl der Betten in Krankenhäusern privater Trägerschaften in Niedersachsen auf. Der Anteil der Betten in Fachkrankenhäusern öffentlicher Trägerschaft ist besonders groß in Hamburg und in Bayern.

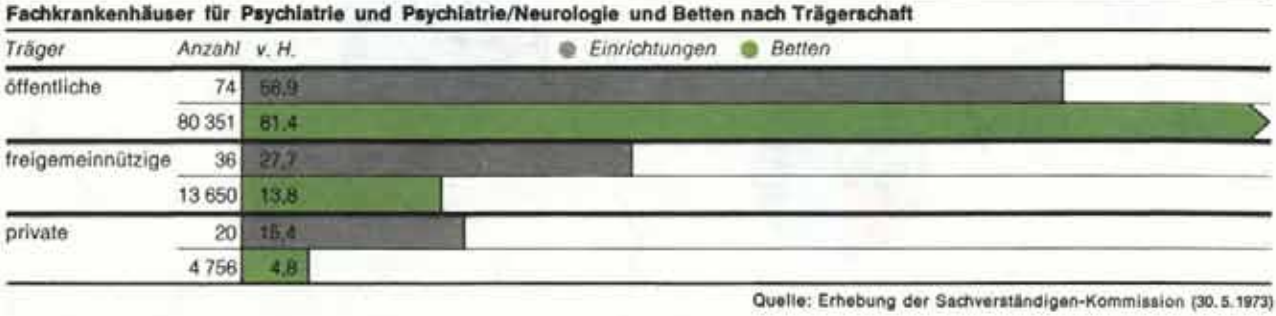
2.2.1.1.2 Bettenmeßziffer

Die Bettenmeßziffer für Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt 1,60 ‰. D. h., in der Bundesrepublik Deutschland stehen durchschnittlich 1,6 Betten für 1 000 Einwohner für die Versorgung psychisch Kranker zur Verfügung.

Die Bettenmeßziffern differieren in den einzelnen Bundesländern auffallend stark. Deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen Baden-Württemberg (1,16 ‰), Saarland (1,32 ‰) und Rheinland-Pfalz (1,37 ‰). Merklich über dem Bundesdurchschnitt sind die Bettenmeßziffern in Nordrhein-Westfalen (1,81 ‰), Berlin (1,87 ‰) und Bremen (1,92 ‰). Eine besondere Situation ergibt sich in Hamburg, das auf Grund besonderer vertraglicher Vereinbarungen Betten in Schleswig-Holstein belegen kann. Zur Erklärung dieser Unterschiede muß berücksichtigt werden, daß (mit Ausnahme des Saarlandes) gerade die Bundesländer, die über relativ wenig Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie verfügen, überdurchschnitt-

Abbildung 5

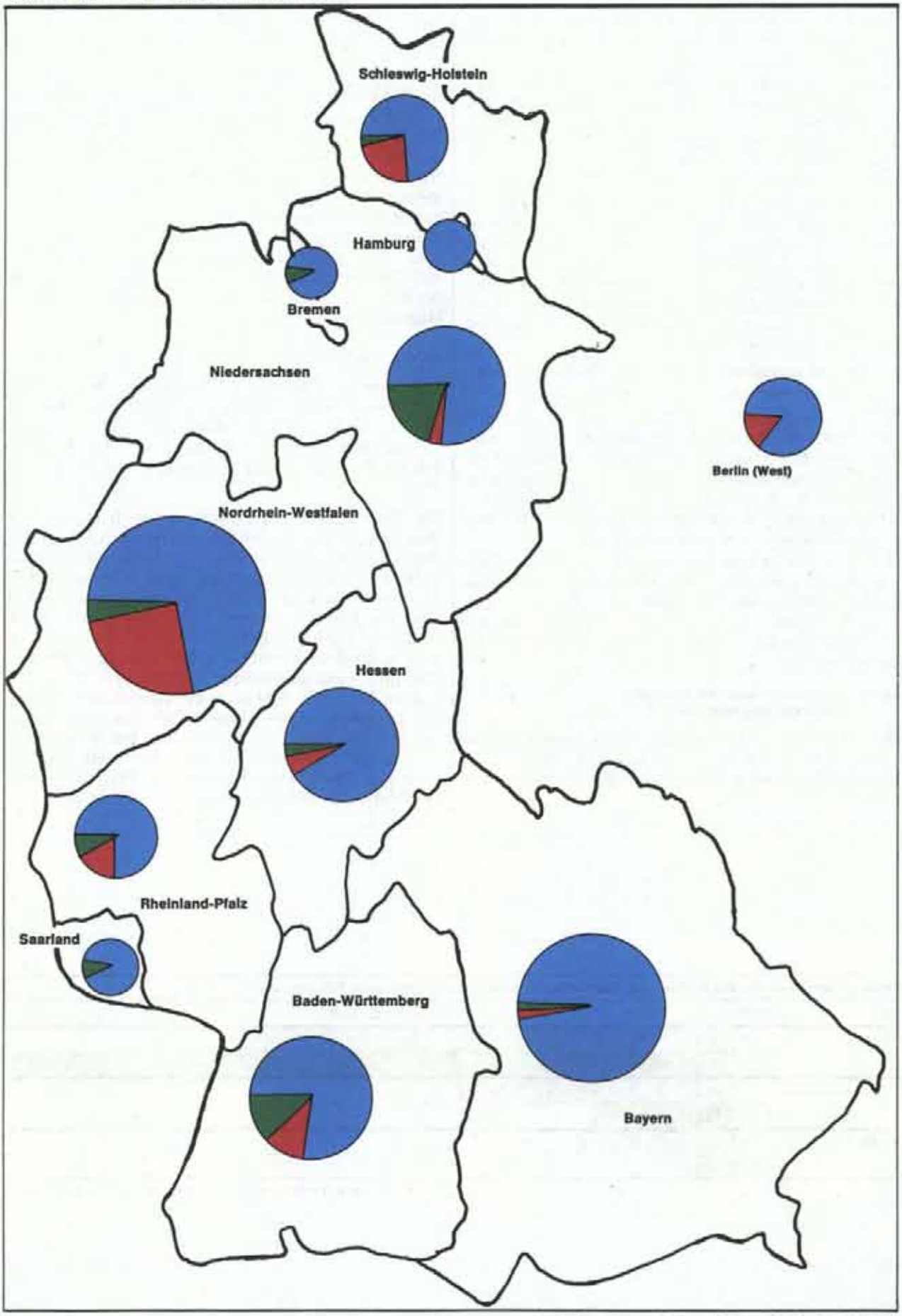
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und Betten nach Trägerschaft



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Fachkrankenhäuser für Psychatrie und Psychiatrie/Neurologie
Betten nach Ländern und Trägern

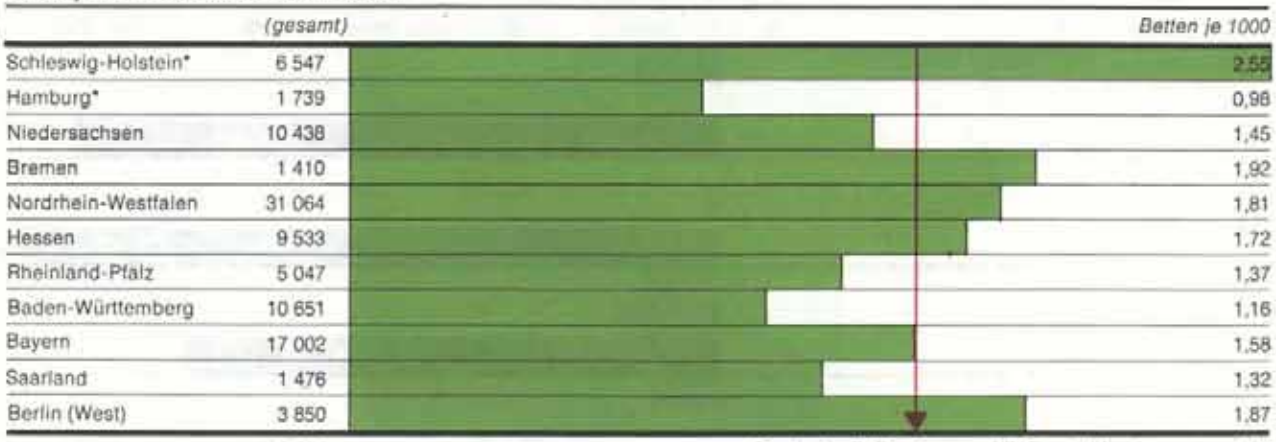
Träger: ● öffentlich, ● freigemeinnützig, ● privat



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Abbildung 7

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Betten je 1000 Einwohnern nach Ländern



*Patienten aus Hamburg sind z.T. in Schleswig-Holstein hospitalisiert (1202 Betten)

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

lich Plätze/Betten in Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte vorhalten, während die Bundesländer, die über relativ hohe Bettenmeßziffern verfügen, weniger Plätze/Betten im Heimbereich haben.

Bemerkungen

Die Bettenmeßziffern im Bundesdurchschnitt und in den einzelnen Ländern lassen keine klaren Rückschlüsse über die tatsächliche Situation zu, da sich gerade in einzelnen Ländern eine hohe Anzahl seelisch und geistig Behinderter befindet. Von diesen müßte ein nicht geringer Anteil nach den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission eigentlich außerhalb der Krankenhäuser behandelt werden. Unter der Voraussetzung, daß die genannten Patienten und Behindertengruppen in ausgegliederten Einrichtungen innerhalb der bestehenden Fachkrankenhäuser oder in geeigneten Einrichtungen außerhalb derselben behandelt werden könnten, und unter der Voraussetzung, daß nach überschlägigen Schätzungen dies z. Z. etwa 50 % der Patienten sind, dürfte die Bettenmeßziffer auch im internationalen Vergleich wenigstens im Durchschnitt vertretbar sein. Allerdings ergeben sich die Probleme weniger unter rein quantitativer Betrachtung. Veränderungen sind vielmehr auf strukturellem Gebiet zu erzielen. Es geht also weniger um eine absolute Vermehrung der Bettenzahl als um ihre geeignete Zuordnung. Hieraus kann nicht der Schluß gezogen werden, daß der jetzige Zustand ausreichend sei. Das Faktum der teilweise extremen Überbelegung erzwingt vielmehr die o. g. Trends in Richtung Bettenreduzierung und Trennung des Krankenhauses vom Behindertenbereich.

2.2.1.1.3 Bettengrößenklassen

In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden sich am Stichtag insgesamt 98 757 Betten.

Tabelle 1

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Bettengrößenklassen

Bettengrößenklassen	Fachkrankenhäuser insgesamt	Anzahl der Betten	
		absolut	%
bis 100 Betten	21	1 171	*1,2*
101 bis 500 Betten	37	9 373	*9,5*
501 bis 1 000 Betten	28	21 065	*21,3*
1 001 und mehr Betten ..	44	67 148	*68,0*
insgesamt ...	130	98 757	*100,0*

Die obige Übersicht läßt deutlich werden, daß gut zwei Drittel aller Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in Häusern vorgehalten werden, die mehr als 1 000 Betten haben.

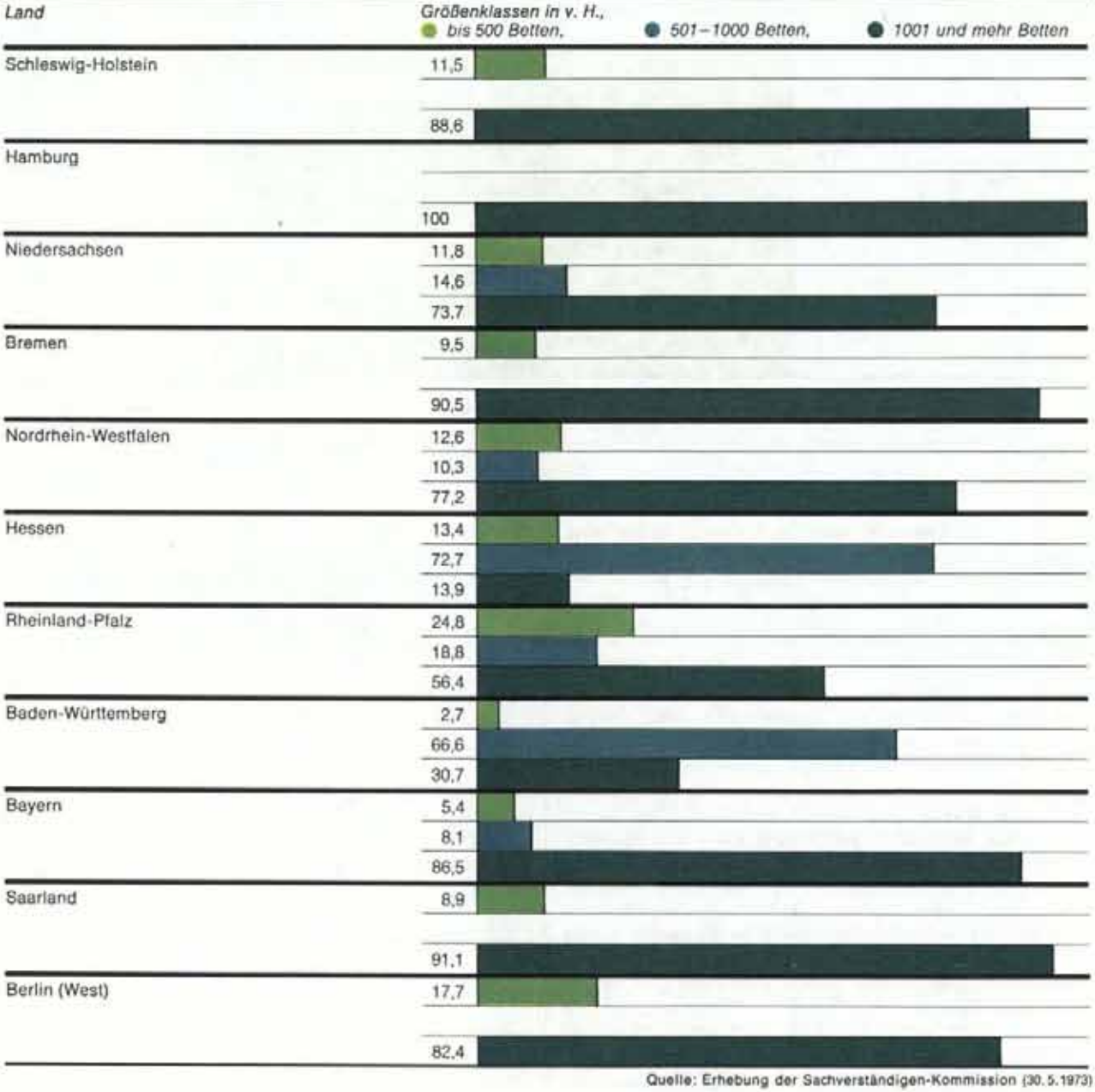
Wie aus Abbildung 8 zu entnehmen ist, gestaltet sich die Relation zwischen den vorgehaltenen Betten nach den jeweiligen Bettengrößenklassen in den Bundesländern etwa gleich. Eine Ausnahme bilden nur Hessen und Baden-Württemberg, wo nur 13,9 % bzw. 30,7 % der vorgehaltenen Betten in Fachkrankenhäusern stehen, die über mehr als 1 000 Betten verfügen. In diesen Ländern ist das Gros aller Betten in Krankenhäusern mit 500 bis 1 000 Betten anzutreffen.

Durchschnittlich verfügen die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie über 760

Kapitel A.4

Abbildung 8

Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie, nach Größenklassen und Ländern in v. H.



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Betten. Differenziert man nach der jeweiligen Trägerschaft der Fachkrankenhäuser, so wird deutlich, daß die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft über erheblich mehr Betten verfügen. Die durchschnittliche Zahl der Betten beträgt in Fachkrankenhäusern in

öffentlicher Trägerschaft ..... 1 086 Betten,

freigemeinnütziger Trägerschaft .... 379 Betten,

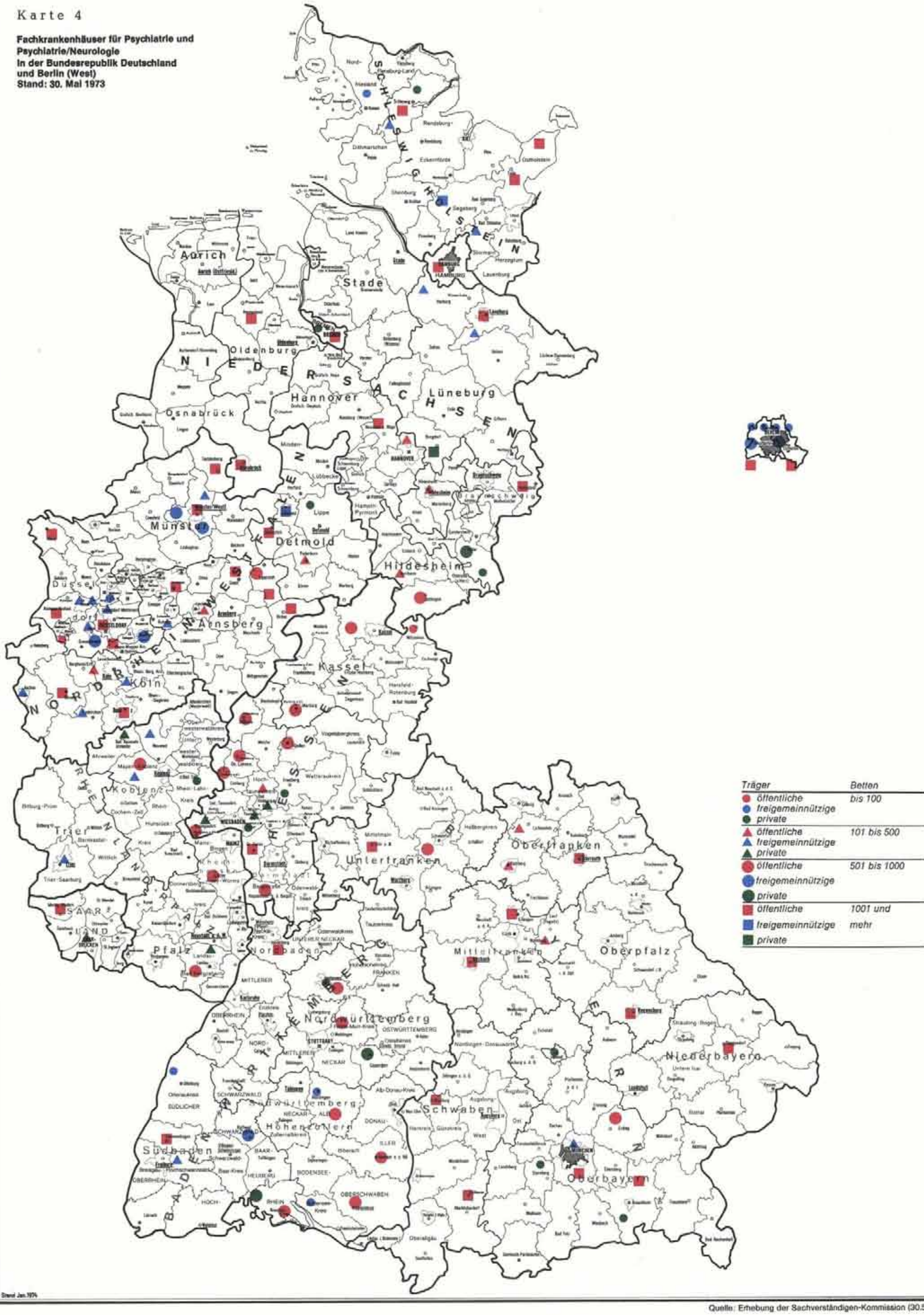
privater Trägerschaft ..... 238 Betten.

Bemerkungen

Generell ist festzustellen, daß die Größe der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie insbesondere im öffentlichen Bereich weit oberhalb der empfohlenen Richtwerte liegt. (Vgl. Kapitel B. 3.3.1.) Die Tatsache, daß über zwei Drittel aller Betten in Fachkrankenhäusern — mit einer Kapazität von mehr als 1 000 Betten — stehen, belegt den generellen strukturellen Mangel der gegenwärtigen stationären Versorgung.

Karte 4

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) Stand: 30. Mai 1973



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

2.2.1.1.4 Regionale Verteilung

Aus Karte 4 kann entnommen werden, wie ungleichmäßig über das Gebiet verteilt in einigen Bundesländern die psychiatrischen Landeskrankenhäuser lokalisiert sind. So wird z. B. deutlich, daß im Westen Schleswig-Holsteins, fast im gesamten nördlichen Teil Niedersachsens, im Nord-Westen, Osten und Süd-Osten Nordrhein-Westfalens, im Osten Hessens, in den östlichen Teilen von Rheinland-Pfalz und weiten Teilen Baden-Württembergs und auch Bayerns keine stationären Einrichtungen in erreichbarer Nähe der Wohngebiete anzutreffen sind.

Karte 5 verdeutlicht in sehr anschaulicher Weise die den Fachkrankenhäusern öffentlicher Trägerschaft zugeordneten Einzugsgebiete. In nicht wenigen Fällen wird es z. B. notwendig, Patienten an bestehenden Einrichtungen vorbei in weitabgelegene Einrichtungen zur stationären Behandlung zu bringen.

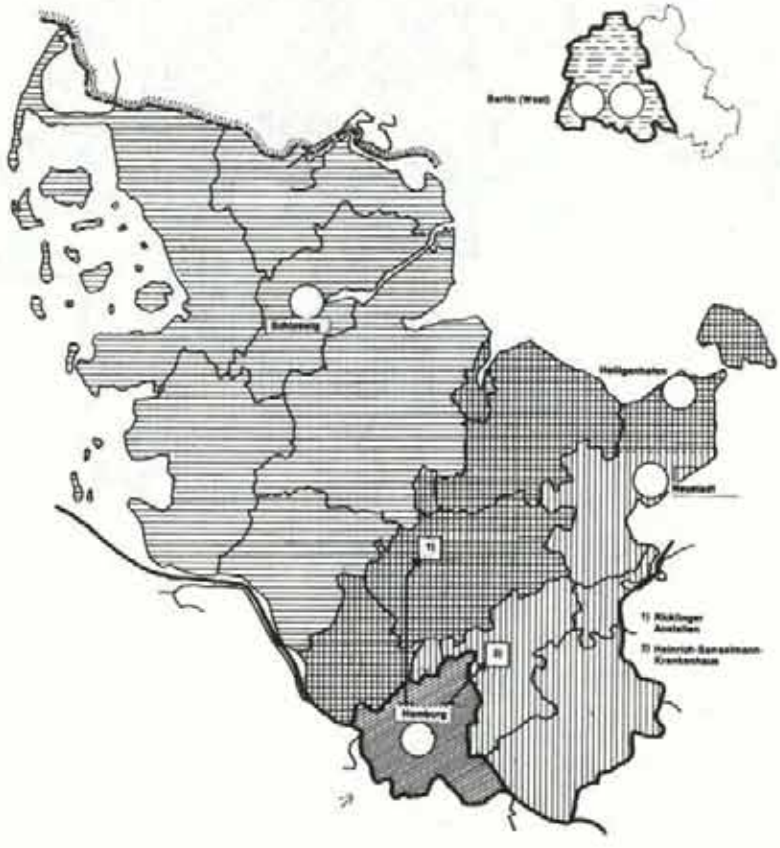
Die durchschnittliche Entfernung zwischen Krankenhäusern und der Peripherie der Einzugsgebiete beträgt 88 km.

Bemerkungen

Die regionale Verteilung der Fachkrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland läßt erkennen, daß hier ein überkommenes Versorgungssystem vorliegt, dessen Wurzeln im 19. Jahrhundert liegen. Inzwischen haben sich nicht nur die gesellschaftlichen Bedingungen in vielfacher Hinsicht, sondern auch die Versorgungskonzepte geändert. Ein Versorgungssystem, das — wie empfohlen — von einer Orientierung auf die Gemeinde hin und von überschaubaren, angemessen dimensionierten Gebieten ausgeht, kann ohne strukturelle Veränderungen mit den jetzt vorhandenen Gegebenheiten nicht zur Deckung gebracht werden.

Karte 5a

Schleswig-Holstein, Hamburg, Berlin (West)
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1973



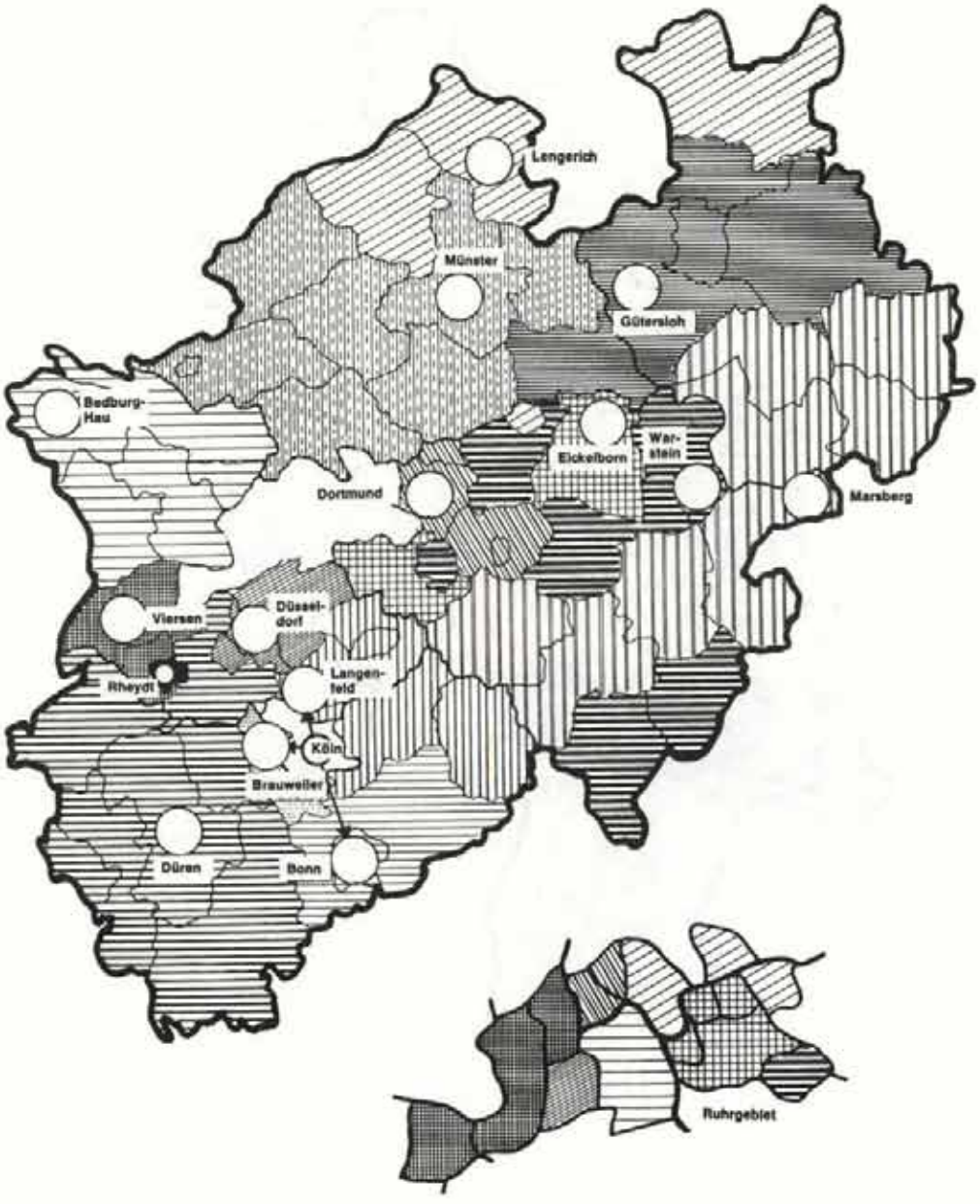
Kapitel A.4

Karte 5b

Niedersachen, Bremen
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1974

Karte 5c

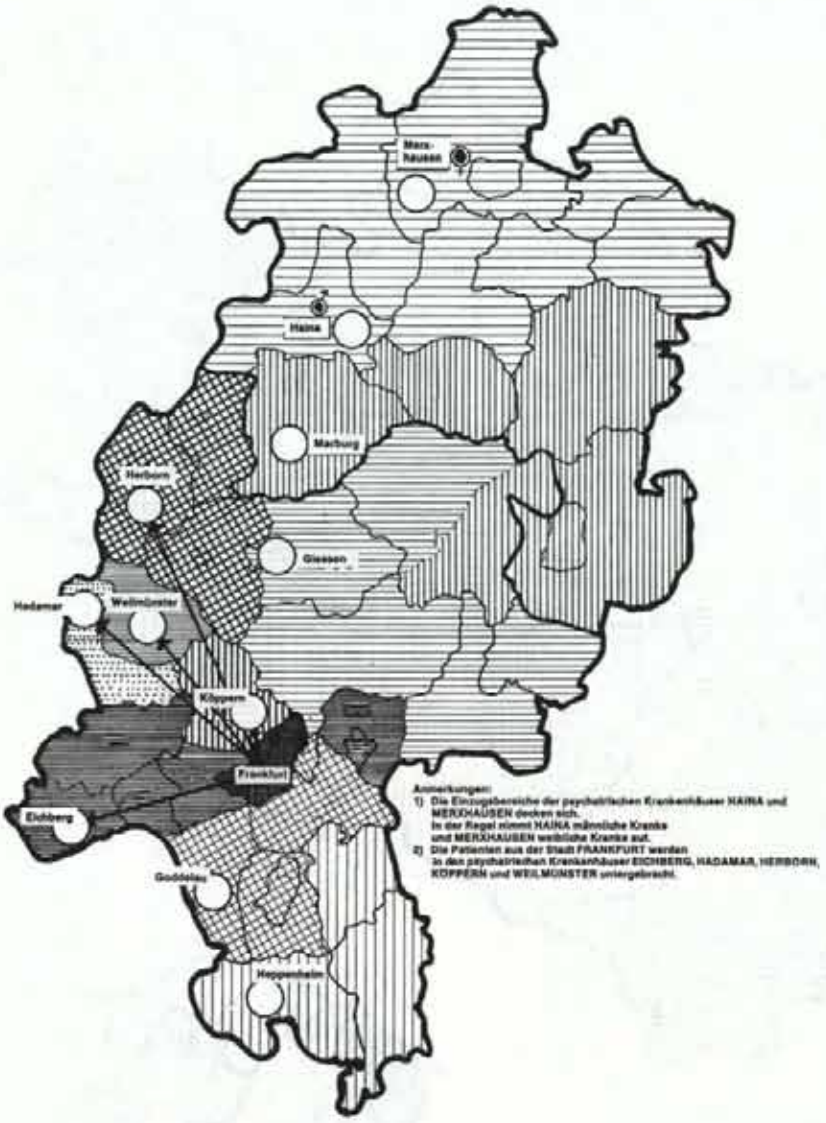
Nordrhein-Westfalen
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1974



Kapitel A.4

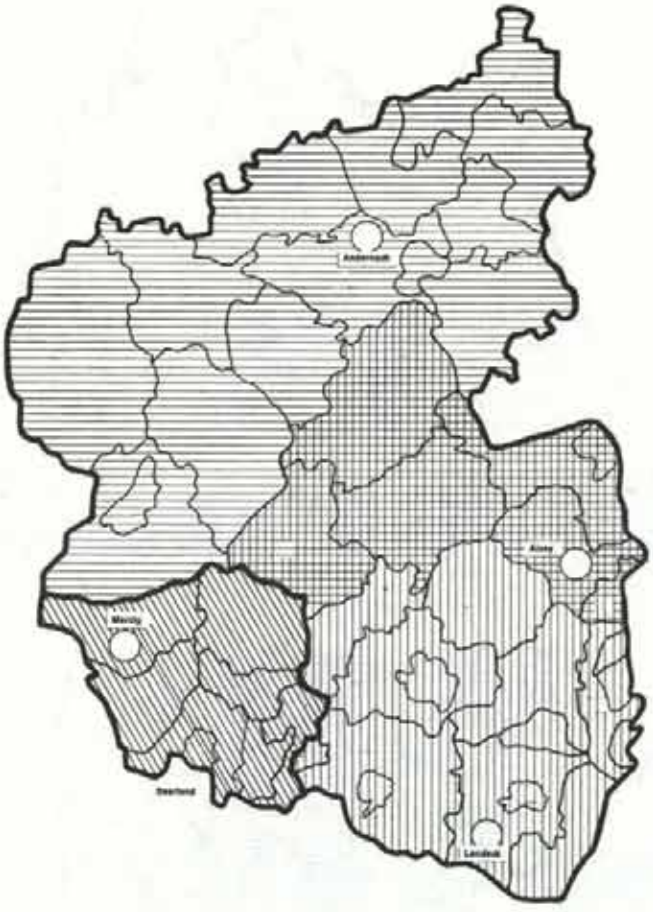
Karte 5d

Hessen
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1973



Karte 5e

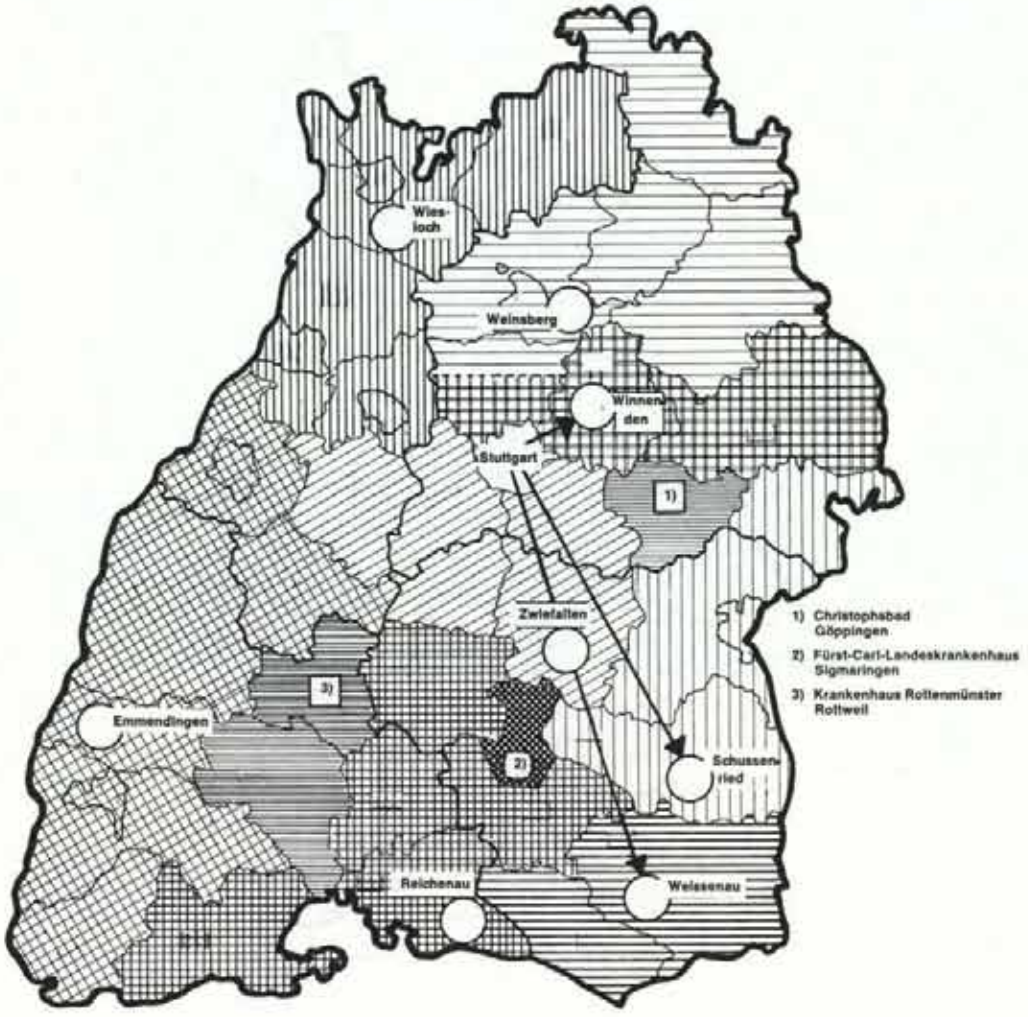
Rheinland-Pfalz, Saarland
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1973



Kapitel A.4

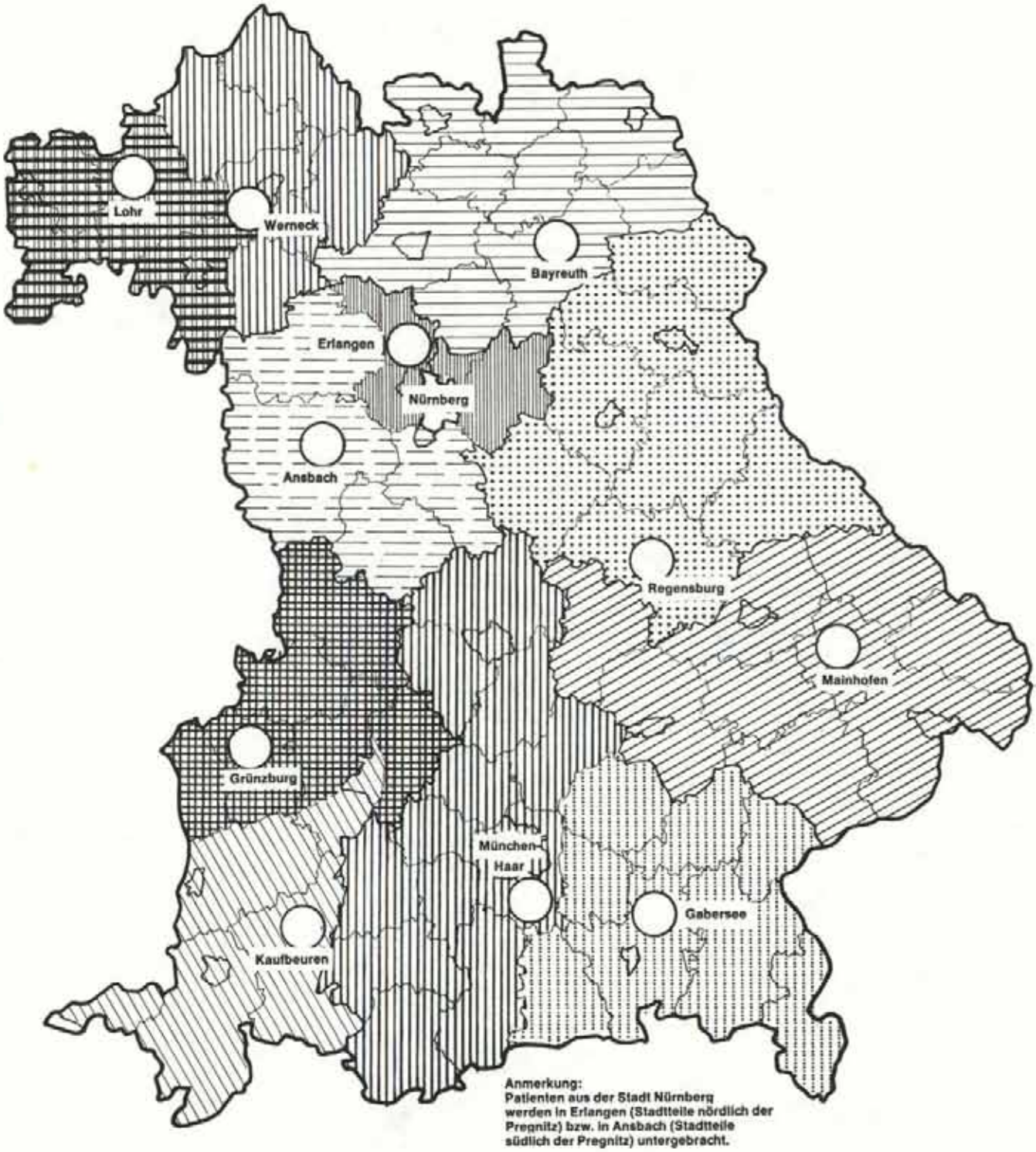
Karte 5f

Baden-Württemberg
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1973



Karte 5g

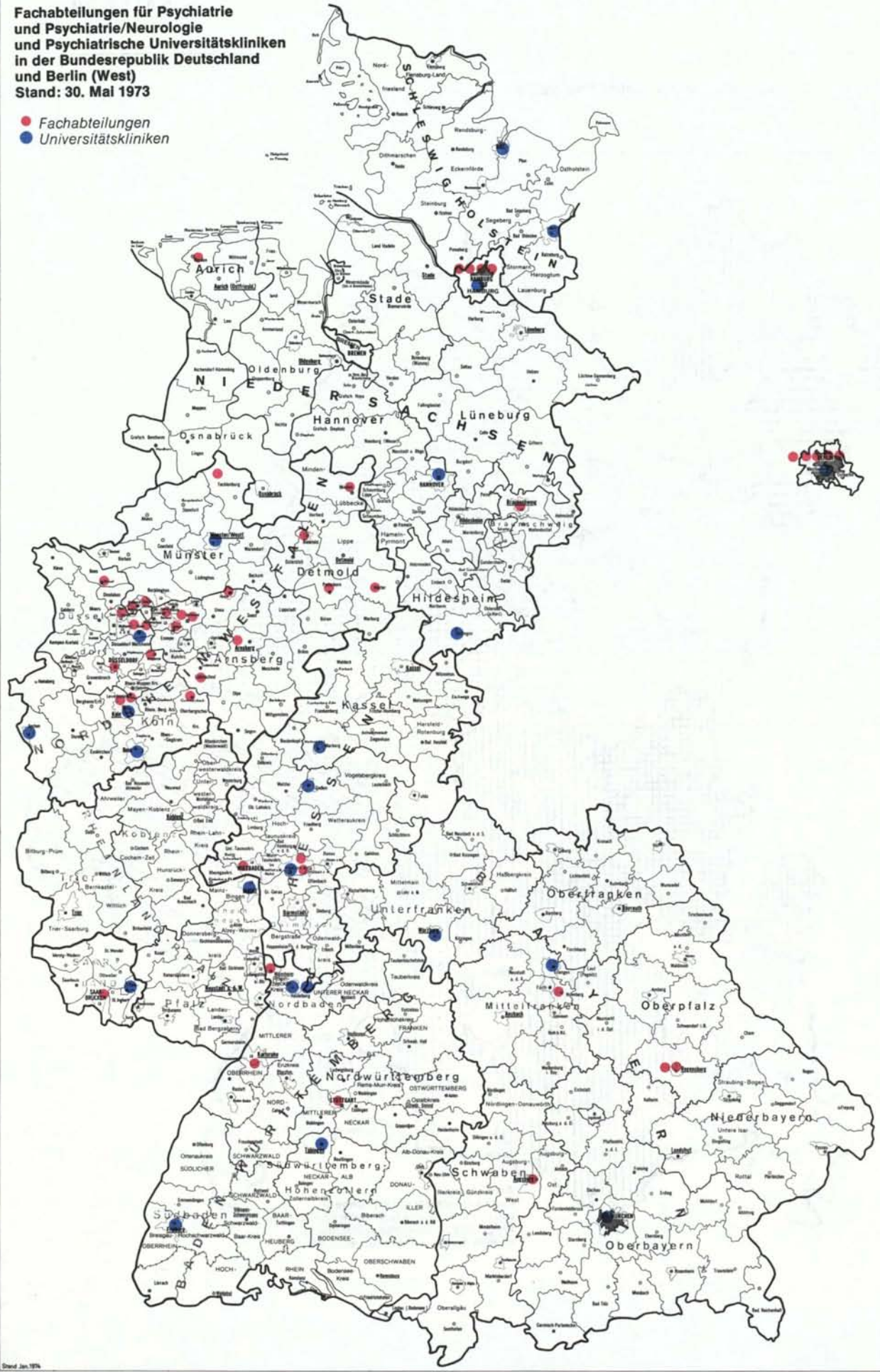
Bayern
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
mit festgelegtem Einzugsbereich
Stand: 1973



Anmerkung:
Patienten aus der Stadt Nürnberg werden in Erlangen (Stadtteile nördlich der Pegnitz) bzw. in Ansbach (Stadtteile südlich der Pegnitz) untergebracht.

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und Psychiatrische Universitätskliniken in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) Stand: 30. Mai 1973

- *Fachabteilungen*
- *Universitätskliniken*



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

2.2.1.2 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Die in die Erhebungen einbezogenen 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie verfügten am 30. Mai 1973 über 3 164 Betten, das sind durchschnittlich 72 Betten pro Abteilung. Die Relation zwischen den Betten in Fachabteilungen und den Betten in Fachkrankenhäusern beträgt 1 : 31. Die Relation zwischen den Aufnahmen in die Fachabteilungen bzw. in die Fachkrankenhäuser verhält sich 1 : 6.

In folgenden Bundesländern sind Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie anzutreffen:

Hamburg	4
Niedersachsen	2
Nordrhein-Westfalen	22
Hessen	3
Baden-Württemberg	3
Bayern	4
Saarland	1
Berlin	5

Die Verteilung der Fachabteilungen läßt erkennen, daß 22, d. h. 50 % aller Abteilungen im Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen liegen (vgl. hierzu auch Karte 6).

Bemerkungen

Die Bettenkapazität in Fachabteilungen ist im Vergleich zum Gesamtbestand nur geringfügig entwickelt. Daraus läßt sich entnehmen, daß der Weg, psychisch Kranke in Fachabteilungen zu behandeln, in der Vergangenheit nur vereinzelt beschritten wurde. Der überwiegende Teil stationär zu behandelnder psychisch Kranker wurde vielmehr den Trägern psychiatrischer Krankenhäuser zugewiesen, die in einem gesonderten Versorgungssystem die psychisch Kranken und Behinderten in großen Einrichtungen und überdimensionierten Einzugsgebieten zusammengefaßt haben. Dieser Befund macht den Abstand zwischen den jetzigen Gegebenheiten zu dem empfohlenen Versorgungssystem deutlich, in welchem die Forderungen nach Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken und der gemeindenahen Versorgung Vorrang haben sollen.

Die durchschnittliche Bettenkapazität der Fachabteilungen von 72 Betten zeigt an, daß es sich überwiegend um viel zu kleine Abteilungen handelt, die gezwungen sind, in der Versorgung bestimmter Patientengruppen zu selektieren. Überdies ist zu vermerken, daß es sich bei einem Drittel der Patienten um neurologisch oder sonstige somatisch Kranke handelt, so daß der Anteil der Fachabteilungen an der Versorgung psychisch Kranker um einen beträchtlichen Anteil zusätzlich gemindert wird.

2.2.1.3 Universitätskliniken

Alle 23 Universitätskliniken sind in der Erhebung berücksichtigt worden (vgl. hierzu Karte 6). Insgesamt verfügen diese Kliniken über 3 507 Betten. Dies entspricht einer durchschnittlichen Bettenkapazität von 152 Betten.

Die Relation der in den psychiatrischen Universitätskliniken vorgehaltenen Betten zu den Betten in den Fachkrankenhäusern beträgt 1 : 28. Die jeweilige Relation der Aufnahmen im Jahre 1972 beträgt 1 : 5. Die psychiatrischen Universitätskliniken verteilen sich wie folgt:

Schleswig-Holstein	2
Hamburg	1
Niedersachsen	2
Nordrhein-Westfalen	5
Hessen	3
Rheinland-Pfalz	1
Baden-Württemberg	4
Bayern	3
Saarland	1
Berlin	1

Bemerkungen

Universitätskliniken haben neben der Versorgungsaufgabe Lehre und Forschung zu betreiben. Als Einrichtungen der höchsten Versorgungsstufe mit einem vergleichsweise hohen Personalbestand und hohem Ausstattungsniveau ist ihr Anteil an der Gesamtversorgungsleistung im Verhältnis zu ihrer Bettenkapazität beträchtlich. Solange Universitätskliniken nicht einem definierten Versorgungsgebiet zugeordnet sind, wird eine Selektion der Aufnahme-Ströme auch unter dem Gesichtspunkt der Lehre und Forschung nicht vermeidbar sein (vgl. hierzu Kapitel B.3.3.2).

2.2.1.4 Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Unter dieser Bezeichnung wurden bei der Erhebung 17 stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in die Erhebung einbezogen. Am 30. Mai 1973 standen in diesen Einrichtungen 3 725 Betten zur Verfügung. Damit ist sicherlich *nicht* der gesamte gegenwärtige Bestand der stationären Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfaßt. So erscheinen in dieser Aufstellung nicht die Abteilungen oder Stationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Universitätskliniken und an psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Außerdem fehlen Angaben über die verfügbaren Plätze in psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Heimen für Kinder und Jugendliche sowie über Plätze in psychosomatischen und neuropädiatrischen Abteilungen an pädiatrischen Krankenhäusern. Die Plätze in Heimen für Behinderte erscheinen an anderer Stelle dieses Kapitels.

Bei den 17 Einrichtungen, über die Daten vorliegen, handelt es sich um fünf Fachabteilungen und um zwölf Fachkrankenhäuser. Letztere sind von sehr unterschiedlicher Größenordnung (z. B. St.-Johannes-Stift in Niedermarsberg mit 979 Betten, Klinik für

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Idstein/Ts mit 34 Betten). Vor allem aber erfassen sie mit einseitigen Versorgungsschwerpunkten jeweils nur Teilbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. hierzu auch die diagnostische Verteilung unter Kapitel A. 4.3.2.2.1.2). Sie dienen nämlich entweder überwiegend kurzfristig diagnostischen Aufgaben oder der langfristigen Unterbringung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Fachkrankenhäuser). Das Ergebnis der Erhebung läßt erkennen, daß die stationäre Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Zeit nur unsystematisch und punktuell geschieht und weder quantitativ noch qualitativ dem Bedarf entspricht.

Bemerkungen

Die Erhebung läßt hinsichtlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ein sehr uneinheitliches Bild erkennen. Die Einrichtungen differieren in ihrer Art und Größe sehr stark.

Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie hat erst im letzten Jahrzehnt zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ein irgendwie systematisierter Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist in der Bundesrepublik Deutschland nur in Ansätzen zu erkennen. Der Nachholbedarf erscheint hier besonders gravierend.

Zu berücksichtigen ist ferner noch, daß ein sicher nicht unbeträchtlicher Sektor der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Heimsektor und in die Pädiatrie hineinragt. Die Aufklärung dieser Versorgungsverhältnisse ist aus den Erhebungsdaten nicht möglich. Der Anteil der Patienten in den Fachkrankenhäusern, die jünger als 15 Jahre sind, erscheint mit 2,3 % relativ gering.

2.2.1.5 Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie

In die Erhebung einbezogen wurden fünf Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie mit insgesamt 1 030 Betten.

Bemerkungen

Die Tatsache, daß sich fünf gerontopsychiatrische Krankenhäuser vorgefunden haben, ergibt keinen Aufschluß über die Situation der gerontopsychiatrischen stationären Versorgung. Ein Großteil der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung spielt sich in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie, in kleinen Allgemeinkrankenhäusern sowie in Altersheimen und Alterskrankenheimen ab. Von einer systematischen bedarfsgerechten Gliederung einer gerontopsychiatrischen Versorgung nach übergreifenden Gesichtspunkten kann keine Rede sein. Eine volle Aufklärung der tatsächlichen Verhältnisse ist durch den begrenzten Umfang der Erhebung gerade auf diesem Gebiet nicht möglich gewesen.

2.2.1.6 Einrichtungen für Suchtkranke

In den 22 Fachkrankenhäusern für Suchtkranke, die in die Erhebung einbezogen wurden, befanden sich am 30. Mai 1973 insgesamt 1 267 Betten.

Bemerkungen

Der Mangel an spezifischen Einrichtungen für die Versorgung von Suchtkranken ist eklatant. Gegenwärtig wird das Gros der Suchtkranken in Deutschland noch in den psychiatrischen Großkrankenhäusern versorgt.

2.2.1.7 Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte

Insgesamt sind 92 Heime und Anstalten mit einer Kapazität von über 100 Betten in der Erhebung berücksichtigt worden. In diesen Einrichtungen befanden sich am Stichtag 35 768 Betten. Über die Hälfte dieser Betten (19 482) befanden sich in den 20 Heimen und Anstalten, die über mehr als 200 Betten verfügen.

Bemerkungen

Die hier angesprochene Gruppe chronisch psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter verteilt sich auf eine Vielzahl von Einrichtungen. Da insbesondere in den kleineren Einrichtungen brauchbare Dokumentationen nicht vorliegen, lassen sich weder genauere Angaben über die Verteilung dieser Behindertengruppen noch über ihren quantitativen Umfang machen. Die in den Heimen und Anstalten mit einer Kapazität von über 100 Betten zusammengefaßte Gruppe verfügt immerhin über 35 768 Plätze/Betten. Die Relation der Betten in den Heimen und Anstalten zu den Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt 1 : 2,8.

Auffällig ist, daß sich über 50 % der Betten in denjenigen Heimen und Anstalten zusammenballen, die über mehr als 500 Betten verfügen. Hierin zeigt sich eine gleiche Tendenz der Zusammenfassung zu größeren Einheiten wie im Bereich der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung.

2.2.2 Patienten

2.2.2.1 Aufnahmen, Erstaufnahmen, „Aktivitätsindex"

2.2.2.1.1 Aufnahmen im Jahre 1972

Im Jahre 1972 sind in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie insgesamt 158 034 Patienten aufgenommen und 143 850 Patienten entlassen worden; 14 328 Patienten sind in diesem Zeitraum in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern verstorben.

In den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und in den psychiatrischen Universitätskliniken wurden im Jahre 1972 26 887 bzw. 34 280 Patienten aufgenommen. (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 10 verdeutlicht, daß die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft das Gros aller Patienten aufnehmen (81,8 %). Dagegen nehmen die Fachkrankenhäuser der freigemeinnützigen Träger (8,8 %) und die Fachkrankenhäuser privater Träger (9,4 %) relativ wenig Patienten auf.

Etwa zwei Drittel aller Patienten, die im Jahre 1972 in psychiatrische Fachkrankenhäuser aufgenommen wurden, kamen in Großkrankenhäuser mit mehr als 1 000 Betten (vgl. hierzu Abbildung 11).

Abbildung 9

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und psychiatrische Universitätskliniken
Aufnahmen 1972 nach Zweckbestimmung

Zweckbestimmung	*Gesamtaufnahmen 1972*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	158 034
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	26 887
Psychiatrische Universitätskliniken	34 280

	Erstaufnahmen in v. H.	*Wiederaufnahmen in v. H.*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	53,3	46,7
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	51,5	48,5
Psychiatrische Universitätskliniken	29,4	70,6

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Abbildung 10

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie.
Aufnahmen 1972 nach Trägerschaft

Trägerschaft	*Gesamtaufnahmen 1972*
öffentliche	129 225
freigemeinnützige	13 957
private	14 852

	Erstaufnahmen in v. H.	*Wiederaufnahmen in v. H.*
öffentliche	51,0	49,0
freigemeinnützige	66,4	33,6
private	61,0	39,0

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 11

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Aufnahmen 1972 nach Bettengrößenklassen

Bettengrößenklasse	*Gesamtaufnahmen 1972*
bis 100 Betten	4090
101 bis 500 Betten	18992
501 bis 1000 Betten	31591
1001 und mehr Betten	103361

	Erstaufnahmen in v. H.	*Wiederaufnahmen in v. H.*
bis 100 Betten	46,0	54,0
101 bis 500 Betten	55,1	44,9
501 bis 1000 Betten	55,1	44,9
1001 und mehr Betten	52,7	47,3

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Kapitel A.4

2.2.2.1.2 Erstaufnahmen im Jahre 1972

Der Anteil derjenigen Patienten, die früher noch nie in der betreffenden Einrichtung zur Behandlung waren (Erstaufnahmen), an den insgesamt aufgenommenen Patienten (Aufnahmen) unterscheidet sich jeweils nach der Art der Einrichtung.

Der Anteil der Erstaufnahmen insgesamt ist in den Fachkrankenhäusern öffentlicher Trägerschaft geringer als in den Fachkrankenhäusern freigemeinnütziger und privater Träger (vgl. hierzu Abbildung 10).

Berücksichtigt man die jeweilige Größe der Fachkrankenhäuser (vgl. Abbildung 11) so wird erkennbar, daß die jeweilige Bettengrößenklasse weitgehend ohne Einfluß auf die Relation zwischen Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen ist.

Abbildung 9 zeigt, daß der Anteil der Erstaufnahmen in Fachkrankenhäuser (53,3 %) und Fachabteilungen (51,5 %) etwa gleich groß ist. Auffallend niedriger jedoch ist die Relation zwischen Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen in den psychiatrischen Universitätskliniken. Durch die Polikliniken sind sie befähigt, Patienten relativ früh aus der stationären Behandlung zu entlassen und ambulant weiter zu betreuen; dabei sind sie jederzeit in der Lage, gegebenenfalls eine erneute kurzfristige stationäre Behandlung in die Wege zu leiten.

2.2.2.1.3 „Aktivitätsindex" für das Jahr 1972

Der Anteil des mittleren Durchgangs am mittleren Bestand gibt Auskunft über die „Aktivität" eines Krankenhauses (durchschnittliche Belegung eines Bettes pro Jahr).

Der „Aktivitätsindex" *) für die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie — gegliedert nach Trägern — ergibt folgende Verteilung:

öffentliche Trägerschaft	168,5 %
freigemeinnützige Trägerschaft	115,9 %
private Trägerschaft	337,3 %

Unter Zugrundelegung der Bettengrößenklassen ergibt sich für die Fachkrankenhäuser folgender „Aktivitätsindex":

bis 100 Betten	416,0 %
101 bis 500 Betten	224,3 %
501 bis 1 000 Betten	158,7 %
1 001 und mehr Betten	161,9 %

*) Mittlerer Durchgang/ Jahr = $\frac{\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Sterbefälle}}{2}$

Mittlerer Bestand/Jahr = $\frac{\text{Zahl der Pflegetage}}{365\ (366)}$

Aktivitätsindex = Anteil des mittleren Durchgangs am mittleren Bestand

Vergleicht man den jeweiligen „Aktivitätsindex" der Fachkrankenhäuser, der Fachabteilungen und der Universitätskliniken, so ergibt sich folgendes Bild:

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	169,6 %
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 054,8 %
psychiatrische Universitätskliniken	1 048,6 %

Die Übersichten zeigen einen höheren „Aktivitätsindex" bei den öffentlichen Krankenhäusern gegenüber den freigemeinnützigen Krankenhäusern, was dafür spricht, daß bei den letzteren ein größerer Teil langfristig untergebrachter Patienten und Behinderter versorgt wird. Entsprechend liegt der „Aktivitätsindex" bei den sehr viel kleineren privaten Einrichtungen um etwa das Doppelte gegenüber den öffentlichen und um etwa das Dreifache gegenüber den freigemeinnützigen Krankenhäusern höher.

Deutlich erkennbar ist ferner, daß der „Aktivitätsindex" absinkt, je größer die Häuser sind, was u. a. zweifellos mit dem größeren Bestand an langfristig untergebrachten Patienten und Behinderten zusammenhängt.

Vergleicht man die Fachkrankenhäuser mit den Fachabteilungen und den Universitätskliniken, so ergibt sich — wie zu erwarten —, daß der „Aktivitätsindex" der Fachabteilungen und Universitätskliniken etwa sechsmal höher liegt als der der Krankenhäuser, weil letztere auch mit der Versorgung langfristig untergebrachter Patienten und Behinderter befaßt sind.

Angesichts dieser Fakten liegt es nahe, den „Aktivitätsindex" der Fachkrankenhäuser für jenen Teil in Vergleich zu ziehen, in welchem Akutpsychiatrie (Aufenthaltsdauer bis ein bzw. zwei Jahre) betrieben wird. Aus der Erhebung sind uns Angaben zur Aufenthaltsdauer der Patienten in Fachkrankenhäusern bekannt. Der Bettenbestand muß bei Abzug aller Patienten, die sich länger als ein Jahr im Krankenhaus befanden, um 67 % und bei solchen, die sich länger als zwei Jahre im Krankenhaus befanden, um 59 % reduziert werden. Bei grob abschätzender, überschlägiger Berechnung ergibt sich für diesen Anteil in den Fachkrankenhäusern ein Anstieg des „Aktivitätsindexes" um 390 % (bei Abzug von 59 %) bzw. auf 485 % (bei Abzug von 67 % des Gesamtbettenbestandes). Das Ergebnis zeigt zwar einen Anstieg des Indexes auf über das Doppelte, jedoch werden die „Aktivitätsindices" der Fachabteilungen und Universitätskliniken bei weitem nicht erreicht. Hieraus kann der Schluß gezogen werden, daß für diesen vergleichsweise immer noch ungünstigeren „Aktivitätsindex" Größe und ungünstige Lage sowie übergroße Versorgungsgebiete vorrangig verantwortlich sind.

2.2.2.1.4 Zusammenfassende Bemerkungen

1. Bei den Aufnahmen der Fachkrankenhäuser fällt die Hauptlast mit 82 % auf die Träger öffentlicher Krankenhäuser.

2. 65 % aller Aufnahmen in den Fachkrankenhäusern erfolgen in Fachkrankenhäusern mit einer Bettenzahl von über 1 000; 85 % aller Aufnahmen erfolgen in Fachkrankenhäusern mit mehr als 500 Betten.
3. Von allen Aufnahmen in Fachkrankenhäusern, Fachabteilungen und Universitätskliniken erfolgen 72 % in Fachkrankenhäusern, 16 % in Universitätskliniken und 12 % in Fachabteilungen.
4. Der Anteil der Erstaufnahmen an den Gesamtaufnahmen liegt bei Fachkrankenhäusern verschiedener Bettengrößenklassen in etwa auf einem Niveau (ca. 53 %).
5. Der Anteil der Erstaufnahmen liegt bei den allgemeinnützigen und privaten Fachkrankenhäusern höher als bei den öffentlichen Fachkrankenhäusern.
6. Der Anteil der Erstaufnahmen liegt bei den Universitätskliniken (29 %) auffällig niedrig.
7. Die Berechnung des „Aktivitätsindexes" ergibt

   einen höheren Index bei öffentlichen Fachkrankenhäusern gegenüber freigemeinnützigen,

   einen höheren Index bei kleineren gegenüber größeren Fachkrankenhäusern und

   einen erheblich höheren Index bei Fachabteilungen und Universitätskliniken gegenüber Fachkrankenhäusern.
8. Im ganzen kann gesagt werden, daß der „Aktivitätsindex" eines psychiatrischen Krankenhauses von mehreren Faktoren bestimmt wird (diagnostische Zusammensetzung der Patienten, Anteil langfristig Untergebrachter, Größe und Lage der Einrichtung).

2.2.2.2 Krankenbestand

Am 30. Mai befanden sich in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 94 197 Patienten, in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 3 021 Patienten und in den psychiatrischen Universitätskliniken 3 140 Patienten. In den in der Erhebung berücksichtigten Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie befanden sich 3 420 Patienten, in den Einrichtungen für Gerontopsychiatrie 972 Patienten und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke 1 176 Patienten. In den Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte mit einer Bettenkapazität von mehr als 100 Betten befanden sich am Stichtag 35 064 Patienten.

Insgesamt befanden sich 140 990 Patienten und Behinderte in den Einrichtungen, die in die Erhebung einbezogen wurden. Dies entspricht 2,28 ‰ der Bevölkerung.

2.2.2.2.1 Diagnosen

Für die Verschlüsselung der Hauptdiagnose der Patienten und Behinderten wurde die Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968 (8. Revision), verwendet.

Die Diagnosen ergeben — unter Einbeziehung der Patienten aller stationären Einrichtungen, die in der Erhebung berücksichtigt wurden — die in Abbildung 12 dargestellte Verteilung.

Den größten Anteil an der Gesamtzahl der am Stichtag hospitalisierten Patienten bilden die geistig Behinderten mit 0,70 ‰ der Bevölkerung. Den zweitgrößten Anteil bilden Patienten mit Diagnnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (0,61 ‰ der Bevölkerung).

Abbildung 12

Stationäre psychiatrische Einrichtung
Krankenbestand nach Diagnosen (Krankenbestand gesamt: 140 990)

Diagnose	*Anzahl*	*Krankenbestand*	*v. H.*
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	15954		11,32
Schizophrener Formenkreis	37608		26,67
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	9468		6,72
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	5591		3,97
Suchten	11937		8,47
Anfallsleiden	7690		5,45
Schwachsinnsformen	43254		30,68
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke	9488		6,73

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Diagnosen in Fachkrankenhäusern, Fachabteilungen und Universitätskliniken

In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie überwiegen Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (36,7 %). An zweiter Stelle folgen die Schwachsinnsformen mit 18,5 % und an dritter Stelle psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen (13,0 %).

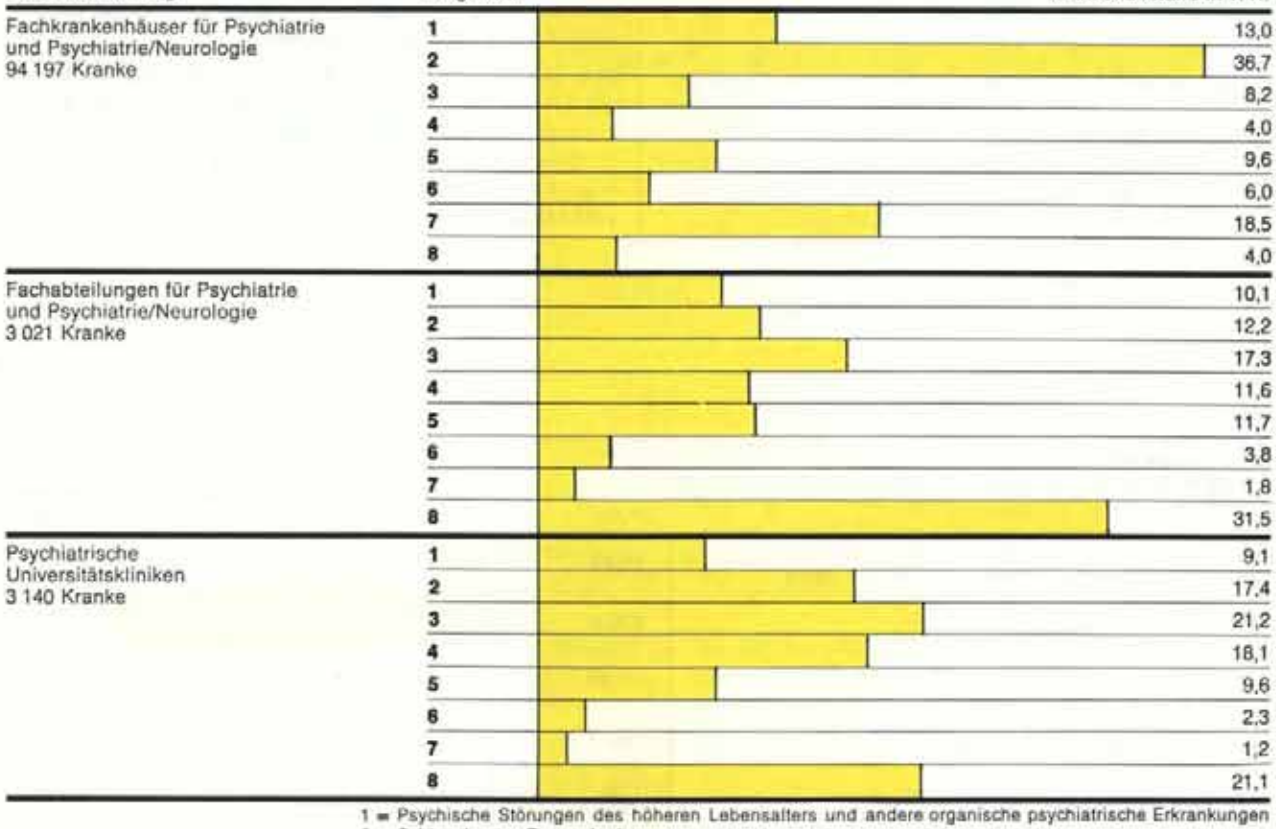
Anteilsmäßig an den psychiatrischen Diagnosen sind in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie die affektiven und sonstigen Psychosen mit 17,3 % am stärksten vertreten. An zweiter Stelle sind die Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu nennen (12,2 %). Suchtkranke (11,7 %) und Patienten mit neurotischen Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen (11,6 %) sind ebenfalls stark vertreten.

In den Universitätskliniken zeigt sich eine ähnliche Verteilung der psychiatrischen Diagnosen wie in den Fachabteilungen. An erster Stelle sind ebenfalls die affektiven und sonstigen Psychosen (21,2 %) zu nennen, während neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen mit 18,1 % und Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis mit 17,4 % anzutreffen sind.

Ein sehr großer Teil körperlich Kranker ohne psychische Störungen wird in Fachabteilungen (31,5 %) sowie in Universitätskliniken (21,1 %) behandelt. Bei diesen Patienten handelt es sich fast ausschließlich um neurologisch Erkrankte.

Abbildung 13

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und psychiatrische Universitätskliniken
Krankenbestand nach Diagnosen



1 = Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen
2 = Schizophrener Formenkreis
3 = Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen
4 = Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen
5 = Suchten
6 = Anfallsleiden
7 = Schwachsinnsformen
8 = Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

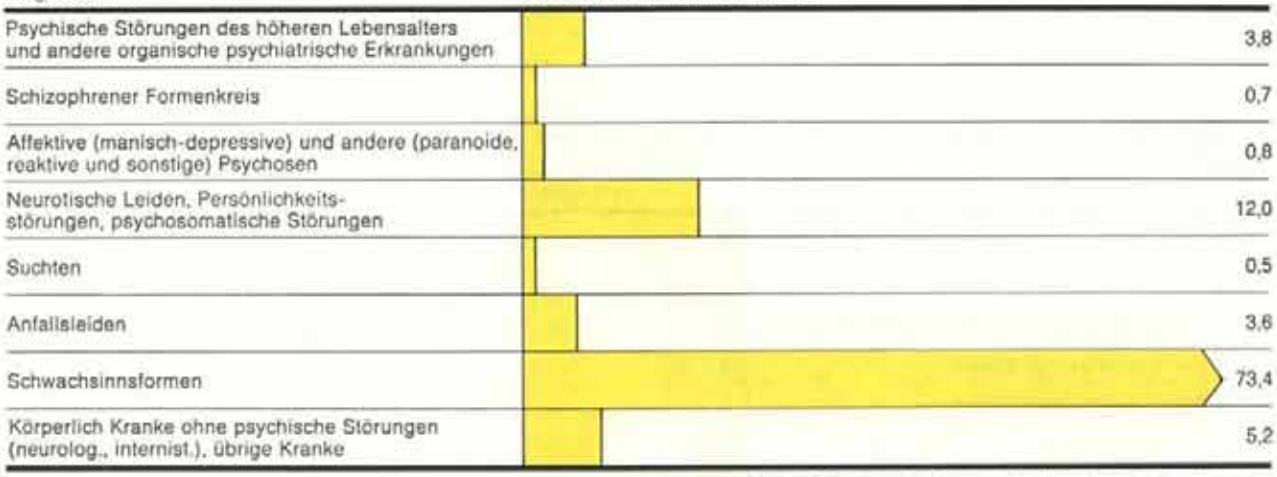
Diagnosen in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und für Suchtkranke sowie in Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte

Der Anteil der einzelnen Diagnosegruppen in den 17 beteiligten Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie läßt erkennen, daß die so bezeichneten Einrichtungen jeweils nur einen Teilbereich der Versorgungsaufgaben erfassen.

Mit 73,4 % überwiegen die Schwachsinnsformen (geistige Behinderungen) und unter diesen wiederum die schweren Ausprägungsgrade. Es folgen an zweiter Stelle mit zusammen 12,0 % Kinder und Jugendliche mit neurotischen Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen. — Völlig anders liegen die Verhältnisse an den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätskliniken —. Sie wurden zwar nicht als Institution gesondert erfaßt, wohl aber sind die Diagnosegruppen für diejenigen Patienten der Universitätskliniken bekannt, die jünger als 15 Jahre

Abbildung 14

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
3420 Kranke

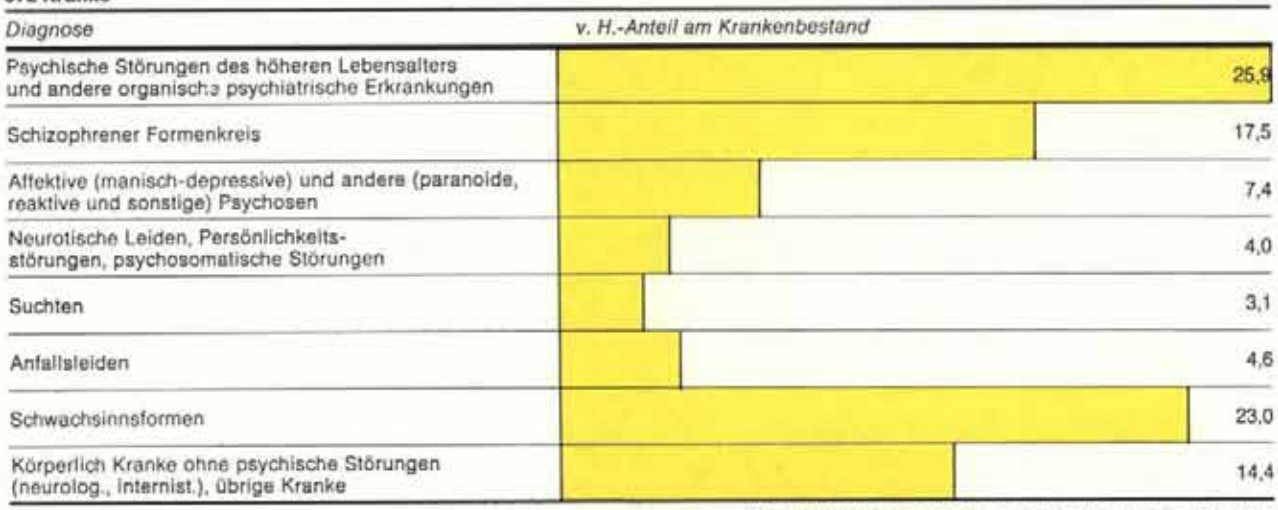


Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

sind. Hier stehen an erster Stelle psychosomatische Störungen, neurotische Leiden und Persönlichkeitsstörungen mit zusammen 58,9 %, während alle Schwachsinnsformen zusammen nur 11,3 % ausmachen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in diesen Abteilungen die Zahl der im Laufe eines bestimmten Zeitraumes versorgten Patienten („Aktivitätsindex") bei rascherem Durchgang im Verhältnis höher liegt, als bei den Einrichtungen, in denen geistig Behinderte langfristig betreut werden.

Abbildung 15

Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie
972 Kranke



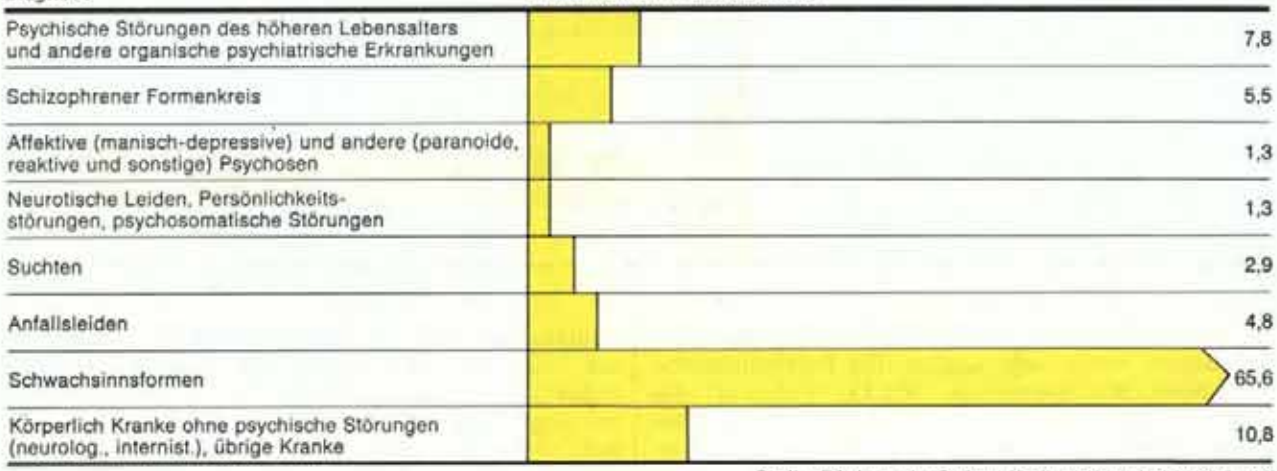
Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Der Anteil von Patienten, die an psychischen Störungen des höheren Lebensalters (18,4 %) und anderen organischen psychiatrischen Erkrankungen (7,6 %) leiden, beträgt in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie 25,9 %. An zweiter Stelle folgen die Schwachsinnsformen mit 23,0 %. Die Tatsache, daß 17,5 % der Patienten in gerontopsychiatrischen Fachkrankenhäusern Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis haben und weitere 14,4 % körperlich Kranke ohne psychische Störungen und sonstige nicht-psychiatrisch zu behandelnde Kranke sind, macht deutlich, daß das Problem der Fehlbelegung dieser Einrichtungen besonders groß ist.

Das Problem der Fehlbelegung stellt sich in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke nicht. Von den 1 176 am Stichtag behandelten Patienten waren 88,1 % wegen Alkoholpsychosen bzw. wegen Alkoholismus in Behandlung. Dagegen ist der Anteil der Patienten, die wegen Drogenabhängigkeit (6,1 %), sonstiger Medikamentenabhängigkeit (1,3 %) oder wegen Alkoholismus in Zusammenhang mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (4,5 %) behandelt werden, relativ gering.

Abbildung 16

Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychische Kranke
35064 Kranke



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Der Anteil der Schwachsinnigen (geistig Behinderten) in Heimen und Anstalten beträgt 65,6 %. Weit über die Hälfte dieser geistig Behinderten hat einen IQ von weniger als 50. Der Anteil der körperlich Kranken ohne psychische Störungen beträgt in den Heimen und Anstalten 10,8 %, der Anteil der psychischen Störungen des höheren Lebensalters und anderer organischer psychiatrischer Erkrankungen 7,8 %.

Bemerkungen

Die Erhebung bildet in ihren Ergebnissen den bekannten Sachverhalt ab, daß in den Fachkrankenhäusern Kranke aus dem schizophrenen Formenkreis überwiegen, während in den Fachabteilungen und Universitätskliniken Kranke mit affektiven Psychosen an der Spitze der Häufigkeiten psychiatrischer Erkrankungen liegen. Hierin zeigt sich eine Ungleichverteilung in der Versorgungslage.

Bemerkenswert ist der relativ hohe Anteil von geistig Behinderten (18,5 %) in den Fachkrankenhäusern, von denen zweifelsfrei ein hoher Anteil nicht krankenhausbedürftig ist und anderen angemessenen Unterbringungsformen zugeführt werden sollte (vgl. Kapitel B. 3.1).

Wie zu erwarten, liegt der Prozentsatz von Patienten mit neurotischen Leiden in den Fachabteilungen (8,9 %) und in den Universitätskliniken (11,7 %) um das vier- bis fünffache höher als in den Fachkrankenhäusern (1,5 %).

Der hohe Prozentsatz von körperlich Kranken ohne psychische Störungen in Fachabteilungen (31,5 %) weist darauf hin, daß es sich bei den erfaßten Abteilungen zu einem wesentlichen Teil um neuropsychiatrische Abteilungen mit einer gemischten Belegung von neurologisch und psychisch Kranken handelt. Ein gleiches trifft — wenn auch schwächer ausgeprägt — für die Universitätskliniken zu. Hieraus ergibt sich, daß es die angestrebten rein psychiatrischen Fachabteilungen — wie sie die Sachverständigen-Kommission empfiehlt — bislang kaum irgendwo gibt.

Sehr hoch ist der Anteil geistig behinderter Kinder und Jugendlicher (73,4 %) in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Zahl kann durch die Einbeziehung sehr großer Einrichtungen mitbeeinflußt sein, die über einen hohen Anteil dieser Behindertengruppen verfügen.

Der geringe Anteil der an spezifischen Alterskrankheiten Leidenden in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie läßt das Problem der Fehlbelegung deutlich werden. Der größte Teil der dort befindlichen Patienten ist nicht wegen psychischer Störungen des höheren Lebensalters untergebracht, sondern es handelt sich vorwiegend um altgewordene Schizophrene und geistig Behinderte.

In den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke werden 92,6 % der Patienten wegen Alkoholpsychosen und Alkoholismus behandelt. 4,5 % davon werden zudem auch wegen Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit behandelt.

65,6 % aller Patienten und Behinderten in den Heimen und Anstalten sind geistig behindert. Von diesen wiederum haben ein Drittel einen IQ von über 50, während die übrigen mit einer gravierenden geistigen Behinderungen hospitalisiert sind.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß am Stichtag nur 53 % aller geistig Behinderten in Heimen und Anstalten untergebracht waren, während sich die übrigen 47 % geistig Behinderten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden.

Verteilung der Dignosen nach Ländern, Trägern und Bettengrößenklassen

Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Ländern

Der Anteil von Patienten an den verschiedenen Diagnosegruppen in den *Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie* in den jeweiligen Bundesländern ist z. T. sehr unterschiedlich.

Während der Anteil an Patienten mit Diagnosen aus dem *schizophrenen Formenkreis* im Bundesgebiet bei 36,7 % liegt, ist der prozentuale Anteil im Saarland (47,5 %) und in Niedersachsen (43,1 %) erheblich höher. Deutlich weniger Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis sind in Bremen anzutreffen (23,1 %).

Schwachsinnsformen (geistige Behinderungen), die in allen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie durchschnittlich mit 18,5 % an der Gesamtheit der Patienten anzutreffen sind, sind in Nordrhein-Westfalen (25,1 %), Schleswig-Holstein (21,2 %), Hessen (21,3 %) und im Saarland (20,5 %) besonders häufig vertreten. In nur geringem Maße werden Schwachsinnige (geistig Behinderte) in den Fachkrankenhäusern in Baden-Württemberg (9,6 %) und in Hamburg (5,4 %) betreut;

Tabelle 2

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Krankenbestand nach Ländern und Diagnosen

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten insgesamt	Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	13,0	14,8	8,8	14,8
Schizophrener Formenkreis	36,7	39,3	38,3	43,1
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	8,2	6,0	24,5	7,5
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	4,0	2,5	7,1	4,6
Suchten	9,6	9,7	12,5	8,2
Anfallsleiden	6,0	4,5	3,0	3,7
Schwachsinnsformen	18,5	21,2	5,4	17,0
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke	4,0	2,0	0,4	1,1
Krankenbestand insgesamt	94 197	6 051	1 596	9 992

dieser Tatbestand ist damit zu erklären, daß in Baden-Württemberg der Heimsektor relativ umfangreich ist und daß in Hamburg die Alsterdorfer Anstalten sich vorrangig mit der Versorgung geistig Behinderter befassen.

Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen, die mit 13,0 ‰ zu der drittgrößten Diagnosegruppe in den Fachkrankenhäusern zu zählen sind, sind in Berlin (17,1 ‰), Niedersachsen und Schleswig-Holstein (je 14,8 ‰) und in Baden-Württemberg (14,5 ‰) besonders häufig anzutreffen. In Hamburg (8,8 ‰), im Saarland (9,4 ‰) und in Rheinland-Pfalz (9,8 ‰) machen psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen einen relativ geringen Anteil aus.

Der Anteil von Suchtkranken in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ist in den Stadtstaaten (Berlin 17,6 ‰, Bremen 18,7 ‰, Hamburg 12,5 ‰) erheblich höher als im Bundesdurchschnitt (9,6 ‰).

In den Stadtstaaten ist der Anteil an Patienten, die an *neurotischen Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen* leiden, größer als in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie der Flächenstaaten.

Tabelle 2

davon in:							
Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin (West)
Angaben in ‰							
12,0	11,7	12,8	9,8	14,5	13,5	9,4	17,1
23,1	30,8	37,9	36,8	41,7	40,6	47,5	31,2
11,0	6,2	8,9	13,6	8,8	9,0	5,8	8,2
9,3	3,4	4,4	4,8	4,2	3,6	2,5	5,8
18,7	9,2	9,3	8,2	10,7	8,8	7,0	17,6
3,8	9,9	4,3	3,4	5,9	3,6	7,0	3,8
13,5	25,1	21,3	17,3	9,6	13,0	20,5	11,9
8,7	3,8	1,2	6,0	4,5	7,9	0,3	4,4
1 366	29 552	9 262	4 669	10 347	16 322	1 421	3 619

Kapitel A.4

Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Trägern

Die Zusammensetzung der Diagnosegruppen in den *Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie* weist z. T. erhebliche Unterschiede zwischen den Fachkrankenhäusern der verschiedenen Träger auf.

Patienten aus dem *schizophrenen Formenkreis* sind in den freigemeinnützigen (28,6 %) und privaten (30,0 %) Fachkrankenhäusern in einem geringeren Maße vertreten als in den Fachkrankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (38,5 %).

In den privaten Krankenhäusern sind *psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische Erkrankungen* (16,8 %), *affektive und andere Psychosen* (14,9 %), *neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen* (8,4 %) sowie *körperlich Kranke ohne psychische Störungen und übrige, nicht-psychiatrisch zu behandelnde Kranke* (9,1 %) anteilmäßig fast doppelt so stark anzutreffen wie in den öffentlichen und freigemeinnützigen Fachkrankenhäusern.

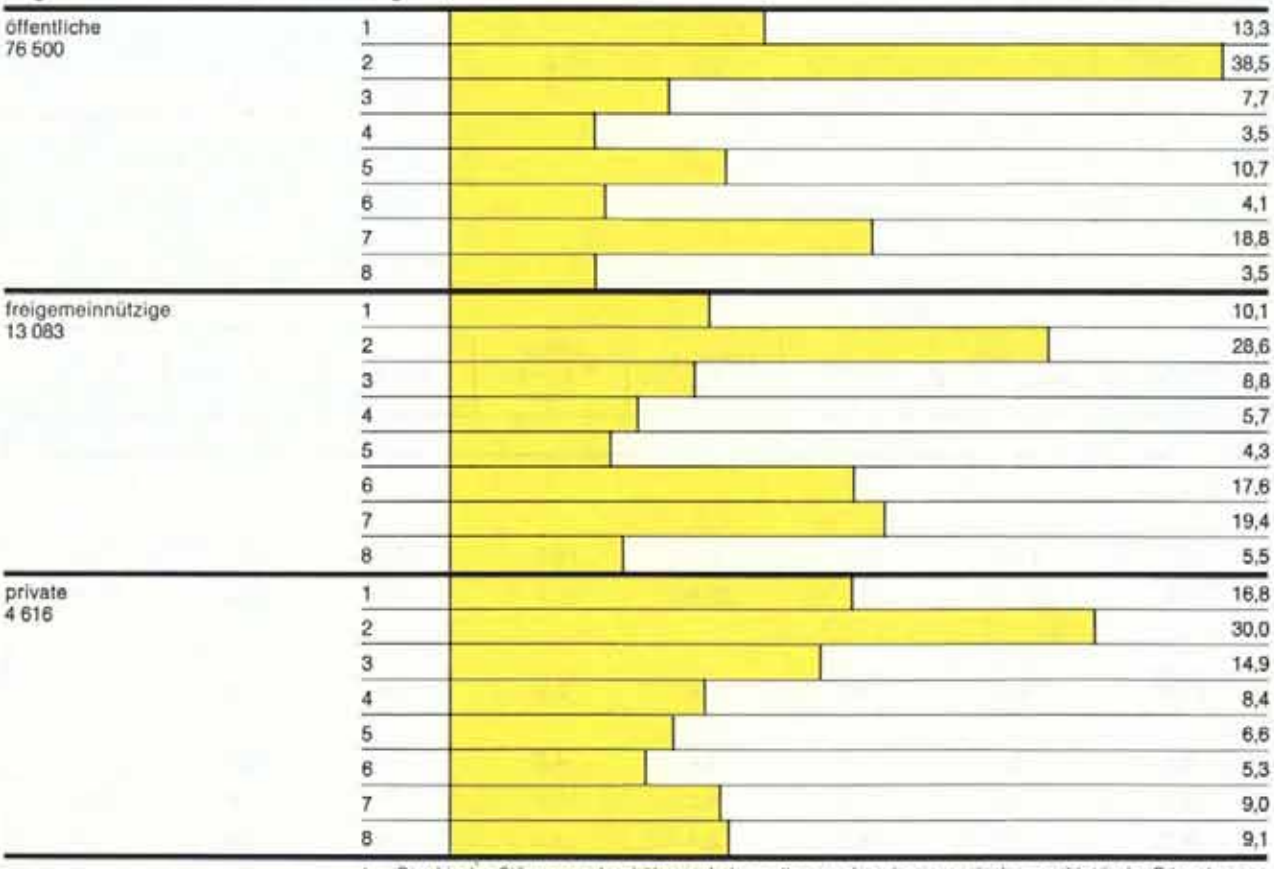
Dagegen sind *Schwachsinnige* (geistig Behinderte) in öffentlichen (18,3 %) und in freigemeinnützigen (19,4 %) Krankenhäusern sehr viel stärker vertreten als in privaten (9,0 %) Krankenhäusern.

Suchtkranke sind mit 10,7 % in den öffentlichen Fachkrankenhäusern sehr viel häufiger anzutreffen als in freigemeinnützigen (4,3 %) bzw. in privaten (6,6 %) Krankenhäusern.

Insbesondere bei den *Anfallskranken* fällt das traditionelle Engagement der Krankenhäuser freigemeinnütziger Trägerschaft auf. Diese betreuten anteilmäßig am Stichtag 17,6 % Anfallskranke, wohingegen in den öffentlichen (4,1 %) und in den privaten (5,3 %) Krankenhäusern diese Patientengruppe weniger groß ist.

Abbildung 17

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Krankenbestand (94 197) nach Trägerschaft und Diagnose

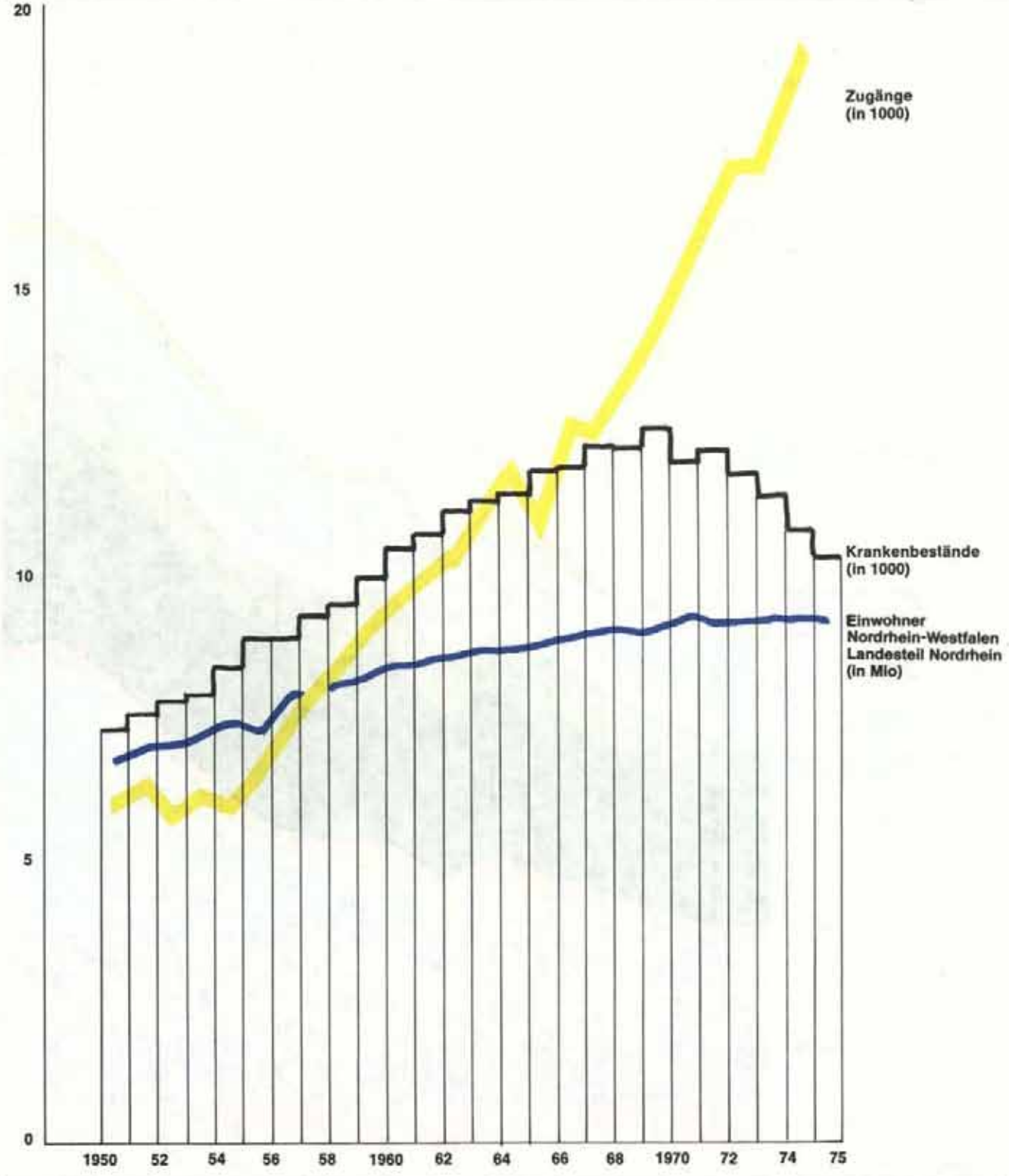


1 = Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen
2 = Schizophrener Formenkreis
3 = Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen
4 = Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen
5 = Suchten
6 = Anfallsleiden
7 = Schwachsinnsformen
8 = Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 18

Rheinische Landeskrankenhäuser
Entwicklung 1950–1975



Quelle: Krankenstatistik der Rheinischen Landeskrankenhäuser

Verteilung der Diagnosen in Fachkrankenhäusern nach Bettengrößenklassen

Die Fachkrankenhäuser verschiedener Bettengrößenklassen unterscheiden sich hinsichtlich der anteilmäßigen Zusammensetzung einiger Patientengruppen.

Während in den Fachkrankenhäusern mit einer Bettenkapazität von über 500 Betten Kranke mit Diagnosen aus dem *schizophrenen Formenkreis* und *geistig Behinderte* sehr viel stärker vertreten sind als in kleineren Fachkrankenhäusern, überwiegen in letzteren vornehmlich Patienten mit *affektiven und anderen Psychosen* sowie mit *neurotischen Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen.*

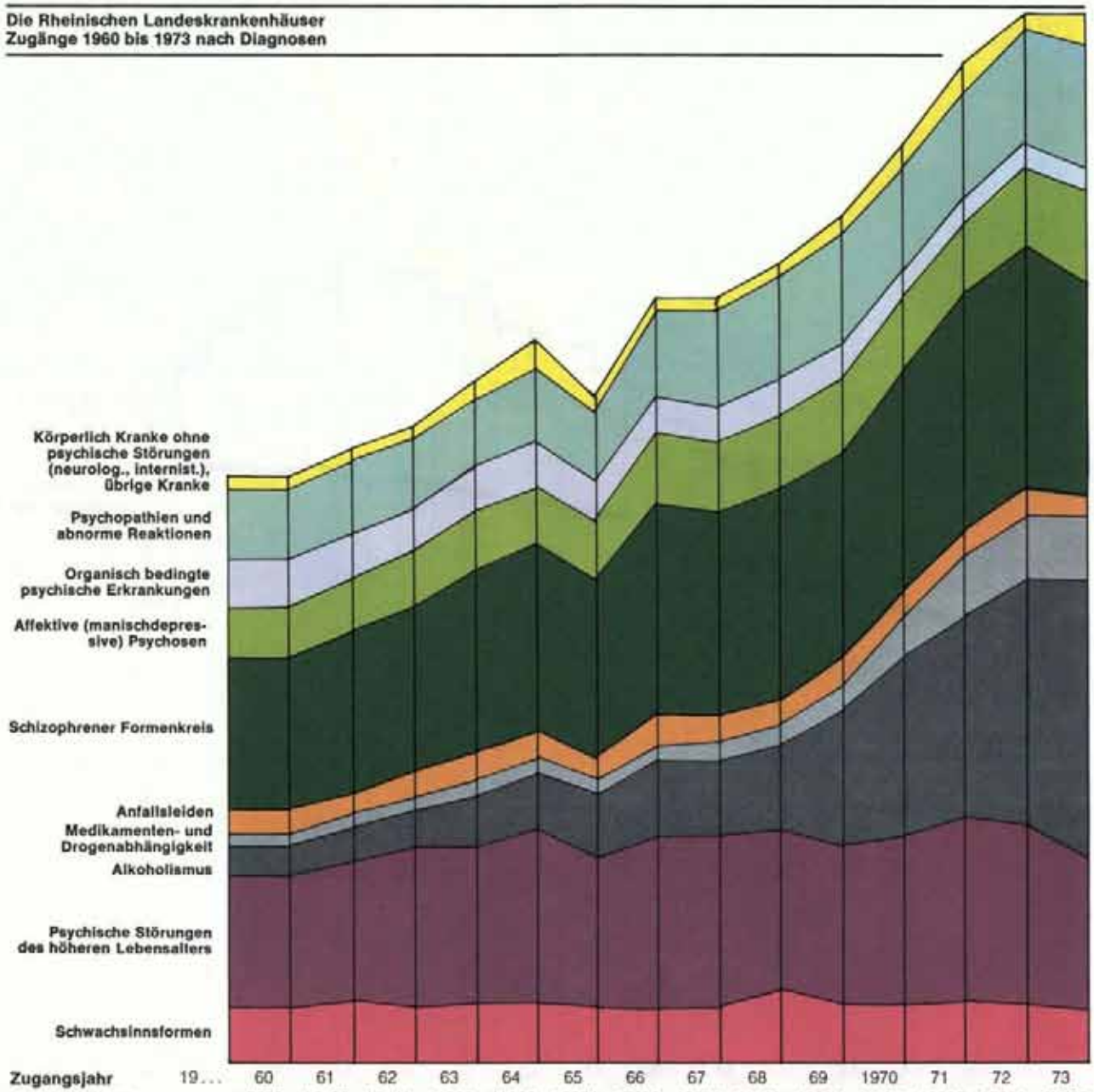
2.2.2.2.2 Entwicklung des Krankenbestandes

Die im Rahmen der Erhebung der Sachverständigen-Kommission eingeholten Informationen zum Krankenbestand beziehen sich einmal auf die Aufnahmen im Jahre 1972 und zum anderen auf die diagnostische Verteilung am 30. Mai 1973.

Aussagen über die Entwicklung der Aufnahmen, des Krankenbestandes und der diagnostischen Ver-

Abbildung 19

Die Rheinischen Landeskrankenhäuser
Zugänge 1960 bis 1973 nach Diagnosen



Zugangsjahr	19...	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	1970	71	72	73
Anzahl gesamt	=	9685	10155	10441	11209	11686	10934	12628	12572	13083	13824	14971	16336	17236	17229

Quelle: Krankenstatistik der Rheinischen Landeskrankenhäuser

teilung für die zurückliegenden Jahre können auf Grund dieser Erhebungsdaten nicht gemacht werden.

Anhand einer Analyse der vorliegenden Daten des Landschaftsverbandes Rheinland lassen sich Entwicklungen verdeutlichen, die als typisch auch für den Bereich anderer Träger psychiatrischer Krankenhäuser gelten können.

Abbildung 18 zeigt eine ständige Zunahme der Krankenbestände (und der Betten) in den 50er und 60er Jahren. Seit 1970 ist diese Tendenz rückläufig. Mit dem Rückgang des Krankenbestandes ist eine Reduzierung der vorgehaltenen Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern verbunden.

Seit Mitte der 50er Jahre ist eine stetige Zunahme der jährlichen Aufnahmen zu verzeichnen, die bis zum Ende der 60er Jahre in etwa parallel verläuft mit der Entwicklung der Bettenkapazität. In den letzten Jahren zeigt sich jedoch eine weitere Zunahme der Aufnahmen, wohingegen sich die Krankenbestände (und damit auch die vorgehaltenen Betten) vermindern.

Diese „Schere" ist u. a. bedingt durch eine Verringerung des Anteils langfristig Untergebrachter, durch eine — gegenüber den Vorjahren — kürzere durchschnittliche Verweildauer und durch die Veränderung der diagnostischen Zusammensetzung der Aufnahmen, die ein Ansteigen des Anteils kurzfristig zu Behandelnder mit sich brachte.

In Abbildung 19 ist die Verteilung der Aufnahmen/Diagnosen derjenigen Patienten dargestellt, die seit 1960 in die Rheinischen Landeskrankenhäuser aufgenommen wurden. Die Darstellung verdeutlicht den immer größer werdenden Anteil von Suchtkranken unter den zur stationären Behandlung kommenden Patienten.

Dieser Trend — insbesondere die gravierende Zunahme der Alkoholkranken — wird gegenwärtig bei allen Trägern psychiatrischer Krankenhäuser beobachtet.

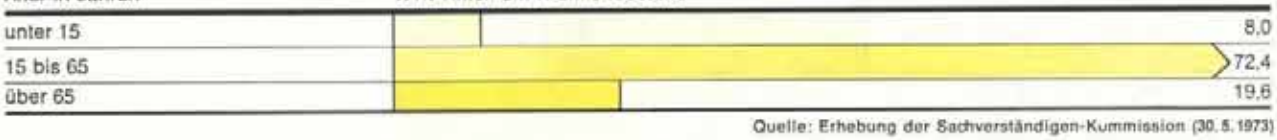
2.2.2.2.3 Krankenbestand nach Altersgruppen

Am 30. Mai 1973 befanden sich in den von der Erhebung der Sachverständigen-Kommission erfaßten Einrichtungen insgesamt 140 990 Patienten (vgl. Abbildung 20). Von diesen waren

jünger als 15 Jahre	11 274
15 bis unter 65 Jahre	102 060
65 Jahre und älter	27 656

Abbildung 20

Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Krankenbestand (140 990) nach Alter



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 21

Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Krankenbestand nach Alter und Zweckbestimmung

bis 15 Jahre (Bestand: 11 274)

Zweckbestimmung	*v. H.-Anteil am Krankenbestand der Altersgruppe*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	18,8
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	0,1
Psychiatrische Universitätskliniken	1,2
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	18,2
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	–
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	–
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	61,7

15 bis 65 Jahre (Bestand: 10 2060)

Zweckbestimmung	*v. H.-Anteil am Krankenbestand der Altersgruppe*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	69,5
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2,4
Psychiatrische Universitätskliniken	2,7
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,3
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	0,4
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	1,1
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	22,4

über 65 Jahre (Bestand: 27 656)

Zweckbestimmung	*v. H.-Anteil am Krankenbestand der Altersgruppe*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	76,3
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1,8
Psychiatrische Universitätskliniken	1,0
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	–
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1,9
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	0,01
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	19,0

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre

Von den unter 15jährigen waren 6 952 (61,7 %) in Heimen und Anstalten, weitere 2 122 (18,8 %) unter 15jährige befanden sich in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie, 2 048 (18,2 %) aller unter 15jährigen waren in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Abbildung 21).

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren beträgt in den Heimen und Anstalten insgesamt 19,8 %, in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie sind Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre zu 2,3 % vertreten (vgl. Abbildung 22).

Es zeigt sich, daß der größte Teil der unter 15jährigen geistig Behinderte sind, in den Fachkrankenhäusern z. B. 74,7 %. Der Anteil beträgt in den in die Erhebung einbezogenen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie 69,9 %. In den Heimen und Anstalten sind 87,0 % aller unter 15jährigen geistig Behinderte.

Altersgruppe der 15- bis unter 65jährigen

Im Mai 1973 befanden sich 70 974 Patienten aus der Altersgruppe der 15- bis unter 65jährigen in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie. Das heißt 69,5 % aller hospitalisierten Patienten aus dieser Altersgruppe waren in Fachkrankenhäusern. Weitere 22 863 Patienten dieser Altersgruppe befanden sich in Heimen und Anstalten. Dies entspricht einem Anteil von 22,4 % aller Patienten aus dieser Altersgruppe (vgl. Abbildung 21).

Der Anteil der 15- bis unter 65jährigen in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt 75,3 %. In den Heimen und Anstalten sind 65,2 % aller Patienten und Behinderten aus der Altersgruppe der 15- bis 65jährigen (vgl. Abbildung 22).

Anteilmäßig sind bei den 15- bis unter 65jährigen in den Fachkrankenhäusern für Psychiartie und Psychiatrie/Neurologie Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis (39,2 %) am stärksten vertreten. Es folgt die Gruppe der geistig Behinderten (20,3 %) und der Suchtkranken (11,5 %).

In den Heimen und Anstalten sind 67,1 % aller 15- bis unter 65jährigen geistig Behinderte.

Abbildung 22

Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Krankenbestand nach Zweckbestimmung und Alter

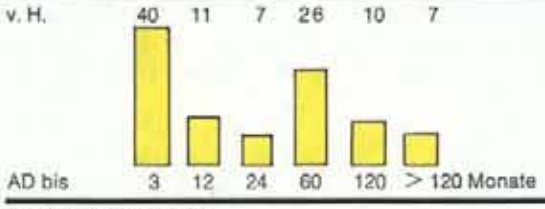
Zweckbestimmung	*Alter in Jahren*	*v. H.-Anteil der Altersgruppen am Bestand*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie (Bestand: 94 197)	bis 15	2,3
	15 bis 65	75,3
	über 65	22,4
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie (Bestand: 3021)	bis 15	0,5
	15 bis 65	82,7
	über 65	16,8
Psychiatrische Universitätskliniken (Bestand: 3140)	bis 15	4,3
	15 bis 65	86,9
	über 65	8,8
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bestand: 3420)	bis 15	60,0
	15 bis 65	40,0
	über 65	–
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie (Bestand: 972)	bis 15	–
	15 bis 65	46,4
	über 65	53,6
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke (Bestand: 1176)	bis 15	–
	15 bis 65	99,7
	über 65	0,3
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke (Bestand: 35 064)	bis 15	19,8
	15 bis 65	65,2
	über 65	15,0

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

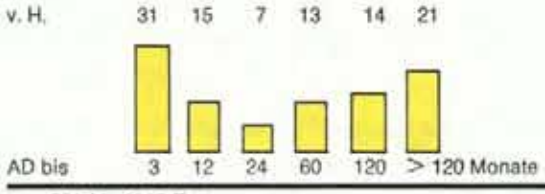
Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Krankenbestand am 30. 5. 1973 nach Aufenthaltsdauer (AD) in Monatsgruppen

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

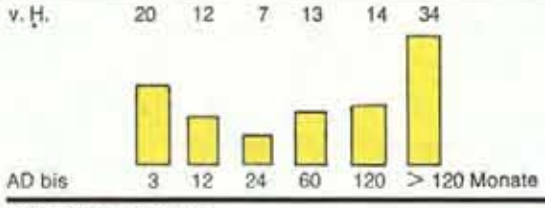
bis 100 Betten



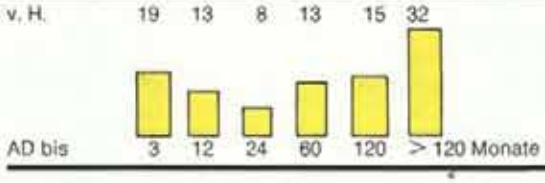
von 101 bis 500 Betten



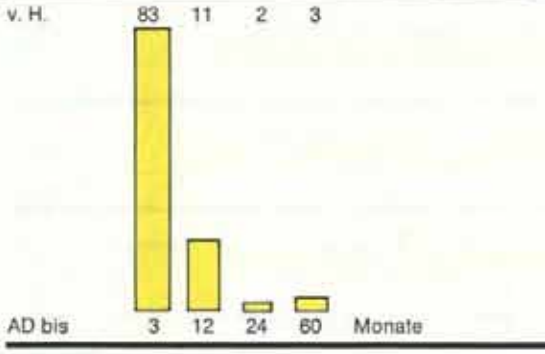
von 501 bis 1000 Betten



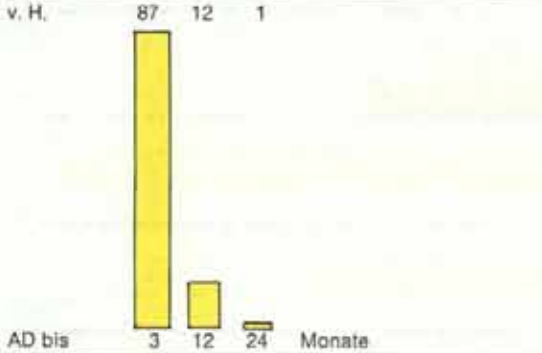
1001 und mehr Betten



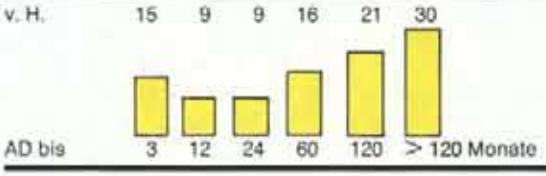
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie



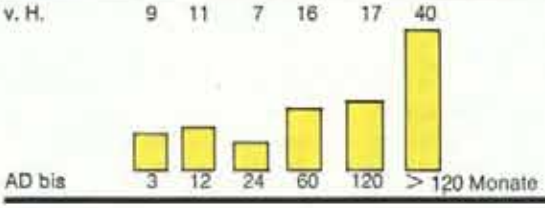
Psychiatrische Universitätskliniken



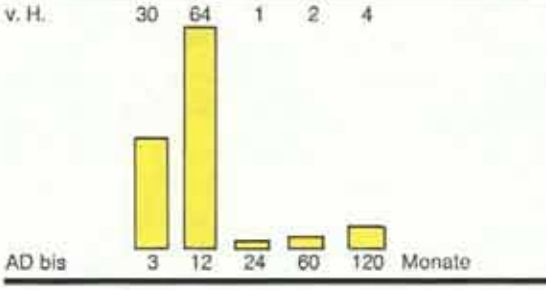
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie



Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie

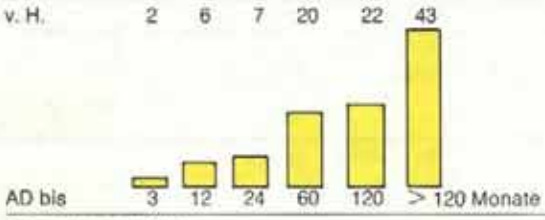


Fachkrankenhäuser für Suchtkranke

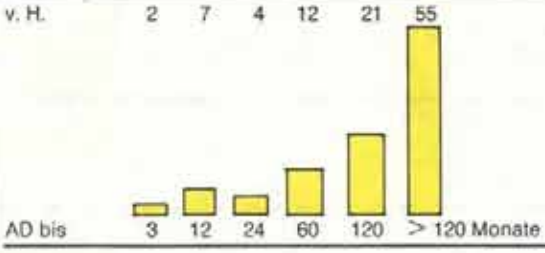


Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke

101 bis 500 Betten



501 und mehr Betten



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

65jährige und ältere

Der Anteil derjenigen, die 65 Jahre und älter waren, betrug in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 22,4 % (21 101 Patienten); in den Heimen und Anstalten waren es 5 249 (15,0 %), wohingegen in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie 521 (53,6 %) Patienten aus dieser Altersgruppe waren (vgl. Abbildung 22).

38,2 % der über 65jährigen in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie waren wegen psychischer Störungen des höheren Lebensalters (33,6 %) *und* anderer organischer psychiatrischer Erkrankungen dort; weitere 32,0 % der 65jährigen und älteren waren Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

In den gerontopsychiatrischen Fachkrankenhäusern waren 36,9 % wegen psychischer Störungen des höheren Lebensalters (30,2 %) *und* wegen anderer organischer psychiatrischer Erkrankungen dort. Zu fast gleichen Teilen befanden sich darüber hinaus in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie Schizophrene (16,6 %), geistig Behinderte (15,1 %) und körperlich Kranke ohne psychische Störungen sowie Kranke, die nicht-psychiatrisch zu behandeln sind (15,1 %).

Von den 65jährigen und älteren waren in den Heimen und Anstalten am Stichtag 34,1 % wegen psychischer Störungen des höheren Lebensalters (28,3 %) *und* anderer organischer psychiatrischer Erkrankungen; weitere 30,9 % aus dieser Altersgruppe waren geistig Behinderte.

2.2.2.3 Aufenthaltsdauergruppen und durchschnittliche Verweildauer im Jahre 1972

2.2.2.3.1 Aufenhaltsdauergruppen

Die in die Erhebung einbezogenen Einrichtungen waren gebeten worden, Angaben zur Aufenthaltsdauer der Patienten zu machen. In unterschiedlichem Ausmaß konnten die Einrichtungen hierzu Angaben machen.

Am 30. Mai 1973 waren in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in Behandlung:

kürzer als 3 Monate	21 %
3 Monate bis unter 1 Jahr	13 %
1 Jahr bis unter 2 Jahre	8 %
2 Jahre bis unter 5 Jahre	13 %
5 Jahre bis unter 10 Jahre	15 %
10 Jahre und darüber	31 %

In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit weniger als 500 Betten zeigt sich ein deutlicher Trend zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer von Patienten. So betrug der Anteil von Patienten, die kürzer als ein Quartal in den Einrichtungen waren, in den Fachkrankenhäusern mit weniger als 100 Betten 40 %, in den Fachkrankenhäusern bis zu 500 Betten 31 %. Entsprechend geringer war in diesen kleineren Fachkrankenhäusern der Anteil von Langzeitpatienten (vgl. Abbildung 23).

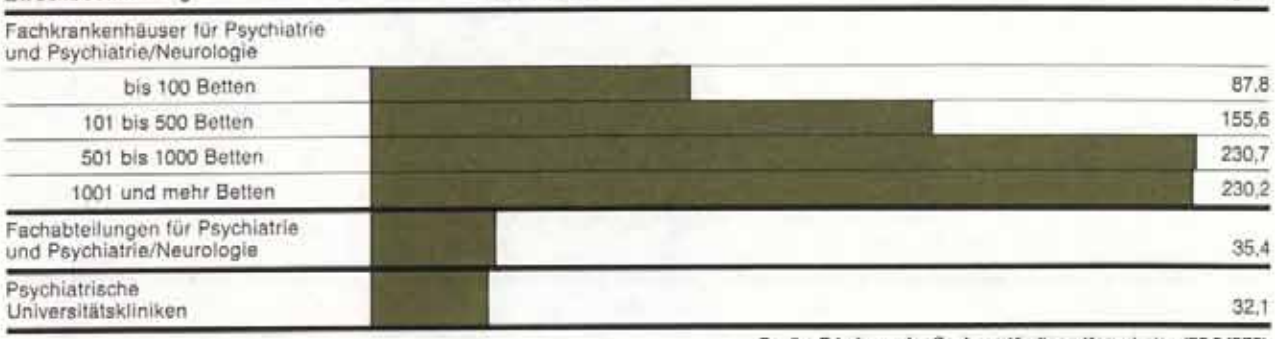
Der Anteil von Patienten, die im Mai 1973 kürzer als 3 Monate in Behandlung waren, war in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie (83 %) wie auch in den psychiatrischen Universitätskliniken (87 %) sehr groß. Nur 5 % der Patienten in Fachabteilungen und 1 % in psychiatrischen Universitätskliniken waren am Stichtag länger als ein Jahr in Behandlung (vgl. Abbildung 23).

2.2.2.3.2 Durchschnittliche Verweildauer im Jahre 1972

Die Angaben der Einrichtungen über die Aufenthaltsdauer der Patienten korrespondiert sehr stark mit der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten im Jahre 1972. Die durchschnittliche Verweildauer wurde aus Angaben ermittelt, die die Einrichtungen zu den Pflegetagen, den Zugängen und den Abgängen im Jahre 1972 gemacht haben.

Abbildung 24

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und psychiatrische Universitätskliniken
durchschnittliche Verweildauer 1972 in Tagen



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 24 veranschaulicht die großen Unterschiede in der durchschnittlichen Verweildauer bei den psychiatrischen Universitätskliniken und den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie einerseits und den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie andererseits.

2.2.2.3.3 Bemerkungen

Aus den Zahlenangaben wird ersichtlich, daß mit der Größe der Krankenhäuser der Anteil der Langzeitkranken wächst.

Die Tatsache, daß 46 % aller Patienten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie am 30. Mai 1973 länger als fünf Jahre und allein fast ein Drittel länger als zehn Jahre in Behandlung waren, wirft ein Licht auf die heterogene Struktur dieses Krankenhaustyps — vor allem, wenn man berücksichtigt, daß ein nicht geringer Anteil dieser langfristig untergebrachten Personengruppe nicht krankenhausbedürftig ist.

Dem hohen Anteil an langfristig untergebrachten Kranken entsprechend steigt auch die durchschnittliche Verweildauer bei den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit mehr als 500 Betten stark an.

2.2.3 Personal

2.2.3.1 Ärzte

In den stationären Einrichtungen, die in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden, arbeiteten am 30. Mai 1973 insgesamt 2 723 Ärzte, von denen 93 % Vollzeitbeschäftigte sind. In dieser Zahl nicht enthalten sind 78 Medizinalassistenten.

Der größte Teil der Ärzte arbeitet in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie. Es sind 1 651; dies entspricht 60,6 % aller Ärzte in den stationären Einrichtungen. In den Fachabteilungen waren 252 (9,3 %) Ärzte und in den Universitätskliniken 517 (19,0 %) Ärzte tätig.

In den Heimen und Anstalten waren am Stichtag 155 Ärzte tätig, von denen nur 53 % vollzeitbeschäftigt waren. — Auch in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke ist nur etwa die Hälfte der Ärzte vollzeitbeschäftigt.

Von den insgesamt 2 723 Ärzten waren 1 234 (45,3 %) Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie, 85 (3,1 %) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Abbildung 25), 1 162 (42,7 %) sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit (vgl. Abbildung 26) und weitere 242 (8,9 %) Ärzte (einschließlich Fachärzte) in nicht-psychiatrischer Tätigkeit.

Für die insgesamt 98 757 Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie standen am 30. Mai 1973 insgesamt 1 651 Ärzte zur Verfügung. Rein rechnerisch bedeutet dies, daß ein Arzt für die Versorgung von 59,8 Betten zuständig ist.

Während in den Fachkrankenhäusern bis 100 Betten ein Arzt auf 27,2 Betten kommt, beträgt diese Relation in den Fachkrankenhäusern mit 101 bis 500 Betten 1 : 41,1. Ungünstiger ist die Relation in den psychiatrischen Großkrankenhäusern: In den Fachkrankenhäusern mit 501 bis 1 000 Betten kommt ein Arzt auf 57,9 Betten, während in den Fachkrankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten ein Arzt für die Versorgung von 66,1 Betten zuständig ist (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 25

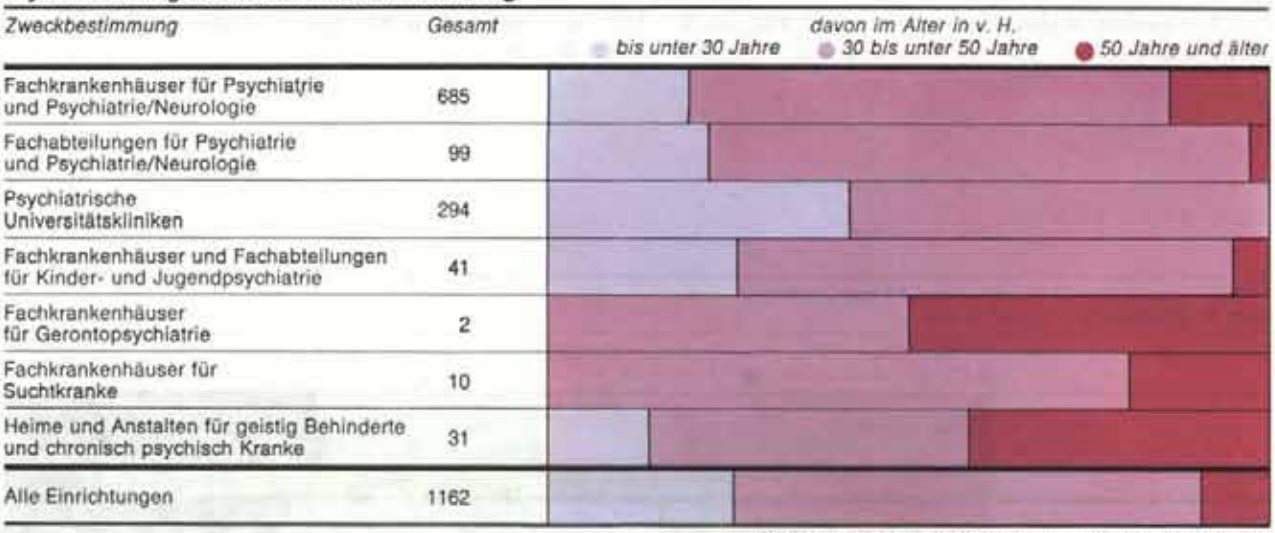
Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zweckbestimmung	*Gesamt*	*davon im Alter in v. H.*	
		bis unter 50 Jahre	*50 Jahre und älter*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	880	40	60
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	90	66	34
Psychiatrische Universitätskliniken	199	74	26
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	49	45	55
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	4	50	50
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	25	32	68
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	72	53	47
Alle Einrichtungen	1319	48	52

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Abbildung 26

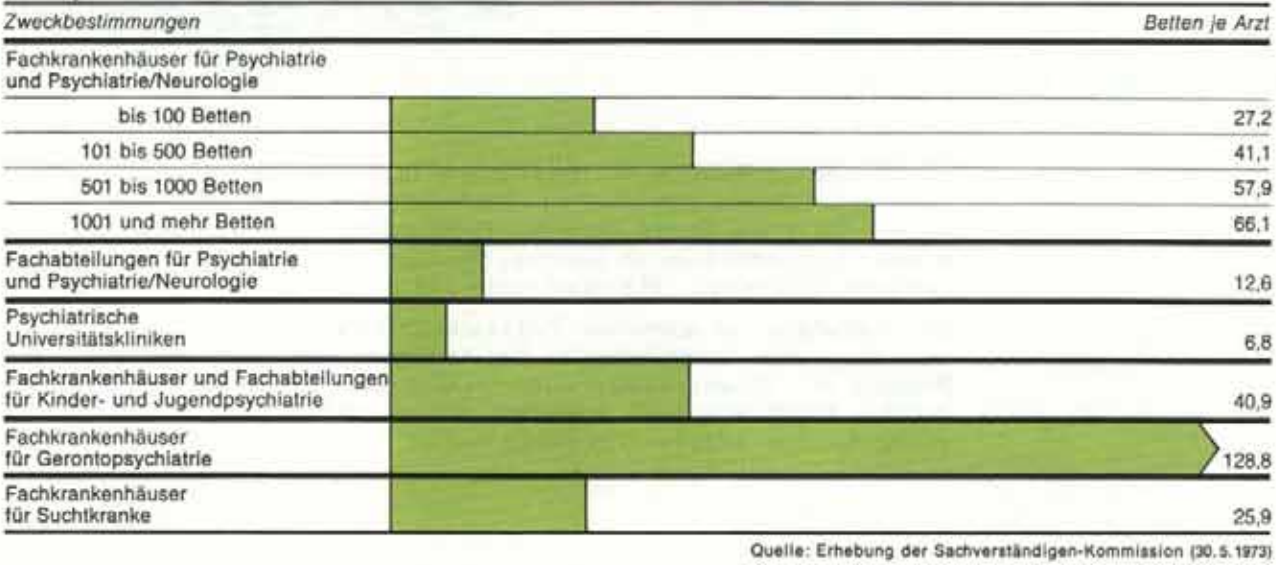
Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Psychiatrisch tätige Ärzte ohne Facharztanerkennung



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 27

Stationäre psychiatrische Einrichtungen (ohne Heime)
Betten je Arzt



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Aus diesen Durchschnittszahlen wird nicht ersichtlich, daß es bereits zahlreiche Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie gibt, die über eine sehr viel bessere Relation von Ärzten zu Betten verfügen.

In 19 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf weniger als 20 Betten

In 24 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf 21 bis 40 Betten

In 29 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf 41 bis 60 Betten

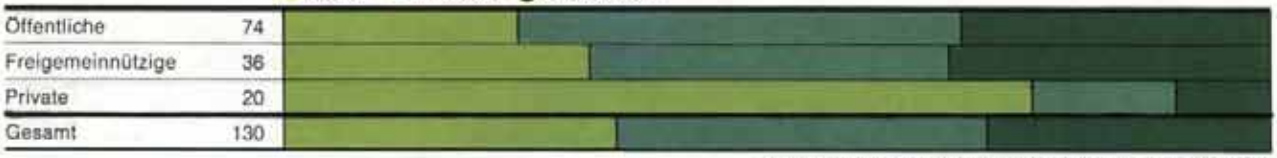
In 20 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf 61 bis 80 Betten

In 16 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf 81 bis 100 Betten

In 22 Krankenhäusern kommt 1 Arzt auf mehr als 100 Betten

Abbildung 28

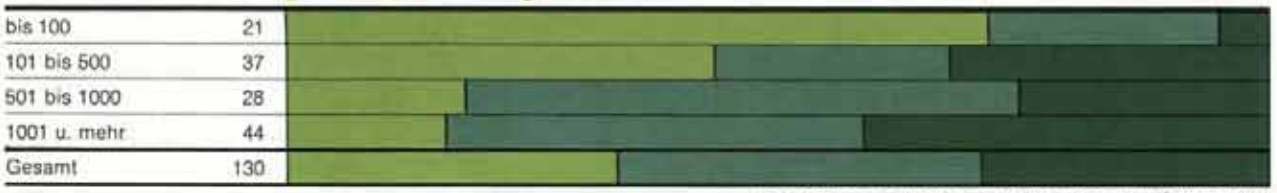
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie nach Trägerschaft und Betten je Arzt



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973), ergänzt durch Angaben der DGPN (1974)

Abbildung 29

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie nach Bettengrößenklasse und Betten je Arzt



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973), ergänzt durch Angaben der DGPN (1974)

Die Arzt/Betten-Relation ist insbesondere in den Fachkrankenhäusern privater Trägerschaft (vgl. Abbildung 28) sowie in den kleineren Fachkrankenhäusern (vgl. Abbildung 29) sehr viel günstiger als der Durchschnitt von 1 : 59,8 zu erkennen gibt.

Die Auflistung der einzelnen Fachkrankenhäuser zeigt die großen Unterschiede in der Arzt/Betten-Relation der Krankenhäuser untereinander sehr deutlich. Gleichzeitig wird ersichtlich, wie wenig aussagefähig der Mittelwert in diesem Fall ist.

Tabelle 3

130 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Träger, Betten, Ärzte, Arzt/Betten-Relation

lfd. Nr.	Träger öffentlich freigemeinnützig privat	DGPN *) 1974	Betten insgesamt	Ärzte insgesamt	Betten je Arzt
1	fg		120	22	5**)
2	fg		44	6	7
3	pr		60	7	9
4	pr		20	2	10
5	pr		12	1	12
6	fg		104	9	12
7	pr		132	11	12
8	pr		28	2	14
9	fg		43	3	14
10	fg		46	3	15
11	fg		130	8	16
12	öff		116	7	17
13	fg	×	292	17	17
14	öff	×	951	55	17
15	pr		19	?	≧19
16	pr		97	5	19
17	pr		134	7	19
18	öff	×	155	8	19
19	fg		260	14	19
20	fg		104	5	21
21	pr		86	4	22
22	öff		138	6	23
23	pr		190	8	24
24	öff	×	2 040	81	25
25	öff	×	1 065	39	27
26	öff	×	410	14	29
27	öff	×	720	25	29
28	öff	×	1 250	43	29
29	pr		120	4	30
30	öff	×	517	17	30
31	öff	×	1 315	44	30
32	fg		62	2	31
33	öff	×	370	12	31
34	pr		680	22	31
35	öff	×	1 739	54	32
36	öff	×	700	21	33
37	pr		34	1	34
38	öff	×	931	27	34

lfd. Nr.	Träger öffentlich freigemeinnützig privat	DGPN *) 1974	Betten insgesamt	Ärzte insgesamt	Betten je Arzt
39	fg		72	2	36
40	pr		107	3	36
41	öff	×	1 052	29	36
42	pr		76	2	38
43	öff	×	900	24	38
44	öff	×	620	16	39
45	öff	×	775	18	43
46	öff	×	2 903	67	43
47	fg		45	1	45
48	öff	×	1 250	28	45
49	öff	×	1 400	31	45
50	öff	×	1 750	39	45
51	fg		138	3	46
52	öff	×	1 460	32	46
53	öff		93	2	47
54	öff	×	800	17	47
55	fg		570	12	48
56	öff	×	1 144	24	48
57	öff	×	1 450	30	48
58	öff	×	640	13	49
59	fg		748	15	50
60	öff	×	1 650	33	50
61	pr		51	1	51
62	öff		202	4	51
63	öff	×	870	17	51
64	öff	×	1 480	29	51
65	öff	×	1 690	33	51
66	öff	×	620	12	52
67	öff	×	1 248	24	52
68	öff	×	855	16	53
69	öff		500	9	56
70	öff	×	1 040	18	58
71	fg		176	3	59
72	fg		61	1	61
73	fg		310	5	62
74	fg		370	6	62
75	fg		380	6	63
76	öff	×	1 391	22	63
77	öff	×	1 100	17	65
78	öff	×	1 558	24	65
79	fg		330	5	66
80	fg		67	1	67

lfd. Nr.	Träger öffentlich freigemeinnützig privat	DGPN *) 1974	Betten insgesamt	Ärzte insgesamt	Betten je Arzt
81	öff	×	760	11	69
82	öff	×	1 100	16	69
83	öff	×	1 200	17	71
84	öff	×	1 200	17	71
85	pr	×	576	8	72
86	öff	×	1 100	15	73
87	fg		224	3	75
88	öff	×	750	10	75
89	öff	×	1 298	17	76
90	pr		708	9	79
91	öff	×	870	11	79
92	öff	×	950	12	79
93	öff	×	1 260	16	79
94	pr	×	1 336	17	79
95	fg	×	880	11	80
96	öff	×	1 150	14	82
97	fg		333	4	83
98	öff	×	1 486	18	83
99	öff	×	420	5	84
100	fg		3 416	40	85
101	öff	×	1 030	12	86
102	öff	×	1 550	18	86
103	öff		173	2	87
104	öff	×	1 305	15	87
105	fg		88	1	88
106	öff	×	1 150	13	88
107	fg		451	5	90
108	öff	×	1 550	17	91
109	öff	×	1 115	12	93
110	pr		286	3	95
111	öff	×	1 629	17	96
112	öff	×	1 480	15	99
113	öff	×	500	5	100
114	fg		508	5	102
115	fg		315	3	105
116	öff	×	1 050	10	105
117	fg		322	3	107
118	fg		337	3	112
119	öff	×	3 650	32	114
120	öff	×	806	7	115
121	öff	×	1 075	9	119
122	fg		370	3	123

lfd. Nr.	Träger öffentlich freigemeinnützig privat	DGPN *) 1974	Betten insgesamt	Ärzte insgesamt	Betten je Arzt
123	öff	×	500	4	125
124	öff	×	800	6	133
125	fg		535	4	134
126	fg		147	1	147
127	öff	×	635	4	159
128	fg	×	1 160	7	166
129	öff		171	1	171
130	öff		286	1	286

*) Da seit der Erhebung der Sachverständigen-Kommission in einigen Fachkrankenhäusern eine z. T. deutliche Bettenreduzierung vorgenommen worden ist und auch in einigen Häusern seit Mai 1973 mehr Ärzte tätig waren, ist bei der obigen Darstellung auf die neueren Zahlen der DGPN — soweit diese vorlagen (×) — zurückgegriffen worden.

**) Bei dieser Einrichtung handelt es sich um das Max-Planck-Institut in München.

Das Verhältnis Arzt/Betten ist in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie sehr viel günstiger; dort kommt ein Arzt auf 12,6 Betten. In den psychiatrischen Universitätskliniken ist — rein rechnerisch — ein Arzt für die Versorgung von 6,8 Betten zuständig (vgl. Abbildung 27).

In den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt die Relation Ärzte/Betten 1 : 40,9. In den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke steht ein Arzt für 25,9 Betten zur Verfügung (vgl. Abbildung 27).

In den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie (1 : 128,8) und insbesondere in den Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke (1 : 230,8) ist die ärztliche Versorgung sehr viel geringer.

Berücksichtigt man bei der Arzt/Betten-Relation ausschließlich die Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie sowie die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, so wird der Fehlbestand sehr viel deutlicher.

In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ist — durchschnittlich — ein Facharzt für die Versorgung von 112,2 Betten zuständig. Während einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Fachkrankenhäusern mit weniger als 100 Betten 45,0 Betten anvertraut sind, sind es in den Fachkrankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten 120,1 Betten.

Die Relation von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Betten ist in den Fachabteilungen (1 : 35,2) wie auch in den psychiatrischen Universitätskliniken (1 : 17,6) sehr viel günstiger.

In den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt ein Facharzt 76,0 Betten und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke beträgt diese Relation 1 : 50,7. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sind in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie nur selten anzutreffen. So ist ein Facharzt für die Versorgung von 257,5 Betten zuständig.

In Heimen und Anstalten versorgt ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie 496,8 Betten.

Der gravierende Mangel an Fachärzten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie wird dadurch noch verstärkt, daß 60 % aller Fachärzte zum Zeitpunkt der Erhebung älter als 50 Jahre alt waren. Der Anteil der über 50jährigen in den Fachabteilungen (34 %) und in den Universitätskliniken (26 %) war sehr viel niedriger.

Hinzu kommt, daß ein erheblicher Teil der Fachärzte in leitenden Funktionen tätig ist und somit an der unmittelbaren Versorgung von Patienten in der Regel nicht beteiligt ist. (Leitende Funktionen üben z. B. Chefärzte, Direktoren der Krankenhäuser und Leiter von Funktionsbereichen aus, soweit ihnen Fachärzte vorstehen.) Der Anteil von Fachärzten in leitenden Funktionen an der Gesamtheit aller Fachärzte beträgt in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 36,5 %, in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 53,9 % und in den psychiatrischen Universitätskliniken 30,4 %.

Von den insgesamt 861 Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie verfügten 79 (9,2 %) über eine abgeschlossene psychotherapeuti-

sche Weiterbildung. Weitere 51 (5,9 %) Ärzte befanden sich noch in psychotherapeutischer Weiterbildung.

Von den 89 Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie in den Fachabteilungen hatten 10 eine abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung. Drei Ärzte befanden sich noch in dieser Weiterbildung.

25 (13,6 %) der insgesamt 184 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in den psychiatrischen Universitätskliniken hatten eine abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung. Weitere 23 (12,5 %) Fachärzte befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in psychotherapeutischer Weiterbildung.

Unter den insgesamt 861 Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie in den Fachkrankenhäusern waren 25 % Frauen. Dagegen betrug deren Anteil an der Gesamtzahl der Fachärzte in den Fachabteilungen 12 % und in den Universitätskliniken 9 %.

37 % der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten, sind weiblichen Geschlechts.

Bei den Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit, die über keine Facharztanerkennung verfügen, beträgt der Anteil an Frauen in den Fachkrankenhäusern 38 % (von insgesamt 685 Ärzten). In den Fachabteilungen ist der Anteil der Frauen bei Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit ohne Facharztanerkennung mit 31 % (von insgesamt 99 Ärzten) niedriger. In den Universitätskliniken sind 21 % von insgesamt 294 Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit ohne Facharztanerkennung weiblichen Geschlechts.

Bemerkungen

Im ganzen gesehen, ist das Angebot von Ärzten, die in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie tätig sind, bezogen auf die Bettenzahl, knapp. Dies trifft insbesondere auf die Zahl der Fachärzte zu, vor allem wenn man berücksichtigt, daß 60 % dieser Fachärzte älter als 50 Jahre sind. Hieraus läßt sich ableiten, daß im Verlaufe der nächsten zehn Jahre ein erheblicher Ersatzbedarf anfallen wird.

Selbst, wenn man berücksichtigt, daß etwa 60 % der Patienten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie/Neurologie als langfristig Untergebrachte (länger als zwei Jahre) nur in beschränktem Umfang einer ärztlichen Betreuung bedürfen, ist die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben in den übrigen Krankenhausbereichen mit den vorhandenen Ressourcen nur schwer zu bewältigen. Dies trifft z. B. dann zu, wenn die Aktivitäten der Fachkrankenhäuser vermehrt auf den ambulanten und extramuralen Sektor verlagert werden sollen.

Eine Entlastung wird sich dann ergeben, wenn es gelingt, den Behindertenbereich durch Gewinnung heilpädagogischer und anderer geeigneter Kräfte zu verselbständigen und vermehrt Mitarbeiter aus den nicht-ärztlichen Bereichen der Sozialarbeit, Psychologie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie etc. zu gewinnen.

2.2.3.2 Psychologen

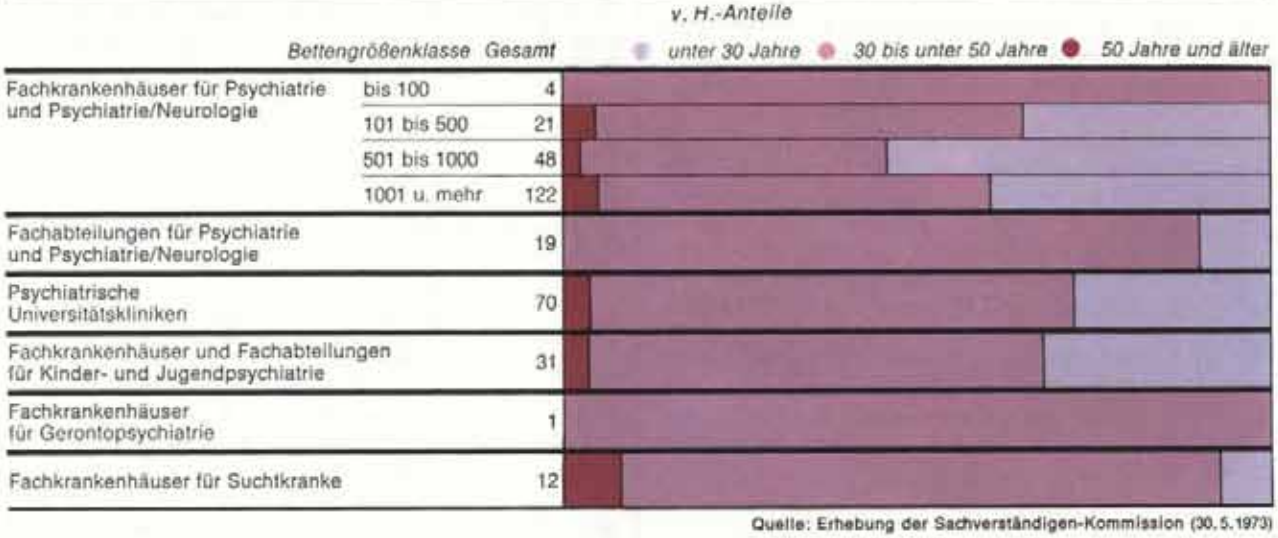
Am 30. Mai 1973 befanden sich in den Einrichtungen, die in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden, insgesamt 374 Psychologen, von denen 46 in Heimen und Anstalten tätig waren. 91,4 % der Psychologen waren Vollzeitbeschäftigte.

Der zahlenmäßig größte Anteil von Psychologen war in den Fachkrankenhäusern (195) und in den Universitätskliniken (70) tätig.

Ermittelt man jedoch, für wieviele Betten im Durchschnitt ein Psychologe zuständig war, so zeigt sich — wie auch bei den Ärzten — eine deutliche Disparität zu ungunsten der psychiatrischen Fachkrankenhäuser.

Abbildung 30

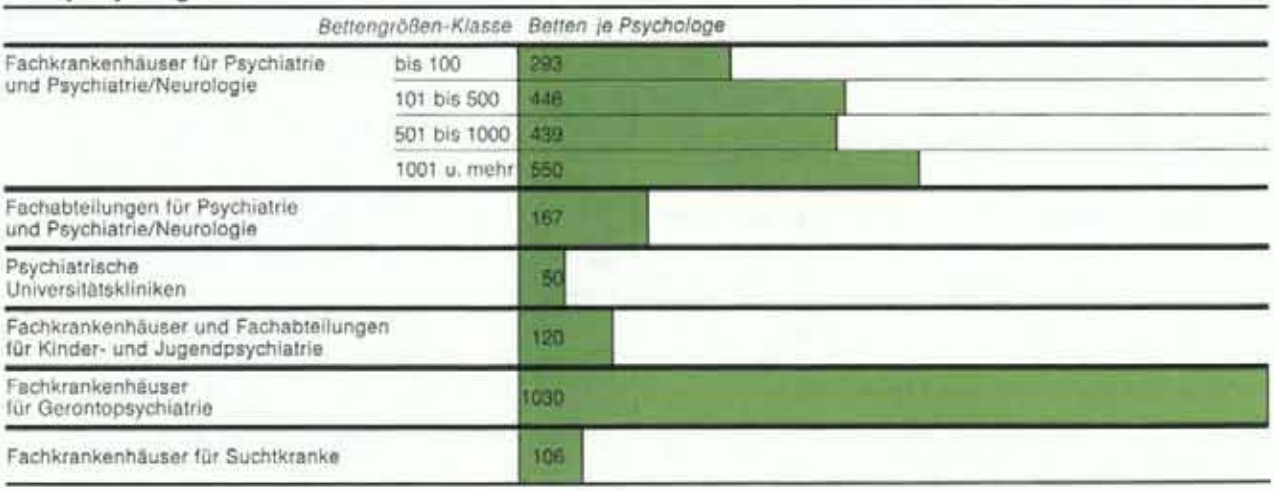
Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Psychologen/Altersgliederung



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Abbildung 31

Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Betten je Psychologe



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Während in den Fachabteilungen (1 : 167) und in den psychiatrischen Universitätskliniken (1 : 50) die Situation relativ günstig ist, zeigt sich, daß in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern durchschnittlich ein Psychologe für 506 Betten zuständig ist. Diese Relation ist in den Fachkrankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten noch ungünstiger; dort kommen auf einen Psychologen durchschnittlich 550 Betten. In den Heimen und Anstalten ist diese Relation noch sehr viel ungünstiger: dort ist ein Psychologe für die Versorgung von 941 Betten zuständig.

Besser ist die Situation dagegen in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo auf einen Psychologen 120 Betten kommen und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke, wo ein Psychologe für 106 Betten zuständig ist.

Ganz anders als bei den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie ist die Altersstruktur bei den Psychologen (vgl. Abbildung 30). In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt der Anteil der unter 30jährigen durchschnittlich 42 %, der über 50jährigen 7 %. Diese Relationen finden sich in etwa auch in den übrigen stationären Einrichtungen.

Während der Anteil an Frauen bei den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie in den Fachkrankenhäusern durchschnittlich bei 25 % lag, ist der Anteil der weiblichen Psychologen sehr viel höher. Durchschnittlich 47 % aller Psychologen in den Fachkrankenhäusern sind weiblichen Geschlechts. Der Anteil der Frauen innerhalb dieser Berufsgruppe ist auch in den übrigen stationären Einrichtungen — im Gegensatz zu dem Anteil weiblicher Fachärzte — auffallend groß.

Von den insgesamt 374 Psychologen hatten 106 (28,3 %) eine Weiterbildung in speziellen psychotherapeutischen Techniken (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie u. a.) erhalten. Darüber hinaus verfügten 36 (9,6 %) Psychologen über eine abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung; weitere 49 (13,1 %) Psychologen durchliefen zur Zeit der Erhebung eine psychotherapeutische Weiterbildung.

52 (13,9 %) Psychologen hatten die Anerkennung als Fachpsychologe für klinische Psychologie durch die Fachgesellschaft erhalten.

Bemerkungen

Angesichts der zahlreichen Studienabgänger im Fach Psychologie ist die Anzahl der in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beschäftigten Psychologen äußerst gering. Eine Verbesserung dieser Situation ist deswegen notwendig, weil die klinischen Psychologen nach entsprechender Einarbeitung und Fortbildung sowie Weiterbildung in gewissen Anteilen den ärztlichen Dienst zu entlasten vermögen.

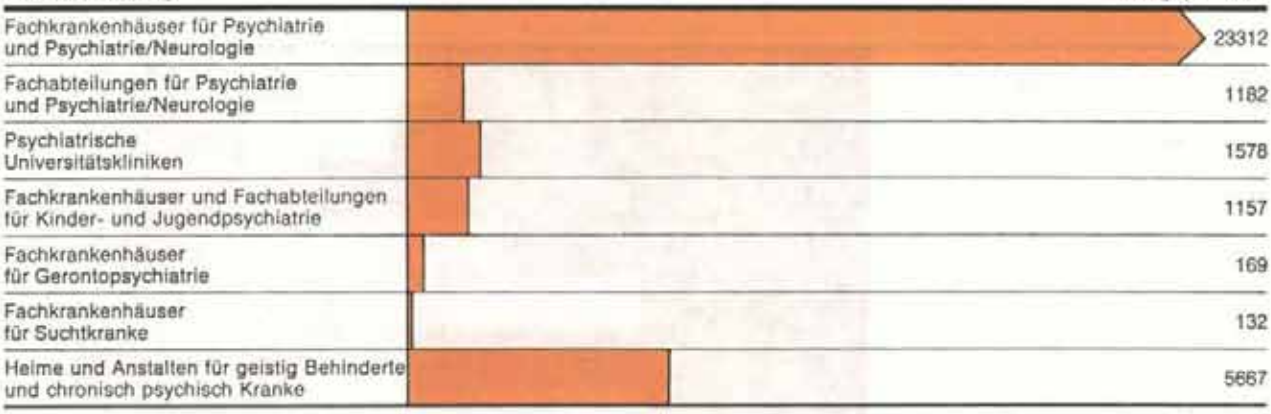
2.2.3.3 Pflegepersonal

In den stationären Einrichtungen, die in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden, befanden sich am 30. Mai 1973 insgesamt 33.197 Pflegepersonen. Von diesen waren 91,4 % Vollzeitbeschäftigte.

Der Anteil des weiblichen Pflegepersonals betrug in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 76 %, in den psychiatrischen Universitätskliniken 63 % und in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 56 %. In den Fachabteilungen und Fachkrankenhäu-

Abbildung 32

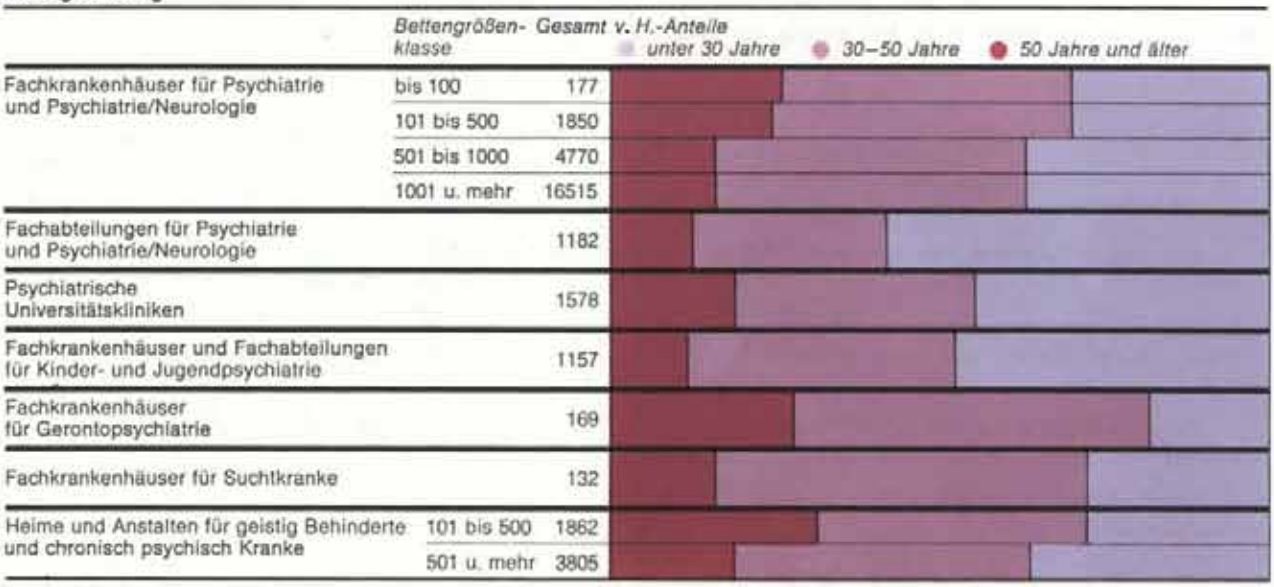
Stationäre psychiatrische Einrichtungen
Verteilung des Pflegepersonals (33 197)



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Abbildung 33

Das Pflegepersonal in den stationären psychiatrischen Einrichtungen
Altersgliederung

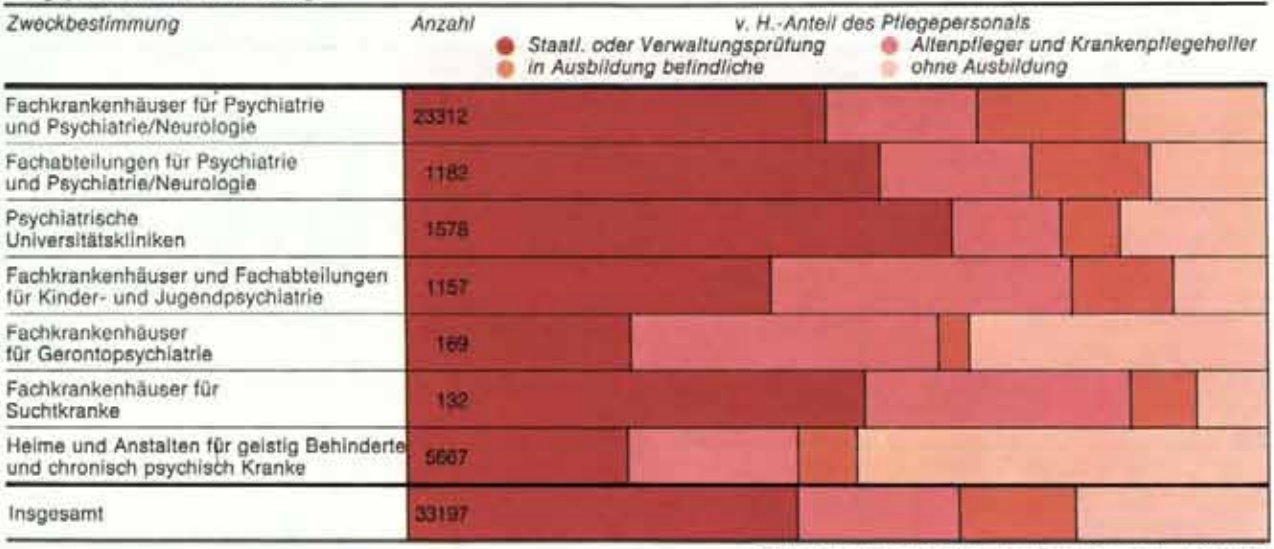


Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

sern für Kinder- und Jugendpsychiatrie betrug der Anteil des weiblichen Pflegepersonals 73 %; in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke waren es 39 %. Ausländisches Pflegepersonal war in den Fachabteilungen (13 %) und in den psychiatrischen Universitätskliniken (8 %) stärker vertreten als in den Fachkrankenhäusern (6 %).

Abbildung 34

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Pflegepersonal nach Ausbildung



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Der Anteil der *Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung* beträgt

in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	42,2 %
in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	51,4 %
in den psychiatrischen Universitätskliniken	61,7 %
in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	39,2 %
in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	42,4 %
in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	23,7 %
in den Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	18,7 %.

Der Anteil der *Krankenpfleger und -schwestern mit verwaltungseigener Prüfung ohne staatliches Krankenpflegeexamen* ist in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit 6,5 % vergleichsweise höher als in den übrigen stationären Einrichtungen.

Der Anteil der *Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung und einer weitergehenden psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung* beträgt in den:

Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	6,0 %
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3,0 %
psychiatrischen Universitätskliniken	13,2 %
Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	5,9 %
Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	9,8 %
Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	1,8 %
Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	2,9 %.

Altenpfleger und Altenpflegerinnnen sind in den Krankenhäusern für Gerontopsychiatrie anteilmäßig mit 9,5 % tätig. In den übrigen stationären Einrichtungen liegt der Anteil der Altenpfleger und Altenpflegerinnen deutlich unter 1 %.

Der Anteil der *Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen* beträgt in den:

Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	17,4 %
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	17,7 %
psychiatrischen Universitätskliniken	12,4 %
Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	34,9 %

Fachkrankenhäusern für Suchtkranke .. 31,1 %

Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie ..... 26,0 %

Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke .. 15,8 %.

Der Anteil des *Pflegepersonals ohne Ausbildung* ist in den Heimen und Anstalten extrem hoch; dort haben 48,8 % des Pflegepersonals keinerlei Ausbildung. Der Anteil des Pflegepersonals ohne Ausbildung ist in den übrigen Einrichtungen dagegen niedriger; in den

Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ..... 17,0 %

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ..... 13,7 %

psychiatrischen Universitätskliniken .... 17,5 %

Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie .. 11,4 %

Fachkrankenhäusern für Suchtkranke .. 8,3 %

Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie ..... 34,9 %.

Insgesamt befanden sich am 30. Mai 1973 14,1 % des *Pflegepersonals in Ausbildung*, und zwar:

Krankenpflegeschüler(innen) ..... 9,1 %

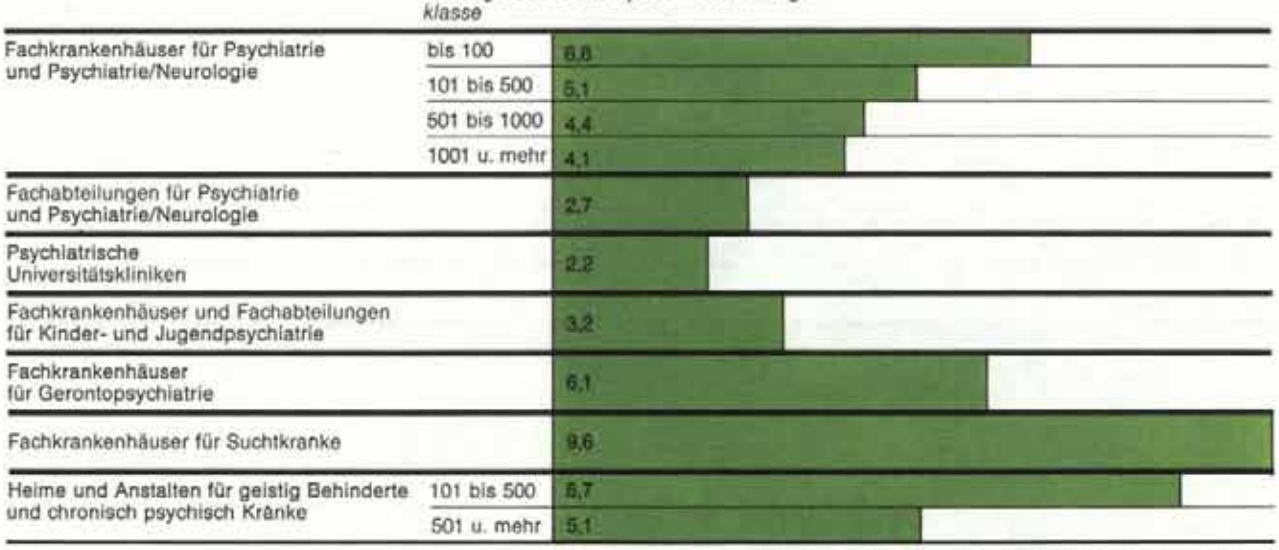
Krankenpflegehelferschüler(innnen) .... 3,0 %

Krankenpflegevorschüler(innen) ..... 2,0 %.

In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt der Anteil derjenigen, die sich in Ausbildung befinden, 16,8 %. Bei 11,0 % handelt es sich um Krankenpflegeschüler(innen), bei 3,2 % um Krankenpflegehelferschüler(innen) und bei weiteren 2,6 % um Krankenpflegevorschüler(innen). Der Anteil der Krankenpflegeschüler(innen) ist in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie vergleichsweise hoch (11,3 %), wohingegen er in den psychiatrischen Universitätskliniken nur 5,2 % beträgt.

Abbildung 35

Das Pflegepersonal in den stationären psychiatrischen Einrichtungen
Betten je Schwester/Pfleger



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Berücksichtigt man jedoch bei einer derartigen Relation nicht diejenigen Pflegepersonen, die über keine Ausbildung verfügen, und Krankenpflegeschüler und Krankenpfleger nicht in vollem Umfang, so verschlechtert sich diese Relation noch. In den übrigen stationären Einrichtungen ist die Relation Betten je Schwester/Pfleger sehr unterschiedlich.

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ..... 2,7 %

psychiatrische Universitätskliniken .... 2,2 %

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... 3,2 %

Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ..... 6,1 %

Fachkrankenhäuser für Suchtkranke .... 9,6 %

Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke .. 6,3 %

Berücksichtigt man bei derartigen Berechnungen ausschließlich das Pflegepersonal mit staatlicher Anerkennung, so ergeben sich weit ungünstigere Relationen. In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie hat eine Pflegekraft mit staatlicher Anerkennung 10,0 Betten zu versorgen, in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 5,2 Betten und in den psychiatrischen Universitätskliniken 3,6 Betten. In den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt eine Pflegekraft mit staatlicher Anerkennnung 8,2 Betten. Eine sehr ungünstige Relation zwischen Pflegekräften mit staatlicher Anerkennung und zu versorgenden Betten zeigt sich in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie (1 : 25,8), in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke (1 : 22,6) und in den Heimen und Anstalten (1 : 33,7).

Bemerkungen

Mit insgesamt 33 197 Pflegepersonen stellt der Bereich des Pflegepersonals die weitaus größte Personalgruppe in der stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter dar. Im Vergleich zum Ausland scheint der Anteil der Teilzeitbeschäftigten relativ gering zu sein; hier könnte ein erhebliches Potential an ausgebildeten Pflegepersonen aktiviert werden.

Die geringe Zahl von Pflegepersonen mit staatlicher Anerkennung insbesondere in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie macht deutlich, daß ein erhebliches Ausbildungsdefizit anzutreffen ist; der Anteil staatlich examinierten Pflegepersonals ist im Bereich der Allgemeinmedizin sehr viel höher. Besonders gravierend ist, daß nur sehr wenige staatlich Examinierte eine psychiatrie-bezogene Weiterbildung absolviert haben.

2.2.3.4 Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, pädagogische Berufe

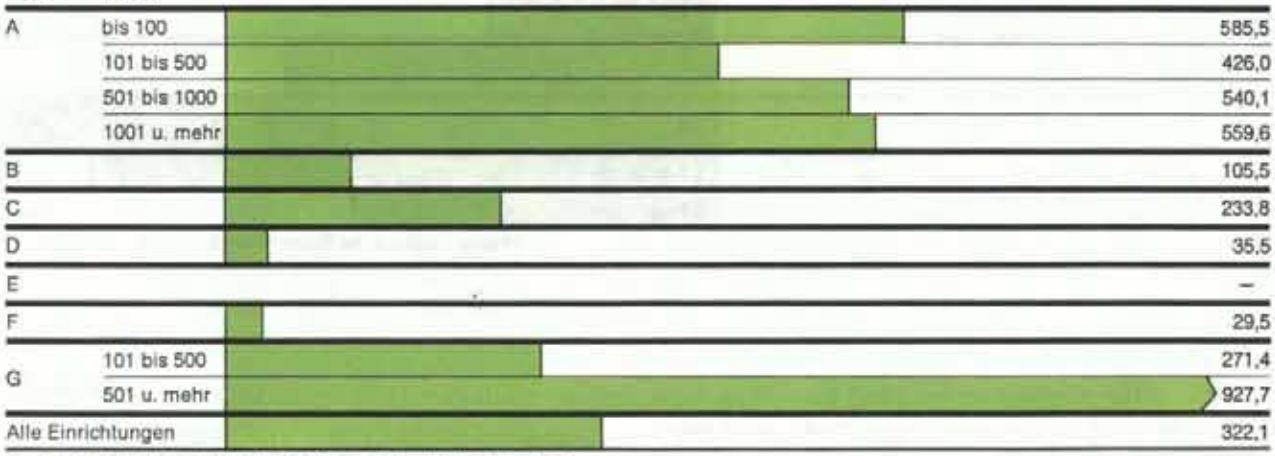
2.2.3.4.1 Sozialarbeiter

Von den 457 Sozialarbeitern, die am 30. Mai 1973 in den stationären Einrichtungen, die in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden, tätig waren, arbeiteten in den

Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	183
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	30
psychiatrischen Universitätskliniken	15
Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	105
Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	43
Heimen und Anstalten	81

Abbildung 36

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Betten je Sozialarbeiter



A = Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
B = Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
C = Psychiatrische Universitätskliniken
D = Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
E = Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie
F = Fachkrankenhäuser für Suchtkranke
G = Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch und psychisch Kranke

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

Durchschnittlich ist in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke ein Sozialarbeiter für die Versorgung von 29,5 Betten zuständig. Relativ günstig ist diese Situation auch in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1 : 35,5). In den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie steht ein Sozialarbeiter für 105,5 Betten zur Verfügung; in den Universitätskliniken sind es 233,8 Betten. Besonders ungünstig ist die Situation in den Heimen und Anstalten, wo ein Sozialarbeiter für die Versorgung von 441,6 Betten zuständig ist, und insbesondere in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie: Dort ist — durchschnittlich — ein Sozialarbeiter für 539,7 Betten zuständig.

Eine Behebung des gravierenden Fehlbedarfs an Sozialarbeitern wird noch zusätzlich dadurch erschwert, daß im Mai 1973 insgesamt nur 80 Sozialarbeiter ihr Berufspraktikum in den stationären Einrichtungen absolvierten. In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie waren von diesen 80 Berufspraktikanten nur 23 tätig.

Neben den Sozialarbeitern, die ein Berufspraktikum absolvierten, waren noch insgesamt 14 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und Sozialpädagogen als Berufspraktikanten tätig. — Nur in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie war am Stichtag ein Psychagoge (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) mit abgeschlossener Berufsausbildung.

2.2.3.4.2 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

Im Mai 1973 arbeiteten in den stationären Einrichtungen, die in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden, insgesamt 1 135 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten mit unterschiedlicher beruflicher Qualifikation:

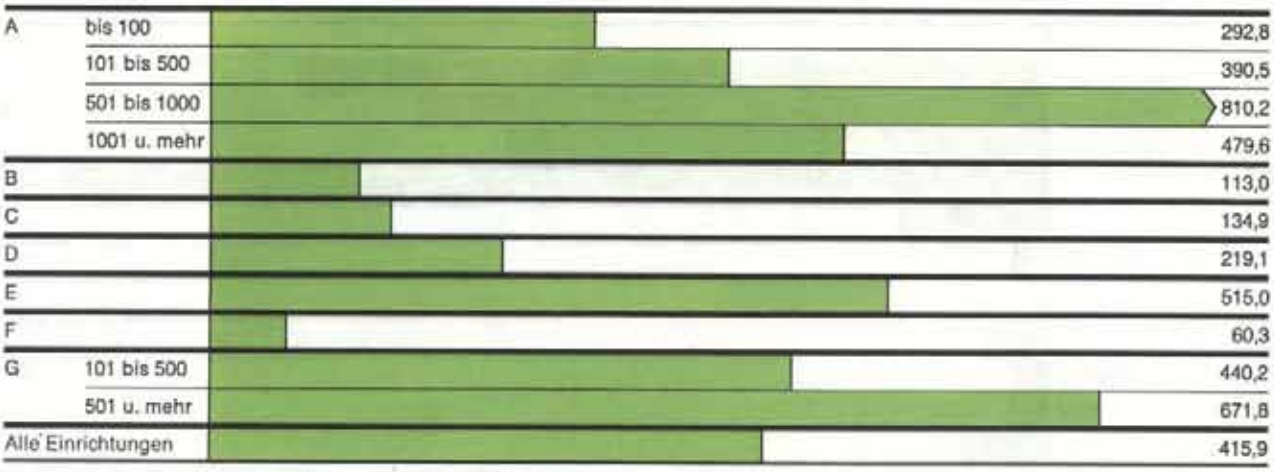
- 20,3 % verfügten über eine abgeschlossene Ausbildung als Beschäftigungstherapeuten (230)
- 8,4 % waren als Berufspraktikanten tätig (95)
- 10,9 % verfügten über eine abgeschlossene Ausbildung als Arbeitstherapeuten (124)
- 58,5 % arbeiteten als angelernte Kräfte im Bereich der Arbeits- und Beschäftigungstherapie (664)

Von den insgesamt 542 Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie waren 26,2 % als Beschäftigungstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung tätig. Der Anteil der Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, die als angelernte Kräfte arbeiteten, betrug in den Fachkrankenhäusern 52,6 %.

Während in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie wie auch in den Universitätskliniken der Anteil der Beschäftigungstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung sehr hoch ist (66,0 % bzw. 59,6 %), ist der Anteil der angelernten Kräfte auffallend gering (8,5 % bzw. 17,0 %).

Abbildung 37

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Betten je Beschäftigungs-, Arbeitstherapeuten (mit abgeschlossener Ausbildung)



A = Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
B = Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
C = Psychiatrische Universitätskliniken
D = Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
E = Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie
F = Fachkrankenhäuser für Suchtkranke
G = Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch und psychisch Kranke

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

Dagegen ist die Relation zwischen ausgebildeten und angelernten Kräften in den Heimen und Anstalten sehr viel ungünstiger. Von den insgesamt 406 tätigen Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten verfügten nur 6,9 % über eine abgeschlossene Ausbildung als Beschäftigungstherapeuten, wohingegen 79,6 % als angelernte Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten tätig sind.

Bezieht man auch die angelernten Kräfte in diesen Bereich ein, so ergibt sich, daß in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ein Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeut für die Versorgung von 182,2 Betten zuständig ist. Diese Relation ist in den Heimen und Anstalten mit 1 : 88,1 relativ günstiger.

Berücksichtigt man jedoch bei dieser Berechnung ausschließlich die Beschäftigungstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung, so zeigt sich, daß in den Heimen und Anstalten auf einen Beschäftigungstherapeuten 1 277,4 Betten kommen. Die Relation in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beträgt 1 : 695,5. Relativ gut ist dagegen die Situation in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie (1 : 102,1), den psychiatrischen Universitätskliniken (1 : 125,3) und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke (1 : 115,2).

2.2.3.4.3 Pädagogische Berufe

Am 30. Mai 1973 befanden sich in den stationären Einrichtungen, die in die Erhebung einbezogen wurden, insgesamt 2 122 Pädagogen, Sozialpädagogen, Heilpädagogen oder pädagogische Hilfskräfte. Etwa ein Drittel dieses pädagogischen Personals hatte eine qualifizierte Ausbildung:

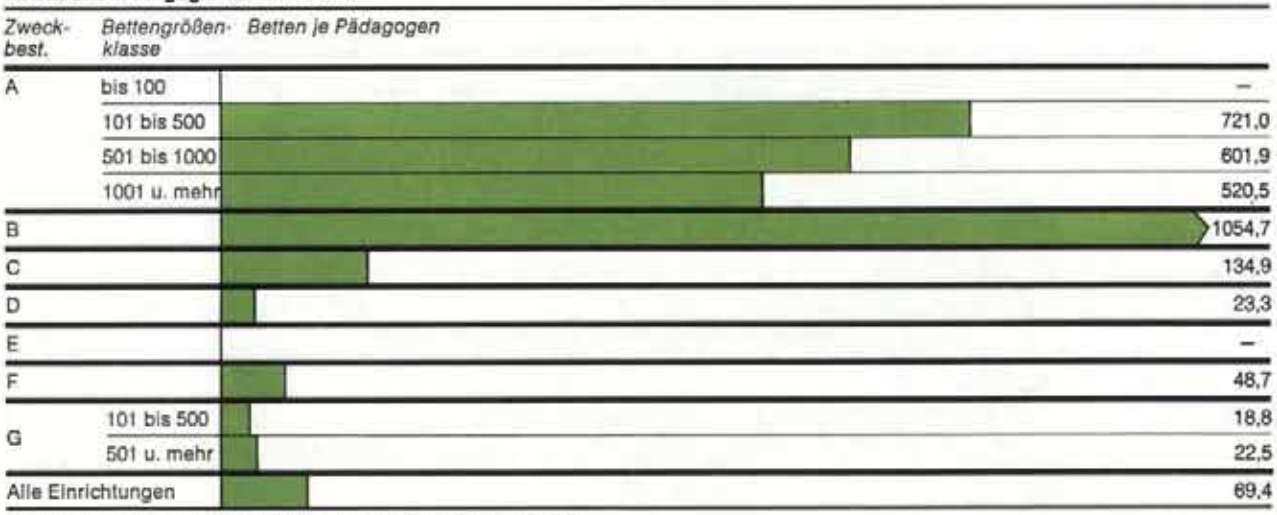
Pädagogen, Lehrer	17,2 %
Sozialpädagogen, Jugendleiter	11,5 %
Heilpädagogen mit abgeschlossener Ausbildung	4,6 %
pädagogische Hilfskräfte ohne oder mit anderweitiger Fachausbildung	66,8 %

Über 80 % des pädagogischen Personals ist in Heimen und Anstalten tätig. Weitere 8,3 % arbeiten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und 7,5 % in den Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Rein rechnerisch ergibt sich — ungeachtet der jeweiligen Qualifikation des pädagogischen Personals — eine Relation zwischen pädagogischem Personal und zu versorgenden Betten, wie sie in Abbildung 38 dargestellt ist.

Abbildung 38

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung Betten und Pädagogisches Personal



A = Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
B = Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
C = Psychiatrische Universitätskliniken
D = Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
E = Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie
F = Fachkrankenhäuser für Suchtkranke
G = Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch und psychisch Kranke

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

2.2.3.4.4 Bemerkungen

Die Tatsache, daß im Bereich der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie durchschnittlich ein Sozialarbeiter für 540 Betten zur Verfügung steht, zeigt einen katastrophalen Mangel an. Dieser fällt besonders ins Auge, wenn man bedenkt, daß sich die Anzahl von Sozialarbeitern mit abgeschlossener Ausbildung in den letzten Jahren sprunghaft erhöht hat. Die Schwierigkeit, das reichliche Angebot von Sozialarbeitern in den Gesundheitsdienst — insbesondere in die psychiatrischen Krankenhäuser — zu lenken, hängt einerseits mit den Besonderheiten der Fachhochschulausbildung, andererseits damit zusammen, daß die stationären psychiatrischen Einrichtungen dem heutigen Typus des Sozialarbeiters in der Regel kein seinen Bedürfnissen entsprechendes Arbeitsangebot machen können.

Die Verhältnisse bei den Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten stellen sich nicht besser dar, auch hier ist der Fehlbedarf erheblich. Das mangelnde Angebot von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten hängt mit der Tatsache zusammen, daß es in der Bundesrepublik Deutschland bislang nur sieben Ausbildungsstätten gibt. Es ist dringend erforderlich, die Ausbildungskapazität erheblich auszuweiten.

Beide Berufsgruppen sind für die Entwicklung einer rehabilitativ eingestellten Krankenhaus-Psychiatrie von entscheidendem Belang.

In den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen gibt es seit einigen Jahren eine staatlich anerkannte Ausbildung zum Heilerzieher und zum Heilerziehungshelfer. Entsprechende Berufsbilder in den übrigen Bundesländern sind dringend notwendig, damit in ausreichendem Maße qualifiziertes Personal für den pädagogischen Bereich herangebildet werden kann.

2.2.3.4.5 Freiwillige Mitarbeiter

Im Mai 1973 waren in 52 von insgesamt 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie freiwillige Mitarbeiter tätig. Das heißt, in 40 % aller Fachkrankenhäuser war die Mitwirkung von Laien realisiert. In einem Viertel der Fachkrankenhäuser, in denen freiwillige Mitarbeiter tätig sind, wurde die Arbeit von seiten des Krankenhauses nicht organisiert.

Nach Angaben der Fachkrankenhäuser waren etwa 1 490 freiwillige Mitarbeiter tätig. Der größte Teil der Mitarbeiter kam häufig in die Krankenhäuser. Nur 16 % kamen ein- bis zweimal im Jahr. Weitere 24 % kamen etwa einmal im Monat. Die übrigen freiwilligen Mitarbeiter (60 %) boten ihre Hilfe mehrmals im Monat an.

Freiwillige Mitarbeiter sind nur in fünf der insgesamt 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und nur in sieben der insgesamt 23 psychiatrischen Universitätskliniken tätig. Die in diesen Einrichtungen tätigen freiwilligen Mitarbeiter suchen Patienten nicht so häufig auf, wie es in den Fachkrankenhäusern geschieht. So kommen nur 45 % der freiwilligen Mitarbeiter in den Fachabteilungen und nur 36 % der freiwilligen Mitarbeiter in den psychiatrischen Universitätskliniken mehrmals im Monat dorthin.

In 33 der insgesamt 93 Heime und Anstalten sind freiwillige Mitarbeiter tätig. In nur neun dieser Einrichtungen wird der Einsatz der freiwilligen Mitarbeiter von den Heimen bzw. Anstalten organisiert. Im Gegensatz zu den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ist die Häufigkeit des Einsatzes von freiwilligen Mitarbeitern in den Heimen und Anstalten noch sehr gering. Nur weniger als 20 % der freiwilligen Mitarbeiter kommen mehr als einmal im Monat.

Bemerkungen

Es ist erfreulich festzustellen, daß an 40 % aller Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie freiwillige Mitarbeiter tätig sind. Die Laienhilfe hat sich in vielfacher Hinsicht bewährt und es ist zu vermuten, daß in den vergangenen Jahren seit der Stichtagserhebung die Zahl der insgesamt 2 785 freiwilligen Mitarbeiter weiter angestiegen ist. Diese Entwicklung sollte, wo immer möglich, gefördert werden.

Bedauerlich ist allerdings, daß sich der Einsatz von Laienhelfern in Heimen und Anstalten offenbar noch nicht entscheidend durchgesetzt hat, obgleich dieses Tätigkeitsfeld für die freiwillige Mithilfe von Laien besonders geeignet erscheint.

2.2.4 Arbeits- und Beschäftigungstherapie

2.2.4.1 Beschäftigungstherapie

Im Mai 1973 nahmen 10,2 % (9 630) aller Patienten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie an der Beschäftigungstherapie teil. Während der Anteil derjenigen Patienten, die in der Beschäftigungstherapie waren, in den Fachkrankenhäusern mit weniger als 500 Betten 24,4 % betrug, war der Anteil in den Fachkrankenhäusern mit 501 und mehr Betten sehr viel geringer; hier waren es 8,5 %.

Anteilmäßig waren in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie sowie in den Universitätskliniken jeweils 23,6 % bzw. 24,1 % aller Patienten in der Beschäftigungstherapie.

In den Heimen und Anstalten sind 11 % von insgesamt 35 064 Patienten und Behinderten in der Beschäftigungstherapie gewesen.

2.2.4.2 Arbeitstherapie

Im Gegensatz zur Beschäftigungstherapie befinden sich in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie wie auch in den Heimen und Anstalten ungleich mehr Patienten in Arbeitstherapie. Während es in den Heimen und Anstalten 33,2 % sind, beträgt dieser Anteil in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 40,7 %.

Der Anteil derjenigen Patienten, die sich in Arbeitstherapie befanden, war je nach Trägerschaft in den

Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie unterschiedlich:

öffentliche Trägerschaft ..... *43,6 %* (33 352)

freigemeinnützige Trägerschaft .. *30,2 %* (3 951)

private Trägerschaft ..... *23,0 %* (1 061).

62 (2,1 %) Patienten in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie und 134 (4,3 %) Patienten in den psychiatrischen Universitätskliniken waren arbeitstherapeutisch eingesetzt.

Das Gros der in der Arbeitstherapie befindlichen Patienten ist in der anstaltseigenen Arbeitstherapie eingesetzt: Dieser Anteil beträgt in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 67 % und in den Heimen und Anstalten 64 %.

Bezogen auf die Gesamtheit der in der Arbeitstherapie beschäftigten Patienten beträgt der Anteil derjenigen, die industrielle Auftragsarbeit verrichten, in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 30 % und in den Heimen und Anstalten 33 %. Der Anteil derjenigen Patienten, die Arbeiten in Betrieben außerhalb des Krankenhauses verrichten, ist in allen Einrichtungen mit etwa 3 % sehr gering.

2.2.4.3 Bemerkungen

Daß 41 % aller Patienten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in der Arbeitstherapie tätig sind, zeigt zwar eine beträchtliche Aktivität.

Ob diese Aktivität jedoch immer den Erfordernissen einer modernen Arbeitstherapie — wie sie etwa in einer Werkstatt für Behinderte gefordert und praktiziert wird — entspricht, muß dahingestellt bleiben, wenn man sich vergegenwärtigt, daß 67 % der arbeitstherapeutisch beschäftigten Patienten in anstaltseigenen Betrieben eingesetzt werden.

2.2.5 Ausgewählte Daten zur Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser

2.2.5.1 Betriebene Betten nach dem Baualter der Gebäude

Die insgesamt 98 757 Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden sich im Mai 1973 in Gebäuden unterschiedlichen Baualters:

31,1 % in Gebäuden aus der Zeit vor 1900

31,1 % in Gebäuden aus der Zeit von 1900 bis 1925

11,0 % in Gebäuden aus der Zeit von 1926 bis 1950

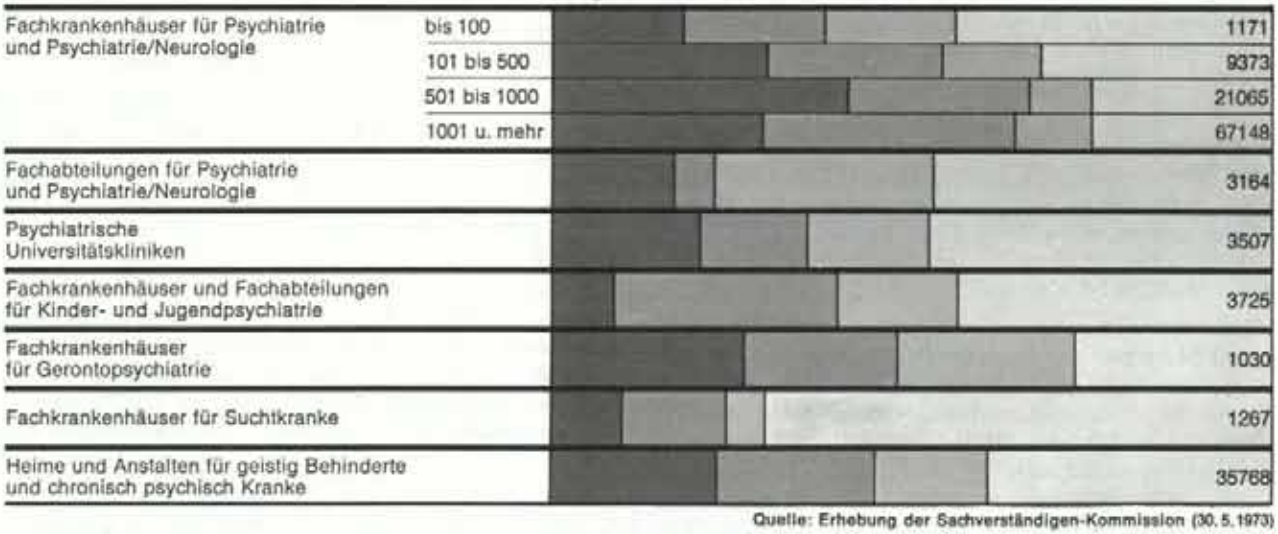
26,8 % in Gebäuden aus der Zeit nach 1950.

Aus diesen Durchschnittswerten wird nicht ersichtlich, daß der Anteil der betriebenen Betten in Fachkrankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen nach dem Baualter der Gebäude, in denen diese Betten stehen, variiert:

bis 100 Betten — *37,6 %* der betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925

Abbildung 39

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Betten nach Gebäudealter (Gesamt 147218)



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30. 5. 1973)

101 bis 500 Betten	53,2 %	der betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925
501 bis 1 000 Betten	65,6 %	der betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925
1 001 und mehr Betten	62,7 %	der betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925

Die kleineren Krankenhäuser ähneln in der Zusammensetzung nach dem Baualter ihrer Gebäude weitgehend den Fachabteilungen und den Universitätskliniken. In den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie sind 21,2 % aller Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925; in den Universitätskliniken sind es 35,1 %.

Ebenfalls günstiger als in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ist die Relation der betriebenen Betten nach dem Baualter der Gebäude in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke. Der Anteil der betriebenen Betten in Gebäuden, die vor 1925 errichtet wurden, beträgt 38,9 % bzw. 24,0 %. 44,6 % bzw. 70,6 % aller betriebenen Betten in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke stehen in Gebäuden, die nach 1950 errichtet worden sind.

In den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie befinden sich 47,4 % aller betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit vor 1925. In den Heimen und Anstalten beträgt dieser Anteil 44,5 %. Der Anteil der Betten, die in den Heimen und Anstalten in Gebäuden stehen, die nach 1950 errichtet wurden, ist mit 39,6 % sehr viel höher als in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie, wo nur 26,8 % aller betriebenen Betten in Gebäuden aus der Zeit nach 1950 stehen.

Bemerkungen

Die deutliche Überalterung der Bausubstanz der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie geht daraus hervor, daß durchschnittlich 62 % aller betriebenen Betten in Gebäuden stehen, die älter als 50 Jahre sind.

Aus diesem Sachverhalt läßt sich entnehmen, daß beträchtliche Investitionen aufzubringen sind, um die veraltete Bausubstanz mit häufig ungeeigneten Grundrissen durch Ersatzbauten abzulösen. Bautätigkeiten dieser Art dürfen allerdings die beabsichtigte Reduzierung der Bettenkapazitäten der psychiatrischen Krankenhäuser nicht beeinträchtigen.

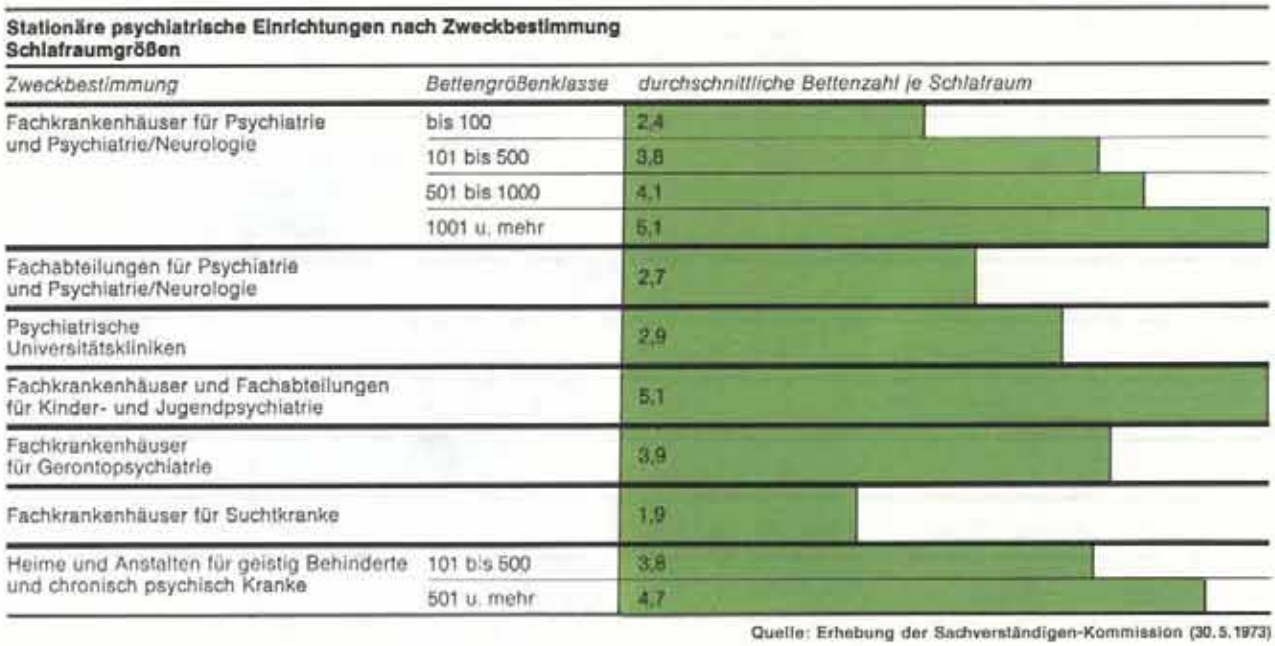
In den anderen stationären Einrichtungen ist der Anteil der betriebenen Betten, die in Gebäuden stehen, welche nach 1926 errichtet wurden, sehr viel größer.

2.2.5.2 Schlafräume

Im Mai 1973 befanden sich die insgesamt 98 757 Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in 21 328 Schlafräumen. Rein rechnerisch ergibt sich somit, daß in einem Schlafraum durchschnittlich 4,6 Betten stehen. Durch-

Abbildung 40

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung Schlafraumgrößen



Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

schnittlich befinden sich in den Fachkrankenhäusern mit

bis 100 Betten ..... 2,4 Betten/Schlafraum
101 bis 500 Betten ..... 3,8 Betten/Schlafraum
501 bis 1 000 Betten ..... 4,1 Betten/Schlafraum
1 001 und mehr Betten .... 5,1 Betten/Schlafraum

In den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie wie auch in den Universitätskliniken stehen durchschnittlich weniger Betten in einem Raum. In den Fachabteilungen sind es 2,7 und in den psychiatrischen Universitätskliniken 2,9 Betten pro Schlafraum.

In den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie befinden sich durchschnittlich 5,1 Betten in einem Raum. In den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke stehen durchschnittlich 3,9 bzw. 1,9 Betten in einem Raum.
In den Heimen und Anstalten befinden sich durchschnittlich 4,2 Betten in einem Schlafraum. Während in den Heimen und Anstalten mit weniger als 500 Betten durchschnittlich 3,8 Betten in einem Raum stehen, sind es in den Heimen und Anstalten, die über mehr als 500 Betten verfügen, durchschnittlich 4,7 Betten pro Schlafraum.

Die Tatsache, daß in psychiatrischen Krankenhäusern größere Schlafräume vorgehalten werden als in anderen Krankenhäusern, wird über diese Durchschnittswerte hinaus dadurch verdeutlicht, daß beispielsweise in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie nur 54 % der vorgehaltenen Schlafräume ein bis drei Betten haben. In weiteren 38 % aller Schlafräume stehen vier bis zehn Betten und in weiteren 8 % aller Schlafräume in psychiatrischen Fachkrankenhäusern sind mehr als 11 Betten anzutreffen.

Die Zahl der Betten korrelliert sehr stark mit der Bettengrößenklasse der jeweiligen Krankenhäuser. Der Anteil der Schlafräume, die über ein bis drei Betten verfügen, beträgt in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit

bis 100 Betten ..... 83 %
101 bis 500 Betten ..... 69 %
501 bis 1 000 Betten ..... 59 %
1 001 und mehr Betten ..... 49 %.

In den großen psychiatrischen Krankenhäusern verfügen 41 % aller Schlafräume über vier bis zehn Betten und 10 % aller Schlafräume haben mehr als 11 Betten.

Bemerkungen

Noch immer befinden sich in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie Schlafräume, in denen mehr als 10, ja sogar mehr als 20 Betten aufgestellt sind. Wenn man bedenkt, daß der heutige Durchschnittsstandard im Krankenhaus von zwei bis höchstens drei Bettenzimmern ausgeht, wird die Rückständigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser in bezug auf Ausstattung und Unterbringungsform gravierend deutlich. Naturgemäß hängt dieser Befund mit der zuvor abgehandelten, hochgradig überalterten Gebäudestruktur zusammen.

2.2.5.3 Art der Stationen

Im Mai 1973 befanden sich 54,0 % aller Betten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psych-

Abbildung 41

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung
Betten nach Stationsart

Zweckbestimmung	Bettengrößenklasse	*Anzahl Betten Gesamt*	*Anzahl Betten Gesamt*	*v. H.-Anteil der Betten je Stationsart* ○ *geschlossen* ● *halboffen* ○ *offen*
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	bis 100	1171		
	101 bis 500	9373		
	501 bis 1000	21065		
	1001 u. mehr	67148		
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie		3164		
Psychiatrische Universitätskliniken		3507		
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie		3725		
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie		1030		
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke		1267		
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke		35768		

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission (30.5.1973)

iatrie/Neurologie in sogenannten geschlossenen Stationen. 17,6 % der Betten waren in sogenannten halboffenen Stationen und 28,4 % aller Betten standen in sogenannten offenen Stationen.

Der Anteil der offenen Stationen ist in den Fachkrankenhäusern verschiedener Bettengrößenklassen sehr unterschiedlich:

bis 100 Betten	60,2 %
101 bis 500 Betten	41,7 %
501 bis 1 000 Betten	32,2 %
1 001 und mehr Betten	25,0 %.

Grundlegend anders ist die Situation in den Fachabteilungen und in den Universitätskliniken. Dort sind nur 15,4 % bzw. 28,2 % aller Betten in geschlossenen Stationen. Der Anteil an Betten, die in offenen Stationen stehen, ist in den Fachabteilungen mit 75,5 % deutlich höher als in den Universitätskliniken, wo nur 56,2 % aller vorgehaltenen Betten in sogenannten offenen Stationen anzutreffen sind.

In den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind 58,3 %, in den Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie 56,6 % und in den Fachkrankenhäusern für Suchtkranke 84,9 % aller Betten in offenen Stationen anzutreffen. In den Heimen und Anstalten sind 70,3 % aller Betten in sogenannten offenen Stationen.

Bemerkungen

Die Möglichkeit der Öffnung von psychiatrischen Stationen wird von mehreren Faktoren bestimmt. Insbesondere spielt die personelle Besetzung eine Rolle, aber auch Art und Schweregrad der zu behandelnden psychiatrischen Krankheiten. Deswegen können Fachabteilungen mit einem relativ guten Personalschlüssel und meist leichten Fällen einen hohen Prozentsatz ihrer Stationen offen führen. Dennoch ist anzustreben, daß auch in den psychiatrischen Krankenhäusern der Anteil von 54 % geschlossener Stationen mit der Zeit angemessen reduziert werden kann.

2.2.6 Betriebene Außenfürsorge

Am Stichtag (30. Mai 1973) betrieben 50 % der insgesamt 130 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie Außenfürsorge.

In den Fachkrankenhäusern verschiedener Bettengrößenklassen wurde Außenfürsorge in sehr unterschiedlichem Umfang betrieben:

bis 100 Betten	*9,5 %* (2 von 21 Krankenhäusern)
101 bis 500 Betten	*32,4 %* (12 von 37 Krankenhäusern)
501 bis 1 000 Betten	*53,6 %* (15 von 28 Krankenhäusern)
1 001 und mehr Betten	*81,8 %* (36 von 44 Krankenhäusern).

Diese Daten lassen deutlich erkennen, daß die meisten psychiatrischen Großkrankenhäuser Außenfürsorge betreiben. Diesen Daten kann jedoch nicht entnommen werden, in welchem Umfang dies jeweils geschieht.

2.3 Gegenwärtige Situation in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung

2.3.1 Vorbemerkungen

Zur Ermittlung der Anzahl der in der fachpsychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung tätigen Personen standen folgende Angaben zur Verfügung:

1. Das Mitgliederverzeichnis *) der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (Stand Dezember 1974). In ihm sind alle Fachpsychotherapeuten (Ärzte und Diplom-Psychologen) aufgeführt, die an einem der 18 Weiterbildungsinstitute der DGPPT eine psychotherapeutische Weiterbildung abgeschlossen haben.
2. Das Mitgliederverzeichnis *) der Vereinigung Deutscher Psychagogen e. V. (Stand Mai 1975). In diesem Register sind diejenigen Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) geführt, die an einem der 11 Weiterbildungsinstitute der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie die Weiterbildung abgeschlossen haben.
3. Das Ergebnis einer Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier wurden alle an der kassenärztlichen psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Ärzte ermittelt.
4. Die Zahl der verhaltens- oder gesprächstherapeutisch weitergebildeten Psychologen oder Ärzte konnte nicht verläßlich ermittelt werden.
5. Durch eine weitere Erhebung wurden die psychotherapeutisch/psychosomatischen stationären Einrichtungen (Krankenhäuser und Abteilungen) ermittelt.

2.3.2 Anzahl der Fachpsychotherapeuten

2.3.2.1 Fachpsychotherapeuten für Erwachsene

a) Ärzte und Psychologen mit Institutsweiterbildung (DGPPT-Mitglieder, Stand Dezember 1974)	566
b) Weitere an der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung beteiligte Ärzte (Stand Oktober 1973)	697
Summe aller Fachpsychotherapeuten	1 263

*) Aus dem Mitgliederverzeichnis ist nicht erkennbar, wieviele Therapeuten aus Alters- oder sonstigen Gründen *nicht* an der Krankenversorgung teilnehmen.

c) Weiterbildungskandidaten an den Instituten der DGPPT (Ärzte und Psychologen mit Therapieerlaubnis, geschätzt) 450

d) Weitere Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" befinden (mit Behandlungserlaubnis) 250

Summe aller in der Weiterbildung befindlichen Fachpsychotherapeuten 700

Der Anteil der Psychologen an der Zahl der unter a) und c) aufgeführten Fachpsychotherapeuten beträgt zur Zeit ca. 30 %. Die Tendenz ist hier steigend.

Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie an der Zahl der ärztlichen Fachpsychotherapeuten beträgt zur Zeit ca. 50 %.

2.3.2.2 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

a) Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) mit abgeschlossener Weiterbildung (Stand Mai 1975) 286

b) Weiterbildungskandidaten an den Instituten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (mit Behandlungserlaubnis, Stand Mai 75) .. 309

2.3.3 Derzeitiger Stand der ambulanten fachpsychotherapeutischen Versorgung Erwachsener

2.3.3.1 Vorbemerkungen

Die ambulante psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung wird zum größten Teil von in freier Praxis tätigen Fachpsychotherapeuten getragen. Daneben gibt es zur Zeit an etwa 11 Orten Polikliniken oder poliklinik-ähnliche psychotherapeutisch/psychosomatische Ambulanzen. Der größte Teil der psychotherapeutischen Behandlungen wird seit Inkrafttreten der Kassenregelung 1968 von den RVO- bzw. Ersatzkassen getragen. Insgesamt wurden im Jahr 1973 von den RVO- und Ersatzkassen 8 453 Anträge auf Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Behandlungen genehmigt (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Zahlenmäßige Entwicklung der leistungspflichtigen Psychotherapie der RVO- und Ersatzkassen seit Inkrafttreten der jeweiligen Vereinbarungen — Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1974) [1] —

Zeitraum	Zahl der Anträge	davon Fortführungsfälle	genehmigte Anträge	Einzeltherapie *)	Gruppentherapie *)
1	2	3	4	5	
		RVO Kassen IV/67-1973			
IV/67	17	?	15	15	2
1968	660	32	525	623	62
1969	757	129	626	711	69
1970	835	208	715	742	134
1971	1 018	254	862	842	262
1972	1 134	282	1 000	862	336
1973	1 671	436	1 528	1 294	477
		Ersatzkassen II/71-1973			
II/71 bis IV/71	4 326	1 617	3 481	3 573	1 173
1972	7 122	2 121	6 006	5 744	1 908
1973	7 803	2 764	6 925	6 024	2 212

*) Hierbei handelt es sich um die beantragten (nicht genehmigten) Fälle von Einzel- und Gruppentherapie. Die Summe der unter 5 genannten Zahlen ist größer als die unter 2 genannte Zahl der Anträge, da es sich in manchen Fällen um kombinierte Behandlungen handelt.

[1]) zitiert nach M. Bauer, in: Psychiatrische Praxis 1, 1975

Die Kassen zahlen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, wobei folgende Indikationsgebiete Anwendung finden, jedoch nur insoweit und so lange, als aktuelle Störungen vorliegen:

a) Psychoreaktive seelische Störungen von aktuellem Krankheitswert (z. B. Angstneurosen, Phobien, reaktive Verstimmungszustände),

b) Konversions-Organneurosen,

c) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie (zitiert nach Bauer, 1975).

Die wesentlichsten der in der ambulanten Versorgung angewandten psychotherapeutischen Verfahren sind:

a) Psychoanalyse,

b) analytisch und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (z. B. dynamische Psychotherapie),

c) Gesprächstherapie,

d) Verhaltenstherapie,

e) andere Verfahren (z. B. Psychodrama, Gestalttherapie, Primärtherapie, Entspannungs- und Suggestionstherapien wie Autogenes Training und Hypnose etc.).

Fast alle diese Verfahren werden heute sowohl als Einzeltherapie wie als Gruppentherapie in verschiedenen Modifikationen angewandt. Zu nennen wären insbesondere die analytische Kurz- oder Fokaltherapie und die Ehepaartherapie, verschiedene Formen von Familientherapie und die in vielfältiger Weise entwickelten gruppentherapeutischen Techniken.

Der Anteil der jeweilig angewandten Methoden an der Praxis des Psychotherapeuten hängt neben der patientenbezogenen Indikationsstellung im wesentlichen von der theoretischen Ausrichtung und der Ausbildung des Fachpsychotherapeuten ab.

Die Frequenz bei psychoanalytischer Behandlung beträgt zwischen 2 und 4 Wochenstunden, bei einer Gesamtdauer von 150 bis 300 Stunden. Die Dauer einer analytisch orientierten Psychotherapie beträgt 30 bis 150 Stunden bei ein bis zwei Wochenstunden. Eine analytische Gruppenpsychotherapie erstreckt sich meist über 80 bis 150 Doppelstunden, die Sitzungen werden ein- bis zweimal in der Woche abgehalten mit bis zu 8 Teilnehmern. Diese Werte beziehen sich auf die Erfahrungen bei der Kassenabrechnung der genannten Behandlungsformen.

Über den Anteil der Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie an der Versorgung können zur Zeit noch keine verläßlichen Angaben gemacht werden.

Die Familientherapie befindet sich in Deutschland erst an wenigen Orten (vor allem in Gießen und Heidelberg) in der Entwicklung.

Bei den „anderen Verfahren" ist eine Einschätzung zur Zeit unmöglich, sowohl was deren quantitativen Anteil an der Versorgung psychisch Kranker betrifft, als auch hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Verfahren und der Qualifikation derjenigen, die sie anwenden.

2.3.3.2 Der niedergelassene Psychotherapeut

Die weit überwiegende Zahl der Fachpsychotherapeuten für Erwachsene arbeitet in eigener freier Praxis und trägt somit den Hauptteil der ambulanten psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung. Zu der Gruppe der Fachpsychotherapeuten mit Institutsweiterbildung zählen 70 % Ärzte (davon 50 % gleichzeitig Fachärzte für Psychiatrie) und 30 % Psychologen. Die zuletzt genannte Gruppe nimmt auf dem Delegationsweg Anteil an der Kassenversorgung.

Es ist vor allem bei den Trägern der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" schwer abzuschätzen, welchen Anteil die fachpsychotherapeutische Tätigkeit gegenüber z. B. neuropsychiatrischen, internistischen oder sonstigen der jeweiligen Facharztbezeichnung entsprechenden Aufgaben hat.

Die zur Anwendung kommenden psychotherapeutischen Methoden differieren je nach Ausrichtung des Therapeuten. Als Anhalt kann eine Stichprobenerhebung unter 52 Mitgliedern des Instituts für Psychotherapie in Berlin gelten: Im Februar 1974 wurden von 52 Fachpsychotherapeuten mit Institutsweiterbildung folgende Behandlungen in freier Praxis an Erwachsenen durchgeführt:

Tabelle 5

Behandlungsmethoden	Zahl der Patienten	%
Psychoanalyse	304	*36*
analytisch orientierte Psychotherapie + Kurztherapie + Betreuung	231	*28*
analytische Gruppentherapie	305	*36*
Summe ...	840	*100*

2.3.3.3 Poliklinische psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen

Obwohl poliklinische Einrichtungen für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung eine bis in die zwanziger Jahre zurückreichende Tradition haben (1921 wurde in Berlin die Poliklinik des Berliner psychoanalytischen Instituts gegründet, die bis 1933 arbeitete), ist ihre Zahl bis heute klein geblieben.

Lediglich an einigen wenigen Orten sind poliklinische Einrichtungen nach dem Krieg entstanden, die sich nach ihrer Organisationsform wie folgt unterscheiden lassen:

1. Polikliniken an psychotherapeutisch/psychosomatischen Universitätskliniken oder Abteilungen:

z. B. Heidelberg, Gießen, Ulm, München, Freiburg.

2. Polikliniken an Weiterbildungsinstituten, die vom jeweiligen Bundesland getragen bzw. mitfinanziert werden: z. B. Frankfurt, Hamburg und Stuttgart.

3. Ganz besondere Erwähnung verdient das in der Tradition der „Kassenambulatorien" nach dem Krieg (1946) wieder gegründete „Institut für psychogene Erkrankungen" in Berlin. Diese Poliklinik dient ausschließlich der Krankenversorgung und wird von der AOK Berlin getragen.

4. Eine gewisse Bedeutung haben mehr oder weniger institutionalisierte Vermittlungsstellen einiger Weiterbildungsinstitute. Hier werden die Untersuchungen der Patienten durch Weiterbildungskandidaten (und anschließend in einer Zweitsicht durch einen Ausbilder) durchgeführt.

Es erfolgt auch eine gewisse Vermittlung von Patienten im Rahmen der Weiterbildung. Solche Vermittlungsstellen bestehen mittlerweile an vielen Weiterbildungsinstituten.

Allgemein ist zur poliklinischen Situation zu sagen, daß sie für die Versorgung psychisch Kranker eine ebenso große Rolle spielt wie für die Weiterbildung angehender Psychotherapeuten. Insbesondere besteht hier die Möglichkeit, die Ungleichheit in der Versorgung der Bevölkerung durch Regionalisierung sowie durch Anwendung sozial wirksamer Therapieverfahren zu bekämpfen. Die Schaffung von Ganztagsweiterbildungsplätzen in solchen ambulanten Einrichtungen könnte die Versorgung wesentlich verbessern.

Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang die Erfahrungen des Berliner „AOK-Instituts" *). Hier wurden seit fast 30 Jahren AOK-versicherte Patienten mit katamnestisch belegtem Erfolg behandelt. In den ersten 15 Jahren des Bestehens wurde das Institut von 17 855 Erwachsenen und 6 243 Kindern aufgesucht.

Ferner wurden auch Informationen bei verschiedenen Universitätspolikliniken (Gießen, Heidelberg und Ulm) eingeholt. Ein dort angestellter Psychotherapeut sieht etwa 100 Patienten im Jahr zu einem diagnostischen Erstgespräch. Bei 80 bis 90 % dieser Patienten wird die Indikation für eine Psychotherapie gestellt. Von den Institutionen in Behandlung genommen wurden schließlich zwischen 5 % und 20 % der Patienten. Die Wartezeiten für ein Erstgespräch liegen bei zwei bis sechs Monaten, die Wartefrist für den Therapiebeginn bei sechs Monaten bis zu einem Jahr. Ein poliklinisch tätiger Psychotherapeut schließt im Jahr 20 bis 30 Behandlungen ab.

Eine Umfrage zur Zahl der behandelten Patienten und zur Art der angewandten Behandlungsform ergab für die Poliklinik der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg (Februar 1974) folgendes Ergebnis (15 Psychotherapeuten, davon 11 in Weiterbildung, 12 Ärzte, 3 Psychologen):

Tabelle 6

Behandlungsmethode	Zahl der Patienten	%
Psychoanalyse	40	*12*
analytisch orientierte Psychotherapie (dynamische Psychotherapie, Kurztherapie, Betreuung)..	104	*30*
analytische Gruppenpsychotherapie	199	*58*
Summe ...	343	*100*

Im Vergleich zu den niedergelassenen Psychotherapeuten fällt hier ein Rückgang der „klassischen" analytischen Therapie zugunsten von Gruppenbehandlungen besonders auf.

2.3.3.4 Ungleichheit in der psychotherapeutischen Versorgung

Eine gravierende Ungleichheit in der Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten läßt sich in zweierlei Hinsicht verzeichnen:

a) Eine extrem ungleiche regionale Verteilung der vorhandenen Psychotherapeuten,

b) eine Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen, vor allem der unteren sozialen Schichten, der Kinder und der alten Menschen.

2.3.3.4.1 Regionale Verteilung

Die Karte über die regionale Verteilung der Fachpsychotherapeuten (s. Karte 7) zeigt nicht nur, daß in weiten Regionen (vor allem Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein) jegliche psychotherapeutische Versorgung fehlt, sondern daß darüber hinaus in den einzelnen Regionen die Psychotherapeuten bevorzugt in einigen wenigen Städten tätig sind. Es sind dies vor allem die Städte Berlin, Bremen, Frankfurt, Freiburg, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Heidelberg, München und Stuttgart. In Düsseldorf und Köln/Bonn ist die Zahl der Psychoanalytiker mit Institutsweiterbildung zwar gering, dies wird aber ausgeglichen durch eine große Zahl von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie".

Karte 8 sowie Tabelle 7 verdeutlichen die ungleichmäßige fachpsychotherapeutische Versorgung zwischen den Regierungsbezirken und den jeweiligen Ländern.

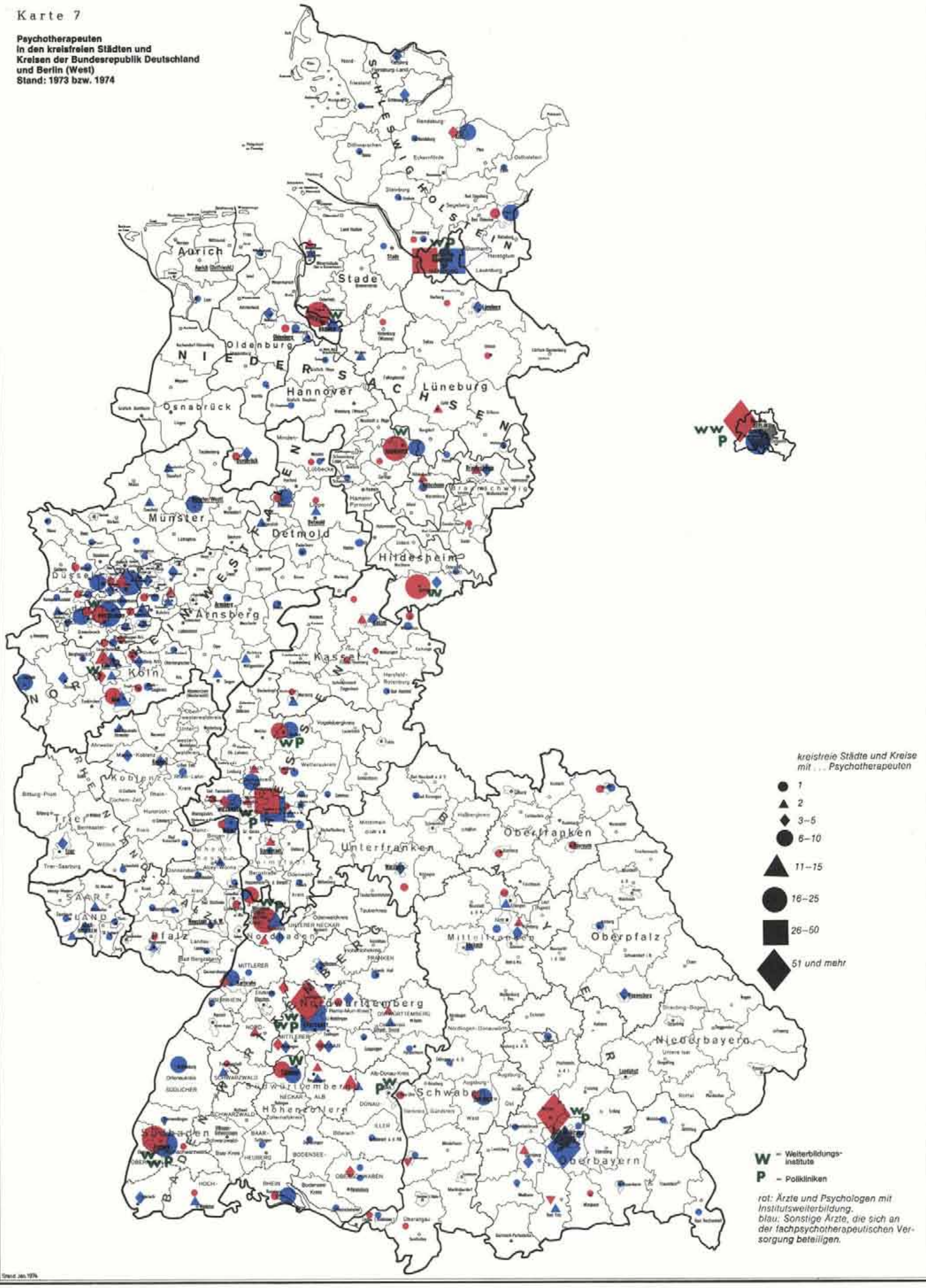
Bemerkungen

Die Auswahl dieser Städte zeichnet sich im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung vor allem durch ein gemeinsames Kriterium aus: Sie sind Sitz alteingesessener oder in den letzten Jahren rasch

*) bis 1958 Krankenversicherungsanstalt Berlin (KVAB)

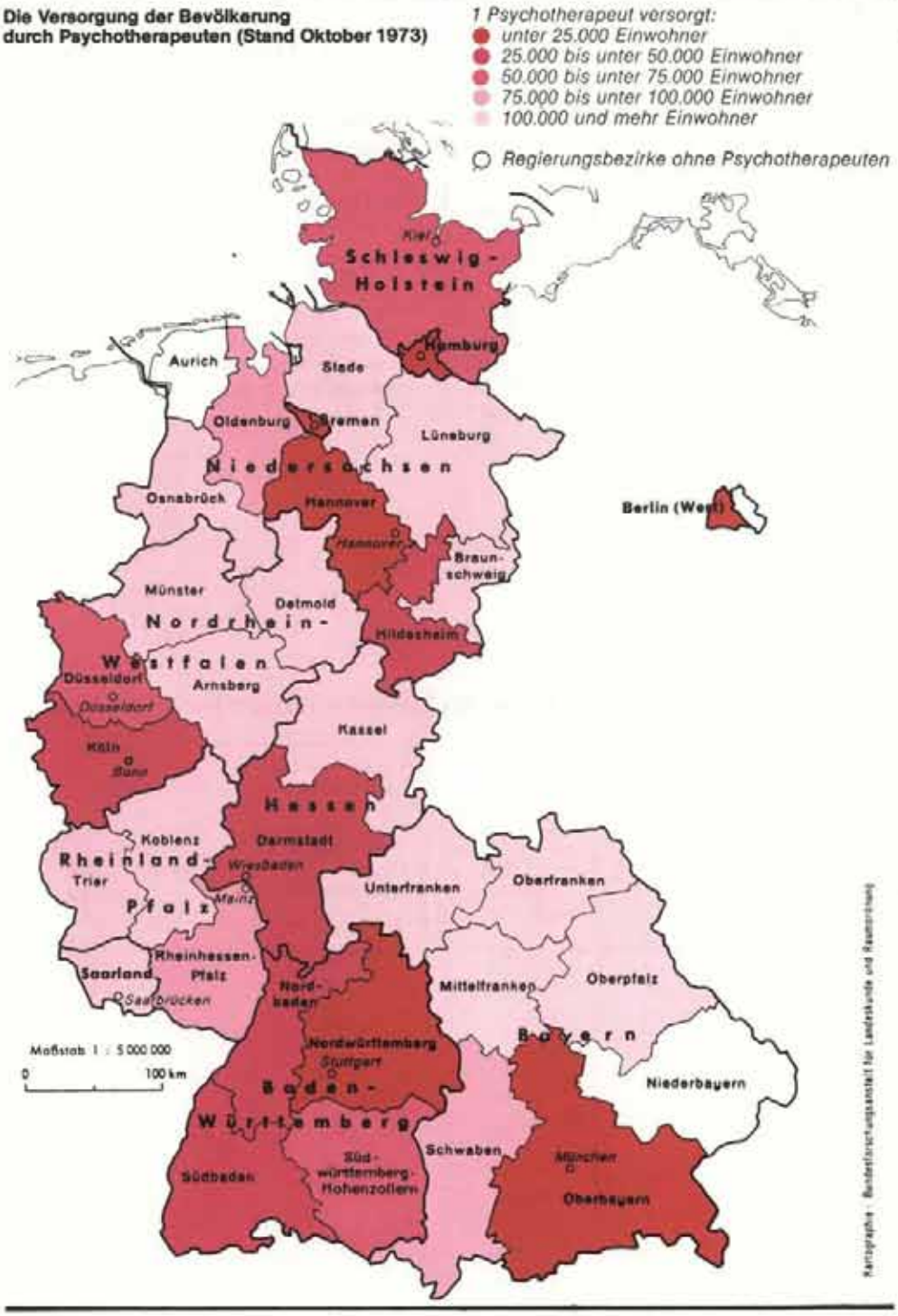
Karte 7

Psychotherapeuten
in den kreisfreien Städten und
Kreisen der Bundesrepublik Deutschland
und Berlin (West)
Stand: 1973 bzw. 1974



Karte 8

Die Versorgung der Bevölkerung durch Psychotherapeuten (Stand Oktober 1973)



gewachsener psychotherapeutisch/psychosomatischer Weiterbildungsinstitute. Mit anderen Worten: Städte, die über kein psychotherapeutisch/psychosomatisches Weiterbildungsinstitut verfügen, haben zur Zeit keine Chance, eine angemessene psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung zu erreichen. Dies besonders auch deshalb, weil zu den Fachpsychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung in den gleichen Ballungsgebieten noch etwa 700 in Weiterbildung befindliche Psychotherapeuten hinzukommen, die ebenfalls schon einen großen Anteil an der Krankenversorgung haben.

Gründe für die Ballung der Psychotherapeuten um die Weiterbildungsinstitute sind nicht nur in der Tendenz zu suchen, sich auch dort niederzulassen, wo man seine Ausbildung absolviert hat (obwohl dies für den Psychotherapeuten, der meist erst im Alter von 30 bis 35 Jahren seine Weiterbildung abschließt, sicher eine erhebliche Bedeutung hat), auch nicht nur in einer für die übrige kassenärztliche Versorgung wirksamen Tendenz der Ballung in den Großstädten, sondern hier sind weiterreichende grundsätzliche strukturelle Elemente wirksam:

1. Die Weiterbildung wird an den Instituten gerade von den in dem Bereich der Institute tätigen Fachpsychotherapeuten getragen. Anders als in der Facharztweiterbildung (die im wesentlichen in Krankenhäusern stattfindet), werden in der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung vor allem die Aufgaben der Supervision von Behandlungen und der Vermittlung einer Selbsterfahrung zu Weiterbildungszwecken immer eine große Anzahl von Ausbildern erfordern, die gerade nicht der gleichen Institution angehören wie der Weiterbildungskandidat.
2. Ein weiterer Grund für das beschriebene Phänomen ist die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Fortbildung nach Abschluß der Weiterbildung. Diese wird nur durch bestehende Weiterbildungsinstitute gewährleistet, die überall zugleich Forum der Fachdiskussion sind.

Tabelle 7

Regionale Verteilung der Fachpsychotherapeuten

Regierungsverwaltungsbezirk	Ärzte und Psychologen mit Institutsweiterbildung (DGPPT-Mitglieder) Stand Mai 1974	Weitere an der kassenärztlichen fachpsychotherapeutischen Versorgung beteiligte Ärzte Stand Oktober 1973	Fachpsychotherapeuten insgesamt	Fachpsychotherapeuten je Einwohner
Schleswig-Holstein	5	28	33	77 690
Hamburg	33	30	63	28 035
Niedersachsen	45	43	88	81 987
Bremen	19	14	33	22 252
Nordrhein-Westfalen	51	164	215	79 967
Hessen	57	69	126	43 912
Rheinland-Pfalz	3	31	34	108 540
Baden-Württemberg	159	165	324	28 254
Bayern	99	116	215	50 133
Saarland	—	11	11	101 688
Berlin (West)	95	22	117	17 629
Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)	566	693 *)	1 259	49 094

*) In vier Fällen konnte der genaue Wohnort nicht ermittelt werden.

2.3.3.4.2 Soziale Unterschiede in der fachpsychotherapeutischen Versorgung

Im Jahr 1973 wurden für 7 803 Mitglieder von Ersatzkassen Anträge auf Psychotherapie gestellt, gegenüber nur 1 671 Anträgen für Mitglieder von RVO-Kassen (die Zahl der Privatbehandlungen im gleichen Zeitraum konnte nicht ermittelt werden). Etwa 40 % der Psychotherapeuten mit Institutsweiterbildung haben *keine* Ermächtigung zur Behandlung von Kassenpatienten beantragt. Sie behandeln ausschließlich selbstzahlende Privatpatienten, Mitglieder von Privatkassen oder freiwillig versicherte Ersatzkassen-Patienten.

B e m e r k u n g e n

Es ist nicht sehr wahrscheinlich, daß der Unterschied in der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch RVO- und Ersatzkassen für diese extreme Disproportionalität verantwortlich ist. Vielmehr kommen verschiedene andere Gründe hinzu.

a) Das bei psychisch Kranken allgemein zu beobachtende zögernde Verhalten beim Aufsuchen einer Behandlungsmöglichkeit ist für Patienten niederer Schichten noch ausgeprägter. Diese Patienten kommen häufig erst in einem fortgeschrittenen (chronifizierten) Stadium einer dann schweren Krankheit zum Psychotherapeuten. Die *institutionellen* Barrieren sind für diese Patienten ungleich höher.

b) Vor allem amerikanische Untersuchungen haben ergeben, daß auch bei sichergestellter gleicher Bezahlung (z. B. in Polikliniken) Patienten niederer sozialer Schicht gar nicht oder nur von Psychotherapeuten mit niederem Ausbildungsstatus in Behandlung genommen werden. *Kommunikative Barrieren* sind hier wirksam. Vielfach erwartet der Arzt, daß der Patient sich *seiner* Form der (sprachlichen) Kommunikation anpaßt, anstatt sich seinerseits auf die Kommunikationsform seines Patienten einzustellen.

c) Die mangelnde *Entwicklung sozial wirksamer Behandlungsformen* wird hier besonders deutlich. Überwiegend an einer Klientel der gehobenen Mittelschicht entwickelte Therapieformen sind für eine Anwendung in anderen sozialen Feldern weiterzuentwickeln. Formen der dynamischen Psychotherapie, Gruppentherapie, Familientherapie und Verhaltenstherapie versprechen hier Abhilfe.

2.3.4 Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – gegenwärtige Situation

Die Versorgung wird im wesentlichen von drei Berufsgruppen getragen:

— Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) (davon gibt es zur Zeit 286 voll ausgebildete und 309 in Weiterbildung),

— Fachpsychotherapeuten,

— Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (insgesamt sind 173 Facharztanerkennungen ausgesprochen worden).

Anders als bei Erwachsenen wird im Bereich der Kinder und Jugendlichen nur ein geringer Teil der fachpsychotherapeutischen Versorgung durch in freier Praxis tätige niedergelassene Psychotherapeuten getragen. Der weitaus größte Teil der Behandlungen wird hier durch Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) bzw. Psychologen in Erziehungsberatungsstellen oder ähnlichen Institutionen durchgeführt. Im Mai 1973 wurden in der Bundesrepublik 375 Erziehungsberatungsstellen erfaßt, von denen jedoch 35 % nicht über die Mindestbesetzung von drei Fachkräften verfügten. 13 % wurden nur nebenamtlich geleitet. Die Wartezeiten für Erstuntersuchungen oder Behandlungen in den Erziehungsberatungsstellen sind in den Ballungsräumen zum Teil erheblich (sechs bis acht Monate).

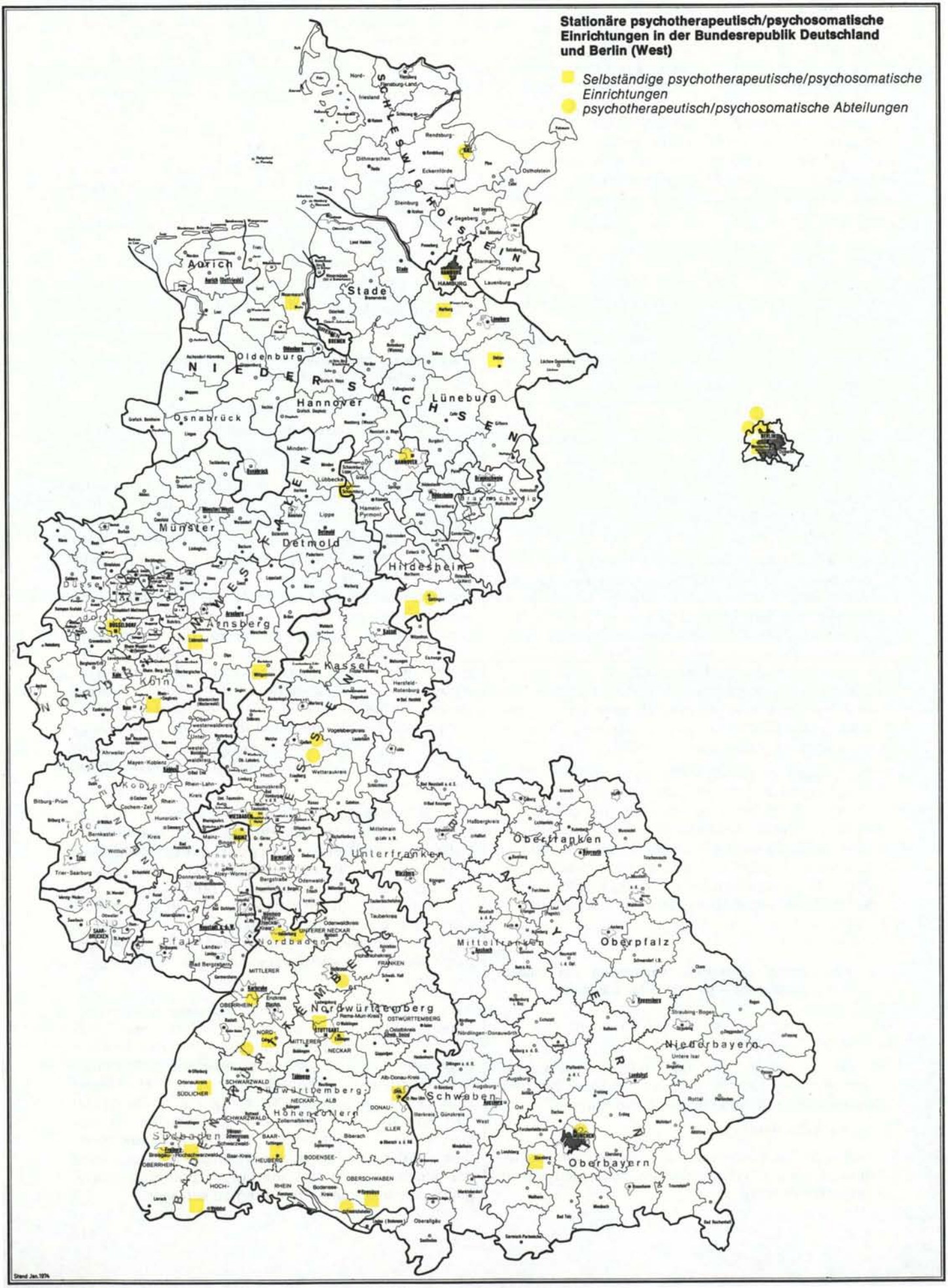
Zu weiteren Angaben siehe B. 3.7.1.3.

2.3.5 Die stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung Erwachsener

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die gegenwärtige stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) zu gewinnen, wurde ergänzend zu der Erhebung im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung in einem gesonderten Verfahren eine Erhebung angestellt. Anhand von Fragebogen wurden Informationen über Struktur, Trägerschaft, Arbeitsweise, Bettenzahl, quantitative und qualitative personelle Besetzung, Indikationsstellung, therapeutische Konzepte, angewandte therapeutische Methoden und die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes eingeholt. Weiterhin wurde nach konsiliarischen Aufgaben im Gesamtkrankenhaus (bei angegliederten Abteilungen) und zusätzlichen Aufgaben der ambulanten Nachsorge gefragt. Auch die soziale Schichtung des Patientengutes und die von den Funktionsträgern der Institutionen gewünschten zukünftigen Veränderungen wurden in den Fragebogenkatalog aufgenommen.

Bei den Adressaten wurden die selbständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser vollzählig erfaßt, ebenso die den Universitätskliniken angegliederten Fachabteilungen. Darüber hinaus wurden alle psychiatrischen Krankenhäuser und diejenigen Allgemeinkrankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung angeschrieben, von denen angenommen werden konnte, daß sie über eigene psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen verfügen.

Von den insgesamt 228 angeschriebenen Krankenhäusern antworteten 162. Wesentlich für den Zweck der Erhebung war die Anzahl derAntworten aus den psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen. Ihre Zahl betrug zum Erhebungszeitraum (1. März bis 1. Mai 1974) 50. Von diesen Institutionen antworteten 40, das sind 80 %. Somit konnte ein Überblick gewonnen werden, der es erlaubt, die wichtigsten Tatbestände der gegenwärtigen stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zu erfassen.


Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)
Selbständige psychotherapeutische/psychosomatische Einrichtungen
psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen
SCHLESWIG-HOLSTEIN
HAMBURG
Aurich
Stade
Oldenburg
NIEDERSACHSEN
Hannover
Lüneburg
Osnabrück
Münster
Detmold
Hildesheim
Düsseldorf
Arnsberg
Kassel
Köln
Koblenz
Unterfranken
Oberfranken
Mittelfranken
Oberpfalz
Pfalz
Nordbaden
Nordwürttemberg
Niederbayern
Schwaben
Südwürttemberg-Hohenzollern
Südbaden
Oberbayern
Stand Jan. 1974

Die 40 in der Umfrage erfaßten psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen (s. Karte 9) verfügten insgesamt über 2 253 Behandlungsplätze (= Betten). Zum Vergleich mit den stationären psychiatrischen Behandlungsplätzen ist zu beachten, daß in der Erhebung im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung diejenigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen, welche zu psychiatrischen Krankenhäusern gehören, dort von der Bettenzahl her ebenfalls erfaßt worden sind. Die betreffenden stationären Behandlungsplätze — es handelt sich um 204 Betten — sind demnach in beiden Erhebungen berücksichtigt.

2.3.5.1 Psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser und -abteilungen

2.3.5.1.1 Verteilung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhausbetten

Tabelle 8

Psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser und -abteilungen

Land	Anzahl der Einrichtungen	Bettenzahl	Betten je ... Einwohner
Schleswig-Holstein ..	1	11	233 000
Hamburg	1	23	77 000
Niedersachsen	6	544	13 000
Bremen	—	—	—
Nordrhein-Westfalen ..	5	304	57 000
Hessen	4	162	34 000
Rheinland-Pfalz	1	16	231 000
Baden-Württemberg ..	16	1 012	9 000
Bayern	2	56	192 000
Saarland	—	—	—
Berlin (West)	4	125	17 000
insgesamt ...	40	2 253	27 000

Tabelle 8 zeigt, daß die regionale Verteilung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhausbetten sehr unterschiedlich ist: Während Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin (West) über eine relativ günstige Relation zwischen Betten und Einwohnern verfügen, sind insbesondere in Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Bremen und dem Saarland die Bettenkapazitäten als völlig unzureichend anzusehen *).

*) Es ist darauf hinzuweisen, daß bei dieser Umfrage nicht alle Einrichtungen, die an der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung beteiligt sind, berücksichtigt werden konnten. Eine Einbeziehung dieser Einrichtungen würde jedoch nur eine unwesentliche Verschiebung der Relationen ergeben.

2.3.5.1.2 Träger

Tabelle 9

Trägerschaft der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser und -abteilungen

Träger	Zahl der Einrichtungen	Bettenzahl
öffentlich	17	525
freigemeinnützig	9	644
privat	14	1 084
insgesamt ...	40	2 253

Aus Tabelle 9 kann entnommen werden, daß sich 17 von 40 psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen in öffentlicher Trägerschaft befinden. In diesen Einrichtungen befinden sich nur 23 % aller vorgehaltenen Betten.

In den Einrichtungen freigemeinnütziger Träger befinden sich 29 %. Der größte Teil aller vorgehaltenen Betten ist in Einrichtungen privater Träger zu finden. Träger dieser Einrichtungen sind neben Privatpersonen eingetragene Vereine und Aktiengesellschaften.

2.3.5.1.3 Betten in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen

Tabelle 10

Betten in stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen

	Anzahl der Einrichtungen	Bettenzahl
selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser	20	1 773
psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen *)	20	480
insgesamt	40	2 253

*) Es wurden nur diejenigen Abteilungen in der Aufstellung berücksichtigt, welche in sich geschlossene Einheiten in psychiatrischen Krankenhäusern oder Universitätskliniken und Allgemeinkrankenhäusern darstellen, und die ausschließlich der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenbehandlung dienen. Diejenigen Krankenhäuser, in welchen auf einzelnen — z. B. psychiatrischen — Abteilungen auch einzelne Betten für psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlungen verstreut vorhanden sind, wurden hingegen nicht berücksichtigt.

Aus Tabelle 10 ist zu erkennen, daß gegenwärtig etwa 79 % aller für die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung vorgehaltenen Betten in ent-

sprechenden Fachkrankenhäusern stehen und bislang nur 21 % in Fachabteilungen und Universitätskliniken anzutreffen sind.

2.3.5.1.4 Bettengrößenklassen

Tabelle 11

Bettengrößenklassen der psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser und -abteilungen

Größe der Einrichtung (nach Betten)	Zahl der Einrichtungen	Bettenzahl
bis 20 Betten	11	152
21 bis 50 Betten	15	466
51 bis 100 Betten	7	507
101 bis 200 Betten	5	660
201 und mehr Betten	2	468
insgesamt	40	2 253

Aus den Angaben über die Bettengrößenklassen der psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser und -abteilungen ist zu ersehen, daß die meisten Einrichtungen über weniger als 50 Betten verfügen. Etwa die Hälfte aller Betten in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen wird in nur sieben Einrichtungen mit jeweils mehr als 100 Betten vorgehalten.

2.3.5.2 Psychotherapeutische Methoden

Tabelle 12

Angewandte psychotherapeutische Methoden

Psychotherapeutische Methode	Anzahl der Institutionen
Vorwiegend tiefenpsychologisch fundierte und analytische Behandlungsmethoden	25
vorwiegend andere psychotherapeutische Methoden	4
zu gleichen Teilen analytische und andere psychotherapeutische Methoden	11
insgesamt	40

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie-Methoden werden an 25 der insgesamt 40 in der Erhebung berücksichtigten psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser und -abteilungen als Hauptanwendungsform der Psychotherapie angewandt. In 11 weiteren Fachkrankenhäusern bzw. -abteilungen gehören in gleichem Umfang auch andere psychotherapeutische Anwendungen neben den analytischen zum Methoden-Repertoire, während nur in vier Einrichtungen überwiegend oder ausschließlich nichtanalytische Methoden angewandt werden (Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Hypnose, Primärtherapie).

Aus der Erhebung geht ebenfalls hervor, daß die Gruppenpsychotherapie gegenüber der Einzelbehandlung an vielen Institutionen großes Gewicht hat, an einzelnen sogar ausschließlich angewandt wird. In mehreren Institutionen oder in einzelnen ihrer Abteilungen orientiert sich die Arbeit am Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft. An mehreren Institutionen wird das Psychodrama und in fast allen die Gestaltungstherapie einbezogen. Entsprechend den unterschiedlichen Patientengruppen — vorwiegend Psychoneurosen oder Neurosen mit körperlich-funktionellen Symptomen oder psychosomatische Krankheiten — werden in verschiedenartigem Umfang medikamentöse, physikalische und diätetische Behandlungsformen neben der Psychotherapie angewandt.

2.3.5.3 Wartezeiten

Die Wartezeiten bis zur Klinikaufnahme variieren in den psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sehr stark. Die geringste Wartezeit (Frühjahr 1974) betrug drei Monate; die längste von einer psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtung genannte Wartezeit wurde mit 18 Monaten angegeben.

2.3.5.4 Soziale Herkunft der Patienten

Im Rahmen der Erhebung bei den psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen wurde nach der sozialen Herkunft der Patienten gefragt. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Zugehörigkeit der Patienten zu verschiedenen sozialen Schichten.

Tabelle 13

Soziale Schicht der Patienten in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen

Soziale Schichtzugehörigkeit (errechneter Durchschnitt) *)	Prozentualer Anteil der Patienten
untere soziale Schicht	27 % der Patienten
mittlere soziale Schicht	55 % der Patienten
gehobene soziale Schicht	18 % der Patienten

*) Die Zahlen beziehen sich zum Teil auf statistische Erhebungen der Institutionen an ihrem Krankengut, zum weiteren Teil auf Schätzungen. Zur unteren sozialen Schicht wurden vor allem ungelernte Arbeiter, zur mittleren Schicht Facharbeiter, Angestellte, Beamte und Handwerker in unteren und mittleren Positionen, zur gehobenen Schicht Angestellte und Beamte in leitenden Positionen und freiberuflich tätige Akademiker, Kunstschaffende und Unternehmer gerechnet.

Tabelle 13 veranschaulicht, daß ein beträchtlicher Anteil der Patienten der Unterschicht zugehörig ist.

2.3.5.5 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Tabelle 14

Durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthalts

Aufenthaltsdauer	Anzahl der Institutionen	Bettenzahl
unter 6 Wochen	1	64
6 bis 8 Wochen	19	1 313
9 bis 12 Wochen	10	445
13 bis 20 Wochen	4	235
über 20 Wochen	4	159
keine Angaben	2	37
insgesamt	40	2 253

Die in die Erhebung einbezogenen psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser und -abteilungen haben — bezogen auf die Gesamtheit der in ihren Einrichtungen betreuten Patienten — eine durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes angegeben.

Nach der in Tabelle 14 dargestellten Übersicht beträgt für den größeren Teil der in psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern und -abteilungen behandelten Patienten die Dauer des stationären Aufenthaltes zwischen sechs und acht Wochen. Dies hängt damit zusammen, daß die meisten stationären Einrichtungen für therapeutische Interventionen bei akuteren Krisen psychoneurotischer und psychosomatischer Krankheiten in Anspruch genommen werden. Diejenigen Institutionen, in welchen die Dauer des stationären Aufenthaltes länger ist, nehmen in der Regel einen höheren Anteil von Patienten auf, die in ihrer gesamten Persönlichkeitsentwicklung schwerer gestört sind und die zur erfolgreichen Behandlung dieser Störung eines längeren Aufenthalts im beschützenden Raum des psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhauses bedürfen.

2.3.5.6 Personelle Besetzung

Nur eine geringe Anzahl der insgesamt 40 Einrichtungen — vorwiegend einzelne Universitätsabteilungen und einige nichtuniversitäre Krankenhäuser und Fachabteilungen — gab an, personell ausreichend besetzt zu sein. Die große Mehrzahl der Einrichtungen kann dagegen zusätzliche Aufgaben des konsiliarischen Dienstes im Gesamtkrankenhaus und der nachgehenden psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung nicht wahrnehmen. Vor allem mangelt es an qualifizierten Fachpsychotherapeuten, Psychologen, an Fachschwestern und fachlich adäquat weitergebildeten Sozialarbeitern. 75 % der Einrichtungen wünschen sich deshalb für die Zukunft eine verbesserte quantitative und qualitative personelle Ausstattung.

2.3.5.7 Erweiterungsplanungen und Neubauten

Bei einer Anzahl der erfaßten Institutionen bestanden zum Zeitpunkt der Erhebung (Frühjahr 1974) konkrete Planungen und Vorbereitungen zur Erweiterung der vorhandenen Kapazitäten und für Neugründungen von psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen.

2.3.5.8 Bemerkungen

Die gesonderte Umfrage bei stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen zeigt folgende Probleme auf:

1. Die Anzahl der psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen wie auch der vorgehaltenen Behandlungsplätze ist zu gering. Es besteht ein erheblicher Nachholbedarf.
2. Ein deutlicher Mangel an psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachabteilungen (vor allem an psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern) ist erkennbar.
3. In einigen Bundesländern ist eine deutliche regionale Unterversorgung bezüglich stationärer psychotherapeutisch/psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten vorhanden.
4. Die personelle Besetzung in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen (Fachpsychotherapeuten, Psychologen, Fachkrankenschwestern, Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter) ist vielerorts sowohl quantitativ als auch qualitativ unzureichend.
5. Die Angaben über die soziale Herkunft der Patienten zeigen an, daß Psychotherapie nicht nur auf die gehobene Mittelschicht bezogen ist, sondern bei Patienten aus allen sozialen Gruppen der Bevölkerung möglich ist.

2.4 Psychiatrische Beratung an Gesundheitsämtern

Im Mai 1973 gab es in der Bundesrepublik insgesamt 398 Gesundheitsämter.

Die Gesundheitsämter waren nach den jeweiligen Bundesländern wie folgt verteilt:

Schleswig-Holstein	15
Hamburg	7
Niedersachsen	67
Bremen	3
Nordrhein-Westfalen	82
Hessen	38
Rheinland-Pfalz	28
Baden-Württemberg	64
Bayern	74
Saarland	8
West-Berlin	12

In insgesamt zehn Gesundheitsämtern wurde keinerlei psychiatrische Beratung angeboten (sieben Gesundheitsämter in Niedersachsen, ein Gesundheitsamt in Hessen, zwei Gesundheitsämter in Baden-Württemberg).

Die psychiatrische Beratung in Gesundheitsämtern ist folgendermaßen strukturiert:

Beratung durch eigenes Personal im Rahmen der allgemeinen Beratung ..	159	(67)
Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen	84	(8)
Beratung durch fremdes Personal ..	34	(57)
Außenfürsorge eines psychiatrischen Krankenhauses	64	(165)

Die jeweils erstgenannten Zahlen geben an, in wievielen Gesundheitsämtern die jeweilige Beratung zumindest 14tägig, wenn nicht öfter, vorgenommen wird. Die Angaben in Klammern beziehen sich auf Gesundheitsämter, bei denen diese Beratung monatlich oder noch seltener angeboten wird.

Die psychiatrische Beratung wird in den Gesundheitsämtern unterschiedlich gehandhabt. Während in 226 (159 plus 67) Gesundheitsämtern Beratung durch eigenes Personal im Rahmen der allgemeinen Beratung erfolgt, wird die Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen nur bei 92 (23,1 %) Gesundheitsämtern angeboten. In 91 Gesundheitsämtern wird fremdes Personal für die psychiatrische Beratung hinzugezogen und in 229 Gesundheitsämtern wird diese durch die Außenfürsorge eines psychiatrischen Krankenhauses geleistet.

Generell läßt sich sagen, daß in denjenigen Gesundheitsämtern, in denen die psychiatrische Beratung vom eigenen Personal angeboten wird — sei es im Rahmen der allgemeinen Beratung oder im Rahmen der Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen — die Beratung durchschnittlich häufiger erfolgt, als in den Gesundheitsämtern, in denen fremdes Personal bzw. Personal aus den in der Nähe gelegenen psychiatrischen Krankenhäusern tätig ist.

Am Stichtag waren in den 398 Gesundheitsämtern insgesamt 2 963 Ärzte tätig. An der psychiatrischen Beratung beteiligten sich

388 Ärzte *(13,1 %)* im Rahmen der allgemeinen Beratung und

125 Ärzte *(4,2 %)* im Rahmen der Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen.

An der psychiatrischen Beratung in Gesundheitsämtern beteiligten sich ferner 120 Ärzte, die in einem besonderen Vertragsverhältnis zum Gesundheitsamt stehen. Im Rahmen der Außenfürsorge psychiatrischer Krankenhäuser waren 246 Ärzte an der psychiatrischen Beratung der Gesundheitsämter beteiligt. Insgesamt waren somit 879 Ärzte in der psychiatrischen Beratung der Gesundheitsämter tätig. Von diesen verfügten nach Angaben der Gesundheitsämter nur 614 (69,9 %) über entsprechende Erfahrungen in Psychiatrie und Neurologie (vgl. auch B.3.2.3.).

3 Sonderkindergärten, Sonderschulen mit geistig Behinderten, Werkstätten für Behinderte

3.1 Sonderkindergärten

In die Erhebung einbezogen wurden insgesamt 368 Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen (Tagesstätten u. ä.) für geistig und seelisch behinderte Kinder. Berücksichtigung fanden ebenfalls Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mitbetreuen.

Vollständigkeit

Ursprünglich sind von den Bundesländern 484 Einrichtungen mit der Bitte angeschrieben worden, sich an der Erhebung zu beteiligen. 409 Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen haben sich an der Erhebung beteiligt. Bei den übrigen Einrichtungen handelte es sich fast ausschließlich um Sonderkindergärten und Tagesstätten für körperlich Behinderte und Sinnesbehinderte.

Von den 409 zurückgesandten Erhebungsbögen waren 41 nicht zur Auswertung geeignet, da diese von Sonderkindergärten bzw. Tagesstätten eingereicht wurden, in denen keine geistig und seelisch behinderten Kinder betreut werden.

3.1.1 Regionale Verteilung

Die Anzahl der Sonderkindergärten ist in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich.

Tabelle 15

Regionale Verteilung der Sonderkindergärten

	Anzahl der Sonderkindergärten	betreute Kinder insgesamt	Einwohner je Platz in Sonderkindergärten
Schleswig-Holstein ...	31	1 108	2 314
Hamburg	9	139	12 707
Niedersachsen	23	891	8 097
Bremen	7	130	5 649
Nordrhein-Westfalen .	111	2 656	6 473
Hessen	31	635	8 713
Rheinland-Pfalz	30	611	6 040
Baden-Württemberg ..	33	603	15 181
Bayern	67	2 152	5 009
Saarland	5	223	5 016
Berlin (West)	21	488	4 227

3.1.2 Zweckbestimmung

Die in die Erhebung einbezogenen Sonderkindergärten gliederten sich nach der jeweiligen überwiegenden Zweckbestimmung wie folgt:

Sonderkindergärten für geistig behinderte Kinder	215
Sonderkindergärten für geistig und körperlich bzw. sinnesbehinderte (mehrfach behinderte) Kinder	151
Sonderkindergärten für verhaltensgestörte Kinder	2

Die Relation zwischen Sonderkindergärten, die vorrangig für geistig behinderte Kinder vorgehalten werden, und denjenigen Kindergärten, die für geistig behinderte und andere behinderte Kinder vorgehalten werden, ist in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich. Während in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Bayern die Zahl der Kindergärten überwiegt, die vorrangig für geistig behinderte Kinder vorgehalten werden, sind anteilmäßig die Kindergärten für geistig und andere behinderte Kinder in Niedersachsen, Hessen, Saarland und in West-Berlin stärker vertreten.

3.1.3 Träger

Von den 368 Sonderkindergärten waren in

öffentlicher Trägerschaft	99
freigemeinnütziger Trägerschaft	209
privater Trägerschaft	60

3.1.4 Betreute Kinder

In den 368 Sonderkindergärten wurden im Mai 1973 9 636 Kinder betreut.

Nach der Art und dem Grad der Behinderung ergibt sich folgende Verteilung:

Einfache Minderbegabung (Grenzfälle)	762	*(7,9 %)*
Leicht geistig Behinderte (IQ 70—50)	2 091	*(21,7 %)*
Erheblich geistig Behinderte (IQ 50—35)	3 852	*(40,0 %)*
Schwer geistig Behinderte (IQ unter 35)	2 066	*(21,4 %)*
Sinnesbehinderte	198	*(2,1 %)*
Erheblich Verhaltensgestörte ohne geistige Behinderung	131	*(1,4 %)*
Sonstige nicht geistig behinderte und nicht verhaltensgestörte Kinder	536	*(5,6 %)*

61,4 % der in den Sonderkindergärten betreuten Kinder sind demnach erheblich oder schwer geistig behindert. In Hamburg liegt der Anteil der von den Einrichtungen selbst so klassifizierten Kinder mit 77,7 % am höchsten, in Bremen (16,9 %), im Saarland (41,3 %) und in West-Berlin (42,4 %) unter dem Bundesdurchschnitt.

Der Anteil der erheblich und schwer geistig Behinderten beträgt in den Sonderkindergärten in

öffentlicher Trägerschaft	50,0 %
freigemeinnütziger Trägerschaft	63,8 %
privater Trägerschaft	67,2 %

Demgegenüber ist der Anteil der sinnesbehinderten, verhaltensgestörten und sonstigen weder geistig noch verhaltensgestörten Kinder je nach der Trägerschaft der Sonderkindergärten unterschiedlich verteilt:

öffentliche Trägerschaft	20,6 %
freigemeinnützige Trägerschaft	6,1 %
private Trägerschaft	4,6 %

3.1.5 Personal

In den in die Erhebung einbezogenen Sonderkindergärten arbeiteten im Jahre 1972 1 716 Mitarbeiter aus dem sozialpädagogisch-psychologischen Dienst (Kindergärtnerinnen, Jugendleiter, Sozialpädagogen, Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Heilpädagogen, Logopäden, Psychologen, Sozialarbeiter u. ä.). Aus dem pflegerischen und medizinischen Dienst waren in den Kindergärten 1 096 Mitarbeiter tätig (Kranken- und Kinderkrankenschwestern, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten sowie Gymnasten, Pflegekräfte ohne Ausbildung u. a.).

3.2 Sonderschulen mit geistig Behinderten

Die Erhebung richtete sich an Sonderschulen für geistig Behinderte, Tagesbildungsstätten, Sonderschulen mit Werkstufe für geistig Behinderte, Anlernwerkstätten für geistig und seelisch Behinderte sowie an Sonderschulen für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mitbetreuen. In die Auswertung einbezogen wurden insgesamt 1 281 Einrichtungen.

Vollständigkeit

Über die 1 281 Einrichtungen hinaus sind weitere 703 Sonderschulen und ähnliche Einrichtungen von den Bundesländern aufgefordert worden, sich an der Erhebung zu beteiligen. Von 405 Einrichtungen wurde der Erhebungsbogen nicht zurückgesandt. 298 Einrichtungen wurden deswegen nicht in die Auswertung einbezogen, weil sich in ihnen keine geistig Behinderten befanden. Unter den 1 281 Einrichtungen, die bei der Gesamtauswertung berücksichtigt wurden, befinden sich auch Sonderschulen für Lernbehinderte mit Gruppen, Klassen oder Abteilungen für geistig Behinderte. Da diese Sonderschulen in den Erhebungsbögen ihren gesamten Schülerbestand aufgeführt haben, erscheinen auch die in diesen Schulen unterrichteten Lernbehinderten in der Zusammenstellung der Ergebnisse.

3.2.1 Regionale Verteilung

Tabelle 16 verdeutlicht die regionale Verteilung der in die Erhebung einbezogenen 1 281 Sonderschulen.

Tabelle 16

Regionale Verteilung der Sonderschulen

	Anzahl der Sonderschulen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen	Einwohner je Platz in Sonderschulen
Schleswig-Holstein ...	117	14 549	176
Hamburg	39	6 317	280
Niedersachsen	79	6 356	1 135
Bremen	4	518	1 418
Nordrhein-Westfalen ..	315	45 313	379
Hessen	50	4 352	1 271
Rheinland-Pfalz	43	2 612	1 413
Baden-Württemberg ..	327	38 507	238
Bayern	246	39 021	276
Saarland	21	1 140	981
Berlin (West)	40	7 582	272

3.2.2 Träger

Von den 1 281 Sonderschulen (sowie vergleichbaren Einrichtungen) befanden sich in

öffentlicher Trägerschaft 1 005

freigemeinnütziger Trägerschaft 150

privater Trägerschaft ..... 126.

3.2.3 Unterrichtete Kinder und Jugendliche

In den 1 281 erfaßten Einrichtungen befanden sich im Mai 1973 166 267 Kinder bzw. Jugendliche.

Die Differenzierung der unterrichteten Behinderten wurde nach der für die Erhebung gewählten Klassifizierung nach Intervallen der Intelligenzquotienten vorgenommen (IQ über 70 / IQ 70 bis 50 / IQ 50 bis 35 / IQ unter 35). Die Grenze zwischen Unterrichtungsmöglichkeit an einer Sonderschule für Lernbehinderte und Unterrichtungsvorteilen an einer Sonderschule für geistig Behinderte wird zumeist — sofern man diesen Maßstab zugrunde legt — bei einem Intelligenzquotienten von 65/60 angesetzt. Sie liegt mithin innerhalb des gewählten IQ-Intervalls 70—50. Allerdings wurde in dem Erhebungsbogen die Definition „lernbehindert" nur dem IQ-Intervall über 70 zugeordnet. Bei Kindern und Jugendlichen, von denen den Einrichtungen keine Ergebnisse einer objektiven Intelligenzmessung vorlagen, dürfte die Einteilung nach dieser Definition vorgenommen worden sein.

Für die 166 267 in den Einrichtungen erfaßten Kinder und Jugendlichen ergab sich unter diesen Voraussetzungen folgende Verteilung:

Intelligenzquotient über 70 .... 105 207 *(63,2 %)*

Intelligenzquotient unter 70 .... 54 625 *(32,9 %)*

Sonstige Behinderungsarten .... 6 435 *(3,9 %)*

Der hohe Anteil an Schülern, die eindeutig lediglich lernbehindert sind, läßt darauf schließen, daß sich an der Erhebung sehr viele Sonderschulen beteiligt haben, die nicht nur geistig Behinderte unterrichten. Das bedeutet umgekehrt auch, daß sich offenbar viele geistig Behinderte in Schulen befinden, die nicht spezifisch ihrer Behinderungsart vorbehalten sind. Das ist allerdings nicht in allen Bundesländern gleichermaßen der Fall:

Tabelle 17

Sonderschulen, Behinderungsart der Schüler

	Schüler insgesamt	davon:		
		Behinderte mit einem IQ		sonstige Behinderte
		über 70	unter 70	
		Angaben in %		
Schleswig-Holstein	14 549	*74,6*	*23,9*	*1,4*
Hamburg	6 317	*73,3*	*24,5*	*2,3*
Niedersachsen	6 356	*30,1*	*65,7*	*4,2*
Bremen	518	—	*61,4*	*38,6*
Nordrhein-Westfalen	45 313	*60,5*	*35,7*	*3,8*
Hessen	4 352	*38,5*	*60,4*	*1,1*
Rheinland-Pfalz	2 612	*10,5*	*72,7*	*16,8*
Baden-Württemberg	38 507	*70,3*	*24,7*	*5,0*
Bayern	39 021	*65,8*	*32,1*	*2,2*
Saarland	1 140	*10,9*	*61,1*	*28,1*
Berlin (West)	7 582	*74,0*	*22,0*	*3,9*
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	166 267	105 207	54 625	6 435

Von den insgesamt 54 625 Kindern und Jugendlichen mit einem Intelligenzquotienten unter 70, die in den Einrichtungen betreut wurden, hatten

62,0 % (33 855) einen IQ von 70 bis 50,

29,9 % (16 346) einen IQ von 50 bis 35,

8,1 % (4 424) einen IQ von unter 35.

Tabelle 18

Sonderschüler nach dem Grad der geistigen Behinderung

	IQ unter 70	davon: mit einem IQ von ...		
		70 bis 50	50 bis 35	unter 35
Schleswig-Holstein	3 480	2 929	449	102
Hamburg	1 546	1 464	61	21
Niedersachsen	4 177	1 672	1 892	613
Bremen	318	—	226	92
Nordrhein-Westfalen	16 164	10 577	4 397	1 190
Hessen	2 628	944	1 378	306
Rheinland-Pfalz	1 900	582	1 106	212
Baden-Württemberg	9 523	5 217	3 379	927
Bayern	12 522	8 949	2 810	763
Saarland	696	265	302	129
Berlin (West)	1 671	1 256	346	69
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	54 625	33 855	16 346	4 424

Da sich bei dieser Zusammenstellung zeigt, daß die gleichen Bundesländer, die in den erfaßten Bildungseinrichtungen einen höheren Anteil von Behinderten mit einem IQ unter 70 aufzuweisen hatten, auch überwiegend geistig Behinderte mit einem IQ unter 50 in diesen Einrichtungen haben, muß angenommen werden, daß es entweder in diesen Ländern mehr spezifische Bildungseinrichtungen für geistig Behinderte gibt oder aber daß in den anderen Bundesländern bei der Verteilung der Erhebungsbögen die besondere Zweckbestimmung der Einrichtung für geistig Behinderte weniger sorgfältig beachtet wurde.

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einem IQ unter 70 ist bei den jeweiligen Trägern sehr unterschiedlich:

öffentliche Träger ..... *27,5 %* (von insgesamt 145 242)

freigemeinnützige Träger *81,7 %* (von insgesamt 8 286)

private Träger ..... *62,7 %* (von insgesamt 12 737)

Diese Relationen dürften vor allem dadurch zu erklären sein, daß bei der Erhebung — zumindest in einzelnen Bundesländern — auch Sonderschulen für Lernbehinderte angesprochen wurden, die sich ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft befinden. Unter den Einrichtungen freigemeinnütziger und privater Träger dürften kaum solche mit einer Zweckbestimmung für Lernbehinderte sein.

3.3 Werkstätten für Behinderte

Insgesamt sind 234 Werkstätten in die Erhebung einbezogen worden.

Vollständigkeit

Insgesamt sind von den obersten Landesbehörden 314 Einrichtungen angeschrieben worden mit der Bitte, sich an der Erhebung zu beteiligen. 80 Einrichtungen haben keinen ausgefüllten Erhebungsbogen zurückgesandt; die meisten dieser Einrichtungen beteiligten sich nicht, weil sie entweder als Heime über keine Werkstätten für Behinderte verfügten, oder weil in diesen Werkstätten keine geistig bzw. seelisch Behinderten betreut wurden.

Die Erhebung im Bereich der Werkstätten für Behinderte ist vermutlich nicht vollständig, aber sie gestattet dennoch einen ausreichenden Überblick über das Angebot an Werkstätten für Behinderte.

3.3.1 Regionale Verteilung

Die insgesamt 234 Werkstätten für Behinderte verteilten sich nach Bundesländern unterschiedlich (vgl. Tabelle 19)

Durchschnittlich verfügen die Werkstätten in der Bundesrepublik über 89 Plätze. Erheblich über diesem Durchschnitt liegen Hamburg (309), Saarland (225), Bremen (197) und Niedersachsen (111); die

Tabelle 19

Regionale Verteilung der Werkstätten für Behinderte

	Anzahl der Werkstätten für Behinderte	Behinderte insgesamt	Einwohner je Platz in Werkstätten für Behinderte
Schleswig-Holstein ..	11	1 026	2 499
Hamburg	2	617	2 863
Niedersachsen	30	3 341	2 159
Bremen	3	590	1 245
Nordrhein-Westfalen ..	50	4 707	3 653
Hessen	31	2 265	2 443
Rheinland-Pfalz	19	1 489	2 478
Baden-Württemberg ..	34	3 218	2 845
Bayern	36	1 715	6 285
Saarland	3	674	1 660
Berlin (West)	15	1 292	1 596

Zahl der durchschnittlich vorgehaltenen Plätze pro Werkstatt für Behinderte ist in Bayern mit 48, in Hessen mit 73 und in Rheinland-Pfalz mit 78 gering.

3.3.2 Träger

Von den 234 Werkstätten für Behinderte waren in

öffentlicher Trägerschaft 28

freigemeinnütziger Trägerschaft 186

privater Trägerschaft 20

150 Werkstätten für Behinderte machten Angaben über ihre Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband:

Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e. V. 5

Diakonisches Werk — Innere Mission und Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland 36

Deutscher Caritasverband e. V. 29

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V. 77

Deutsches Rotes Kreuz e. V. 3

3.3.3 Behinderte

In den 234 Werkstätten für Behinderte wurden am 30. Mai 1973 insgesamt 17 758 Behinderte betreut. Nach der Art und nach dem Grad der Behinderung ergibt sich folgende Verteilung:

Einfache Minderbegabung (Grenzfälle) ..... 2 193 *(12,3 %)*

Leicht geistig Behinderte (IQ 70 bis 50) ..... 3 794 *(21,4 %)*

Erheblich geistig Behinderte (IQ 50 bis 35)	5 044	*(28,4 %)*
Schwer geistig Behinderte (IQ unter 35)	2 070	*(11,7 %)*
Seelisch Behinderte	1 115	*(6,3 %)*
Anfallskranke	897	*(5,1 %)*
Körperlich Behinderte	1 609	*(9,1 %)*
Sinnesbehinderte	661	*(3,7 %)*
Übrige Behinderte	140	*(0,8 %)*
Keine Angaben zur Art der Behinderung	235	*(1,3 %)*

Der Anteil der geistig Behinderten (mit einem IQ unter 70) in den Werkstätten für Behinderte beträgt 61,4 %. Der Anteil geistig Behinderter in den Werkstätten für Behinderte ist in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich.

Tabelle 20

Werkstätten für Behinderte

Anteil der geistig Behinderten

	Behinderte insgesamt	darunter: geistig Behinderte mit einem IQ von ...		
		70 bis 50	50 bis 35	unter 35
Schleswig-Holstein	970	193	191	54
Hamburg	617	12	82	106
Niedersachsen	2 971	595	956	348
Bremen	642	170	242	45
Nordrhein-Westfalen	4 266	878	1 367	503
Hessen	1 740	419	456	205
Rheinland-Pfalz	1 147	307	347	99
Baden-Württemberg	2 427	770	661	165
Bayern	1 345	231	432	210
Saarland	396	151	112	41
Berlin (West)	1 237	68	198	294
Bundesrepublik Deutschland einschließlicht Berlin (West)	17 758	3 794	5 044	2 070

Während der Anteil geistig Behinderter (mit einem IQ unter 70) in den Werkstätten für Behinderte in Hamburg (32,4 %), in Schleswig-Holstein (45,2 %) und in Berlin (45,3 %) deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt, beträgt der prozentuale Anteil in den Werkstätten für Behinderte in Bremen 71,2 % und im Saarland 76,8 %.

3.3.3.1 Alter

Die insgesamt 17 758 Behinderten in den Werkstätten für Behinderte gehörten folgenden Altersgruppen an:

bis unter 25 Jahre	59,4 %
25 bis 45 Jahre	32,6 %
älter als 45 Jahre	8,0 %

3.3.3.2 Geschlecht

Von den Behinderten waren

männlich	58,2 %
weiblich	41,8 %

3.3.4 Ausbildungsangebot

Für 41,7 % der insgesamt 17 758 Behinderten wurde folgende Ausbildung angeboten:

Anlernen für die eigene Werkstatt	31,6 %
Anlernen für den freien Arbeitsmarkt	7,5 %
Ausbildung für einen bestimmten Beruf	2,6 %

3.3.5 Arbeitsangebot

Das Schwergewicht des Arbeitsangebotes in den Werkstätten für Behinderte lag im Mai 1973 bei

Lohnaufträgen (z. B. Bearbeitung verschiedener Materialien sowie Büro- und Druckarbeiten). Dienstleistungen wie auch Eigenproduktion nahmen dagegen vergleichsweise einen geringen Raum ein. Die Relation der Plätze im Bereich der Dienstleistungen, der Eigenproduktion und der Lohnaufträge in den Werkstätten für Behinderte beträgt etwa 1 : 1 : 8.

Dienstleistungen	1 641 Plätze
Eigenproduktion	1 666 Plätze
Lohnaufträge	13 510 Plätze

3.3.5.1 Entlohnung

Von den 17 758 Behinderten hatten im Mai 1973 10,1 % einen ordentlichen Arbeitsvertrag mit der Werkstatt für Behinderte abgeschlossen.

Die Entlohnung der Behinderten gestaltete sich folgendermaßen:

Grundbetrag (Taschengeld)	41,9 % der Behinderten
Prämie unter Berücksichtigung der Leistung	62,3 % der Behinderten
feste Stundenlöhne	8,9 % der Behinderten

Diese Zahlen lassen erkennen, daß ein Teil der Behinderten einen Grundbetrag und/oder eine Prämie und/oder feste Stundenlöhne erhält.

3.3.5.2 Leistungen der Arbeitsverwaltung

Insgesamt haben 5,6 % der insgesamt 17 758 Behinderten Leistungen der Arbeitsverwaltung nach § 58 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) erhalten. Diese Leistungen wurden gewährt in Verbindung mit

a) § 10 Nr. 5 AReha vom 2. Juli 1970 (Förderkurse) — 4,5 %

b) § 40 Abs. 4 AReha vom 2. Juli 1970 (Einarbeitungszuschuß) — 0,2 %

c) §§ 96 ff. AReha vom 2. Juli 1970 (Eingliederungsbeihilfe) — 0,9 %.

3.3.6 Entlassungen

In den Jahren 1968 bis 1973 sind insgesamt 5 677 Behinderte aus den Werkstätten entlassen worden. Von diesen sind 41,6 % auf den freien Arbeitsmarkt vermittelt worden. Der Anteil derjenigen, die in stationäre Betreuung eingewiesen wurden, beträgt 17,8 %.

Die Zahl der entlassenen Behinderten ist von Land zu Land unterschiedlich:

Schleswig-Holstein	249
Hamburg	265
Niedersachsen	716
Bremen	240
Nordrhein-Westfalen	1 103
Hessen	660
Rheinland-Pfalz	428
Baden-Württemberg	873
Bayern	561
Saarland	29
Berlin (West)	603

3.3.7 Personal

In den 234 Werkstätten für Behinderte waren im Mai 1973 insgesamt 3 941 Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen tätig.

Der größte Teil des Personals ist dem Werkstattdienst zuzurechnen. 42,0 % aller Mitarbeiter waren Werkstattleiter, Ingenieure, Werklehrer, Handwerksmeister, Facharbeiter und Handwerksgesellen sowie sonstige Gruppenleiter.

Der Anteil des medizinisch-pflegerischen Dienstes (Ärzte, Krankenpfleger und -schwestern, Krankenpflegehelfer, sonstige Pflegekräfte, Krankengymnasten, Gymnastiklehrer) am Gesamtpersonal beträgt 14,6 %.

Dem pädagogisch-psychologischen Dienst sind 14,4 % des gesamten Personals zuzurechnen. Hierzu gehören Sozialpädagogen/Jugendleiter, Sozialarbeiter, staatlich geprüfte Erzieher/Kindergärtnerinnen und Kinderpfleger, Psychologen, Heilpädagogen, Logopäden, Beschäftigungstherapeuten, Sonderschullehrer.

Der Anteil der Bürokräfte, Küchenkräfte, Reinigungskräfte und des technischen Dienstes am gesamten Personal beträgt 20,1 %.

Das übrige Personal (5,9 %) ist den obigen Gruppen nicht eindeutig zuzuordnen.

4 Zur Wehrpsychiatrie

Im Rahmen des Sanitätswesens der Bundeswehr wird die psychiatrische, psychotherapeutische sowie psychosomatische Versorgung von Bundeswehrangehörigen von neurologisch-psychiatrischen Fachabteilungen und von neurologisch-psychiatrischen Untersuchungsstellen wahrgenommen. Das Personal dieser Einrichtungen ist in erster Linie mit der Erledigung der in der Bundeswehr anfallenden umfangreichen Begutachtungsaufgaben befaßt. Darüber hinaus werden vom Fachpersonal dieser Einrichtungen auch noch Behandlungs- und Beratungsaufgaben übernommen. Da dies nur in begrenztem Umfang möglich ist, erfolgt die ambulante und stationäre Behandlung Bundeswehrangehöriger vielfach auch von psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten des zivilen Bereichs.

Zur Zeit gibt es im Sanitätswesen der Bundeswehr nur an insgesamt vier der 13 Bundeswehrkrankenhäuser neurologisch-psychiatrische Fachabteilungen und neurologisch-psychiatrische Untersuchungsstellen. Drei von diesen verfügen über eigene Bettenabteilungen; sie sind somit in der Lage, ambulante

und stationäre Versorgungsaufgaben zu übernehmen. Die vierte Einrichtung ist eine nur ambulant arbeitende fachärztliche Untersuchungsstelle, die allerdings durch einen Bettenbelegungsvertrag mit einer psychiatrischen Universitätsklinik auch über begrenzte Möglichkeiten zur Wahrnehmung stationärer Versorgungsaufgaben verfügt.

Es ist anzustreben, daß im Zuge der Umorganisation des Sanitätswesens der Bundeswehr möglichst alle 13 Bundeswehrkrankenhäuser mit psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten ausgestattet werden. Darüber hinaus ist es ein Ziel der bevorstehenden Neuordnung des Sanitätswesens der Bundeswehr, daß auch in den für die erste Versorgungsstufe des truppenärztlichen Dienstes geplanten 165 medizinischen Zentren, die die heute vorhandenen getrennten Sanitätsdienste der drei Teilstreitkräfte ersetzen sollen, Fachärzte für Psychiatrie tätig werden.

Es ist dringend wünschenswert, daß im Rahmen der geplanten Umorganisation des Sanitätswesens der Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie psychosomatischen Versorgung der Bundeswehr besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dabei ist von vornherein darauf zu achten, daß diese Dienste personell so ausgestattet werden, daß auch psychohygienische Aufgaben übernommen werden können. *)

A.5 Administrative Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist in der Bundesrepublik Deutschland durch zahlreiche gesetzliche Vorschriften geregelt. Es ist nicht möglich, in diesem Kapitel das gesamte System der sozialen Sicherheit darzustellen. Vielmehr soll der Versuch gemacht werden, die wichtigsten gegenwärtigen Bestimmungen darzulegen und aus der Sicht der Praxis punktuell auf Unzulänglichkeiten hinzuweisen.

1 Vorsorge

Die Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter beginnt bereits mit der Vorsorge, die Störungen, Krankheiten und Behinderungen rechtzeitig zu erkennen, darauf gerichtete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten und dadurch dazu beizutragen, daß dauerhafte Schäden vermieden oder in ihrem Ausmaß gering gehalten werden.

Seit dem 1. Juli 1971 besteht auf Grund des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1970 (BGBl. I Nr. 116 vom 24. Dezember 1970) ein Rechtsanspruch für Versicherte auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, unter anderem solchen, die eine normale geistige Entwicklung des Kindes (Guthrie-Test) gefährden. Die Untersuchungen finden von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr in Abständen statt. Sofern die allgemeinen Voraussetzungen erfüllt sind, haben Nicht-Versicherte nach § 36 BSHG einen gleichartigen Anspruch.

Da die rechtzeitige Behandlung eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Eingliederung Behinderter und von einer Behinderung Bedrohter ist, sind Maßnahmen der Eingliederungshilfe auch bei wesentlicher geistiger oder seelischer Behinderung oder bei einer Bedrohung durch solche Behinderung nach dem BSHG möglich. Die im 12. Abschnitt des BSHG vorgesehene anonyme Meldung von erkannten Behinderungen an die Gesundheitsämter wurde bisher nur unvollständig durchgeführt und konnte daher keinen Einfluß auf die Verbesserung der Früherkennung und Frühbehandlung haben.

Aus diesem Grunde wurde von den Verbänden der Körperbehinderten gefordert, eine namentliche Meldepflicht für Behinderte einzuführen und auf diese Weise deren Frühbehandlung sicherzustellen. Durch das Gesetz zur Angleichung der Leistungen der Rehabilitation vom 7. 8. 1974 (BGBl. I S. 1881) ist diesem Wunsch bedingt Rechnung getragen worden. Zugleich wurde in die Reichsversicherungsordnung der § 368 r eingefügt. Danach ist in Verträgen zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren von den Kassenärzten Mitteilungen über Behinderte an die Krankenkassen vorzunehmen sind. Zur Zeit werden Gespräche darüber geführt, wie diese gesetzliche Vorschrift zu verwirklichen ist und auf welche Weise die Krankenkassen sicherstellen können, daß die ihnen gemeldeten Behinderten auch einer umfassenden Beratung und Frühbehandlung zugeführt werden.

Während bei körperlich behinderten Personen die hierdurch neu geregelte Meldepflicht überwiegend begrüßt wurde, sind aus Fachkreisen und Kreisen von Betroffenen im Hinblick auf geistig und seelisch Behinderte Bedenken laut geworden, ob es sich hierbei um eine vernünftige Regelung handelt. Noch immer sind geistige und seelische Behinderungen in der öffentlichen Meinung mit einem gewissen Makel

*) Weitere Einzelheiten können dem im Anhang wiedergegebenen Bericht des Bundesministeriums der Verteidigung entnommen werden.

behaftet, so daß die davon betroffenen Personen sich scheuen, möglicherweise in ein Verzeichnis von Behinderten aufgenommen werden zu können. Bei geistiger und seelischer Behinderung ist zudem die Abgrenzung ungleich schwieriger als bei körperlichen Behinderungen. Nicht nur die Abgrenzung gegenüber geistiger und seelischer Gesundheit kann gelegentlich problematisch sein, sondern auch diejenige zwischen geistig-seelischer Behinderung und vorübergehender Erkrankung, die bereits abgeklungen ist, bevor die Meldung die zuständige Stelle erreicht.

Im Gegensatz zu dieser gesetzlichen Regelung haben die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Bundesländer 1974 vorgeschlagen, dem Anliegen einer möglichst frühzeitigen Erfassung und Hilfe für die Behinderten durch eine Überweisungspflicht der behandelnden Ärzte an das Gesundheitsamt Rechnung zu tragen, wobei der Behinderte selbst oder sein gesetzlicher Vertreter die Überweisung überbringt. In diese Überweisungspflicht sind auch Kinder aus sog. Risikogeburten einzubeziehen, die aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt in besonderer Weise einer Beobachtung bedürfen.

Sowohl die angebotenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen als auch eine solche Überweisungspflicht oder Meldepflicht an die Krankenkassen werden nur dann wirksam, wenn von dem Angebot der Vorsorgeuntersuchung im Kindesalter mehr als bisher und möglichst vollständig Gebrauch gemacht wird und wenn bei diesen Untersuchungen durch immer bessere Untersuchungsmethoden geistige und seelische Behinderungen immer vollständiger erfaßt werden. Die Öffentlichkeit muß darüber aufgeklärt werden, daß eine Früherkennung zwar gut ist, jedoch niemals eine Frühbehandlung ersetzen kann.

Über das Kindesalter hinaus besteht nach dem BSHG ein Anspruch auf Hilfe auch bei drohender seelischer Behinderung. Vereinzelt haben die Gesundheitsämter nach landesgesetzlichen Regelungen die Aufgabe, psychisch Kranke und geistig Behinderte zu untersuchen und mit dem Ziel zu beraten, eine frühzeitige Behandlung in die Wege zu leiten. (So z. B. in Nordrhein-Westfalen; PsychKG NW vom 2. Dezember 1969 — SGV NW 303). In anderen Ländern — z. B. in Berlin — steht ein gut ausgebauter sozialpsychiatrischer Dienst für die Beratung zur Verfügung. Eine Wirksamkeit für den betroffenen Personenkreis im Sinne einer Verbesserung seiner Versorgung haben Gesundheitsämter und andere Beratungsstellen jedoch immer nur dann, wenn sie personell ausreichend und qualifiziert besetzt sind.

Vorsorgemaßnahmen im Hinblick auf psychische Krankheiten und geistige Behinderungen werden aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Bestimmungen außerhalb des Gesundheitsbereichs vor allem für Jugendliche in Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologischen Diensten, Eheberatungsstellen und ähnlichen Einrichtungen der behördlichen und freigemeinnützigen Träger angeboten.

2 Ambulante Behandlung

Der in § 368 n Abs. 1 RVO normierte „Sicherstellungsauftrag" umfaßt die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung. In die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages sind daher neben den niedergelassenen Ärzten beteiligte leitende Krankenhausärzte, ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen je nach Bedarf einbezogen.

Die Universitätspolikliniken schließen Verträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen und sind berechtigt, Kranke in dem Umfang ambulant zu behandeln, als das für Lehre und Forschung erforderlich ist.

Auf Grund des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531) und der Vorschriften des BSHG werden ambulante Betreuungen von psychisch Kranken und geistig und seelisch Behinderten in Gesundheitsämtern durchgeführt. Die Gesundheitsämter werden dabei teilweise von den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern im Rahmen von deren Außenfürsorge unterstützt. An einigen Gesundheitsämtern, vor allem in den Großstädten, haben sich psychiatrische oder psychohygienische Dienste entwickelt, die in unterschiedlicher Weise und personell verschiedenartig ausgestattet, psychisch Kranke betreuen. Eine Teilnahme an der kassenärztlichen Behandlung (und damit die Verordnung von Medikamenten auf Kosten der Krankenkasse) wurde diesen Diensten bisher noch nicht zugestanden. Auch die an psychiatrischen Krankenhäusern bestehenden Sozialdienste und KrisenInterventionseinheiten nehmen bisher an der kassenärztlichen Versorgung nur in Einzelfällen teil.

Durch die derzeitige gesetzliche Regelung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung ist eine optimale ambulante Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten nicht immer gewährleistet. Das liegt nicht nur daran, daß es zu wenig Nervenärzte in eigener Praxis gibt, sondern daß die ambulante Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten auch dadurch erschwert wird, daß z. B. psychotisch Kranke und geistig Behinderte nicht dazu zu bringen sind, nach der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Behandlung einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Ein niedergelassener Arzt kann die Behandlung nur dann aufnehmen, wenn er von dem Kranken selbst oder seinen Angehörigen um die Behandlung gebeten wird. Viele psychisch Kranke sind zu einem solchen Schritt nicht imstande, sie müssen ohne Aufforderung durch Arzt und Sozialarbeiter aufgesucht werden. Die Behandlung ist ihnen gleichsam „nachzutragen".

3 Teilstationäre Versorgung

Entsprechend der in den letzten Jahren gewonnenen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und sozialer Umwelt wird versucht, den Krankenhausaufenthalt psychisch Kranker auf ein Minimum zu reduzieren.

In allen Ländern der Bundesrepublik Deutschland sind in den letzten Jahren vereinzelt Tages- und Nachtkliniken, teilweise als Sondereinrichtungen für psychisch Kranke im engeren Sinne, Suchtkranke und psychisch Alterskranke, entstanden. Diese Form der Versorgung psychisch Kranker konnte sich jedoch bisher noch nicht ausreichend durchsetzen, vor allem deshalb, weil sie die in der Reichsversicherungsordnung verankerte traditionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung aufbricht. Die Vorstellung, daß ein Kranker gleichzeitig arbeitsfähig im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung und behandlungsbedürftig in einer Nachtklinik sein kann, ist im deutschen Sozialversicherungsrecht noch ungewohnt und führt zu Schwierigkeiten für alle, die mit dem teilstationären Behandlungssystem arbeiten.

Die Tagesklinik ist nach anfänglichen Schwierigkeiten jetzt im allgemeinen als eine von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzierende Form der stationären Behandlung anerkannt. In der Regel bezahlt die Krankenkasse mit der Begründung, daß der Kranke nur die Hälfte des Volltages in der Tagesklinik behandelt wird und zu Hause übernachtet, nur 50 % des für die stationäre Versorgung üblichen Tagessatzes.

Dagegen werden die Kosten für die Behandlung in der Nachtklinik nur teilweise und nur in einigen Ländern für eine bestimmte Behandlungszeit von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Die günstigste Regelung besteht in Hamburg, wo die gesetzlichen Krankenkassen für die Nachtklinikbehandlung täglich einen Satz von 37 DM bezahlen. In Berlin z. B. erstatten die Krankenkassen für maximal 180 Tage gemäß § 187 Nr. 2 bzw. 4 RVO im Einzelfall lediglich einen Zuschuß von 10 DM pro Behandlungstag. In verschiedenen Bundesländern muß der Soizalhilfeträger die Kosten für die Nachtklinikbehandlung tragen, sofern der Patient selbst nicht aus dem von ihm erzielten Arbeitsverdienst einen Beitrag leisten kann.

4 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und geistig sowie seelisch Behinderter erfolgt in Krankenhäusern, Anstalten und Heimen. Diese werden in den Bundesländern zu unterschiedlichen Anteilen von öffentlich-rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern unterhalten.

4.1

Krankenhäuser sind nach § 2 Nr. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhaus-Pflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) und nach § 2 Nr. 1 der Verordnung zur Regelung der Krankenhaus-Pflegesätze (Bundespflegesatzverordnung BPflV) vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333) Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen und die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können. Die Förderungen nach dem KHG und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen zusammenn die Selbstkosten dekken. Für krankenhausbedürftige psychisch Kranke und Behinderte werden die den preisrechtlichen Vorschriften unterliegenden Pflegesätze von den Sozialversicherungsträgern und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe übernommen.

Von der Investitionsförderung durch das KHG ausgeschlossen sind unter anderem Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die als „Pflegefälle" gelten [§ 4 (3) 3 a KHG]. Diese Vorschrift betrifft vor allem den Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung. Wegen der Unklarheit des Begriffs „Pflegefall" bereitet die Abgrenzung der förderungsfähigen von den nichtförderungsfähigen Einrichtungen große Schwierigkeiten. Leider wurde hiermit ein unbestimmter Rechtsbegriff in das Gesetz aufgenommen, der schon bei früheren Versuchen der Kostenregelung für die stationäre Behandlung psychisch Kranker eine gewisse Rolle gespielt und zu unbefriedigenden Ergebnissen geführt hatte.

Diese den psychisch Kranken abträgliche Entwicklung wurde dadurch eingeleitet, daß das ehemalige Reichsversicherungsamt 1936 eine Entscheidung getroffen hatte, derzufolge „gegen Krankheit versicherte Geisteskranke" nur dann eine Leistung ihrer Kasse zu erwarten hatten, wenn die Krankenhausaufnahme „durch das eigene Interesse des Kranken geboten war". Die Leistung wurde versagt und den Fürsorgeverbänden (den Vorgängern der heutigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe) überlassen, wenn die Unterbringung aus sicherheitspolizeilichen Gründen erfolgte. Damit wurde die diskriminierende Einteilung in „harmlose" und „gemeingefährliche" Kranke Grundlage der Kostenentscheidung.

Um den mit der Unterscheidung verbundenen Verwaltungsaufwand und die Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Fürsorgeverbänden zu beseitigen, erging am 9. September 1942 der de jure heute noch nicht ungültige sogenannte „Halbierungserlaß" des damaligen Reichsministers des Innern, der bestimmte, daß die Krankenhauskosten eines versicherten Geisteskranken je zur Hälfte zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden geteilt werden sollten, sofern der Kranke „von anderer Seite als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung" eingewiesen worden war. Die Folge war, daß die Krankenkassen solche Einweisungen umgingen, so daß psychische Erkrankungen zwangsläufig eine Kostenfolge für den Fürsorgeverband verursachten und der Kranke selbst, ungeachtet seiner Mitgliedschaft bei einer an sich kostenpflichtigen Kasse, automatisch zum Fürsorgeempfänger wurde.

Um diesen „Halbierungserlaß" zu überwinden, wurden zwischen Kassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe in den Bundesländern unterschied-

liche Abkommen getroffen, die zwar die Kostenregelung vom Einweisungsmodus unabhängig machten, andererseits aber dennoch zu einer Kostenteilung führten, die nun als Abgrenzungskriterium den bis dahin nirgendwo gesetzlich normierten und definierten Pflegefallbegriff (Bewahrfall, Dauerfall) zugrunde legten.

Besonders bedrückend war und ist die Tatsache, daß gleichartig psychisch Kranke kassenrechtlich und im Hinblick auf die Kostenerstattung für die stationäre Behandlung unterschiedlich behandelt werden je nachdem, ob sie in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus, dessen Kostenregelung noch nach einem modifizierten Halbierungserlaß vorgenommen wird, oder in eine psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer nicht mit einem Landeskrankenhaus verbundenen Universitätsklinik, in denen die Kosten von der Krankenkasse wie in jedem anderen Krankheitsfall ohne weiteres übernommen werden, eingewiesen werden. In Berlin unterliegt ein psychiatrisches Großkrankenhaus (die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik) einem modifizierten Halbierungserlaß, während zwei andere Einrichtungen dieser Art (die ebenfalls an der sektorisierten Versorgung Berlins beteiligt sind) nicht in einen Halbierungserlaß einbezogen sind.

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren haben sich daher 1972 gegen die fortdauernde Wirkung des Halbierungserlasses und gegen die damit verbundene „sachlich nicht zu rechtfertigende Diskriminierung" der psychisch Kranken ausgesprochen.

In einer vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Weise läßt der im KHG verwendete Pflegefallbegriff die ganze Problematik wieder aufleben und gefährdet die so dringend erwünschte Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken. Das ist besonders in den Bundesländern der Fall, wo man sich nicht entschließen konnte, sämtliche Betten für psychisch Kranke in den Landeskrankenhausplan und damit in die Förderung aufzunehmen, wie das z. B. in Berlin und Hessen erfolgt ist.

Die stationäre psychiatrische Versorgung hat sich in Deutschland unabhängig von der allgemeinen Krankenhausversorgung entwickelt. Zudem ist die Zuständigkeit für psychiatrische Krankenhäuser in den drei Stadtstaaten und den acht Flächenstaaten der Bundesrepublik unterschiedlich geregelt.

Berlin (West) unterhält in der Trägerschaft der Gesundheitsfachverwaltung der Bezirke städtische psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen. Diese Einrichtungen unterstehen der Fachaufsicht durch den Senator für Gesundheit und Umweltschutz (oberste Gesundheitsbehörde). Weiterhin bestehen psychiatrische Einrichtungen freigemeinnütziger und privater Träger. Die psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin untersteht dem Senator für Wissenschaft und Kunst als oberster Kultusbehörde.

Hamburg wird wesentlich von dem in eigener Trägerschaft der Freien und Hansestadt (Gesundheitsbehörde) befindlichen Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll (rund 1 740 Betten) psychiatrisch versorgt. An der Versorgung nehmen außerdem noch die dem Hochschulamt unterstehende psychiatrische Klinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf und die Alsterdorfer Anstalten (als freigemeinnützige Einrichtung einer Stiftung vorwiegend für geistig Behinderte) teil. Die Stadt hat darüber hinaus Belegungsverträge über 1 200 Betten in Einrichtungen außerhalb ihrer Grenzen.

Bremen unterhält ein kommunales psychiatrisches Fachkrankenhaus, das im Rahmen der übrigen Städtischen Krankenanstalten verwaltet wird. Die Fachaufsicht hat der Senator für Gesundheit und Umweltschutz. Außerdem nimmt ein privates Fachkrankenhaus an der psychiatrischen Versorgung teil.

In *Baden-Württemberg* ist das Land Träger der neun Landeskrankenhäuser. Die Rechts- und Fachaufsicht üben die Regierungspräsidenten aus, während grundsätzliche Fragen dem Sozialministerium zur Entscheidung vorgelegt werden.

In den übrigen sieben Flächenstaaten stehen die psychiatrischen Landeskrankenhäuser in unmittelbarer Beziehung zum überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Den Landeskrankenhäusern in den übrigen Bundesländern entsprechen die 12 Bezirks-Nervenkrankenhäuser in *Bayern*. Es sind Fachkrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft der sieben bayerischen Bezirke, die zwar flächengleich mit den Regierungsbezirken, mit diesen jedoch nicht identisch sind. Der Bezirk ist vielmehr eine Selbstverwaltungskörperschaft mit dem Recht, seine Angelegenheiten im Rahmen der Gesetze selbst zu ordnen. Sein Parlament ist der Bezirkstag, eine von stimmberechtigten Bürgern unmittelbar gewählte Volksvertretung, deren Mitglieder (Bezirksräte) Fachausschüsse (unter anderem Gesundheits- und Sozialhilfe-Ausschüsse) bilden und auf diese Weise eine demokratische Kontrolle über die Einrichtungen des Bezirks ausüben. Im Zusammenhang mit überörtlichen Aufgaben ist er Träger psychiatrischer Einrichtungen und überörtlicher Träger der Sozialhilfe. Der Bezirkstagspräsident ist Dienstvorgesetzter des Personals der Bezirks-Nervenkrankenhäuser. Die für die psychiatrische Versorgung zuständigen Landesbehörden sind der Innen- und der Sozialminister.

In *Hessen* ist Träger der 11 Landeskrankenhäuser, die über 73 % der psychiatrischen Bettenkapazität verfügen, der Hessische Landeswohlfahrtsverband mit Sitz in Kassel, der diese Einrichtungen in eigener Zuständigkeit verwaltet. Die demokratische Kontrolle übt die Verbandsversammlung, eine aus den Reihen der Kreistage und Stadtverordneten-Versammlung gewählte Vertretung, aus. Dienstvorgesetzter der Einrichtungen des Landeswohlfahrtsverbandes ist der Landesdirektor. Die zuständige oberste Fachbehörde ist das Hessische Sozialministerium.

Das Land *Niedersachsen* ist Träger seiner acht psychiatrischen Landeskrankenhäuser und eines

psychotherapeutischen Landeskrankenhauses, die im Haushalt des Niedersächsischen Sozialministers geführt werden, aber dem Landessozialamt Niedersachsen unmittelbar unterstellt sind. Das Landessozialamt ist zugleich überörtlicher Träger der Sozialhilfe.

Träger der 26 Landeskrankenhäuser, Landeskliniken und Landesheilstätten (für Suchtkranke) sind in *Nordrhein-Westfalen* die Landschaftsverbände Rheinland mit Sitz in Köln und Westfalen-Lippe mit Sitz in Münster. Die demokratische Kontrolle übt die Landschaftsversammlung, eine wie in Hessen von den Kreisen und kreisfreien Städten delegierte bürgerschaftliche Vertretung, aus. Dienstvorgesetzter des Landschaftsverbandes und seiner Einrichtungen ist der Landesdirektor, dem Landesräte als Leiter der Fachabteilungen zur Seite stehen. Dem Landschaftsverband (Gesundheitsabteilung) obliegt auch die Fachaufsicht über die Landeskrankenhäuser. Die zuständige oberste Fachbehörde ist der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

In *Rheinland-Pfalz* unterstehen die Landeskrankenhäuser von Alzey und Andernach organisatorisch dem Landesamt für Jugend und Soziales, das zugleich überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist. Diesem Amt und dem Minister für Soziales, Gesundheit und Sport obliegt die Wahrnehmung der Trägeraufgabe. Hingegen unterliegt die Pfälzische Nervenklinik Landeck als Bestandteil des Bezirksverbands Pfalz der Rechtsaufsicht des Innenministers.

Im *Saarland* untersteht das Landeskrankenhaus Merzig als Einrichtung des Landes ohne eigene Rechtspersönlichkeit der Dienstaufsicht des Ministers für Familie, Gesundheit und Sozialordnung. Diese Behörde ist zugleich überörtlicher Träger der Sozialhilfe. Die Universitätsnervenklinik Homburg ist zugleich Landeskrankenhaus.

Die drei Landeskrankenhäuser *Schleswig-Holsteins* sind nicht rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts im Geschäftsbereich des Sozialministers, der die Dienst- und Fachaufsicht ausübt. Der Sozialminister — Amt für Wohlfahrt und soziale Hilfe — ist überörtlicher Träger der Sozialhilfe.

Die hier dargestellten Zuständigkeiten für Landeskrankenhäuser und ihre Abhängigkeit im System der öffentlichen Verwaltungen und demokratischen Kontrollorgane lassen zwei besondere Merkmale der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter erkennen:

Es ist deutlich, daß dieser Personenkreis nicht nur räumlich, sondern auch strukturell getrennt von anderen Kranken und Behinderten behandelt wird. Außerdem sind Besorgnisse der Interessenkollisionen zu befürchten, wenn man berücksichtigt, daß in sieben von acht Flächenstaaten der überörtliche Träger der Sozialhilfe zugleich Träger von Einrichtungen ist, deren Insassen von eben diesen überörtlichen Trägern der Sozialhilfe Leistungen für die stationäre Behandlung und Pflege zu beanspruchen haben.

Alle acht Flächenstaaten verfügen ohne Ausnahme über Universitätsnervenkliniken, die der Aufsicht der jeweiligen Kultus- oder Wissenschaftsminister unterstehen. Lediglich im Saarland werden die Universitätskliniken als Einrichtung der Krankenversorgung der Aufsicht des Ministers für Familie, Gesundheit und Sozialordnung unterstellt. In allen Flächenstaaten — mit Ausnahme des Saarlandes — nehmen freigemeinnützige Träger in unterschiedlichem Umfange an der Versorgung psychisch Kranker teil. Sie unterliegen, wie alle Krankenhäuser, der Aufsicht der Gesundheitsämter und der Fachaufsicht der obersten Gesundheitsbehörden.

4.2

Anstalten und Heime befinden sich überwiegend in freigemeinnütziger Trägerschaft von karitativen Organisationen, Selbsthilfevereinigungen und in Privathand. Sie nehmen sich vorwiegend chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter aller Altersstufen an. Bei Kindern ergibt sich zum Beispiel die Notwendigkeit einer Heimerziehung und Heimpflege, wenn ihre Förderung und Pflege einen personellen und Ausstattungsaufwand erfordert, der den einzelnen Familien nicht zur Verfügung steht. Hier ist vor allem an Schwerst- und Mehrfachbehinderte zu denken, soweit sie sich nicht in Landeskrankenhäusern befinden. Die Heimunterbringung kann aber auch dann angezeigt sein, wenn der Weg zur Sonderschule nicht täglich zurückgelegt werden kann. Schließlich sind Familien vielfach nicht bereit, oder aus gesundheitlichen und sozialen Gründen nicht in der Lage, ihre behinderten Angehörigen im Hause zu behalten und von dort aus in eine Tagesstätte zu schicken.

Eine größere Zahl psychisch kranker alter Menschen befindet sich heute noch vielfach in Alten- oder Pflegeheimen, ohne daß eine ausreichende psychiatrische Versorgung gewährleistet ist.

Heime und Anstalten sind von unterschiedlicher Größe und personeller Besetzung und reichen von Kleinstheimen mit 10 bis 30 Insassen unter der Obhut von Heimeltern bis zur Großanstalt mit weit über 1 000 Behinderten unter Betreuung eines fachlich differenzierten und qualifizierten pädagogischen, psychologischen, sozialfürsorgerischen und medizinischen Personals.

Ausbau und Förderung erfolgen mit Eigenmitteln der Träger und mit Hilfe öffentlicher Mittel auf der Grundlage des BSHG und aus Sozialmitteln der Länderhaushalte. Gewöhnlich übernimmt der überörtliche Träger der Sozialhilfe die Kosten des Aufenthaltes der Behinderten, soweit nicht die Angehörigen dafür aufkommen können.

In zahlreichen Fällen besteht eine funktionelle Verbindung zu den Landeskrankenhäusern, aus denen die Heime vorwiegend ihre Klienten beziehen. Durch das Heimgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873) werden die Heime und Anstalten einer Aufsicht durch die zuständige Behörde im Interesse der Benutzer unterstellt. Die geplanten Rechtsverordnungen dazu sollen die Mindestausstattung festlegen.

5 Rehabilitation

Noch während der medizinischen Behandlung von psychisch Kranken und geistig Behinderten sind Schritte zu planen und einzuleiten, die es erlauben, den psychisch Kranken und geistig Behinderten soweit wie möglich in die soziale und berufliche Umwelt einzugliedern und ihm dadurch eine lebenswerte Existenz zu ermöglichen. Im allgemeinen Sinne spricht man von einer Rehabilitation, wohl wissend, daß ein Teil der Betroffenen vor der medizinischen Behandlung noch nicht eingegliedert gewesen ist und daher erst „habilitiert" werden muß.

Die Rehabilitation von psychisch Kranken und geistig Behinderten ist in der Regel schwieriger und aufwendiger als diejenige körperlich Kranker und Behinderter. Vor allem ist es erforderlich, daß der psychisch Kranke und geistig Behinderte immer wieder neu motiviert wird, an seiner Rehabilitation mitzuwirken.

Die Rehabilitation nimmt einen breiten Raum in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung ein. Die wichtigsten gesetzlichen Vorschriften sind

a) die Reichsversicherungsordnung,

b) das Bundessozialhilfegesetz,

c) das Arbeitsförderungsgesetz und die dazu erlassene Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit vom 2. Juli 1970 (A — Reha),

d) das Schwerbehindertengesetz,

e) das Berufsbildungsgesetz,

f) das Gesetz zur Angleichung der Leistungen der Rehabilitation.

Darüber hinaus sind bei einzelnen Behinderten noch andere Vorschriften, wie etwa das Bundesversorgungsgesetz, anzuwenden. Der Eingliederung sollen auch landesgesetzliche Vorschriften, wie etwa das Berliner Blinden- und Hilflosenpflegegeldgesetz, dienen.

Psychisch Kranke und geistig Behinderte haben als Sozialversicherte einen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse und Rentenversicherung. Da die Leistungen der Krankenkasse in erster Linie auf die Überwindung einer vorübergehenden Erkrankung ausgerichtet sind, fällt den Rentenversicherungsträgern die Behandlung von Dauerschäden zu. Die Träger der Krankenversicherung unterliegen einer Mitteilungspflicht an die Rentenversicherungsträger, wenn mit den Maßnahmen der Krankenhilfe eine Rehabilitation nicht zu erreichen ist.

Die Berufsförderung der Rentenversicherung, die in engem Zusammenhang mit der Bundesanstalt für Arbeit zu erfolgen hat, umfaßt Maßnahmen zur Wiedergewinnung oder Steigerung der Erwerbsfähigkeit im bisherigen Beruf, zur Umschulung auf einen anderen Beruf sowie Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung einer Arbeitsstelle. Sowohl die Erstausbildung berufsloser Behinderter als auch die Vorbereitung auf eine Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte sind nicht Aufgabe der Rentenversicherungsträger.

Die Bundesanstalt für Arbeit soll auf der Grundlage des Arbeitsförderungsgesetzes vor allem dazu beitragen, die berufliche Mobilität der Erwerbstätigen zu sichern und zu verbessern und dabei auch die berufliche Eingliederung geistig und seelisch Behinderter zu fördern. Schwerbehinderte, die die in § 3 Abs. 2 A Reha formulierten Einkommenserwartungen nicht erbringen können, bleiben von einer individuellen Förderung nach dem AFG ausgeschlossen. Das betrifft einen Großteil der geistig Behinderten. Dem steht jedoch eine institutionelle Förderung von Einrichtungen für einen solchen Personenkreis nach dem AFG nicht entgegen.

Mit dem Schwerbehinderten-Gesetz ist den psychisch Kranken und geistig Behinderten eine Rechtsgrundlage erschlossen worden, die sie im Falle einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % — gegebenfalls schon von 30 % — in den Kreis derer einbezieht, die ab 1. 5. 1974 unabhängig von der Art und Ursache ihrer Behinderung Sonderrechte auf Beschäftigung und Sicherung ihrer Arbeitsplätze erhalten. Das Gesetz regelt im einzelnen Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe, Kündigungsschutz, Zusatzurlaub und nachgehende Hilfe im Arbeitsleben. Träger dieser Hilfe ist die Hauptfürsorgestelle der Versorgungsbehörden in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit und deren Dienststellen (Arbeitsämter) und den übrigen Rehabilitationsträgern.

Die Werkstätten für Behinderte sind im SchwerBG auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden. Der Werkstattbegriff ist zu einem einheitlichen, umfassenden Begriff erweitert worden. Es werden Anreize geschaffen, an die Werkstätten für Behinderte Fertigungs- und Lieferaufträge zu vergeben. Die Erfahrung mit diesem Gesetz hat gezeigt, daß die Anforderungen an Einrichtungen, die die Anerkennung als Werkstatt für Behinderte anstreben, so hoch sind, daß die in den Landeskrankenhäusern eingerichteten arbeitstherapeutischen Betriebe für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte eine solche Anerkennung nicht erhalten können. Das bringt diese Einrichtungen in erhebliche Schwierigkeiten, weil sie bei der Auftragsvergabe durch die Wirtschaft nicht mehr angemessen berücksichtigt werden.

Für die außerschulische berufliche Rehabilitation in betrieblichen und überbetrieblichen Einrichtungen enthält das Berufbildungsgesetz konkrete Anforderungen. Grundsätzlich dürfen Jugendliche unter 18 Jahren nicht in anderen als anerkannten Ausbildungsberufen ausgebildet werden. Je nach Art und Schwere der Behinderung läßt das Gesetz ohne Verlust des Ausbildungscharakters für körperlich, seelisch und geistig Behinderte Ausnahmen zu.

Auf der Rechtsgrundlage des BSHG und der Verordnung nach § 47 BSHG (Eingliederungshilfe-Verordnung) wird jedem Behinderten, der sich nicht selbst helfen kann, oder die erforderliche Hilfe nicht von

anderen erhält, ein Rechtsanspruch auf Hilfen eingeräumt. Damit werden Lücken im System der sozialen Sicherung auch und gerade für psychisch Kranke und geistig Behinderte geschlossen, die nicht zum Kreis der von anderen Sozialleistungsträgern begünstigten Personen gehören. Die Maßnahmen der Eingliederung, die bei einer wesentlichen geistigen oder seelischen Behinderung oder bei einer drohenden derartigen Behinderung eingeleitet werden müssen, umfassen heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, Hilfen als Ergänzung zur allgemeinen Schulpflicht, Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf und eine angemessene Tätigkeit, zur Erlangung eines angemessenen Platzes im Arbeitsleben und nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen sowie zur Sicherung der Eingliederung in das Arbeitsleben. Solche Behinderten, die wegen ihrer Behinderung nicht arbeits- und berufsfördernden Maßnahmen zugeführt werden können, soll Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Tätigkeit gegeben werden. Für Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, unterhalten öffentliche und freigemeinnützige Träger Sonderkindertagesstätten. Aufgrund der Schulgesetze der Länder besteht auch für geistig und seelisch behinderte Kinder eine Schulpflicht. Diese wird — sofern der Besuch der regulären Schule nicht möglich ist — in Sonderschulen, beim Sonderunterricht oder auch in Form von Hausunterricht erfüllt. Maßnahmen zur Rehabilitation sind bei seelischen und geistigen Störungen im Kindes- und Jugendalter auch nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz möglich.

Altenhilfe wird ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt, sofern sie erforderlich und erwünscht ist (§ 75 BSHG). Angeboten werden Hilfen, die eine Tätigkeit vermitteln, Wohnraum beschaffen oder erhalten, der Geselligkeit und kulturellen Bedürfnissen dienen oder die eine Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen. Darüber hinaus gibt es Förderungsprogramme für Altenhilfe der einzelnen Landesregierungen.

Die Vielfältigkeit der gesetzlichen Vorschriften und die einander ergänzenden Angebote individueller Hilfe und institutioneller Förderung machen eine Rehabilitationsberatung im Einzelfall erforderlich. Es wurden daher Beratungs- und Auskunftsstellen für die Rehabilitation eingerichtet und die Träger der Rehabilitation verpflichtet, dem Rehabilitanden bei der Feststellung des für ihn zuständigen Rehabilitationsleistungsträgers behilflich zu sein. Wenn auch die Vorschriften den Eindruck erwecken, als sei in jedem Falle eine Rehabilitation gewährleistet, so darf nicht vergessen werden, daß es in verschiedenen Teilen der Bundesrepublik Deutschland noch an Einrichtungen und gut ausgebildeten Fachleuten fehlt, die Gesetzesnormen in die Wirklichkeit umzusetzen. Die Abhängigkeit einiger Rehabilitationseinrichtungen — wie etwa der Werkstätten für Behinderte — von einer Auftragsvergabe durch die freie Wirtschaft wirkt sich gerade in Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten ungünstig auf die Rehabilitationsbemühungen aus.

A.6 Zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in anderen Ländern

1 Entwicklungslinien der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in anderen Ländern — Ein Überblick —

1.1 Einleitung

Der Blick über die Grenzen verspricht für einen Bereich des Gesundheitswesens, der im eigenen Lande verbesserungsbedürftig ist, wichtige Anregungen. Dabei sind Erkenntnisse, die im Ausland mit neuen Einrichtungen und mit einer weiter fortgeschrittenen Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gewonnen wurden, von besonderem Wert. Sie können zu Fortschritten ermutigen, die aus Besorgnis vor ungünstigen Auswirkungen im Inland nur zögernd vorangetrieben werden. Sie können weiter dazu verhelfen, Schwierigkeiten entgegenzuwirken, die anderwärts beim Übergang in neue Einrichtungen und Organisationsformen aufgetreten sind.

Die Vergleichbarkeit nationaler Systeme der Vorsorge und Fürsorge für die Gesundheit ist durch die Unterschiedlichkeit der historischen, politischen, sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen in vieler Hinsicht eingeschränkt. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Rahmenbedingungen, etwa des höheren Bettenbestands in Flächenstaaten mit geringerer Bevölkerungsdichte, kann die Vergleichbarkeit verbessern und Hinweise auf regionale Unterschiede im Ausmaß und in der Zusammensetzung des Bedarfs an Einrichtungen geben.

1.2 Verfügbare Daten

Die Verfügbarkeit standardisierter und einigermaßen vollständiger statistischer Daten ist sehr unterschiedlich. Während einzelne Staaten, etwa die USA, Großbritannien, Holland und die skandinavischen Länder der Sammlung von Daten aus den verschiedenen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter frühzeitig große Aufmerksamkeit schenkten, verfügen die meisten Länder, darunter die Bundesrepublik Deutschland, über kein oder nur ein unzulängliches diesbezügliches Gesund-

heitsinformationssystem. Deshalb ist es nur wenigen Ländern möglich, Maßnahmen und Pläne, die der Verbesserung der Versorgung dienen, kontinuierlich an statistischen Indikatoren der Kapazität, der Wirksamkeit oder gar der Wirtschaftlichkeit vorhandener Einrichtungen und, was besondere Voraussetzungen erfordert, am Bedarf zu orientieren.

Zusätzliche Schwierigkeiten bereitet die Einbeziehung ambulanter Dienste, insbesondere der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, in ein Gesundheitsinformationssystem. Auf nationaler Ebene liegen meist nur Angaben über Anzahl und Ausbildung des im ambulanten Sektor tätigen Personals vor. Wenn Informationen über den Anteil versorgter Patienten und seine Zusammensetzung überhaupt zur Verfügung stehen, so sind sie, von einigen Ausnahmen abgesehen, unzulänglich. Deshalb sind internationale Vergleiche hinsichtlich der Kapazität und Qualität des ambulanten Sektors, in Sonderheit hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von Neurosen und psychosomatischen Krankheiten, in der Regel nur auf der Basis begrenzter wissenschaftlicher Untersuchungen möglich.

1.2.1 Erhebung der Weltgesundheitsorganisation über die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in den europäischen Ländern

Das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation hat 1971/72 in 31 Mitgliedsstaaten der Region eine Erhebung über den gesamten Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durchgeführt (1) *). Sie gibt, trotz mancher Unzulänglichkeiten, wertvolle Informationen. Die Bundesrepublik war zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Lage, die gefragten Daten auf nationaler Ebene zu geben. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat deshalb Erhebungen in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen durchführen lassen und ihre Ergebnisse mitgeteilt. Soweit derzeit quantitative Vergleiche möglich sind, können sie sich, was die Bundesrepublik anbelangt, nur auf Ergebnisse stützen, die nicht gleichzeitig — etwa durch die Haupterhebung der Sachverständigen-Kommission — oder nicht in der ganzen Bundesrepublik gewonnen wurden.

1.3 Veränderungen im Bereich der stationären Versorgung

Obwohl die Versorgungssysteme, vor allem in ihrer Organisation, Verschiedenheiten aufweisen, besteht hinsichtlich der praktizierten Behandlungsgrundsätze, der Einrichtungstypen und der in ihnen tätigen Fachberufe ein erstaunliches Maß an Ähnlichkeit. So haben beispielsweise alle Länder, die über ein gut entwickeltes Gesundheitswesen verfügen, das Erbe der von der übrigen Medizin getrennten psychiatrischen Fachkrankenhäuser angetreten.

In allen Ländern, die bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts über psychiatrische Krankenhäuser verfügten, wurden große Anstrengungen für eine humane Unterbringung und eine aktive Behandlung psychisch Kranker unternommen. Auch die Phase der Resignation, mit der eine Vergrößerung und Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser einherging, wurde, wenn auch in unterschiedlichem Maße, in nahezu allen Ländern durchschritten. Der Höhepunkt dieser Entwicklung war unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg erreicht. Dabei waren, abhängig von der Bevölkerungszahl des jeweiligen Landes, Großkrankenhäuser entstanden, deren größte in der Schweiz und in den Niederlanden zeitweilig eine Kapazität von rd. 1 500, in der Bundesrepublik von rd. 4 000 und in den USA von rd. 15 000 Betten erreicht hatten.

Zugleich entstand das Problem der Ansammlung von langfristig Hospitalisierten, die bis zu 80 % der Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern belegten (Niederlande). Mit dieser Entwicklung war in vielen Ländern ein überdurchschnittliches Anwachsen des Bestands an psychiatrischen Betten einhergegangen. Die aktiv-therapeutischen Funktionen der psychiatrischen Krankenhäuser wurden auf einen kleinen Anteil ihrer Kapazität beschränkt. Noch im Jahre 1969 betrug der Anteil der länger als ein Jahr Hospitalisierten in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern der USA ca. 70 % (2), in den Landeskrankenhäusern Baden-Württembergs etwa 65 % (3). Am 31. Mai 1973 betrug er in allen öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik 67,3 % (4).

1.3.1 Verlagerung der Aufgaben psychiatrischer Krankenhäuser

In allen Ländern, die nach dem zweiten Weltkrieg über eine voll ausgebaute stationäre Versorgung verfügten, was in der Regel mindestens 2,5 Betten auf 1000 Einwohner für psychisch Kranke und geistig Behinderte bedeutete, sank der Bettenbestand in psychiatrischen Krankenhäusern mehr oder weniger stark ab. Ausmaß und Geschwindigkeit dieser Entwicklung zeigen große nationale Unterschiede. In Schottland, einem Flächenstaat mit unzureichender fachärztlich-ambulanter Versorgung, wurde beispielsweise nach einem Spitzenwert von 4,1 auf 1000 Einwohner im Jahre 1954 nur eine leichte Verminderung des Bettenbestands angestrebt und zum 31. Dezember 1971 3,9 Betten auf 1000 Einwohner erreicht. In England und Wales hingegen, das hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens, hinsichtlich der Ziele einer modernen psychiatrischen Versorgung und der Ausbildung des Fachpersonals größte Ähnlichkeit aufweist, wurde, im internationalen Vergleich, die stärkste Verminderung des Bettenbestands in psychiatrischen Krankenhäusern im gleichen Zeitraum erreicht (vgl. Tabelle 1). Vor einem Vergleich mit den entsprechenden Daten aus der Bundesrepublik darf jedoch nicht übersehen werden, daß alle Staaten mit starkem Rückgang der Anzahl psychiatrischer Betten in den Jahren nach 1955 einen fühlbar höheren Ausgangsbestand aufwiesen.

*) s. Literaturverzeichnis, S. 186 f.

Tabelle 1

Stationäre Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen *) (England und Wales) 31. Dezember 1954 bis 31. Dezember 1971

Jahr	Einwohner (in 1 000)	Zahl der Patienten	Anzahl auf je 100 000 Einwohner
1954	44 274	152 197	344
1955	44 441	150 867	339
1956	44 667	149 593	335
1957	44 907	147 220	328
1958	45 109	146 815	325
1959	45 386	143 083	315
1960	45 755	140 162	306
1961	46 166	137 814	299
1962	46 669	135 610	291
1963	47 023	132 895	283
1964	47 401	131 559	278
1965	47 763	128 361	269
1966	48 075	126 258	263
1967	48 391	123 894	256
1968	48 593	120 367	248
1969	48 827	116 275	238
1970	48 988	113 127	231
1971	48 815	109 749	225

*) Einige Krankenhaustypen, beispielsweise die quantitativ nicht sehr ins Gewicht fallenden privaten Krankenhäuser, sind in diesen Statistiken nicht enthalten.

Quelle: Department of Health and Social Security (1973) (5)

Die Verminderung der Bettenzahl, ermöglicht durch den Ausbau ergänzender und alternativer Einrichtungen, ging in den betroffenen Ländern mit einem Anstieg der Aufnahmen und einer Verminderung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einher. In England und Wales stieg beispielsweise die jährliche Aufnahmerate (Aufnahmen je Bett) von 1954 bis 1971 etwa um das Dreifache an. In den meisten deutschen Bundesländern vollzog sich eine gleichlaufende, wenn auch weniger ausgeprägte Entwicklung (3). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wiesen beispielsweise England und Wales 3,6 psychiatrische Krankenhausaufnahmen je 1000 Einwohner aus.

Damit vollzog sich von neuem eine Funktionsverschiebung im stationären Sektor der Versorgung psychisch Kranker. Der zur Hauptaufgabe angewachsene Pflegeanteil — die langfristige Unterbringung chronisch Kranker und Behinderter — schrumpfte, die therapeutischen und rehabilitativen Aufgaben aber wuchsen an. Viele Krankenhäuser waren wegen ihrer Lage und Größe, aber auch wegen der zunächst unzureichenden medizinischen, rehabilitativen und Personalausstattung diesen veränderten Aufgaben nicht gewachsen. Alle gegenwärtig in Kraft befindlichen Pläne zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker versuchen dieser Tatsache gerecht zu werden und Wege für eine Anpassung oder Neuordnung des stationären Sektors zu weisen.

Die entscheidenden Anstöße zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter waren von mehreren Anlässen ausgegangen:

1. den neugewonnenen therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten durch die Entwicklung der Psychopharmaka und verschiedener Rehabilitationsmethoden und -einrichtungen;
2. von Forschungsergebnissen, die eine ungünstige Wirkung langfristiger Krankenhausaufenthalte auf die Wiedereingliederungschancen bei chronisch verlaufenden Leiden, wie Schizophrenien, nachwiesen (6);
3. von den unzumutbaren Unterbringungsverhältnissen in vielen psychiatrischen Krankenhäusern, die immer lautere Proteste auslösten (7, 8, 9);
4. der zunehmenden öffentlichen Annahme von Theorien oder Forschungsergebnissen, die den Einfluß psychischer und zum Teil auch sozialer Faktoren auf Krankheitsentstehung und -verlauf zum Gegenstand haben;
5. im Zusammenhang damit nahmen die Bedürfnisse nach Psychotherapie im weitesten Sinne und die Bereitschaft zu einer Neuorientierung in der Arzt-Patient-Beziehung auch im stationären Bereich zu.

Beginn und Fortschritt dieser Entwicklung weisen beträchtliche nationale Unterschiede auf. Die Bundesrepublik Deutschland folgte aus verschiedenen Gründen ungewöhnlich spät.

Das hohe Maß an internationaler Übereinstimmung, das sich bei den Grundsätzen und Maßnahmen der Versorgung ernsterer psychischer Erkrankungen und geistiger Behinderung entwickelte, hat in erster Linie drei Gründe: einmal die Gleichartigkeit der Probleme, zum zweiten den internationalen wissenschaftlichen Austausch über die Ursachen und über die Möglichkeiten ihrer Lösung und drittens die humanitäre Zuwendung zu bislang vernachlässigten Bereichen, was für den Umgang mit psychisch Kranken in vielen Ländern und in besonderem Maße für Deutschland gilt.

1.4 Grundsätze einer verbesserten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Die Weltgesundheitsorganisation hat, beginnend 1950, wiederholt Grundsätze einer Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter formuliert. Diese haben seither eine weitere Entwicklung und Spezifizierung, nicht aber eine grundlegende Änderung erfahren (10). Die Initiativen, die

in vielen Mitgliedsstaaten auf diesem Gebiet unternommen wurden, folgen im wesentlichen den Grundsätzen und Empfehlungen der Sachverständigen der Weltgesundheitsorganisation (1).

An dieser Stelle können nur einige herausragende Leitlinien erwähnt werden, die allgemeine Zustimmung gefunden haben.

1.4.1 Die Bedeutung der primären medizinischen, paramedizinischen und sozialen Versorgungsebene

In der Diagnose, Behandlung oder Weiterleitung pyschischer Erkrankungen spielt die primäre medizinische Versorgungsebene eine ausschlaggebende Rolle. Deshalb wird eine Anpassung der ärztlichen Ausbildung an diese bislang unterschätzte Aufgabe gefordert. Gleichzeitig wurde die Bedeutung der paramedizinischen (z. B. Gemeindeschwester) und der außer-medizinischen Einrichtungen (Beratungsstellen, soziale Dienste) für die Versorgung begrenzter Bereiche der psychischen Gesundheit und für die Zugänglichkeit psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Einrichtungen erkannt und die Notwendigkeit enger Zusammenarbeit betont.

1.4.2 Sachgerechte Versorgung für alle psychisch Kranken und Behinderten, die ihrer bedürfen

Die Organisation der Dienste soll sowohl denjenigen Kranken, die nur kurzfristiger Behandlung bedürfen, als auch chronisch Kranken und geistig Behinderten unter Berücksichtigung der sozialen Aspekte ihres Leidens gerecht werden (11).

1.4.3 Konstituierende Bestandteile der Versorgung

Dienste zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter müssen gemeindenah, leicht erreichbar, umfassend und multidisziplinär organisiert werden. Der Vorbeugung von Behinderungen und der frühzeitigen Rehabilitation wird hohe Bedeutung zugemessen. Der Schwerpunkt der Versorgung verlagert sich vom stationären auf den ambulanten Bereich und auf eine bedürfnisgerechte Vielfalt von Zwischenstufen. Das psychiatrische Krankenhaus, das ein Teil des Allgemeinkrankenhauses sein soll, bedarf deshalb der Ergänzung durch Vorsorge- und Nachsorge-Einrichtungen und der Alternativen in Gestalt halbstationärer Einrichtungen, beschützender Heime und Behindertenwerkstätten.

1.5 Differenzierung und Subspezialisierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Im Interesse ihrer Qualität, aber auch aus anderen Motiven, ist es zu Differenzierungen der Versorgung psychisch Kranker gekommen. Einzelne Bereiche haben sich in manchen Ländern bereits zu selbständigen Unterdisziplinen entwickelt. Auch die Tatsache, daß die gemeinsame Unterbringung bestimmter, nach Alter, nach Behandlungsbedürfnissen oder nach ihrem Verhalten sehr unterschiedlicher Patientengruppen in einer ungegliederten Einrichtung Nachteile bringt, förderte diese Entwicklung.

1.5.1 Sicherungsbedürftige Kranke

Die Empfehlung gesonderter Unterbringung des kleinen Anteils psychisch Kranker, die wegen ihrer Gemeingefährlichkeit einer besonderen Sicherung bedürfen, hat sich weitgehend durchgesetzt. Sie erlaubt, die Mehrzahl der stationär Behandelten, die keineswegs gemeingefährlich sind (12), von der ehemals extensiv betriebenen Freiheitseinschränkung im psychiatrischen Krankenhaus zu entlasten.

1.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Differenzierung und Subspezialisierung sind in den europäischen Staaten in unterschiedlichem Umfang verwirklicht. Am weitesten gediehen ist die Verselbständigung von Einrichtungen und Ausbildungsgängen im Bereich der Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie. Der Anteil der Kinder- und Jugendpsychiater an der Gesamtzahl der Fachärzte für psychiatrische Disziplinen liegt gegenwärtig nur in Schweden, Rumänien, Island und Spanien um den Höchstwert von 1 : 5. Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich, wenn man von den Erhebungsergebnissen der Sachverständigen-Kommission ausgeht, mit 1 : 15 in der unteren Mitte der entsprechenden Rangliste europäischer Länder. Belgien, Jugoslawien, Irland und eine Reihe anderer Staaten rangieren bei 1 : 20 oder darunter. In einigen Ländern (Algerien, Luxemburg und Marokko) gibt es keine Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1).

1.5.3 Geistig Behinderte

Die Versorgung geistig Behinderter hat sich, wegen ihrer starken Abhängigkeit von den historischen Begebenheiten und wegen der engen Verbindung mit dem Erziehungswesen, in den meisten Mitgliedsstaaten frühzeitig verselbständigt. Das kommt auch darin zum Ausdruck, daß die Zuständigkeit für diese Gruppe oft ganz oder großenteils bei den Erziehungsministerien liegt. In den nordischen Staaten wurde teilweise eine beispielhafte Versorgung geistig Behinderter als Teilbereich des Sozialwesens aufgebaut.

1.5.4 Andere selbständige Einrichtungen oder Subspezialisierungen

Eigenständige Einrichtungen und Dienste sind darüber hinaus in unterschiedlichem Maße für den Bereich der Alterspsychiatrie, für Alkoholiker und Drogenabhängige und, bisher nur an wenigen Orten verwirklicht, für Heranwachsende entstanden.

1.5.5 Trennung von Patientengruppen in einheitlichen Einrichtungen

Für die Unterbringung erwachsener, behandlungs- oder schutzbedürftiger geistig Behinderter einerseits,

psychisch Kranker und Behinderter andererseits werden meist getrennte Einrichtungen — Heime, Werkstätten — vorgeschlagen. Die Praxis hat sich unterschiedlich entwickelt. Ähnlich geschah es mit der Empfehlung der WHO, akut Kranke nicht mit chronisch Kranken und Behinderten in der gleichen Einrichtung, mindestens jedoch nicht auf der gleichen Krankenhaus-Abteilung zu behandeln. Sie wurde nur in einzelnen Ländern, etwa in den Niederlanden, konsequent verwirklicht. In der Mehrzahl der Länder blieb es bei der Mischung verschiedener Kategorien von Kranken, vor allem in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Ein Grund dafür ist, daß die Rehabilitation der Langzeitinsassen nur langsam gelingt. Sie beanspruchen weiter einen beträchtlichen Anteil der Kapazität dieser Krankenhäuser. Zum anderen herrscht mancherorts die Besorgnis, Ansehen und Standard dieser Krankenhäuser könnten durch eine Ausgliederung des Akutsektors ernste Einbußen erleiden.

1.5.6 Fachpersonal

Die Erhebung der Weltgesundheitsorganisation lehrt, daß der Differenzierungsgrad der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mit dem jeweils verfügbaren Fachpersonal in Beziehung steht. So haben die Niederlande, Großbritannien, Schweden und die Schweiz einen günstigen Entwicklungsstand aufzuweisen. In Ländern mit ungünstiger Personalsituation, wie Algerien, Marokko und der Türkei, ist die Versorgung nach ihrer Differenzierung, aber auch nach ihrer gesamten Kapazität trotz großer Anstrengungen noch wenig entwickelt.

1.5.7 Besondere Einflüsse auf die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Diese Beispiele machen deutlich, daß das Maß des Wohlstands und die Wirtschaftskraft eines Landes starken Einfluß auf die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker haben. Darüber hinaus haben in den osteuropäischen Ländern die Bemühungen um Erhaltung und Ausbau des Arbeitskräftepotentials eine verstärkte Förderung der extramuralen und rehabilitativen Dienste und der Sondereinrichtungen für geistesschwache Kinder und Alkoholiker zur Folge gehabt. In den Niederlanden wiederum gab die bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition der Eingliederung Behinderter in die Gesellschaft den Anstoß zu einer beispielhaften Entwicklung vielfach gegliederter Einrichtungen der sozialen und beruflichen Rehabilitation.

1.6 Fortentwicklung der stationären Versorgung

Die Zweckmäßigkeit selbständiger psychiatrischer Krankenhäuser ist wiederholt in Zweifel gezogen worden. Die empfohlene Integration der Psychiatrie in das Allgemeinkrankenhaus spielte dabei eine ebenso große Rolle wie Bedenken gegen überdimensionierte und geografisch isolierte und veraltete Anstalten (13). Von den etwa 1 300 psychiatrischen Krankenhäusern, die die Weltgesundheitsorganisation 1971/72 in Europa ermitteln konnte, verfügten nur 11 über mehr als 2 000 Betten. In der Bundesrepublik Deutschland wiesen vier psychiatrische Krankenhäuser am 31. Mai 1973 mehr als 2 000 Betten aus. Sie sind in der von der Weltgesundheitsorganisation ermittelten Zahl nicht enthalten. Mehr als 10 % der rund 1 300 psychiatrischen Krankenhäuser in Europa (und 40 = 30,8 % der 130 in der Bundesrepublik) verfügen über jeweils 1 000 bis 2 000 Betten.

1.6.1 Die Größe neuer Krankenhäuser und Abteilungen

1953 hat die Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation erstmals empfohlen, keine neuen psychiatrischen Krankenhäuser mit mehr als 1 000 Betten zu bauen (14). Die maximale Kapazität sollte 300 bis 600 Betten nicht überschreiten. Mehrere Länder folgten zunächst diesen Richtlinien (13, 15). So hat beispielsweise Dänemark 1956 beschlossen, die psychiatrischen Krankenhäuser nach Bettenzahl und Einzugsgebiet zu vermindern, radikal zu modernisieren und ihnen nach Möglichkeit Allgemeinkrankenhäuser an die Seite zu stellen. Der psychisch Kranke sollte sein Gemeindekrankenhaus durch die gleiche Pforte betreten können wie der körperlich Kranke. Für Neubauten wurden optimal 300, maximal 400 Betten vorgesehen, die als „totale psychiatrische Einheit", angelehnt an ein Allgemeinkrankenhaus, das gleiche Aufnahmegebiet im Akut- und Chronischkrankensektor versorgen sollten. Die Pläne einiger deutscher Länder haben sich an diesem Vorbild lose orientiert.

Mittlerweile hat sich die Auffassung nachhaltig in Richtung kleinerer Einheiten verschoben. Am Beispiel Dänemarks läßt sich zeigen, daß eine zu hoch angesetzte Mindestgröße den Aufbau neuer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stark verzögern kann. Die dänische psychiatrische Gesellschaft bezog deshalb mit ihren neuen Vorschlägen 1970 eine Gegenposition. Sie ging in der Aufgliederung der Versorgungsregionen unverhältnismäßig weit. Die geforderten 60 Betten für jeweils 30 000 Einwohner geben zudem keine bindenden Richtwerte für die Kapazität neuer Abteilungen mehr. Dies hat wiederum die Besorgnis wachgerufen, daß zahlreiche kleine Einrichtungen unterschiedlicher Qualität entstehen könnten, die eine koordinierte Versorgung stark erschweren (13).

1.6.2 Die Zukunft der psychiatrischen Fachkrankenhäuser

Für Neubauten werden die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder das einem Allgemeinkrankenhaus angegliederte psychiatrische Fachkrankenhaus eindeutig als überlegene Alternative gesehen. Durch eine praktikable Größe, durch die Position im Zentrum der medizinischen Versorgung eines überschaubaren Gebiets, durch die Nähe zur Bevölkerung und zu sozialen, rehabilitativen und pädagogischen Einrichtungen sind sie nach vorherrschender Auffassung am besten in der Lage, die Grundsätze einer modernen Versorgung psychisch Kranker zu verwirklichen.

Alle Länder mit einem gut entwickelten Versorgungssystem haben das Problem zu lösen, ob die isolierten psychiatrischen Fachkrankenhäuser, zumal wenn sie überdimensioniert sind, aufgegeben oder beibehalten werden und welche Funktion sie dann in Zukunft ausüben sollen. Unabhängig von den Zielen gibt es kein Land, das bereits in der Lage wäre, auf alle psychiatrischen Großkrankenhäuser verzichten zu können. Zu bedenken sind nicht nur die hohen Kosten des raschen Aufbaus einer ausreichenden Anzahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, sondern auch der beträchtliche Bedarf an Wohnheimen und Behindertenwerkstätten für die Aufnahme der Langzeitinsassen. Außerdem verbleibt den psychiatrischen Krankenhäusern auch bei günstigen Rehabilitationsbedingungen ein kleiner Anteil chronisch Kranker, der ohne Verstoß gegen humanitäre Prinzipien nicht mehr entlassen werden kann (16).

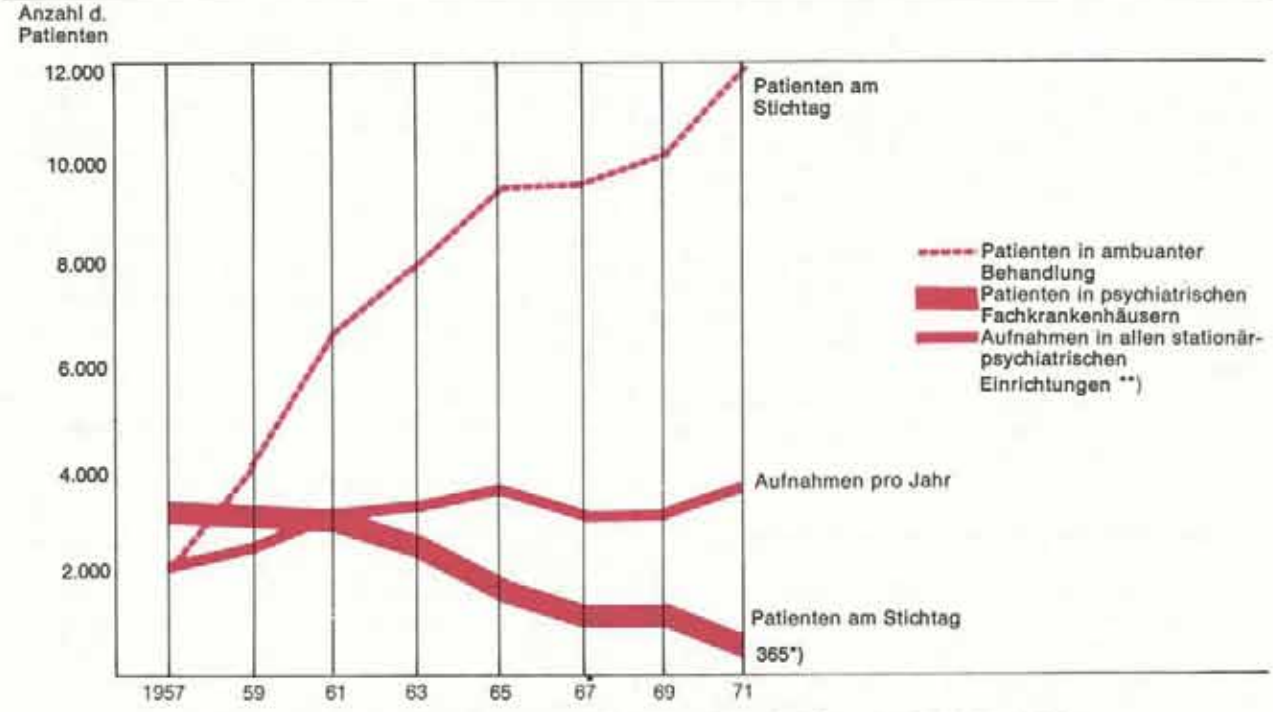
Die offiziellen Vorstellungen über die Zukunft psychiatrischer Großkrankenhäuser weisen beträchtliche Unterschiede auf. England und Wales gehen, ermutigt durch die eindrucksvolle Verringerung der Bettenzahl (vgl. S. 164 f.) davon aus, daß die psychiatrischen Großkrankenhäuser — abgesehen von wenigen, die für die Unterbringung sicherungsbedürftiger Kranker weiter benötigt werden — durch psychiatrische Abteilungen eines Tages voll ersetzt werden können. Auch in den Vereinigten Staaten und in einigen kanadischen Provinzen besteht eine vergleichbare Zielsetzung. Nur in der kanadischen Provinz Saskatchewan scheint sie bereits weitgehend realisiert zu sein (15).

Andere Länder vertreten eine abweichende Politik. Die Niederlande beabsichtigen beispielsweise, die psychiatrischen Krankenhäuser beizubehalten und, analog zum allgemeinen Krankenhauswesen, eine Funktionsteilung anzustreben: Während die psychiatrischen Abteilungen die Aufgaben der Grund- und Regelversorgung übernehmen sollen, werden den psychiatrischen Fachkrankenhäusern die intensiven mittelfristigen und langfristigen Behandlungen bei stärkerer Differenzierung ihrer Einrichtungen zugeteilt.

Auch die Schweizer Kantone, die bislang Pläne für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker ausgearbeitet haben, gehen von der Erhaltung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser aus (17, 18), die angesichts der dichten Besiedlung großer Teile des Landes schon jetzt überwiegend gemeindenah

Abbildung 1

Veränderungen der Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen der Provinz Saskatchewan von 1957 bis 1971



*) 1951 waren mehr als 4000, 1971 noch 365 Patienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Provinz hospitalisiert.
**) 1972: 274 Betten in psychiatrischen Abteilungen und 575 Betten im psychiatrischen Krankenhaus.

Quelle: Annual Report, Saskatchewan Department of Public Health, 1971–72 (zitiert aus 15).

liegen. Sie sehen keine grundlegende Veränderung der Aufgaben vor. Die Notwendigkeit zur Verkleinerung überdimensionierter Einheiten und zur Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser in regionalisierte gemeindenahe Versorgungssysteme wird jedoch überall vertreten.

1.6.3 Die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus

Bei den Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation in Europa 1971/72 wurden insgesamt 551 psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern erfaßt [1]). Legt man die Anzahl je Land zugrunde, dann ergibt sich für die Spitzengruppe die folgende Liste:

Tabelle 2a

Anzahl psychiatrischer Abteilungen verglichen mit der Anzahl der Fachkrankenhäuser

— in sechs europäischen Ländern der Spitzengruppe (WHO-Erhebung in Europa 1971/72) und in der Bundesrepublik (1973) —

	Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Fachkrankenhäusern	Psychiatrische Fachkrankenhäuser	Relation psychiatrischer Abteilungen zu psychiatrischen Krankenhäusern
Großbritannien	149	157	1 : 1,05
Jugoslawien	62	17	1 : 0,27
Schweden	55	30	1 : 0,55
Ungarn	41	5	1 : 0,12
Rumänien	37	40	1 : 1,08
Norwegen	29	34	1 : 1,17
Bundesrepublik Deutschland *)	44**)	130	1 : 2,95

*) Erhebung der Sachverständigen-Kommission, 1973.
**) Unter diesen Abteilungen sind 37 nicht rein psychiatrisch, sondern gemischt psychiatrisch-neurologisch.

Die Durchschnittsgröße der Abteilungen ist verhältnismäßig gering, die meisten weisen zwischen 20 und 100 Betten auf.

Der Anteil psychiatrischer Abteilungen am gesamten psychiatrischen Bettenangebot eines Landes liegt in der Regel unter 10 %, ist jedoch in verschiedenen Ländern deutlich im Zunehmen begriffen. Jugoslawien lag zum Erhebungszeitpunkt mit 36,3 % aller psychiatrischen Betten des Landes in psychiatrischen Abteilungen, die bereits drei Viertel aller psychiatrischen Aufnahmen tätigten, an der Spitze.

[1]) Die Aufstellung ist unvollständig; sie enthält beispielsweise keine der in der Bundesrepublik existierenden psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.

Tabelle 2b

Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

— aufgeschlüsselt nach Bettenzahl — in 23 europäischen Ländern *) und in der Bundesrepublik

	Bettenkapazität					Gesamtzahl der Abteilungen
	weniger als 20	20 bis 50	51 bis 100	101 bis 200	200 und mehr	
Anzahl der Abteilungen in 23 Ländern (1971/72)	97	200	151	70	33	551
Bundesrepublik (Erhebung d. SK 1973) ..	3	13	19	7	2	44

*) Diese Angaben konnten nicht alle europäischen Mitgliedsstaaten zur Verfügung stellen.

Nach der Auffassung des Gutachters der Weltgesundheitsorganisation ist eine Bettenzahl von 20 bis 50 als Minimalgröße anzusehen (1). Einheiten dieser Größe betreiben meist eine selektive Aufnahmepolitik, die mit einem hohen Durchgang und einem niedrigen Anteil längerfristiger Aufenthalte verbunden ist.

Die Gefahr, daß die Versorgung für akut und für chronisch Kranke auseinanderfällt, und ihre Folgen werden unterschiedlich beurteilt. Die Krankenhausstatistik in England und Wales wird dahingehend interpretiert, daß die psychiatrischen Abteilungen mit geringen Ausnahmen die gleichen Patientenkategorien einschließlich der chronischen Verläufe versorgen wie die psychiatrischen Fachkrankenhäuser. In Holland strebt man, wie schon erwähnt, die Trennung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor an. Die vorherrschende Meinung der Sachverständigen der Weltgesundheitsorganisation geht dahin, daß in Ländern, in denen Erfahrungen mit psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern gemacht wurden, auch ihre Leistungsfähigkeit in der Versorgung erkannt wurde.

1.6.4 Bettenbestand und Bettenmeßziffer

Die Aussagekraft von Bettenmeßziffern ist in der Psychiatrie begrenzt. Abgesehen von den Schwierigkeiten der Definition (19) haben die Randbereiche — etwa die bevorzugte Unterbringung geistig und seelisch Behinderter in Krankenhäusern oder in Heimen — und die herrschende Auffassung über Indikation von Krankenhausaufenthalten starken Einfluß. Für die Bundesrepublik läßt sich im internationalen Vergleich lediglich aussagen, daß sie im Mittelfeld liegt.

Tabelle 3

Bettenzahl in psychiatrischen Einrichtungen pro 1 000 Einwohner in 28 ausgewählten europäischen Ländern *)

Land	Betten in Krankenhäusern und Abteilungen	Betten in Einrichtungen für geistig Behinderte	Gesamtzahl
Irland	5,8	1,5	7,3
Schottland	3,9	1,5	5,4
Schweden	3,5	1,7	5,2
Finnland	4,4	0,6	5,0
Nordirland	3,5	1,3	4,8
Niederlande	2,9	1,4	4,3
Dänemark	2,3	1,9	4,2
Norwegen	2,6	1,4	4,0
England und Wales	2,3	1,4	3,7
Frankreich	2,3	0,7	3,0
Belgien	2,8		2,8
Schweiz	2,7		2,7
Island	1,3	1,3	2,6
Italien	2,2	0,2	2,4
Polen	1,3	1,1	2,4
Tschechoslowakei	1,3	1,0	2,3
Spanien	1,5	0,3	1,8
Griechenland	1,6	0,0	1,6
Österreich	1,6		1,6
Ungarn	0,7	0,9	1,6
Bulgarien	0,5	1,0	1,5
Jugoslawien	0,8	0,6	1,4
UdSSR	1,1		1,1
Rumänien	0,7	0,1	0,8
Algerien	0,5	0,0	0,5
Marokko	0,2		0,2
Türkei	0,2		0,2
Bundesrepublik Deutschland	1,8	0,8	2,6

*) europäische Länder im Sinne der WHO

Quelle: Erhebung der Weltgesundheitsorganisation 1971/72 (1)

Der Anteil psychiatrischer Betten an der Gesamtzahl der Krankenhausbetten eines Landes ist sehr unterschiedlich. Er spiegelt nur teilweise die Bedeutung wider, die der Versorgung psychisch Kranker im Rahmen des Gesundheitswesens eingeräumt wurde. Belgien, die skandinavischen Länder, Schottland, England und Wales finden sich mit Quoten über 30 % (Dänemark und Belgien rund 50 %) an der Spitze einer Rangliste, während die Türkei, die UdSSR, Rumänien und Marokko mit etwa 10 % psychiatrischer Betten oder darunter an ihrem Ende zu finden sind. Die Bundesrepublik liegt mit ca. 16 % bzw. 22,5 % für psychisch Kranke und geistig Behinderte im unteren Mittelfeld.

Die Frage, wie viele psychiatrische Betten pro Bevölkerung wirklich erforderlich sind, läßt sich auch aus dem internationalen Überblick nicht zuverlässig beantworten. Der weitestgehende Plan in England und Wales sieht für psychisch kranke Erwachsene als Zielvorstellung nur noch 0,5 pro 1 000 Einwohner, ergänzt durch 0,65 Tagesplätze pro 1 000 Einwohner vor. Diese niedrige Bedarfsschätzung ist allerdings bereits kritisiert worden, beispielsweise von J. K. Wing unter Hinweis auf die sogenannten „neuen chronischen Fälle": eine langsam steigende Zahl von Kranken, die auch in modernen psychiatrischen Versorgungssystemen trotz intensiver Rehabilitationsbemühungen nicht mehr aus dem Schutz stationärer und halbstationärer Einrichtungen entlassen werden können (20).

Der von der Sachverständigen-Kommission gebetene Gutachter der Weltgesundheitsorganisation, Dr. A. R. May, sieht einen Bedarf von 0,5 bis 1,0 Plätze pro 1 000 Einwohner für erwachsene psychisch Kranke vor, wozu noch einmal rd. ein Platz pro 1 000 Einwohner in Heimen für chronisch psychisch Kranke kommen soll. Im internationalen Vergleich ist diese Rate als relativ niedrig anzusehen.

Die Reduzierung psychiatrischer Krankenhausbetten und der Übergang zu rehabilitationsintensiven Alternativen ist ein bevorzugtes Ziel der Verbesserung der Versorgungssysteme. Es darf nicht übersehen werden, daß in der Praxis die Verminderung von Betten in Krankenhäusern auf große Schwierigkeiten stößt, weil aus verschiedenen Gründen die Neigung besteht, leere Betten zu belegen. Zugleich ist bei chronisch Kranken abzuwägen, ob ihre Entlassung oder ihre Verlegung in Übergangseinrichtungen eine Verbesserung ihres Leidenszustands und ihrer Lebensbedingungen bringen kann oder nicht. Eine radikale Entlassungspolitik kann, wie Erhebungen in New York (21) und in England (22) gezeigt haben, auch zu erheblichen Verschlechterungen der Lebensbedingungen der Kranken und zu einer starken Belastung der Angehörigen führen (16).

Tabelle 4

Leitlinien für den Bedarf an Einrichtungen für psychisch kranke Erwachsene, Jugendliche und Kinder *)

— England und Wales —

1. Psychisch kranke Erwachsene	stationär	0,5 Betten per 1 000 Einwohner
2. Psychisch kranke Erwachsene	halbstationär	0,65 Betten per 1 000 Einwohner
3. Psychisch kranke Erwachsene	ambulant	Ein Minimum von sechs Behandlungssitzungen per Woche per 100 000 Einwohner
4. Psychisch kranke oder schwer verhaltensgestörte Kinder	stationär	20/25 Betten per 1 Million Einwohner
5. Psychisch kranke oder schwer verhaltensgestörte Heranwachsende ...	stationär	20/25 Betten per 1 Million Einwohner
6. Psychiatrische Akutversorgung	stationär	10/20 Betten per 250 000 Einwohner

*) Diese Aufstellung enthält nicht den Bedarf an psychogeriatrischen Betten und an halbstationärer und ambulanter Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Geistig Behinderte sind in allen aufgeführten Kategorien nicht enthalten.

Quelle: „Hospital Services for the Mentally Ill". Dept. of Health and Social Security, London: Dezember 1971.

Tabelle 5

Leitlinien für den Bedarf an stationären Einrichtungen für psychisch kranke alte Menschen

— England und Wales —

1. Kranke alte Menschen, die in psychiatrischen Krankenhäusern alt geworden sind	Anzahl verringert sich. Keine neuen Einrichtungen erforderlich, jedoch verbesserte Unterbringungsbedingungen.
2. Kranke alte Menschen mit funktionellen psychischen Erkrankungen (Depressionen etc.)	Bedarf enthalten in der empfohlenen Leitlinie von 0,5 Betten und 0,65 Tagesplätzen per 1 000 Einwohner für psychisch kranke Erwachsene
3. Alte Menschen mit leichter Demenz, jedoch ohne wesentliche körperliche Leiden	Versorgung in der eigenen Wohnung oder in gemeindeeigenen Wohnheimen
4. Kranke alte Menschen mit schwerer Demenz, jedoch ohne wesentliche körperliche Leiden	2,5 bis 3 Betten und 2 bis 3 Tagesplätze per 1 000 Einwohner ab 65 Jahre (= 0,33 bis 0,39 Betten und 0,26 bis 0,39 Tagesplätze per 1 000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung)
5. Kranke alte Menschen mit leichter oder schwerer Demenz, jedoch mit wesentlichen körperlichen Erkrankungen	Bedarf enthalten in der empfohlenen Leitlinie von 10 Betten und 2 Tagesplätzen per 1 000 Einwohner ab 65 Jahre (= 1,3 bzw. 0,26 per 1 000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung)
6. Kranke alte Menschen, die sowohl geriatrische als auch psychiatrische Diagnostik (assessment) benötigen	10 bis 20 Betten per 250 000 der Gesamtbevölkerung in der geriatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses des Distrikts

Quelle: „Services for mental illness related to old age". Dept. of Health and Social Security, London: Okt. 1972.

1.7 Ambulante und halbstationäre Versorgung

1.7.1 Ambulante ärztliche Dienste

Die Bedeutung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker ist in den meisten Ländern erkannt worden. Soweit Daten darüber vorliegen, weisen sie auf einen Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen im Laufe des vergangenen Jahrzehnts hin. Sie spiegeln nicht nur die Tendenzverschiebung von der stationären zur ambulanten Versorgung bei schwereren Erkrankungen, sondern auch eine Vermehrung des Bedürfnisses nach Beratung und Behandlung bei leichteren psychischen Störungen wider.

Einige Länder, etwa die Niederlande, die Schweiz und die Bundesrepublik, verfügen über ein gut ausgebautes System niedergelassener Fachärzte, das eine gemeindenahe Versorgung eines großen Teils ambulanter Patienten gewährleistet. In der Schweiz ist Psychotherapie ein Schwerpunkt nervenärztlicher Tätigkeit — weil diese obligater Bestandteil der Weiterbildung zum Psychiater ist. In der Bundesrepublik und in den Niederlanden hat die ehedem einheitliche Weiterbildung in Psychiatrie und Neurologie der Versorgung neurologisch Kranker verhältnismäßig viel Gewicht verliehen. Erst in jüngerer Zeit gewinnen auch in diesen Ländern in der nervenärztlichen Praxis verschiedene Methoden der Psychotherapie an Bedeutung. Soweit sie nicht in die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie integriert ist, erfordert die fachpsychotherapeutische Weiterbildung — was für die Bundesrepublik, aber auch für einige andere Länder gilt — einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand. Aus diesem Grund wird ein größerer Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen niedergelassenen Ärzten und Psychologen mit entsprechender Weiterbildung getragen.

Die Behandlungskosten auch für Psychotherapie werden in der Bundesrepublik — wie in einzelnen skandinavischen Ländern — für Sozialversicherte voll gedeckt, so daß wirtschaftliche Faktoren, die anderwärts — etwa in den USA — die Inanspruchnahme der in freier Praxis tätigen Psychiater oder Psychotherapeuten einseitig beeinflussen, praktisch ausgeschaltet sind. In Ländern, deren ambulante Dienste bislang fast ausschließlich an psychiatrische Krankenhäuser gebunden waren, wie in der CSSR, in Polen und in Jugoslawien, werden starke Anstrengungen zum Ausbau von Polikliniken unternommen.

1.7.2 Halbstationäre Einrichtungen

Zur Rehabilitation oder beschützenden Unterbringung chronisch Kranker und Behinderter, aber auch als echte Alternative zur Krankenhausaufnahme sind nach dem zweiten Weltkrieg in nahezu allen Ländern Tages- und Nachtkliniken, Übergangs- und Wohnheime und Behindertenwerkstätten aufgebaut worden. In England leisten die 145 Tageskliniken und die integrierten Tagesklinikbehandlungen an insgesamt 177 Krankenhäusern mit 11,4 % der stationär Aufgenommenen am Stichtag (17. April 1972) bereits einen fühlbaren Beitrag zur Versorgung (23). Ihre Kapazität soll die Betten für erwachsene psychisch Kranke einmal knapp überschreiten. Von zunehmender Bedeutung sind spezielle Tageskliniken und Tagesstätten außerdem für geistig behinderte Kinder und Erwachsene, für psychogeriatrisch Kranke und als Rehabilitationseinrichtungen für Alkoholiker und Drogenabhängige.

Nachtkliniken werden, nach anfänglichem Enthusiasmus, differenzierter beurteilt. Teilweise wird die Auffassung vertreten, daß therapeutisch intensiv betreute Übergangsheime einerseits und kurzfristige Nacht- und Wochenendhospitalisierung bei Arbeitsversuchen und dergleichen als Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus andererseits selbständige Nachtkliniken überflüssig machen könnten. In der Bundesrepublik erzwang die mit der Bundespflegesatzverordnung eingeführte Kostenerhöhung — Nachtklinikaufenthalte gelten nicht als stationäre Behandlung, so daß auch der Sozialversicherte dort für Unterkunft und Verpflegung selber aufkommen oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen muß — die Schließung der meisten Nachtkliniken.

Wegen der tiefgreifenden Änderung der Behandlungserwartungen von Patienten und Angehörigen und der Einweisungsgewohnheiten der Ärzte schreitet der Aufbau von Teilhospitalisierungseinrichtungen, vor allem in der Bundesrepublik, nur langsam voran. Rascher verläuft offensichtlich der Aufbau von Heimkapazitäten, weil er in den meisten Ländern an Erfahrung mit Vorhandenem anknüpfen kann.

1.8 Psychotherapie

In den meisten Ländern trägt die Psychiatrie in wesentlichem Umfang zur psychotherapeutischen Versorgung bei, weil Psychotherapie obligater Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie ist. In den USA und der Schweiz sind beispielsweise Selbsterfahrung, theoretische Kenntnisse und Supervision eigener Behandlungen Voraussetzung der Qualifikation zum Facharzt für Psychiatrie. Demgegenüber war in Deutschland bislang der Anteil an psychotherapeutischen Inhalten in der psychiatrischen Weiterbildung in der Regel unzureichend. Die neue Weiterbildungsordnung versucht allerdings, hier Abhilfe zu schaffen.

In den osteuropäischen Staaten, in denen Psychotherapie über lange Zeit kaum ausgeübt worden war, zeichnet sich in jüngerer Zeit wieder verstärktes Interesse ab.

Schwerpunkt der psychotherapeutischen Versorgung ist die ambulante Tätigkeit, die in allen Ländern, in denen Niederlassungsfreiheit für Ärzte oder/und Psychologen besteht, zum großen Teil in freier Praxis ausgeübt wird. Dabei ist in vielen Ländern eine Spezialisierung der niedergelassenen Psychotherapeuten auf bestimmte Methoden, beispielsweise Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie — letztere

vorwiegend ausgeübt durch Psychologen —, festzustellen.

In einigen Ländern, so in den USA und Polen, stellen Psychologen einen wesentlichen Anteil der psychotherapeutisch Tätigen.

Da Titel und Berufsausübung meist nicht geschützt sind, so etwa in der Schweiz, ist die therapeutische Qualität teilweise sehr unterschiedlich und der Anteil an der Versorgung psychisch Kranker in Grenzbereichen schwer abschätzbar.

Der Anteil der außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen in freier Praxis tätigen Psychotherapeuten an der Versorgung psychisch Kranker war bisher in keinem Land auf nationaler Ebene zuverlässig zu ermitteln, weil diese Daten besonders schwierig zu erhalten sind.

Stationäre Spezialeinrichtungen für Psychotherapie oder psychosomatische Medizin existieren nur in einigen Ländern, beispielsweise USA, Dänemark und Bundesrepublik Deutschland. Es besteht Übereinstimmung, daß Patienten mit Neurosen nur im Falle ernster psychischer und sozialer Komplikationen, und dann auch nur kurzfristig, hospitalisiert werden sollen, um dem möglichen Passivierungs- oder Chronifizierungseffekt längerer Krankenhausaufenthalte vorzubeugen.

1.9 Fachpersonal

1.9.1 Ärzte

Die Zahl aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Ärzte variiert von 11,6 (Schweiz) bis 0,2 (Marokko und Algerien) je 100 000 Einwohner. Ausgegangen wird von den Mitgliedsländern der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation. Die Bundesrepublik Deutschland liegt mit 6,3 pro 100 000 *) im Mittelfeld. Bezieht man den Anteil ausgebildeter Psychiater auf die Gesamtzahl der Ärzte eines Landes, so liegt Deutschland mit rd. 3,0 ebenfalls im Mittelfeld. An der Spitze liegen Irland, die Niederlande und die Schweiz mit 8,3 bis 4,9, am Ende die UdSSR, Bulgarien, die Tschechoslowakei, Rumänien und Algerien mit 2,1 bis 0,8.

Die Verteilung der Fachärzte über die verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung ist ungleich. Sie hängt vom System und der Organisation des Gesundheitswesens ab. Die personelle Besetzung psychiatrischer Krankenhäuser kann an der Zahl der Betten je dort tätigem Arzt beurteilt werden. Sie reicht von 16 Betten in Island über ein Mittelfeld um ca. 60 (Polen, Nordirland, Schweiz, Tschechoslowakei, Schweden) bis ca. 200 in Frankreich. In der Bundesrepublik Deutschland hat ein im psychiatrischen Krankenhaus tätiger Arzt im Durchschnitt 60 Betten zu versorgen. Sicher verringert der Anteil an Langzeitpatienten mit geringerer Behandlungsintensität den Bedarf an Fachärzten im psychiatrischen Krankenhaus. Geht man jedoch von der Anzahl jährlich aufgenommener Kranker je Psychiater aus, eine Relation, die den Ärztebedarf im Krankenhaus zuverlässiger anzeigt als die Bettenzahl pro Arzt, so weist wiederum Frankreich mit weitem Abstand das ungünstigste Verhältnis auf.

In den psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, die gegenüber den Fachkrankenhäusern in der Regel um mehrere hundert Prozent höhere Aufnahmeziffern aufzuweisen haben, liegt die Anzahl der Betten pro Arzt meist zwischen 10 und 25 *). Auch hinsichtlich anderer Indikatoren zeigen sie weniger große Unterschiede untereinander als zu den psychiatrischen Fachkrankenhäusern, was unter anderem damit zu tun hat, daß ihre Position im allgemeinen Krankenhaus sie zur Aufnahme der Akut- und Schwerkranken — rd. 5 bis 15 Aufnahmen pro Bett und Jahr, in der Bundesrepublik 10/Bett, bei Universitätskliniken 11,5/Bett — und damit auch zu einer intensiven ärztlichen Versorgung zwingt. Die Durchgangsrate in psychiatrischen Fachkrankenhäusern variiert dagegen, abhängig von deren Aufgabe, Lage, vom Vorhandensein extramuraler Einrichtungen und von gesetzlichen und administrativen Einflüssen, zwischen 0,4 in den Niederlanden, ca. 1,6 in der Bundesrepublik und 4,3 in Island.

1.9.2 Ergänzende Berufe

1.9.2.1 Psychologen, Erzieher und verwandte Berufe

Hinsichtlich der zunehmenden Bedeutung von zureichend ausgebildeten Psychologen für die Versorgung psychisch Kranker besteht allgemeine Übereinstimmung (24). Im Bereich der Erziehungsberatung, Familienberatung und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben Psychologen in vielen Ländern bereits einen bedeutsamen Teil der Aufgaben in Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern einerseits, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal andererseits übernommen. Über die Beteiligung von Psychologen an der stationären und ambulanten Therapie Erwachsener bestehen jedoch von Land zu Land erhebliche Unterschiede. Während in manchen Ländern Psychologen in psychiatrischen Einrichtungen auf diagnostische Tätigkeit beschränkt sind, werden sie in anderen Ländern, beispielsweise in Polen und den USA, zu nicht-medizinischen therapeutischen Aufgaben herangezogen. In der Versorgung geistig Behinderter haben Psychologen, neben Erziehern, Heil- und Sonderpädagogen — die Ausbildungsgänge variieren hier mehr als die Berufsbilder —, den weitaus größten Teil der Verantwortung übernommen. Hier zeichnet sich die Tendenz ab, daß die Tätigkeit der Fachärzte auf Prävention, Diagnostik und Versorgung körperlicher oder psychischer Begleitstörungen, beispielsweise bei Mehrfachbehinderten, schrumpft.

*) Diese Rate entspricht der von der Weltgesundheitsorganisation 1950 gegebenen Empfehlung (10).

*) Diese Zahl schließt alle, auch die in Ambulanzen, an diagnostischen Spezialabteilungen oder in leitender Funktion dieser Krankenhäuser tätigen Ärzte ein.

1.9.2.2 Sozialberufe

Die zunehmende Einsicht in die Bedeutung sozialer Faktoren in der Psychiatrie, vor allem bei der Wiedereingliederung chronisch Kranker, schlägt sich in dem überall anzutreffenden Bemühen nieder, neben der Zusammenarbeit mit sozialen Diensten auch in Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker Sozialarbeiter zu beschäftigen. Neben einer Verstärkung unzureichender gemeindenaher Sozialdienste parallel zur primären medizinischen Versorgungsebene (England und Wales) werden multidisziplinäre Polikliniken in Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen oder multidisziplinär aufgebaute sozialpsychiatrische Dienste, unter Einbeziehung von Ärzten, Sozialarbeitern und psychiatrischem Fachpflegepersonal, zur Ergänzung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte (Niederlande) betrieben. Ihnen obliegt in der Regel die Versorgung derjenigen Kranken, die gleichzeitig ärztlicher und sozialer Maßnahmen bedürfen. Selten unternommene Versuche, sozialpsychiatrische Ambulanzen unter die Leitung von Sozialarbeitern zu stellen (Schweden), werden im Hinblick auf das Recht des psychisch Kranken, wie jeder körperlich Kranke unmittelbar einen Arzt aufsuchen zu können, scharf kritisiert (25). Doch wird diese Kritik nicht überall geteilt.

Im Bereich der Alterspsychiatrie sind soziale Maßnahmen häufig erforderlich. Die Mitarbeit von Sozialarbeitern in jenen psychogeriatrischen Zentren, denen die Diagnostik der Kranken und die Auswahl der geeigneten Behandlungs- oder Betreuungseinrichtungen obliegt, wird deshalb mit großem Nachdruck gefordert. Andererseits muß die Zusammensetzung multidisziplinärer Einrichtungen und Arbeitsgruppen der Schwerpunktverteilung ihrer Aufgaben entsprechen. In Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind beispielsweise, wie die Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation zeigen, Psychologen und pädagogische Berufe stark beteiligt, während in der Psychogeriatrie die vorherrschende Kombination psychischer mit schweren körperlichen Leiden die Mitarbeit von Internisten oder Geriatern erfordert. Die früher empfohlene einheitliche Zusammensetzung eines sogenannten „multidisziplinären psychiatrischen Teams" mit Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter und Schwester ist zugunsten aufgabenbezogener Vielfalt und Flexibilität weitgehend aufgegeben worden.

1.9.2.3 Psychiatrisches Pflegepersonal

Mit dem Übergang von den Bewachungs- und Beschäftigungsaufgaben im psychiatrischen Krankenhaus zu einer Vielfalt teilweise schwieriger therapeutischer und rehabilitativer Aufgaben hat sich die Funktion des Pflegepersonals in der Psychiatrie grundlegend gewandelt. Die großenteils bescheidenen Informationen aus anderen Ländern lassen erkennen, daß die Voraussetzungen für diesen Wandel zumeist ungünstig waren. Ein unterschiedlich hoher Anteil des Pflegepersonals in psychiatrischen Großkrankenhäusern weist keine abgeschlossene „große" Krankenpflegeausbildung auf. Zur Gruppe des Pflegepersonals mit verkürzter Ausbildung kommen oft noch unausgebildete Hilfskräfte. In der Bundesrepublik ist der Ausbildungsstand im internationalen Vergleich relativ günstig, weil die Krankenhauspsychiatrie früh und nachhaltig um die Ausbildung des Pflegepersonals, insbesondere um die Errichtung von Krankenpflegeschulen, bemüht war.

Das Bemühen, Krankenschwestern und -pfleger besser für die gewandelten und differenzierten Bedürfnisse der modernen Psychiatrie zu rüsten, die von vielfältigen medizinischen Fragen — ausgelöst etwa durch die Akutversorgung, die Multimorbidität psychogeriatrisch Kranker und die Pharmakopsychiatrie — bis zu soziotherapeutischen und psychologischen Methoden des Umgangs mit Kranken reichen, führte zur Schaffung von Fachweiterbildungsgängen. So gibt es beispielsweise in Großbritannien, in den USA, den Niederlanden und der Schweiz anerkannte Fachschwestern/Fachpfleger für Psychiatrie. In der Bundesrepublik sind solche Fachweiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal erstmals seit 1963 eingerichtet und 1974 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft geregelt bzw. anerkannt worden. Eine gesetzliche Verankerung steht noch aus.

Darüber hinaus wird häufig eine Verstärkung des psychologisch-psychiatrischen Unterrichtsanteils in der allgemeinen Krankenpflegeausbildung wegen der Wichtigkeit und Häufigkeit psychologisch-psychiatrischer und psychosomatischer Fragen im Berufsalltag im allgemeinen Krankenhaus angestrebt. Das gleiche gilt für die Gemeindeschwester, die besonders mit psychogeriatrischen, aber auch mit anderen psychiatrischen Problemen konfrontiert wird. Wenn sie dazu befähigt ist, kann sie einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker in der ersten Linie leisten.

1.9.2.4 Rehabilitationsberufe

Wichtige Funktionen fallen im Rahmen der multidisziplinären Aufgaben den Rehabilitationsberufen von Beschäftigungs- oder Ergotherapeuten und Arbeitstherapeuten bis zum Rehabilitationsberater zu. Leider lagen uns über diesen Bereich besonders wenig zuverlässige Daten aus ausländischen Quellen vor, so daß nur eine Erwähnung, nicht aber ein internationaler Vergleich dieser Berufe möglich ist.

1.9.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Weil viele psychisch Kranke oder Behinderte sowohl der medizinischen Behandlung als auch sozialer oder pädagogischer Hilfen bedürfen, muß ihre Versorgung auf Zusammenarbeit von Mitgliedern der jeweils kompetenten Berufsgruppen bauen. Diese Kooperation muß im Interesse der Kranken über Einrichtungen hinweg funktionieren, etwa zwischen Krankenhaus und einweisendem Arzt. Innerhalb eines Krankenhauses wird die Koordination verschiedener, einem gemeinsamen Ziel dienender Maßnahmen am besten in der Teamarbeit organisiert. In die Teamarbeit sollen alle diejenigen einbezogen werden, die nach ihrer Vorbildung und Erfahrung im konkreten Fall einen unerläßlichen Beitrag zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und,

wo dies erforderlich ist, zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung leisten können. Die häufig erhobene Warnung, Teamarbeit nicht nach Glaubensgrundsätzen egalitär, sondern streng aufgabenbezogen und funktionsgerecht zu organisieren, gewinnt in Anbetracht der steigenden Kosten des Gesundheitswesens und des Personalmangels in der Psychiatrie gesteigerte Bedeutung.

1.10 Größe der Versorgungsregion

Dem Prinzip der Regionalisierung bei der Versorgung psychisch Kranker folgend, empfehlen die meisten Länder Versorgungsregionen in einer Größenordnung etwa zwischen 80 000 und 400 000 Einwohnern. In einigen Ländern wird zur Verbesserung der Versorgung eine Unterteilung in relativ kleine Sektoren, etwa zwischen 80 000 und 30 000 Einwohnern, vorgeschlagen oder praktiziert (beispielsweise in einigen Bezirken von Paris, in den Niederlanden und in Dänemark). Die Versorgung solch kleiner Einheiten hat den Vorteil besserer Überschaubarkeit und erleichterter Zusammenarbeit mit den beteiligten ärztlichen, sozialen und pädagogischen Diensten. Sie nähert sich der Rolle des Hausarztes. Ein zu vermeidender Nachteil liegt in der Entspezialisierung und damit auch im Qualitätsverlust der Versorgung. Aus diesem Grunde wird inzwischen mehrheitlich die Auffassung vertreten, daß stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser, und verhältnismäßig differenzierte Spezialeinrichtungen wie gerontopsychiatrische Abteilungen, nicht auf zu kleine Aufnahmebereiche, wie die zuletzt genannten Sektoren, aufgeteilt werden sollen.

1.11 Zentralisierte Organisation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Die Organisation der Versorgung psychisch Kranker, die Kompetenz für bestimmte Bereiche des Versorgungssystems, für Datensammlung, Planung, Maßnahmen und Trägerschaft variieren, beeinflußt durch die unterschiedlichen historischen, gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten, von Land zu Land am stärksten. Stark zentralisierte Verwaltungen finden sich in den osteuropäischen Ländern und in den Staaten mit staatlichem Gesundheitsdienst. Ihr Vorteil ist, daß sie die allerdings manchmal nicht genutzte Möglichkeit der Sammlung standardisierter nationaler Daten und damit auch der Anpassung von Plänen und Maßnahmen an die fortlaufend registrierten Entwicklungen und Veränderungen haben. Die Durchsetzung ihrer Anordnungen erlaubt zentralisierten Verwaltungen die Verwirklichung eines gleichmäßigen Niveaus der Versorgung, das allerdings am meist relativ niedrigen Durchschnittsstandard orientiert bleibt. Der Nachteil zentralisierter Versorgung ist ihre Schwierigkeit zu experimentieren, und ihre häufig geringe Flexibilität sowie die Gefahr, Fehler in der Beurteilung von Entwicklungen und in den grundlegenden Prinzipien der Planung zuweilen über das ganze Land zu generalisieren.

1.12 Dezentralisierte Organisation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Das andere Extrem, die dezentralisierte Verwaltung, stärkt häufig lokale, sachfremde Einflüsse und läßt sehr unterschiedliche Entwicklungen zu, wenn nicht zentrale Richtlinien oder Kontrollmaßnahmen dem entgegenwirken. Die Sammlung von evaluativen Daten und die Anwendung wissenschaftlicher Ergebnisse bei Maßnahmen und Planungen haben in dezentralisierten Systemen mindestens sehr unterschiedliche Chancen. Ihr Vorteil ist jedoch, daß oft locker organisierte, relativ autonome Systeme entstehen, die örtliche Initiativen aufnehmen, sich rasch an gegebene oder sich verändernde Bedingungen anpassen und außerhalb des Systems gelegene Ressourcen optimal zu nutzen vermögen. Aus diesem Grunde ist die Motivation der Mitarbeiter und Partner nicht zentralistisch organisierter Institutionen oft erstaunlich hoch. Andererseits entstehen Schwierigkeiten bei der Reproduktion solcher Modelle und in der Kontrolle von Fehlentwicklungen, die jedoch meist regional und damit begrenzt bleiben.

1.13 Grundsätze der zentralen Organisation

Grundsätzlich wird die Zentralisierung der Datensammlung von Richtlinien und Koordinationsmaßnahmen unerläßlich sein. Es erscheint jedoch auch wünschenswert, daß ein System genügend Raum für lokale und regionale Initiativen, für Innovation und Experimentieren und nicht zuletzt für die Wahrnehmung und Umsetzung nationaler und internationaler Forschungsergebnisse behält.

2 Beispiele aus Entwicklungen in einzelnen Ländern

Es ist nicht möglich, die Struktur, Organisation und das Funktionieren unterschiedlicher Systeme der Versorgung psychisch Kranker auch nur weniger Länder vergleichend bis ins Detail darzustellen. Aus diesem Grunde beschränkt sich der folgende Überblick auf solche Länder, deren Versorgungssystem psychisch Kranker mit jenem der Bundesrepublik vergleichbar und für die kommende Entwicklung wegweisend oder auch hinsichtlich aufgetretener Mängel und Schwierigkeiten lehrreich ist. Dabei ist zu bedenken, daß traditionelle oder moderne Bestandteile der Versorgung, etwa der staatliche Gesundheitsdienst und das Fehlen niedergelassener Fachärzte in Großbritannien oder die zahlreichen, von niedergelassenen Fachärzten betriebenen kleinen psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus in den Niederlanden, die Aufgabenverteilung im gesamten Versorgungssystem und damit auch seine Organisationsprinzipien nachhaltig beeinflussen.

Die nach solchen Zielsetzungen vorgenommene einseitige Auswahl von drei Ländern für diesen Vergleich erlaubt ebensowenig eine umfassende Beur-

teilung der Qualität der Versorgung psychisch Kranker in den dargestellten wie auch in den nicht erwähnten Ländern.

2.1 Niederlande

Der Anstoß zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter traf in den Niederlanden auf eine verhältnismäßig günstige Ausgangsposition. Das Land verfügte 1970 über ca. einen Facharzt für Psychiatrie auf 13 000 Einwohner, über 39 Fachkrankenhäuser mit rund 2,7 Betten pro 1 000 Einwohner, über eine beachtliche Zahl von Beratungsstellen für verschiedene Bereiche der Vorsorge und Fürsorge und über mustergültige Einrichtungen der Rehabilitation. In Berichten ausländischer Experten wurde wiederholt die Toleranz und Hilfsbereitschaft der holländischen Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten hervorgehoben (26, 27).

2.1.1 Die Organisation der Versorgung psychisch Kranker

Ein wesentlicher Mangel, dessen Behebung nunmehr nachdrücklich angestrebt wird, war in der Organisation des Systems begründet. Nur ein minimaler Teil der Einrichtungen — von den 39 psychiatrischen Fachkrankenhäusern beispielsweise nur sechs — befindet sich in öffentlicher Trägerschaft. Träger der meisten Einrichtungen sind privatrechtliche Stiftungen und Organisationen, von denen die beiden größten konfessionell gebunden sind. Vorteil dieses „Säulen"-Systems ist seine Orts- und Bürgernähe. Zu seinen Nachteilen zählen der unterschiedliche Standard in der Versorgung verschiedener Bevölkerungsteile und die unzureichende Koordination.

In der Kenntnis dieser Mängel haben sich die auf dem Sektor der psychiatrischen Versorgung tätigen pivaten Organisationen zum „Nationalen Büro für geistige Gesundheit" zusammengeschlossen. Es arbeitet im Bemühen um eine Integration kleiner Einrichtungen und Organisationen in größere Verwaltungseinheiten mit der Regierung zusammen.

Zu den Zielen des Ministeriums für Volksgesundheit und Sozialhygiene zählen die Gewichtsverschiebung von der Anstalts- zur Sozialpsychiatrie, die Behandlung psychisch Kranker in ihrem Milieu solange dies möglich ist, die Erforschung belastender Umweltfaktoren und der Ausbau psychohygienischer Maßnahmen. Die Reformpläne sollen flexibel an die künftige Entwicklung unter Berücksichtigung fortlaufender Erfolgsprüfung und unter Beteiligung der betroffenen Einrichtungen und Personengruppen angepaßt werden. Zur Verwirklichung dieser Ziele wird eine stärkere Zentralisierung und Koordination für notwendig erachtet (26, 28).

Auf nationaler Ebene liegt die Verantwortung für die Versorgung psychisch Kranker in gesetzlich abgestecktem Rahmen beim Hauptinspektor für die geistige Volksgesundheit. Er ist ein Organ der Staatsaufsicht und zuständig für die Bereiche Psychiatrie, Psychohygiene und geistige Behinderung. Zu seinen Aufgaben zählen die Planung und Anregung von Entwicklungen, die Förderung der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal, die Wahrnehmung internationaler Beziehungen und die Beurteilung von Krankenhausbauplänen. Der Hauptinspektor für die geistige Volksgesundheit ist schließlich auch Rekursinstanz für Patienten aller psychiatrischer Einrichtungen. Sie können dort beispielsweise Klage gegen eine Zwangsunterbringung erheben. Der Hauptinspektor hat ihre Rechte zu vertreten, was ihm dadurch ermöglicht wird, daß seine Behörde nicht Träger psychiatrischer Einrichtungen, sondern Aufsichtsinstanz ist.

2.1.2 Reorganisation des psychiatrischen Krankenhauswesens

Der Übergang zu einer gemeindenahen Versorgung krankenhausbedürftiger Patienten wurde auch in den Niederlanden mit der Errichtung und Vermehrung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern eingeleitet. Die hohen Investitionskosten, die viele der privaten Krankenhausträger nicht aufbringen konnten, führten dazu, daß mit der ursprünglich empfohlenen Errichtung großer psychiatrischer Abteilungen von 60 bis 100 Betten zu langsame Fortschritte erzielt wurden. Nach einer langen Phase der Ablehnung entschloß sich die Regierung jüngst dazu, psychiatrische Belegabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern als wesentlichen Bestandteil der Versorgung anzuerkennen und zu fördern. Sie werden von niedergelassenen Fachärzten häufig noch als Einmannbetriebe geführt. Nach den Empfehlungen des Ministeriums soll eine solche Abteilung zukünftig 20 bis 40 Betten umfassen und, wenn sie über eine Poliklinik und eine Tagesklinik verfügt, von drei Psychiatern betreut werden. Neben ausreichender Besetzung mit Pflegepersonal soll sie — was für die Versorgung vorwiegend Akutkranker sehr reichlich bemessen ist — einen Beschäftigungstherapeuten je zehn Betten aufweisen.

2.1.2.1 Gliederung in Grundversorgung und Schwerpunktversorgung

Diese Entscheidung bringt eine Gliederung der stationären Dienste wie in der allgemeinen Medizin auch für die Versorgung psychisch Kranker mit sich. Grundversorgung wird durch psychiatrische Abteilungen oder Belegstationen an den allgemeinen Krankenhäusern der Distrikte, Haupt- und Schwerpunktversorgung durch die psychiatrischen Fachkrankenhäuser geleistet. Der psychiatrischen Abteilung fällt, vor allem wenn sie nur über eine kleine Bettenzahl verfügt, die Versorgung kurzfristig zu behandelnder symptomatischer, organischer und endogener Psychosen, psychosomatischer Syndrome und neurotischer Krisen zu. Die Verfügbarkeit der Einrichtungen des Allgemeinkrankenhauses erlaubt ihnen auch lebensrettende Maßnahmen in schweren akuten Zuständen. Die Fachkrankenhäuser sollen dagegen zu hochspezialisierten Einrichtungen mit dem Schwerpunkt mittel- und langfristiger Therapie ausgebaut werden. Dazu ist eine Verkleinerung überdimensionierter Anstalten mit Untergliederung in therapeutisch intensive

kleine Abteilungen unter einer übergreifenden ärztlichen Leitung vorgesehen. Die Größe der einzelnen Stationen soll allmählich auf jeweils 12 bis 15 Betten sinken.

2.1.2.2 Hinweise auf die Bewährung der Gliederung

Der Erfolg dieser Gliederung des Versorgungssystems kommt darin zum Ausdruck, daß 1971 bereits rund zwei Drittel aller Krankenhausaufnahmen in Holland von den psychiatrischen Abteilungen getätigt wurden, die jedoch nur über knapp 10 % der psychiatrischen Betten des Landes verfügten. In den 39 psychiatrischen Fachkrankenhäusern hingegen waren zum 31. Dezember 1970 rund 80 % der Patienten bereits ein Jahr oder länger hospitalisiert. Der Besucher gewinnt jedoch keinesfalls den Eindruck, daß die Konzentration auf mittel- und langfristige Behandlungen zu einem Rückgang des therapeutischen Engagements und zu einem Absinken des allgemeinen Standards in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern geführt hätte. Vielmehr wird weitgehend von beispielhaften therapeutischen Programmen und Initiativen an chronisch Kranken und von der erstaunlichen Motivation des Personals in diesen Krankenhäusern berichtet (26, 27).

Die Niederlande verfügen über gesonderte Einrichtungen für psychisch gestörte Straftäter: drei staatliche Anstalten mit insgesamt 248 Plätzen und private Anstalten mit 389 Plätzen. Straftäter kommen in der Regel nicht in psychiatrische Krankenhäuser.

2.1.3 Ambulante Einrichtungen

2.1.3.1 Niedergelassene Fachärzte

Das Hauptgewicht der ambulanten gemeindenahen Versorgung in Holland liegt in Händen niedergelassener Psychiater. Sie erfuhren, wie in der Bundesrepublik, früher eine neuropsychiatrische Weiterbildung, die inzwischen in Psychiatrie und Neurologie aufgespalten wurde. Die Zusammensetzung der von ihnen versorgten Krankheitsgruppen variiert deshalb stark, wie die einzige bisher durchgeführte Untersuchung zeigt (29). Nach diesen Ergebnissen sind bei den niedergelassenen Psychiatern rund doppelt soviele Einwohner einer Provinz mit rund einer halben Million Bevölkerung in Betreuung wie in allen anderen ambulanten Diensten — einschließlich aller Ärzte von Beratungsstellen für alle Altersstufen — zusammengenommen. Während Neurosen und Depressionen die größte Gruppe unter der Klientel Niedergelassener stellen, stehen bei den sozialpsychiatrischen Diensten derzeit die Alterskranken an der Spitze. Eine nationale Statistik über die Tätigkeit der niedergelassenen Fachärzte existiert nicht.

2.1.3.2 Sozialpsychiatrische Dienste

Um die Lücke zwischen den häufig gemeindefern gelegenen Fachkrankenhäusern einerseits, der familiären, beruflichen und sozialen Umwelt des Kranken andererseits zu schließen, wurden die sozialpsychiatrischen Dienste ausgebaut. Ihr Sitz ist in Großstädten meist das Gesundheitsamt, in der Provinz ein Krankenhaus. Sie stehen neuerdings in öffentlicher Trägerschaft der Kommunen oder Kreise und haben eine begrenzte Region zu versorgen. Ihre Aufgaben sind:

1. Nachsorge nach Krankenhausentlassung;
2. Vorbeugung, insbesondere Behandlung von Krisen und leichteren Erkrankungen in der natürlichen Umgebung des Patienten mit dem Ziel der Verhinderung von Krankenhausaufnahmen;
3. Einweisung Krankenhausbedürftiger in das psychiatrische Fachkrankenhaus;
4. Vermittlung sozialer und beruflicher Hilfen im Rahmen von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen;
5. Beratung sozialer, pädagogischer und anderer Einrichtungen, die mit psychisch Gefährdeten, psychisch Kranken und Behinderten zu tun haben;
6. Gesundheitserziehung.

Ein obligater Bereitschaftsdienst rund um die Uhr und die Möglichkeit, Hausbesuche durchzuführen, erlauben den sozialpsychiatrischen Diensten, bei schweren Krisen Krankenhauseinweisungen nach Möglichkeit zu vermeiden oder Schwierigkeiten der Wiedereingliederung in der unmittelbaren Umgebung des Kranken festzustellen und zu beseitigen.

1973 gab es bereits 34 sozialpsychiatrische Dienste, die jeweils unter Leitung eines Psychiaters standen. Sie hatten am Stichtag rund 70 000 Kranke in Betreuung. Das grundsätzlich multidisziplinär zusammengesetzte Personal umfaßte insgesamt 160 Psychiater oder andere Ärzte, 356 Fachschwestern für Sozialpsychiatrie, 75 Sozialarbeiter und 155 Psychologen oder Pädagogen. Da die sozialpsychiatrischen Dienste grundsätzlich Kinder, Erwachsene und alte Menschen einheitlich zu versorgen haben — ein Prinzip, das in anderen Ländern, etwa in der Bundesrepublik, wesentlich weniger weitgehend verfolgt wird —, arbeiten sie zusammen mit:

1. Erziehungsberatungsstellen
   — 1973 gab es in Holland insgesamt 64 mit 539 Mitarbeitern —
2. Eheberatungsstellen
   — 1973 gab es in Holland insgesamt 62 mit 253 Mitarbeitern —
3. Alkohol- und Drogenberatungsstellen
   — 1973 gab es in Holland 18 mit insgesamt 194 Mitarbeitern —

Ihre Flexibilität erlaubt den sozialpsychiatrischen Diensten bevorzugt, Mangelsituationen im Bereich der gesteckten Aufgaben zu begegnen.

2.1.4 Psychogeriatrische Einrichtungen

Der Ausbau psychogeriatrischer Krankenhausabteilungen wurde aus der Erkenntnis des dringenden Bedarfs in den letzten Jahren mit großer Energie vorangetrieben. Es standen zur Verfügung:

Tabelle 6

Psychogeriatrische Abteilungen

Jahreszahl	Psychogeriatrische Abteilungen	Gesamtzahl der Betten
1967	38	850
1968	44	4 575
1969	54	5 100

Außerdem befanden sich 1970 — ähnlich wie in der Bundesrepublik — noch ca. 7 300 Personen über 65 Jahre = 28 % der Insassen in psychiatrischen Krankenhäusern. Dazu kommt eine nicht exakt ermittelte Zahl von rd. 7 000 als psychiatrisch überwacht bezeichneten Betten in Altenheimen.

2.1.5 Die künftige regionale und strukturelle Gliederung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

2.1.5.1 Stufen der Versorgung

Mit dem Ziel, leichte Zugänglichkeit, Kooperation und bedarfsgerechte Gliederung der Dienste sicherzustellen, ist eine Staffelung nach drei Stufen der Spezialisierung und Intensität vorgesehen. Die 1. Versorgungsstufe wird vom Hausarzt, der Gemeindeschwester und den örtlichen Sozialdiensten gebildet. Ungleichheiten der Versorgung in diesem Bereich will man durch die Förderung sogenannter Knotenpunkte begegnen, die einer ärztlichen Gruppenpraxis mit Gemeindeschwester und Sozialarbeiter gleichkommen.

Was durch therapeutische oder soziale Maßnahmen der 1. nicht spezialisierten Stufe nicht aufgefangen werden kann, soll der 2. Stufe zugewiesen werden. Sie umfaßt ein weites Spektrum ambulanter psychiatrischer Einrichtungen, die weder eine sehr intensive Versorgung noch einen hohen Spezialisierungsgrad anbieten. Dazu zählen die niedergelassenen Nervenärzte und die verschiedenen Beratungsdienste. Zur Verbesserung der Koordination ist bereits auf dieser Ebene eine Regionalisierung (Untersektorisierung) erwünscht. Sie soll in Anlehnung an Verwaltungseinheiten eine Bevölkerung von rund 20 000 bis 40 000 umfassen. Die freie Wahl von Ärzten und Einrichtungen soll gewahrt bleiben.

2.1.5.2 Das „Distriktpsychiatrische Zentrum"

In der 3. Stufe, die in der Regel einen Distrikt mit durchschnittlich 200 000 bis 250 000 Einwohnern versorgen soll, hat die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus ihren Platz. Sie soll über eine Poliklinik verfügen und mit allen anderen der psychischen Gesundheit dienenden Einrichtungen des Distrikts eng zusammenarbeiten. Als Modell einer integrierten Versorgung wird ein „Distriktpsychiatrisches Zentrum" vorgeschlagen. Es soll obligat über kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, ein Erziehungs- und Eheberatungszentrum, Einrichtungen der Beratung und Sonderpädagogik für geistig Behinderte, Einrichtungen der gerontopsychiatrischen Beratung und der Krisenintervention für alle Gruppen psychisch Kranker verfügen. Fakultativ sind vorgesehen: ein psychotherapeutisches Institut, eine Beratungsstelle für Alkoholiker und Suchtkranke, eine Beratungsstelle für Jugendliche und Heranwachsende und eine Beratungsstelle für psychisch kranke Straftäter.

Wenn sich dieses Modell, das aus der Erfahrung mit sozialpsychiatrischen Diensten hervorgewachsen ist, bewähren soll, dann nur unter der Voraussetzung, daß die Zusammenarbeit mit den voll- und teilstationären Einrichtungen, die den Distrikt versorgen, gelingt. Die Integration des psychiatrischen Krankenhauses in die gemeindenahen extramuralen Dienste ist jedenfalls in diesem System nur unvollständig vollzogen. Sie wird gegenwärtig, unter Verzicht auf die Kontinuität der Versorgung, durch die Tätigkeit der sozialpsychiatrischen Dienste geleistet.

2.1.5.3 Psychiatrische Großkrankenhäuser

Hochspezialisierte psychiatrische Krankenhäuser mit großer Bettenkapazität sollen in den Niederlanden nicht für die Versorgung eines Distrikts, sondern wie die Schwerpunktkrankenhäuser in der Bundesrepublik, für die Versorgung einer Region mit durchschnittlich 1 Million Einwohnern tätig werden. Die anerkennenswerte Flexibilität dieses Plans beläßt jedoch auch die Möglichkeit, durch Unterteilung eines Großkrankenhauses in die Versorgung auf Distriktebene einzutreten.

2.1.5.4 Dokumentation

Ein großer Vorzug ist, daß sowohl den sozialpsychiatrischen Diensten als den geplanten distriktpsychiatrischen Zentren die Pflicht zur Dokumentation auferlegt worden ist. Damit haben sich die verantwortlichen Behörden eine Basis für die ständige Beobachtung der Entwicklung und für die Erfolgsprüfung geschaffen, zu der sie, wie erwähnt, verpflichtet sind.

2.1.5.5 Versorgung Drogenabhängiger

Wenig beispielgebend sind die Maßnahmen zur Vorbeugung und Eindämmung der Drogenabhängigkeit in den Niederlanden. Durch die unzureichende Kontrolle der Verfügbarkeit von Rauschdrogen hat das Land, im Vergleich zu anderen Staaten, eine verhältnismäßig hohe, bisher nie genau ermittelte Zahl von Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen.

2.1.6 Versorgung Behinderter

Eine bedeutende Entwicklung haben in den letzten 1½ Jahrzehnten die Einrichtungen für geistig, psychisch und körperlich Behinderte genommen. Diese Entwicklung ist für die Bundesrepublik besonders deshalb interessant, weil sie auf vergleichbaren Voraussetzungen beruht, nämlich dem Vorrang

freier gemeinnütziger Träger bei subsidiärer Hilfe des Staates.

Allerdings hat sich die staatliche Mitwirkung von einer früher mehr passiven Kontrollfunktion zu einer aktiveren Einwirkung auf Planung, Koordination und Ausbildungsförderung gewandelt.

Das allgemeine Gesetz für besondere Gesundheitsrisiken von 1968 gewährleistet die Übernahme der gesamten Pflegekosten für geistig Behinderte durch eine allgemeine Pflichtversicherung.

Ein gewisser Eigenbeitrag von derzeit maximal 350 hfl. monatlich wird von denen gefordert, die in dem sehr breit ausgebauten System beschützender Werkstätten produktiv arbeiten können, wenn sie wenigstens 30 % der Leistung eines Normalen erbringen.

Das niederländische System enthält ein breites Hilfeangebot von der Früherfassung über örtliche Hilfen in der „ersten Linie", poliklinische und klinische Untersuchungs- und Behandlungszentren in der „zweiten Linie" bis zu Spezialinstituten im 3. Bereich.

Als nachteilig wird auch im Lande selbst die außerordentliche Unübersichtlichkeit der Kompetenzen, fehlende Kooperation und Integration in den Versorgungsebenen selbst und die zwar geplante, aber nicht verwirklichte Regionalgliederung empfunden. Diesem Nachteil steht als Vorteil eine besonders ausgeprägte und vielseitige Privatinitative gegenüber.

Zeugen dieser beispielhaften Initiative sind Einzel- oder Verbundeinrichtungen mit klinischen Zentren, Heimen für Langzeitbehandlung und -erziehung, Tagesheimen, Kinderheimen, Adoptiv-, Pflege- und Wochenendfamilien, Kurzzeitheimen, Wohngemeinschaften und bevölkerungsnahen Beratungsstellen, die, meist als Stiftungen betrieben, vorbildliche Arbeit leisten. Das besondere Klima holländischer Gemeinwesen mit ihrer starken Bereitschaft zu freiwilliger Hilfe hat auch im Freizeitbereich durch die Schaffung von Freizeit- und Ferienheimen, Sport-, Musik- und Reiseclubs zu einem reicheren Leben für geistig behinderte Kinder, Erwachsene und ihre Familien beigetragen.

Die Zahl der Krankenhäuser und Heime für geistig Behinderte hat

> von 33 (1966) auf 113 (1972) und von 11 200 Betten (1963) auf 20 610 Betten (1972)

zugenommen.

Die Tageseinrichtungen für geistig Behinderte stiegen von 1 700 (1969) auf 5 000 (1972). Die Beschäftigung geistig Behinderter in beschützenden Werkstätten stieg von 7 690 (1965) auf 12 820 (1971).

Die erfolgreiche Arbeit mit Behinderten steht und fällt mit der Verfügbarkeit geeigneten Personals. Vorbildlich ausgebildet, besonders für die Hilfe an Schwerbehinderten, sind die niederländischen Schwachsinnigen-Schwestern (Z-Schwestern). In dreijährigen Kursen werden ihnen, neben medizinischen, besonders Kenntnisse in Behindertenerziehung und sozialer Förderung vermittelt. Hilfsschwestern werden in zweijährigen Kursen herangebildet. Außerdem existiert ein differenziertes Weiterbildungsangebot für pädagogische Assistenten, Sozialarbeiter in Geistig-Behindertenhilfe und für Lehrer in Geistig-Behindertenschulen.

Behindertenversorgung in Dänemark und Schweden im Vergleich zu den Niederlanden

Wegen des hohen Entwicklungsstandes bei grundsätzlich andersartiger Organisation sind die Versorgungssysteme Dänemarks und Schwedens zu erwähnen. In beiden Ländern stehen staatliche Initiative und Trägerschaft im Vordergrund. Private Träger spielen nur noch eine geringe Rolle. Interessierte Bürger haben die Möglichkeit, über Beiräte ihre Vorschläge und Forderungen vorzubringen.

In den letzten $1^1/_2$ bis 2 Jahrzehnten ist, jeweils unter Federführung des Sozialministeriums, ein regional gegliedertes Versorgungssystem aufgebaut worden. Richtlinie war, sowohl in legislativer als in organisatorischer Hinsicht, das „Normalitätsprinzip". Man wollte nicht mehr wie in der Vergangenheit von der Pflege und Fürsorge für Schwerstbehinderte unter Vernachlässigung der Entwicklungsmöglichkeiten leichter Behinderter ausgehen, sondern von der prinzipiell anzunehmenden Möglichkeit, jeden Behinderten ein kleines oder größeres Stück auf den Weg zur Entwicklung einer harmonischen der Gesellschaft angepaßten Persönlichkeit zu bringen. Dieser Ansatz verlegt den Schwerpunkt der Behindertenarbeit in die Familie (aufsuchende Fürsorge). Kindergärten, Schulen und Werkstätten werden deshalb bevölkerungsnah, möglichst mit Einrichtungen für normale Kinder verbunden, angeboten oder angestrebt. In Dänemark sorgt ein regionales Direktorium, zusammengesetzt aus Verwaltungsmann, Arzt, Sonderpädagoge und Sozialarbeiter, in enger Verbindung mit den Gemeinden für die Verwirklichung der Behindertenarbeit nach zentralen Richtlinien. In Schweden untersteht diese Koordinationsgruppe einem Organ der regionalen Selbstverwaltungskörperschaft (Landsting). Beide Organisationen sollen ein lebensbegleitendes Hilfsangebot gewährleisten.

Die Finanzierung geschieht aus Steuermitteln. Der Behinderte kann in beiden Ländern von unterschiedlichem Alter an eine Rente empfangen. Zuvor gibt es Hilfen für die Eltern. Zusätzlich sind begrenzte Verdienste in Behindertenwerkstätten möglich, so daß eine Angleichung an den finanziellen Standard der Bevölkerung erreicht wird.

In beiden Ländern sind Bestrebungen zur Lockerung der zunächst sehr zentralistischen Führung und zur Stärkung kommunaler Eigenleistungen erkennbar. Offensichtlich sind besonders zur Integration und zur Verbesserung der Freizeitmöglichkeiten Behinderter auch in diesen Ländern Privatinitiativen dringend erforderlich.

Über die quantitative Entwicklung in Dänemark unterrichtet die nachstehende Tabelle (30):

Tabelle 7

	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Behinderte	
	1959	1974	1959	1974
Regionalzentren	6	11	5 874	5 556
Lokaleinrichtungen	14	28	2 024	2 374
Entlastungs- und Ferienheime	1	7	18	47
Sonderbehandlungsheime	0	2	0	9
Kinderheime	0	2	0	26
Behandlungsheim (Kriminelle)	0	1	0	5
Internate für Schulpflichtige	3	1	625	54
Schulheime	3	18	83	298
Internate für Jugendliche	0	5	0	107
Pensionen (Wohnheime)	1	32	15	656
Private Betreuungsheime	26	19	612	365
Gesamte intramurale Betreuung/Behandlung	54	126	9 251	9 497

Im folgenden werden nur noch hinweisgebende Einzelaspekte der Versorgung psychisch Kranker in Großbritannien und den USA dargestellt werden.

2.2 Großbritannien und Nordirland

2.2.1 Der „Public Health Service"

Die Einführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes 1946 brachte die kostenfreie medizinische Versorgung unabhängig vom Einkommen. Die erste Ebene der medizinischen Versorgung wird von derzeit ca. 22 000 praktischen Ärzten dargestellt. Etwa 95 % der gesamten Bevölkerung haben sich in den Listen der praktischen Ärzte registrieren lassen, zwei Drittel der Eingetragenen suchen während eines Jahres tatsächlich mindestens einmal ihren Hausarzt auf.

2.2.2 Ambulante psychiatrische Dienste

Die Anzahl der praktizierenden Fachärzte ist seit 1946 stark zurückgegangen. Ein großer Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung wird von den Ärzten psychiatrischer Krankenhäuser auf Teilzeitbasis in den Polikliniken an allgemeinen Krankenhäusern bestritten.

2.2.3 Fachärzte für Psychiatrie

Die Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie beträgt gegenwärtig rund 1 000, die allerdings ausschließlich der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen, weil das Fachgebiet Neurologie selbständig ist. Von ihnen sind 155 in der Kinderpsychiatrie und 120 vorwiegend mit geistig Behinderten beschäftigt. Mit dieser bescheidenen Zahl — gegenüber der Weltgesundheitsorganisation wurde die Rate der in der Psychiatrie tätigen Ärzte auf 3,4 je 100 000 der Bevölkerung (Bundesrepublik ca. 5 je 100 000) angegeben (1) — von psychiatrischen Fachärzten und der ebenfalls niedrigen Zahl von Psychologen wurde eine eindrucksvolle Kapazitätsausweitung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung erreicht. Die strukturellen und regionalen Mängel unterstreichen jedoch die vielfach erhobene Forderung nach Maßnahmen zur Erhöhung der Abgangsrate ausgebildeter Psychiater.

2.2.4 Dokumentation und Forschung

Alle Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind zur standardisierten Dokumentation verpflichtet. Die Daten werden zentral vom Department of Health and Social Security gesammelt, dem damit die einzigartige Möglichkeit gegeben wurde, Pläne und Maßnahmen danach zu orientieren. Für die psychiatrische Forschung bestehen ebenfalls außergewöhnlich günstige Voraussetzungen. Sie haben sich in herausragenden praxisbezogenen Forschungsprojekten der psychiatrischen Units des „Medical Research Council", einer unabhängigen Forschungsinstitution, niedergeschlagen. Besonders auf den Gebieten der Sozialpsychiatrie und der psychiatrischen Epidemiologie haben die englischen Psychiater eine führende internationale Stellung er-

worben. Forschungsprobleme der psychischen Erkrankungen und der geistigen Behinderung sollen wegen ihrer hohen gesundheits- und sozialpolitischen Bedeutung in Zukunft vorrangig gefördert werden.

2.2.5 Zusammenarbeit von Forschung und Verwaltung

Die Zusammenarbeit zwischen führenden Wissenschaftlern und den für die Planung und Koordination der psychiatrischen Versorgung verantwortlichen Beamten ist beispielgebend. Zur Institutionalisierung dieses Kontakts und zur Gewährleistung einer fortlaufenden Information der für die Planung Verantwortlichen über wesentliche Forschungsergebnisse wurde kürzlich ein Chief Scientist (hauptamtlicher wissenschaftlicher Berater) an jedes Ministerium berufen. Ihm fällt außerdem die Aufgabe zu, Wissenschaftler auf wichtige Fragestellungen der Planung bzw. der Gesundheits- und Sozialpolitik hinzuweisen. Berufen wurden durchweg erfahrene und hervorragende Wissenschaftler, die Beziehungen zur Praxis und zu Planungsproblemen haben.

2.2.6 Zwangseinweisungen

Der Mental Health Act 1959 hat die geltenden Bestimmungen für die richterliche Zwangseinweisung aufgehoben. Für die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus gelten nun, sofern sie nicht durch einen Gesetzesverstoß ausgelöst werden, die gleichen Bedingungen wie für eine Aufnahme im allgemeinen Krankenhaus. Das Recht, gegen eine behördliche oder ärztliche Zwangseinweisung unverzüglich das zuständige Gericht anzurufen, blieb jedoch bestehen. 1971 waren 16 % aller Aufnahmen in die psychiatrischen Krankenhäuser des Landes mit irgendeiner Anwendung von Zwang (Unterbringung in eine geschlossene Abteilung), in der Mehrzahl sehr kurzfristig, verbunden.

2.2.7 Der Übergang vom psychiatrischen Krankenhaus in die psychiatrische Abteilung des Allgemeinkrankenhauses

Der Hospitalplan des Jahres 1962 sieht, im Vollzug der international akzeptierten Leitlinien, die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf der Distriktebene, d. h. für Bevölkerungseinheiten von ca. 80 000 bis 450 000, vor. Auf dem Krankenhaussektor war der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern der Distrikte mit durchschnittlich 100 Betten vorgesehen. Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser sollten, wie alle überdimensionierten und gemeindefernen Anstalten für körperlich und geistig Behinderte — mit Ausnahme weniger Sondereinrichtungen, etwa für sicherungsbedürftige psychisch Kranke (Rechtsbrecher) —, in einer nicht festgelegten Zukunft geschlossen werden. Um den Aufbau der psychiatrischen Abteilungen nicht an der hohen Bettenzahl scheitern zu lassen, schlug das zuständige Ministerium in Leitlinien für den Krankenhausbau (Hospital Building Notes) Richtgrößen von zunächst 30, später 60 und 80 Betten vor. Allerdings sollten diese kleinen stationären Einheiten durch Tageskliniken ergänzt werden, deren Kapazität etwas höher liegen soll (derzeitige Richtzahl 0,5 Betten für psychisch kranke Erwachsene und 0,65 Plätze in Tageskliniken je 1 000 Einwohner — ohne Jugendpsychiatrie und Psychogeriatrie). Zusätzlich sollen eine intensive Frühbehandlung und der Ausbau eines gegliederten Systems von Übergangseinrichtungen und Heimen die Krankenhäuser von chronischen Fällen und vor allem von geistig Behinderten entlasten.

Dem Absinken des allgemeinen Standards und der Arbeitsmoral in den zur Schließung vorgesehenen Großkrankenhäusern wurde dadurch vorgebeugt, daß das gleiche Personal am Aufbau der gemeindenahen Versorgung direkt beteiligt wurde und damit den Übergang in die neuen Einrichtungen selbst mitvollzogen hatte oder wenigstens mitvollziehen sollte. Dadurch gelangen in der großen Mehrheit eindrucksvolle Erfolge im Aufbau gemeindenaher psychiatrischer Versorgungssysteme (vgl. Tabelle 8).

Im Zusammenhang damit ging, unterstützt durch behördenverfügte Sperren von Neuaufnahmen in einigen aus der Akutversorgung ausgeschiedenen Großkrankenhäusern, der Bettenbestand der psychiatrischen Fachkrankenhäuser drastisch zurück. Die sorgfältigen Vorbereitungs- und Aufsichtsmaßnahmen konnten jedoch unerfreuliche Zustände in einzelnen Krankenhäusern nicht verhindern (31).

2.2.8 Die neuen chronischen Fälle

Mit dieser konsequenten Politik der Rückkehr in die allgemeine Medizin sind in England seit mehr als zehn Jahren insgesamt sehr positive Erfahrungen gesammelt worden. Zwei problematische Bereiche, die sich inzwischen zeigen, sind deshalb besonders lehrreich. Wie erwähnt, läuft dem Rückgang der in Krankenhäusern untergebrachten chronisch Kranken inzwischen auf einem stark erniedrigten Niveau die Anhäufung sogenannter neuer chronischer Fälle entgegen (s. Abbildung 2).

Sie setzen sich zusammen aus dauernd Betreuungsbedürftigen, die außerhalb eines Krankenhauses versorgt werden können, und aus solchen, die offensichtlich weiterhin der intensiven medizinischen Versorgung und des Schutzes eines psychiatrischen Krankenhauses bedürfen.

Die erste Gruppe sammelt sich auch in Einrichtungen, die eigentlich einer kurz- bis mittelfristigen Behandlung oder Unterbringung dienen, beispielsweise in Tageskliniken und in Übernachtungsheimen karitativer Organisationen (16, 32). Ein wesentlicher Teil dieser chronisch Kranken oder Behinderten kann in Heimen mit zureichender sozialer und medizinischer Betreuung, die eine langfristige Unterkunft gewähren, ausreichend versorgt werden. Die zitierten Erhebungen ließen erkennen, daß ein Teil der aus Krankenhäusern entlassenen psychisch Kranken in Heimen oder Unterkünften der Sozialbehörde oder karitativer Träger eine qualitativ gute Versorgung erhält.

Tabelle 8

Haupttypen psychiatrischer Dienste in Großbritannien und Nordirland

Art des Dienstes	Medizinische Einrichtungen	Soziale Einrichtungen
Wohneinrichtungen		
langfristig (über 1 Jahr Obdach, Langzeitrehabilitation oder Langzeitbehandlung)	psychiatrische Krankenhäuser, an Krankenhäuser angegliederte Heime	beschützende Heime und Gemeinschaften, Wohngemeinschaften, betreute Wohnungen, Familienfürsorge
kurzfristig (Behandlung, aktive Rehabilitation und zeitweilige Aufnahme)	psychiatrische Abteilungen an District General Hospitals	Rehabilitationsheime, Übergangseinrichtungen
Tages- und Nachtkliniken		
langfristig	rehabilitative Tageskliniken	beschützende Werkstätten, Tageszentren, Freizeitzentren
kurzfristig	therapeutische Tageskliniken	rehabilitative Tageszentren, Patientenklubs
Beratung		
ständig	Polikliniken	Sprechstunden
im Notfall	Notfallambulanzen	Sprechstunden
zu Hause	Hausbesuche (einschließlich vom Allgemeinpraktiker unternommene)	Hausbesuche
andere Beratung	Besuche auf Allgemeinabteilungen und anderen Einrichtungen	Lehrer, Polizei usw., Verbindung zur Allgemeinpraxis

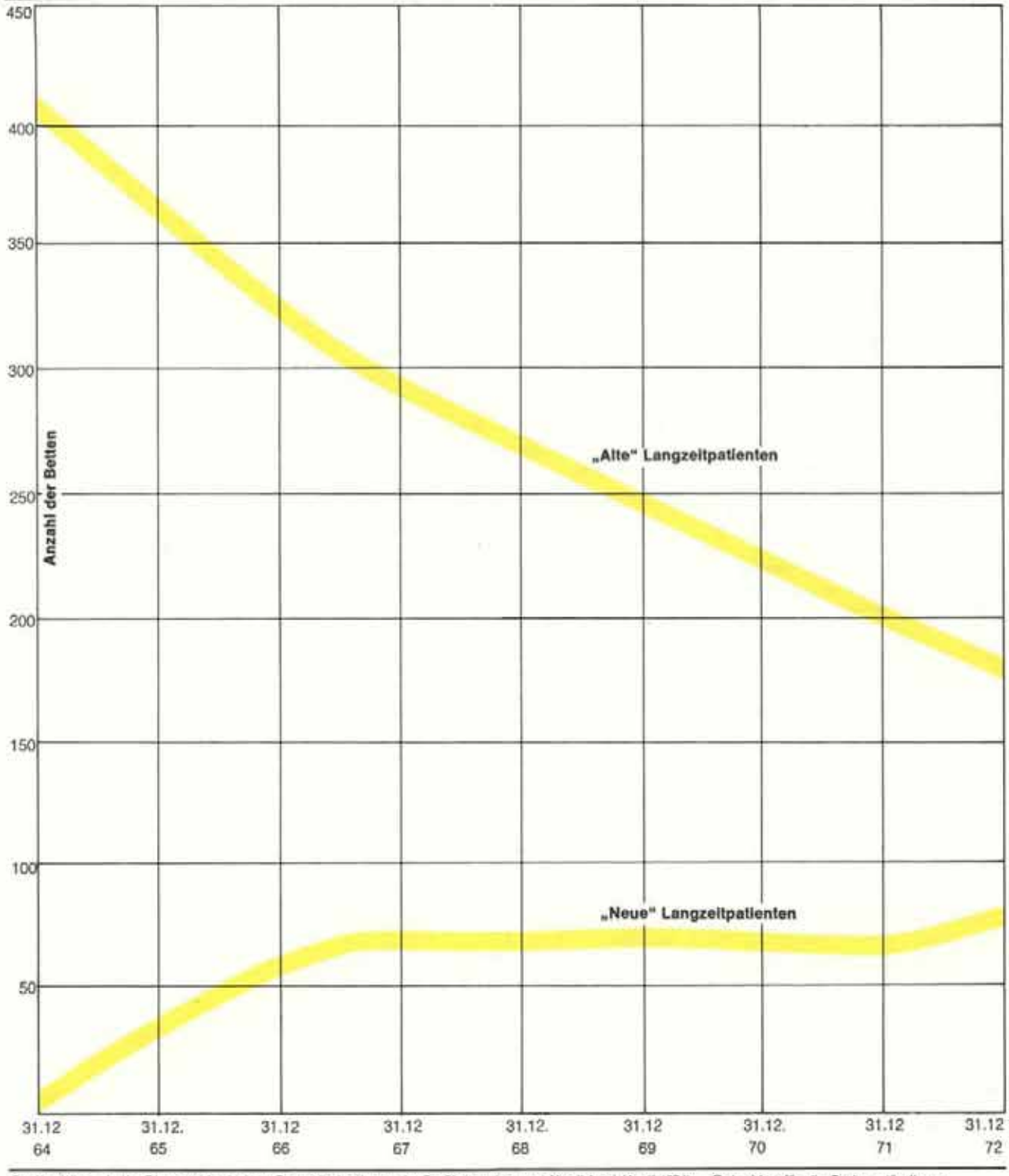
Quelle: Wing, J. K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland (April 1974) — Ein Bericht für die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Tabelle 1. Abgedruckt im Anhang, Teil B.

Die zweite Gruppe der neuen chronischen Patienten bedarf offensichtlich weiterhin der Versorgung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Sie setzt sich zusammen aus sechs Kategorien:

1. Patienten, die langfristig einer gesicherten Unterbringung bedürfen, weil sie die öffentliche Sicherheit gefährden. Nachdem eine epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt hat, daß die Rate von Gewalttaten bei Geisteskranken und Geistesschwachen insgesamt nicht höher liegt als bei der Durchschnittsbevölkerung (33), dürfte diese Gruppe auf die Dauer gesehen etwas kleiner sein als die bislang aus Sicherheitsgründen eingewiesenen und untergebrachten Kranken.
2. Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems, vor allem mit Abbauprozessen im höheren Lebensalter. Hierzu zählt auch eine kleine Anzahl jüngerer Menschen mit neurologischen Erkrankungen nach schweren Verletzun-

Abbildung 2

Abnahme der „alten" Langzeitpatienten seit 31. 12. 1964 und Zunahme der „neuen" Langzeitpatienten während der folgenden 8 Jahre.



Quelle: Wing, J. K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland (April 1974) – Gutachten für die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Abb. 2.

gen oder Tumoren des Gehirns, Systemerkrankungen usw. Die Versorgungsbedürfnisse dieser Gruppe fallen quantitativ erheblich ins Gewicht.

3. Kranke, die nur unter strenger Kontrolle ärztlich behandelt werden können oder die schwerste Verhaltensstörungen aufweisen, so daß eine hohe Pflegeintensität und nächtliche Aufsicht erforderlich sind.
4. Patienten mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen (schwere chronische Schizophrenien), die einer ständigen Aufsicht in einer beschützenden Umgebung bedürfen, dabei aber keine intensive medizinische Betreuung benötigen. Bezogen auf psychiatrische Krankenhausaufnahmen mit der Diagnose Schizophrenie ist der Anteil der schweren Verläufe sehr niedrig anzusetzen.
5. Psychisch Kranke und Behinderte, die einer beschützenden Unterbringung bedürfen, die aber weitgehend für sich selbst sorgen können.
6. Psychisch Kranke und Behinderte, die gleichzeitig körperlich und geistig behindert sind (Mehrfachbehinderte).

Für die unter 4. bis 6. genannten Patientenkategorien, die in der Vergangenheit zusammen mit den unter 1. bis 3. genannten weitgehend vom psychiatrischen Krankenhaus versorgt worden sind, ist in der Regel keine Krankenhausunterbringung, sondern die Versorgung in Heimen oder in Spezialeinrichtungen erforderlich.

2.2.9 Aufrechterhaltung des Unterbringungs- und Leistungsstandards von Heimen und vergleichbaren Einrichtungen

Jede Initiative, auch die Reform der Versorgung psychisch Kranker, erlahmt nach einer gewissen Zeit, um dann in Gleichgültigkeit und Routine überzugehen. Daraus entspringt die Gefahr, daß der Unterbringungs- und Behandlungsstandard der neuen Einrichtungen, die im Zusammenhang mit einer gegliederten gemeindenahen psychiatrischen Versorgung entstanden sind, mit der allgemeinen Entwicklung der Gesellschaft nicht Schritt halten oder gar absinken könnte. Es kommt hinzu, daß die Kontrolle einer großen Zahl kleiner Einrichtungen zweifellos schwieriger ist als die Kontrolle einer kleinen Zahl großer Krankenhäuser, und selbst diese hat die Entstehung von Mißständen nicht verhindern können. Es kann daher nicht übersehen werden, daß ein solches Versorgungssystem eine beträchtliche Anfälligkeit hinsichtlich des Unterbringungsstandards und der Erfüllung spezifischer Aufgaben, besonders auf dem Heimsektor, behalten wird. Die wenigen verallgemeinerungsfähigen Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, daß die Versorgungsqualität von Heimen (für geistig Behinderte) in erster Linie von zwei Faktoren abhängt:

1. Vom Erreichen eines ausreichenden Personalschlüssels. Eine Verstärkung des Personals darüber hinaus scheint sich nicht mehr in einer entsprechenden Qualitätssteigerung niederzuschlagen.
2. Vom Ausbildungsstand und den Fähigkeiten des jeweiligen Heimleiters bzw. der Heimleiterin (34, 35).

Um ein Instrument beständiger Qualitätskontrolle in Händen zu haben, bemühen sich die zuständigen Ministerien auch auf dem Heimsektor um eine möglichst vollständige Dokumentation. Dadurch soll wenigstens eine begrenzte, fortlaufende Erfolgskontrolle möglich sein und ein gewisser erzieherischer Einfluß auf das verantwortliche Personal ausgeübt werden.

2.3 Vereinigte Staaten von Amerika

Am 31. Dezember 1960 hatte die 1955 durch Gesetz ins Leben gerufene „Joint Commission on Mental Illness and Health" dem Senat und dem Repräsentantenhaus der USA ihren Schlußbericht vorgelegt (36). Der verstorbene Präsident J. F. Kennedy leitete mit seiner berühmten Botschaft an Senat und Abgeordnetenhaus der USA 1963 die Umsetzung der Ergebnisse und Forderungen dieser Kommission in die Praxis ein.

Ein beherrschendes Ziel war der Ausbau einer gemeindenahen, gegliederten psychiatrischen Versorgung und die Schließung eines möglichst großen Teils der überdimensionierten und teilweise durch erhebliche Mißstände diskreditierten psychiatrischen Großkrankenhäuser.

2.3.1 Das Community Mental Health Center

Mit dem Community Mental Health Center Act von 1964 wurde das Community Mental Health Center als Modell einer solchen regionalisierten Versorgung eingeführt. Nach seinen Aufgaben entspricht es im wesentlichen den Vorstellungen, die von der Weltgesundheitsorganisation und von den europäischen Ländern verfolgt werden.

Die obligaten Bestandteile eines Community Health Center sind:

1. Stationäre Einrichtungen,
2. Ambulante Einrichtungen,
3. Teilstationäre Einrichtungen,
4. Bereitschaftsdienst rund um die Uhr,
5. Beratungsdienste für Partnereinrichtungen (Ärzte, Pädagogen, Priester und dgl.) in der Gemeinde.

Als fakultative Dienste wurden bezeichnet:

1. Rehabilitation,
2. Weiterbildung und Fortbildung,
3. Forschung und Erfolgsprüfung,
4. Zentrale Verwaltungsdienste,
5. Besondere Dienste für spezielle Patientengruppen, etwa Alkoholiker und Drogenabhängige, psychisch kranke alte Menschen usw.

Es war beabsichtigt, bis 1970 500 derartige Zentren, verstreut über die 50 Staaten der USA, aufzubauen. Die Investitions- und Anlauffinanzierung wurde, wenn die Anforderungen erfüllt waren, teilweise aus Bundesmitteln übernommen. Die Unterhaltung der Zentren sollte dann von den lokalen Behörden übernommen werden. Die Einzelstaaten leisten jedoch den Gemeinden großenteils Zuschüsse, die zwischen 50 % und 90 % (Kalifornien) der laufenden Kosten liegen. Durch weitgestreute Förderungsmaßnahmen sollte gleichzeitig die erforderliche Personalkapazität heranwachsen. Immerhin waren bis zum 1. September 1973 392 Community Health Centers in insgesamt 50 Staaten der USA in Tätigkeit. Für insgesamt 540 waren bereits Fördermittel genehmigt worden. Beginnend vom 1. Mai 1965 waren aus Bundesmitteln bis zum 1. September 1973 $ 821,6 Millionen ausgeschüttet worden. Ende 1971 standen immerhin 693 000 Personen in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Betreuung der Zentren, deren Bettenkapazität jedoch unzureichend ist.

2.3.2 Erfahrungen und Schwierigkeiten beim Übergang auf neue Versorgungssysteme

Im Hinblick auf ihre Bedeutung innerhalb einer modernen psychiatrischen Versorgung wurde kritisiert, daß Rehabilitationseinrichtungen nicht als obligater Bestandteil der Zentren gefordert werden. Doch die geringe Bedeutung, die zunächst den Diensten für bestimmte Patientengruppen eingeräumt worden war, erfuhr ebenso berechtigte Kritik. Inzwischen ist durch neue Maßnahmen der Aufbau kinderpsychiatrischer Dienste, die Entwicklung von Vorbeugungs- und Beratungsprogrammen für Alkoholiker und Drogengefährdete sowie die Entwicklung psychogeriatrischer Dienste besonders gefördert worden.

Obwohl sich das Community Health Center-Programm insgesamt einer weitverbreiteten Anerkennung erfreut, ist in jüngerer Zeit in mancher Hinsicht Unzufriedenheit laut geworden. Sie konzentrierte sich auf die unzureichende Kapazität und die unterschiedliche Qualität der Arbeit.

1972 fanden sich immer noch 77 % aller psychiatrischen Betten in den zur Schließung vorgesehenen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Nur 7 % waren in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und in Community Mental Health Centers. Aus diesem Grunde wird nun ein rascher Ausbau der Alternativen gefordert, zumal sich die Situation der Kranken in einer Reihe von psychiatrischen Großkrankenhäusern durch Personalmangel verschlechtert hat. Unglückliche Maßnahmen zur Durchsetzung des Übergangs, etwa die Kürzung der Zuschüsse für die „Mental State Hospitals" eines Bundesstaates, die eine Entlassung chronisch Kranker ohne Bereitstellung besserer Unterbringungsmöglichkeiten erzwangen, verstärkten die Kritik. Eine Reihe von Community Health Centers hatten und haben teilweise heute noch Schwierigkeiten im Aufbau einer umfassenden Versorgung.

Erhebliche Mängel bestehen vor allem noch im gesamten Bereich der Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen besonders für psychogeriatrisch Kranke. Psychiater, Politiker und Verbraucherorganisationen wiesen darauf hin, daß die Community Mental Health Centers vorwiegend Mittelschichtangehörige jüngeren Lebensalters versorgen und meist die vorwiegend psychotherapeutische Tätigkeit der niedergelassenen Psychiater reduplizieren, während sie zur Versorgung der Schwerkranken nur einen unzureichenden Beitrag leisten. Im Bericht der „Ralph Nader Commission" (37) wird gefordert: ... „Wir müssen im Hinblick auf die begrenzten Mittel Prioritäten setzen, die in erster Linie eine Versorgung der Schwerstbehinderten gewährleisten." Die Autoren fordern, die Zuständigkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen auf diejenigen psychischen Leidenszustände zu beschränken, die durch psychische Krankheiten im medizinischen Sinne des Wortes bedingt sind. Dem Community Mental Health Center Programm werfen sie vor, daß es in seiner Verwirklichung zuwenig an den Bedürfnissen der Patienten psychiatrischer Großkrankenhäuser orientiert wurde und bisher mit anderen medizinischen und sozialen Diensten unzureichend koordiniert war.

Komplizierend kam hinzu, daß eine kleine Zahl von Community Mental Health Centers, vor allem solche, die in Slum-Gebieten großer Städte arbeiteten, in politische und soziale Konflikte gerieten. Dies hatte teilweise den Zusammenbruch des gesamten Programms zur Folge. Entscheidender Grund dafür ist, neben einer weitverbreiteten Überschätzung der Erfolgsaussicht präventiver Maßnahmen, die weitreichende Übernahme sozialer Aufgaben. Sie war durch den Mangel an Ersatzeinrichtungen selbst in Zonen großer sozialer Not und durch sozialpolitische Initiativen einzelner Psychiater ausgelöst worden. Es kam nicht selten zur Überforderung des Personals und zur massiven Enttäuschung der notleidenden Bevölkerung, wozu der vorausgegangene unkritische Optimismus zweifellos beigetragen hatte. Das Fehlen eines ausgebauten traditionsreichen Systems öffentlicher Sozialdienste in den Vereinigten Staaten hat sich hier als ein besonderes Handicap erwiesen (38 a—i).

2.3.3 Folgerungen für die Organisation von Community Mental Health Centers

Nach Auswertung der vorliegenden Erfahrungen und Daten kommt das für die Förderung der Community Mental Health Centers zuständige Nationale Institut für seelische Gesundheit ("National Institute of Mental Health") zu einer insgesamt positiven Bilanz. Für die künftige Entwicklung wird nachhaltig eine straffere Organisation und eine fortlaufende Kontrolle der Leistungen und der entstehenden Kosten verlangt. Als Ergebnis der bisher gewonnenen Erfahrungen wird festgestellt, daß die Arbeit derjenigen Community Mental Health Centers am erfolgreichsten war, bei denen ein einziger Leiter gegenüber den vorgesetzten Behörden für das gesamte Programm verantwortlich zeichnete, soweit ihm ge-

genüber alle Mitarbeiter verantwortlich waren. Verteilte Verantwortung, so wurde festgestellt, hat die Gefahr des Zusammenbruchs von Programmen erhöht und die Identität der Zentren gegenüber den Gemeinden, für deren Versorgung sie die Verantwortung trugen, geschwächt (39).

Bei einigen Zentren führten Schwierigkeiten der Übernahme laufender Kosten durch die vorgesehenen Träger — Staaten oder Gemeinden — nach dem Auslaufen der oft mehrfach verlängerten Anlauffinanzierung durch den Bund zum Zusammenbruch von Programmen oder Einrichtungen. Die Sicherstellung der Trägerschaft für die laufenden Kosten scheint deshalb eine unerläßliche Voraussetzung für die Gewährung von Förderungsmitteln für Bau- und Anlaufkosten durch Dritte, insbesondere durch den Bund.

2.3.4 Die „Anti-Mental Health"-Bewegung

Von einiger Bedeutung ist die Entwicklung einer, auch in anderen Ländern zunehmend anzutreffenden Bewegung, die sich gegen die Ausdehnung der Versorgung Leichtkranker bei gleichzeitiger Unterversorgung Schwerkranker und Behinderter — zumal der unbemittelten — wendet. Sie ist im Hinblick auf den steigenden Aufwand öffentlicher Mittel verständlich, sofern sie die Verwendung der Mittel und die Qualität der gebotenen Leistungen kontrollieren will. Die Bewegung geht jedoch darüber hinaus und trägt in mancher Hinsicht irrationale Züge. Es ist jedoch nicht zu übersehen, daß sie ihrerseits durch irrationale Äußerungen mancher Psychiater, insbesondere im Rahmen der Mental-Health-Bewegung, stimuliert worden ist. Mechanic (40) wie auch andere kritisierten beispielsweise, daß führende Psychiater und Psychotherapeuten in den 60er Jahren die ganze Bevölkerung als krank und behandlungsbedürftig betrachtet hätten und teilweise von einer kranken Gesellschaft sprachen. Diese unrealistischen Vorstellungen werden als ein Grund für die Überbetonung präventiver Maßnahmen und eine gewisse Vernachlässigung der Hilfen für Schwerbehinderte angesehen. Dabei spielte ein unrealistischer Begriff von psychischer Gesundheit, der durch umfangreiche Vorbeugungsmaßnahmen auch in bislang unerforschten Bereichen Freiheit von Krankheit und Leid zu verheißen schien, eine gewisse Rolle (s. A. 2).

Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung kam es dazu, daß der Aufbau der Community Mental Health Centers mit anderen Gesundheits- und Sozialdiensten und insbesondere mit den staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern unzureichend koordiniert wurde. Statt letztere, dem ursprünglichen Ziel entsprechend abzulösen, entstand ein zusätzliches psychiatrisches Versorgungssystem, daß sich teilweise einer neuen Klientel mit überwiegend leichteren psychischen Leidenszuständen annahm. Den psychisch schwerer Kranken in den staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern wurde hierdurch nicht geholfen.

Wenn man für die weitere Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik daraus lernen kann, so ist es einmal die Warnung, nicht leichtfertig unerfüllbare Hoffnungen hervorzurufen. Sie führen zwangsläufig zu Enttäuschungen, zur Vermehrung des Leids und wahrscheinlich auch zur Reaktion gegen notwendige und vernünftige Entwicklungen. Zum anderen ist es der Rat, bei begrenzten Mitteln zuerst dort zu helfen, wo Leid und Behinderung am schwersten sind *).

Literaturverzeichnis

(1) May, A. R.: Überblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa. Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(2) American Hospital Association: Hospital Statistics 1969. Chicago, Illinois (1970).

(3) Degkwitz, R. und Schulte, P. W.: Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 42 (1971), 168.

(4) Erhebungen der Sachverständigen-Kommission.

(5) Dept. of Health and Social Security: Psychiatric hospitals and units in England and Wales: Inpatient statistics from the mental health inquiry for the year 1971. Stat. and Res. Rep. Series No. 6, London: H.M.S.O. (1973).

(6) Wing, J. K. and Brown, G. W.: Institutionalism and schizophrenia. Cambridge Univ. Press, London (1970).

(7) Häfner, H., v. Baeyer, W. und Kisker, K. P.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. helfen und heilen 4 (1965), 1.

(8) Fischer, F.: Irrenhäuser — Kranke klagen an. Desch, München (1969).

(9) Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drs. 7/1124 vom 19. Oktober 1973, Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn (1973).

*) Die Kommission hat außerdem Gutachten über die psychiatrische Versorgung in Kanada von Dr. Colin M. Smith, über die psychiatrische Versorgung in Dänemark von Prof. Dr. E. Strömgren, über die Versorgung der psychisch Kranken und geistig Behinderten in Schweden von Prof. Dr. H. Forssman und über die Primärprävention psychischer Störungen in der Schweiz von Prof. Dr. L. Ciompi eingeholt. Jedes Gutachten wurde dem für die psychiatrische Versorgung des jeweiligen Landes zuständigen Beamten mit der Bitte um eine offizielle Stellungnahme vorgelegt. Über die psychiatrische Versorgung in der DDR konnten auf offiziellem Wege keine ausreichenden Informationen eingeholt werden. Über wesentliche Aspekte der psychiatrischen Versorgung in Norwegen und der UdSSR liegen Reiseberichte von Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission vor. Gutachten und Berichte sind im Anhang enthalten. Beispielhafte Entwicklungen über psychiatrische Forschung, Planung und Versorgung sind vor allem in den Berichten über Dänemark und Kanada, über die Versorgung geistig Behinderter in dem Bericht aus Schweden enthalten.

(10) World Health Organization: Mental health, Report of the first session of the expert committee, Geneva. Wld. Hlth Org. techn. Rep. Ser. 9 (1950) und folgende.

(11) World Health Organization Regional Office for Europe: The development of comprehensive mental health services in the community. EURO 5414 I, Copenhagen (1973).

(12) Böker, W. und Häfener, H.: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer: Berlin, Heidelberg, New York (1973).

(13) Strømgren, E.: Die Situation der psychisch Kranken in Dänemark im Jahre 1974. Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(14) World Health Organization: Mental health, Third report of the expert committee on mental health, Geneva. Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 73 (1953).

(15) Smith, C. M.: Psychiatrische Versorgung in Kanada — System oder Nichtsystem? Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(16) Wing, J. K. and Hailey, A. M. (eds.): Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell case register. Oxford University Press: London (1972).

(17) Degkwitz, R.: Gutachten über die Verbesserung der Versorgung der psychisch Kranken im Kantonsbereich Bern. Gutachten im Auftrag des Kantons Bern (1972).

(18) Das Zürcher Kollegium für Psychiatrie: Die Planung der psychiatrischen Krankenhäuser und der ambulanten und halbambulanten psychiatrischen Untersuchung und Behandlung der Bevölkerung des Kantons Zürich. Experten-Gutachten im Auftrag des Kantons Zürich (1972).

(19) World Health Organization Regional Office for Europe: Classification and evaluation of mental health service activities. EURO 5405 II, Copenhagen (1971).

(20) Wing, J. K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland. Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(21) Markson, E. W., Levitz, G. S. and Gognalons-Caillard, M.: The post transfer fate of relocated patients in New York. Paper presented at the conference on the closing of State Mental Hospitals, Scottsdale, Arizona, February 1974, NIMH, Bethesday, Md. (1974).

(22) Tidmarsch, D. and Wood, S.: Psychiatric aspects of destitution: a study of the Camberwell reception centre. In: Wing, J. K. and Hailey, A. M. (eds.): Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell case register. Oxford University Press: London (1972).

(23) Dept. of Health and Social Security: Census of patients in mental illness hospitals, England and Wales, at the end of 1971, and of day patients in England and Wales on 17 April 1972. Stat. Res. Rep. Series No. 7, London: H.M.S.O. (1974).

(24) World Health Organization Regional Office for Europe: The role of the psychologist in mental health services. EURO 5428 I, Copenhagen (1973).

(25) Forssman, H.: Gutachten über die Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten in Schweden. Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(26) Landschaftsverband Rheinland: Bericht über die Besichtigung von Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte in den Niederlanden in der Zeit vom 16. bis 21. September 1973. Unveröffentlicht: Köln (1974).

(27) Steiner, J.: Bericht an das World Health Organization Regional Office for Europe über eine Studienreise in Deutschland, Dänemark, Norwegen und Holland zur Besichtigung psychiatrischer Kliniken (WHO-Stipendium). Unveröffentlicht: Embrach/Zürich, April 1974.

(28) Buis, C.: Planungsprobleme in der Psychiatrie. Psychother. med. psychol. 23 (1973), 77.

(29) Giel, R.: A survey of psychiatric outpatient services in the province of Friesland (The Netherlands). I. The mental health services. Tijdschrift voor Sociale Geneskunde 52 (1974) 542. II. The epidemiology of mental illness. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 52 (1974) 589.

(30) Bank-Mikkelsen, N. E.: Die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark. Gutachten im Auftrag der Sachverständigen-Kommission (1974).

(31) Committee of Inquiry into Whittingham Hospital. Report. Cmnd 4801, London: H.M.S.O. (1972).

(32) Hassall, C., Gath, B. and Cross, K. W.: Psychiatric day-care in Birmingham. Brit. J. prev. soc. med. 26 (1972), 112.

(33) Häfner, H. und Böker, W.: Geistesgestörte Gewalttäter in der Bundesrepublik. Eine epidemiologische Untersuchung. Nervenarzt 43, 6 (1972), 285.

(34) King, R. D., Raynes, N. V. and Tizard, J.: Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children. Routledge & Kegan: London (1971).

(35) Kushlik, A.: Evaluating residential services for mentally retarded children. In: Wing, J. K. and Häfner, H. (eds.): Roots of evaluation. The epidemiological basis for planning psychiatric services. Oxford University Press: London, New York, Toronto (1973).

(36) Joint Commission on Mental Health of Children: Crises in child mental health. Challenge for the 1970's. Harper & Row: New York (1970).

(37) Kuttner, B. and Trotter, S.: The Nader Report. The madness establishment. Grossman: New York (1974).

(38) a) Public opposition forces California's state hospitals to remain open. Hosp. Community Psychiatry 25, (March 1974), 182, 185.

b) Beigl, A., Bower, W. H. and Livingstone, A. I.: A unified system of care: Blue

print for the future. Amer. J. Psychiat. 130 (1973), 554.

c) Lamb, H. R. and Goertzel, V.: Discharged mental patients — are they really in the community? Arch. Gen. Psychiat. 24 (1974), 29.

d) Markson, E. W., Levitz, G. S. and Gognalons-Caillard, M.: The elderly and the community: reidentifying unmet needs. J. Gerontol. 28 (1973), 503.

e) National Institute of Mental Health Office of Program Planning and Evaluation: Where is my home? Proceedings of a conference on the closing of state mental hospitals, Scottsdale, Arizona, February 1974.

f) Ochberg, F. M.: Community care for the mentally disabled: the challenge and the imperative. Paper presented at a statewide conference on creating the community alternative: Options and Innovations. Hershey, Pennsylvania, March 1974.

g) Sharfstein, S. S. and Nafziger, J. C.: Institutional or community care: costs and benefits. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Detroit, Michigan, May 1974.

h) Stubblebine, J. M. and Decker, J. B.: Are urban mental health centers worth it? Amer. J. Psychiat. 127 (1971), 908.

i) World Psychiatric Association Section Committee on Psychiatric Epidemiology and Community Psychiatry: Conference on Alternatives to the mental hospital, Yorck, GB, 29 July to 3 August 1974.

(39) Ozarin, L. D., Feldman, S. and Spaner, F. E.: Experience with community mental health centers. Amer. J. Psychiat. 127 (1971), 912.

(40) Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik. Urban und Schwarzenberg: München, Berlin, Wien (1975).

B. Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

B.1 Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Der im Teil A des Berichtes dargestellte Bedarf und die dort aufgeführten schwerwiegenden Mängel der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter machen eine Neuordnung erforderlich.

Mit einer solchen Neuordnung soll erreicht werden,

— daß das Auftreten psychischer Krankheiten und Behinderungen sowie ihre Verlaufsbedingungen so frühzeitig erkannt und beeinflußt werden, daß schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abgewendet werden können;

— daß bei Behandlungsbedürftigkeit die Notwendigkeit stationärer Behandlung durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen verringert und damit die Ausgliederung des psychisch Kranken und Behinderten aus seinen Lebensbereichen vermieden wird;

— daß dort, wo eine stationäre Behandlung erforderlich wird, die personellen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen dafür vorhanden sind, damit Krankheit und Behinderung tatsächlich beeinflußt werden können.

Die Neuordnung wird sich deswegen an folgenden Grundsätzen ausrichten:

1. Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können, machen es vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens notwendig, solchen Zusammenhängen und den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.
2. Erforderlich ist eine intensivierte allgemeine Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und eine gründlichere spezielle Schulung solcher Berufsgruppen, die in ihren Bezugsfeldern oft als erste mit Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen konfrontiert werden.
3. Durch volle Ausschöpfung präventiver Hilfen von pädagogischen, sozialtherapeutischen und beratenden Diensten, sowie durch sinnvolle Förderung von Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen (Selbsthilfegruppen) ist die Vorsorge auf dem Sektor der psychischen Gesundheit bereits im Vorfeld der fachtherapeutischen Dienste wesentlich zu verbessern. Da es sich hier vor allem um Ausbildungs- und Supervisionshilfen für die betreffenden Berufsgruppen handelt, kann damit gerechnet werden, daß deren präventive Wirksamkeit ohne gravierende finanzielle Mehrbelastung zu steigern ist.
4. Die Versorgung im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik muß als ein *umfassendes Angebot* allen von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, daß eine Vielfalt von Diensten vorhanden sein muß, die so miteinander verbunden sind, daß sich einerseits für jeden Hilfsbedürftigen und Hilfesuchenden ein Weg zu der ihm entsprechenden Versorgung ergibt, daß andererseits aber auch ein unnötiger Aufwand durch mehrfaches Vorhandensein gleichartiger aber unverbundener Angebote vermieden wird.
5. Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen *gemeindenah* eingerichtet werden. Eine weitgehende Unterbrechung der Beziehungen des psychisch Kranken oder Behinderten zu seinen Lebensbereichen rechtfertigt sich lediglich dort, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote nur auf der Ebene übergeordneter Versorgung konzentriert werden können.
6. Alle noch bestehenden Unterschiede hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken müssen beseitigt werden.
7. Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden. Diese multidisziplinäre Zusammenarbeit und ihre verschiedenartigen Schwerpunkte müssen bei der inneren Organisation und der Leitungsstruktur der einzelnen Dienste berücksichtigt werden. Sie macht aber außerdem über den Rahmen dieser Dienste hinaus eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten erforderlich.
8. Fachkrankenhäuser mit ihrem hohen personellen und technischen Aufwand sollen nur diejenigen psychisch Kranken aufnehmen, deren Zustand diesen diagnostischen und therapeutischen Einsatz erforderlich macht. Für geistig und seelisch Behinderte, die einer ständigen Betreuung bedürfen, ist die Unterbringung in einem Fachkrankenhaus in der Regel nicht erforderlich. Sie bedürfen überwiegend solcher Einrichtungen, in denen rehabilitative und pädagogische Angebote und eine normale Wohn- und Lebensraumgestaltung ausschlaggebend sind.

9. Die vielfältig erforderlichen Angebote und Dienste sollen so miteinander verbunden sein, daß psychisch Kranke und Behinderte soweit und solange nur möglich, die Beziehung zu derjenigen Einrichtung oder Fachgruppe, die sich ihrer Versorgung angenommen hat, aufrechterhalten können.

In den folgenden Abschnitten wird eine Neuordnung nach diesen Grundsätzen dargestellt. Bei der Gliederung dieser Darstellung ist davon ausgegangen worden, daß es bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Bereiche gibt, die sich hinsichtlich der Bedingungsschwerpunkte der Störungen, hinsichtlich der Lebens- und Beziehungsfelder der von Krankheit und Behinderung Bedrohten und Betroffenen sowie hinsichtlich der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen unterscheiden. Diese Unterschiede sind durch Beschreibung der Neuordnung in Form selbständiger Abschnitte überall dort berücksichtigt worden, wo sie innerhalb eines gemeinsamen Versorgungssystems besondere Institutionen, Gruppierungen oder Verbundformen erforderlich machen.

Gesondert dargestellt ist zunächst das Vorfeld, das vor dem Bereich der Dienste von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik liegt. Die wichtigsten Personengruppen, Einrichtungen und Dienste werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für Früherfassung, frühe Beratung und Behandlung und in ihren Beziehungen zu den fachspezifischen Diensten beschrieben. Dabei wird auf Notwendigkeiten der Veränderung hingewiesen und es werden Versorgungsmodelle vorgestellt.

Es folgt die Darstellung und Begründung der Neuordnung der psychiatrischen und rehabilitativen Dienste für psychisch Kranke und Behinderte in ihrer Gliederung in ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste. Besonders berücksichtigt sind die spezielle Bedarfslage und die Verbundformen für die beiden Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen und der alten Menschen. Ebenso ist die durch besondere Schwerpunkte gekennzeichnete Versorgung der geistig Behinderten in einem eigenen Abschnitt dargestellt.

Die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung ist hinsichtlich ihrer Grundlagen und Formen zusammenhängend dargestellt. Dabei werden ambulante und stationäre Dienste, die Koordinierung mit anderen medizinischen und psychologischen Einrichtungen und anderen Berufsgruppen beschrieben.

In einem vierten Abschnitt werden die übergreifende Koordinierung und Planung im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erörtert. Ausgehend von den Versorgungsformen im Bereich der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Psychotherapie/Psychosomatik werden die Beziehungen zu den administrativen und politischen Instanzen im kommunalen Bereich, in den Ländern und im Bereich des Bundes angesprochen.

Eine Neuordnung nach den voranstehenden Grundsätzen setzt eine Zuordnung der Dienste und Einrichtungen zu überschaubaren geografischen Bereichen voraus. In den folgenden Abschnitten wird von *Standardversorgungsgebieten* (s. B.5) als Grundlage einer solchen Zuordnung und einer entsprechend organisierten Zusammenarbeit ausgegangen.

B.2 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

1 Allgemeine nicht-professionelle und professionelle Beratung

Ein großer Teil von Menschen mit psychischen Krankheiten, mit Verhaltensstörungen und in Lebenskrisen hat es zunächst mit Personen und Institutionen zu tun, die sich ohne eine psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz mit ihren Problemen befassen. Dabei kommt es abhängig von Aufgabenverständnis und den Möglichkeiten dieser Instanzen zu sehr unterschiedlichen Hilfsangeboten und Reaktionen. Die Weiterleitung zu einer fachlich zuständigen Einrichtung oder zumindest die Beratung mit einer solchen ist dabei keineswegs die Regel. Die Tatsache eines behandlungsbedürftigen Zustandes wird manchmal gar nicht erkannt oder gleichgültig hingenommen. Neben Bemühungen um eine Einflußnahme, die der jeweiligen Sicht des Problems entsprechen, wird mit dem Einschalten eher kontrollierender Maßnahmen reagiert. Die Folge ist, daß die betroffenen Personen fachliche Beratung und Behandlung nur noch verspätet und auf Umwegen erreichen.

Ob psychische Störungen und Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden, oder ob sie sich zu Zuständen verfestigen, deren Behandlung dann immer größere Schwierigkeiten bereitet, entscheidet sich demnach häufig im *Vorfeld* der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste.

Deswegen muß dieses Vorfeld, in dem das natürliche Hilfepotential der Gesellschaft, Beratung und Sozialarbeit ihre Wirkung entfalten, als wichtiger Teil der Gesamtversorgung angesehen werden. Sozial- und Gesundheitspolitik werden diesem Bereich ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Bestehende Einrichtungen sind mit mehr Ressourcen zur Beratung und Sozialtherapie zu versehen. Außerdem ist zu gewährleisten, daß sie stärker mit den im engeren Sinn therapeutischen Einrichtungen des medizinischen Versorgungssystems koordiniert werden können.

Im folgenden werden Einrichtungen und Dienste dargestellt, die Beratungsfunktionen wahrnehmen. Dabei werden zunächst diejenigen Berufsgruppen behandelt, bei denen es sich um eine nicht-professionelle Beratungsfunktion handelt, darauf folgend dann Dienste mit mehr oder weniger eindeutig professionellen Beratungsaufgaben:

1. Nicht-professionelle Beratung im Vorfeld
   - — Lehrer und Erzieher in Kindergarten, Vorschule und Schule,
   - — juristische Brufe,
   - — Seelsorger,
   - — Erzieher in Kinderheimen und Lehrlingsheimen;
2. Professionelle Beratung im Rahmen öffentlicher Institutionen
   - — Schulpsychologische Beratungsdienste,
   - — Beratungs-, Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung,
   - — Beratungsaktivitäten der Gesundheitsämter;
3. Beratung im Rahmen der Sozialarbeit.

1.1 Nicht-professionelle Beratung im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste

Es läßt sich schwer feststellen, in welchem Umfang tatsächlich nicht-professionelle Beratungen und Maßnahmen bei Krisen, Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen stattfinden. Angesichts der Unterversorgung mit professioneller Beratung und Behandlung sind Berufsgruppen, die in ihren Tätigkeitsfeldern tagtäglich mit Menschen und ihren Problemen umzugehen haben, genötigt, auf seelische Krisen und Konflikte einzugehen. Die Richtung und das Ausmaß ihrer Interventionen werden beeinflußt von den innerhalb des jeweiligen Tätigkeitsfeldes dominierenden Zielsetzungen, von ideologischen, emotionalen und rollenbedingten Einengungen der Problembeurteilung, von Kenntnis und Unkenntnis der Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen psychischer Störungen, von den Zugangsmöglichkeiten zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe und schließlich auch von Personalmangel und Arbeitsüberlastung. Ob das eigene Verhalten verfestigend oder problemlösend wirkt, ob es zu sachgerechten Ratschlägen kommt, ob die Weiterleitung zu spezifischeren Angeboten erwogen und unternommen wird oder ob abweichende Verhaltensweisen etwa ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Kontrolle und Ausgliederung wahrgenommen werden, hängt von derartigen Faktoren ab.

1.1.1 Lehrer und Erzieher in Kindergarten, Vorschule und Schule

Oft sind die außerfamiliären Erziehungseinrichtungen die ersten, die nicht nur Fehlentwicklungen und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch in den Familien beobachten und an die die ersten Hilfssignale ausgesandt werden. Gerade weil sie sich die Aufgabe der Sozialisation mit dem Elternhaus teilen, besteht hier die erste Möglichkeit einer frühzeitigen Problemerkennung und rechtzeitigen Krisenintervention mit der größten Chance von Präventionswirkung. Oft nehmen Pädagogen eine Schlüsselposition als Berater für Eltern und Schüler ein.

Allerdings sind Lehrer, Sozialpädagogen und Kindergärtnerinnen oftmals nicht in der Lage, solche Probleme zu erkennen oder diesen — wenn sie erkannt werden — Rechnung zu tragen bzw. die an sie herangebrachten Beratungswünsche zu erfüllen, da sie von ihrer Berufsausbildung her keine darauf bezogene Fachkenntnis erworben haben. Hinzu kommt die Arbeitssituation, die durch große Klassen, häufigen Klassen- und Kurswechsel sowie wenig Möglichkeiten zu persönlichen Kontakten mit Schülern gekennzeichnet ist. Notwendige Kriseninterventions- und Beratungsmaßnahmen werden dadurch behindert, daß sozialpädagogische Gesichtspunkte in den Beziehungen zwischen Schule und Elternhaus nur eine geringe Rolle spielen. Sporadisch kommen sie in Elternsprechstunden und Elternabenden wohl zur Wirkung. Eine weitergehende Hilfe bei schweren Krisen, etwa durch die Tätigkeit von Beratungslehrern oder schulischer Sozialarbeit — wie das aus den angelsächsischen Ländern bekannt ist —, wird bisher nur selten verwirklicht. Beratung der Kindergärtnerinnen, Vorschulerzieher und Lehrer hinsichtlich psychischer oder pädagogischer Schwierigkeiten findet erst vereinzelt statt, da die dafür notwendigen Beratungsmöglichkeiten nur in Ansätzen vorhanden sind. Die Folge ist, daß es anstelle von Problemlösungen zu einer Wiederholung von Krisen und zu ungünstigen Entwicklungen kommt.

Um die Kompetenz der Lehrer, Sozialpädagogen und Kindergärtnerinnen sowohl in bezug auf die Früherkennung als auch in bezug auf den Umgang mit psychischen Problemen, Erkrankungen und Behinderungen zu erhöhen, werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- — stärkere Einbeziehung von Erkenntnissen der Entwicklungs- und Sozialpsychologie, Psychoanalyse, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gruppendynamik und psychodynamisch orientierter Gruppenmethoden in die Aus- und Fortbildung von Lehrern und Sozialpädagogen. Da auf diesem Gebiet noch wenig Erfahrung vorliegt, sollten verschiedene Modellversuche in den Ausbildungseinrichtungen gefördert werden,
- — Schaffung von Beratungsmöglichkeiten der vorschulischen und schulischen Einrichtungen durch Experten aus den psychotherapeutischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Fachdisziplinen,
- — Einrichtung von schulpsychologischen Beratungsdiensten, die auch eine Beratung der Kindergärtnerinnen, Sozialpädagogen, Lehrer und der Schulverwaltung wahrnehmen sollten (s. auch B 2.1.2.1),
- — stärkere Einbeziehung von Sozialpädagogen und entsprechend ausgebildeten Beratungslehrern

für Kriseninterventionen sowie Familien- und Elternberatung. Darüber hinaus sollten sie an der Planung schulischer Curricula beteiligt sein,

— Förderung von Forschungen über das Auftreten und die Bedingungen psychischer Störungen im vorschulischen und schulischen Bereich.

1.1.2 Juristische Berufsgruppen in der Rechtspflege

Verschiedene Organe der Rechtspflege müssen sich mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, Krisen und Konflikten unter juristischen Gesichtspunkten befassen. Juristen haben häufig über Handlungsweisen und in Konfliktfällen zu entscheiden, die mit besonderen Belastungen, Sozialisationsdefiziten, Fehlentwicklungen und Krankheiten zusammenhängen.

Unabhängig davon, welche Urteile und Maßnahmen aufgrund der Rechtsordnung getroffen werden müssen, sind dabei in vielen Fällen psychologische Beratung, psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe erforderlich.

Aus diesem Grund sollen die in der Rechtspflege Tätigen über ausreichende Kenntnisse der Psychologie, Tiefenpsychologie und Psychiatrie verfügen. Unerläßlich ist auch eine eingehende Kenntnis davon, wie die angeordneten Maßnahmen praktisch durchgeführt werden und wie sie sich auswirken.

Eine besondere Bedeutung kommt diesen Problemen in der Jugendgerichtsbarkeit und im Familienrecht zu. Abgesehen davon, daß das Gesetz ihre Berücksichtigung erfordert, eröffnen sich in diesem Bereich durch frühzeitige angemessene Hilfe Möglichkeiten der Vorbeugung.

Auch wenn die Organe der Rechtspflege weder den Auftrag noch die Voraussetzungen für eine psychologische Beraterfunktion haben, so ist doch angesichts ihrer Schlüsselposition auf folgende Erfordernisse hinzuweisen:

— Verstärkte Berücksichtigung von Psychologie, Tiefenpsychologie und Psychiatrie in der Aus- und Weiterbildung der juristischen Berufe,

— Vermehrung des sozialpädagogischen Personals in der Rechtspflege, vor allem in den Bereichen der Strafrechtspflege und des Strafvollzugs, um eine am einzelnen orientierte Resozialisierung zu ermöglichen,

— Erprobung von Beratungsmöglichkeiten durch Angehörige der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen auf der Basis von Konsultationsverträgen oder durch Kooperation mit Diensten, um Verständnis und Aufarbeitung von psychosozialen Konflikten zu ermöglichen.

1.1.3 Seelsorger

Im Rahmen der kirchlichen Seelsorge innerhalb der Gemeinde werden Seelsorger mit einer Fülle von persönlichen Problemen, psychischen Nöten, Konflikten und Lebenskrisen konfrontiert, die sich in jedem Lebensalter und in allen sozialen Verhältnissen finden und vom Seelsorger eine Lösung fordern. Sie haben in erster Linie Kontakt mit besonderen sozialen Gruppen wie älteren Menschen, Alleinstehenden, chronisch körperlich Kranken und Delinquenten. Oft leisten sie Hilfe in Lebenskrisen und werden zu Bezugspersonen in Beratungsgesprächen. Das ist nicht zuletzt gerade dann der Fall, wenn sie unheilbar Kranken, Sterbenden und deren Angehörigen beistehen. Angesichts der Tatsache, daß die Seelsorger in ihrer Berufsposition mit psychischen Krisen und Erkrankungen einzelner Personen, mit Familien und Gruppen zu tun haben, ist es erforderlich, die bereits vorhandenen pastoral-psychologischen Aus- und Weiterbildungsangebote zu vermehren und die Möglichkeit einer Supervision der pastoral-psychologischen Arbeit anzubieten.

1.1.4 Pädagogen und Erzieher in allgemeinpädagogischen Heimen (Kinder-, Lehrlingsheime usw.)

Wenngleich die Verhältnisse in der Bundesrepublik hinsichtlich der Heimbelegung sehr unterschiedlich sind, gilt überwiegend noch, daß die vorhandenen Mitarbeiter bei chronischem Personalmangel überfordert werden und daß die Gruppen zu groß sind. Immer noch muß dabei auf unausgebildete Hilfskräfte zurückgegriffen werden.

Angesichts der Tatsache, daß die Kinder und Jugendlichen, die länger in diesen Heimen bleiben, zumeist aus schwierigen Lebensverhältnissen stammen, ist vor allem zu fordern, daß die Ausbildung und Fortbildung der Mitarbeiter darauf stärker Bezug nimmt und daß eine ständige fachliche Beratung und Supervision durch Psychologen, Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie entsprechend zusätzlich qualifizierten Sozialpädagogen und Sozialarbeitern angeboten wird.

1.2 Professionelle Beratung im Rahmen öffentlicher Institutionen

Personen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen suchen nicht nur den niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten oder Psychiater auf, sondern erscheinen auch bei psychologischen und ärztlichen Beratungs-, Untersuchungs- und Begutachtungsdiensten, deren Aufgabe nicht primär die Erkennung und Beratung bei psychischen Störungen ist. Die bedeutsamsten unter diesen Einrichtungen sind die ärztlichen und psychologischen Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Schulen, der Arbeitsämter, der Sozialversicherungen und der Gesundheitsämter. Sofern adäquate Voraussetzungen dafür gegeben sind, können sie Funktionen von Früherkennung, Beratung oder Überweisung an fachlich kompetente Instanzen wahrnehmen.

1.2.1 Schulpsychologische Beratungsdienste

Obgleich in einzelnen Städten und Schulbezirken bereits seit langem schulpsychologische Dienste bestehen, ist ihre Zahl dennoch sehr beschränkt geblie-

ben. In den letzten Jahren sind in Zusammenhang mit den Bestrebungen zur Schulreform zwar vermehrt schulpsychologische Beratungsdienste eingerichtet oder zumindest geplant worden. Die Entwicklung und der Aufbau von Einrichtungen mit dem Ziel von Erziehungs- und Bildungsberatung verläuft insgesamt jedoch sehr uneinheitlich. Die Handlungsbereiche und Aktivitäten der verschiedenen Beratungsdienste sind kaum aufeinander abgestimmt; Organisation, Qualifikation des Personals, Zielsetzungen, theoretische und therapeutische Orientierung der Einrichtungen sind von einer verwirrenden Vielfalt, so daß ihre Wirkung schwer zu beurteilen ist. Sicher ist, daß aus der Fülle der psychischen, sozialen, schulischen, psychosomatischen und familiären Probleme und Belastungen von diesen Einrichtungen aufgrund ihrer unzureichenden Ausstattung und ihrer Arbeitsüberlastung nur ein Bruchteil bearbeitet werden kann. Ein besonderer Nachteil sind lange Wartezeiten, die ein Eingreifen bei akuten Problemen erschweren.

Die Funktionen der bisher bestehenden schulpsychologischen Beratungsdienste beziehen sich vornehmlich auf psychologische Einzelfallhilfe und auf die Schullaufbahnberatung in Form von pädagogischer Diagnostik und Unterrichtshilfe. Das von der Schulsituation her bestimmte Interesse an Beratung beschränkt die Arbeit der schulpsychologischen Dienste auf bestimmte Problemkreise: Leistungsstörungen, Sonderschulzuweisungen, Probleme der Übergangsauslese und der Klassenwiederholung, vorzeitiges Verlassen der Schule und Disziplinschwierigkeiten. In den letzten Jahren sind durch das Engagement der Schulpsychologen selbst weitere Schwerpunkte in der Legasthenietherapie, Heilpädagogik, Vorschulförderung, Testentwicklung und Innovationsberatung bei Schulversuchen hinzugekommen. Dennoch gilt, daß durch die gravierende Mangellage in der materiellen und personellen Ausstattung und die unklare Bestimmung des Berufsbildes der Schulpsychologen und Beratungslehrer die schulpsychologischen Dienste von den Schulbehörden vor allem die Aufgabe eines pädagogisch-psychologischen Notdienstes zugewiesen bekommen.

Die Pläne der Bildungspolitik, die schulpsychologische und die Bildungsberatung in den nächsten Jahrzehnten auszubauen, sind sehr zu begrüßen. Allerdings ist dabei eine Betonung der bildungspolitischen Ziele im Sinne von Leistungssteigerung zu beobachten, die im wesentlichen von den gesellschaftspolitischen Momenten der Chancengleichheit, der wirtschaftlichen Zusammenhänge und der berufspolitischen Lenkung bestimmt werden. Bei der Aufteilung des Bildungswesens in eine differenzierte Vielfalt ergeben sich neue Probleme der „Steuerung von Schülerströmen" in verschiedene schulische und berufliche Laufbahnen. Schulpsychologische und Bildungsberatung werden in diesem Prozeß ein Instrument, dem vor allem die Aufgabe der Vermittlung zwischen den Erfordernissen der Gemeinschaft und den individuellen Bedürfnissen der Schüler und Eltern zukommt. Im Unterschied zum bisherigen Beratungswesen enthält ein so ausgebautes Beratungssystem ein kontinuierliches Element der Rationalisierung von schulischen und beruflichen Entscheidungs- und Lernprozessen. Die schulpsychologische Beratung wird in Zukunft voraussichtlich noch mehr als jetzt mit Entscheidungen wie Klassifikation und Auswahl von Schülern anhand von psychologischer Diagnose, Evaluierung von Schülerentscheidungen, Programmen und Schulleistungen, Steuerung und Lenkung von Qualifikationen befaßt sein. Ein weiteres Aufgabenfeld wird die beratende Beteiligung an der Erarbeitung von Lehrplänen, Curricula und Unterrichtsgestaltung sowie deren Bewertung sein, ebenso eine verstärkte Beratung bei Reformen.

Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung im Rahmen solcher Aufgaben der schulpsychologischen Beratung hinsichtlich der Erkennung und Hilfestellung bei psychischen Störungen zugesprochen wird. Zum einen hat sie zusammen mit Lehrern und Erziehern aus Vorschule und Schule ganz wesentliche Möglichkeiten, psychische Krisen, Belastungen und Störungen im Spannungsfeld von Familie und Schule frühzeitig bei allen Kindern und Jugendlichen zu bemerken. Allerdings gerät schulpsychologische Beratung dabei leicht in die Gefahr, psychosoziale Konflikte im Kontext der institiutionellen Ziele lediglich als abweichendes Verhalten zu definieren und damit eine Aufgabe der Regelung von Anpassungs- und Abweichungskonflikten zu übernehmen. — Zum anderen bietet sich hier aber auch die Möglichkeit, sozialpädagogische und psychotherapeutische Hilfestellung, Beratung, Krisenintervention und in begrenztem Ausmaß auch Therapie bei Lernstörungen, Schulphobien, Aggressivität, Motivationsproblemen, leichteren neurotischen und psychosomatischen Störungen, Schüler-Eltern-Problemen und Gruppenkonflikten in der Schule zu leisten. Über Krisenintervention bei Schülern hinaus könnte sie so etwas wie eine „innere Ambulanz" für die Schule abgeben, deren Arbeit sich auch auf psychodynamische und sozialpsychologische Probleme der Lehrersituation und des Elternhauses bezieht. Schließlich hätte sie eine wichtige Rolle bei der Fortbildung von Lehrern zu übernehmen, um deren Kenntnisse über Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen psychischer Störungen zu erweitern.

Um zu gewährleisten, daß die schulpsychologischen Beratungsdienste Funktionen sozialpädagogischer und psychotherapeutischer Hilfestellung wahrnehmen können, müßte allerdings ihre fachliche Unabhängigkeit gewährleistet sein und ihre personelle und materielle Ausstattung sich Vorschlägen annähern, wie sie auf einer Konferenz des Unesco-Institutes für Pädagogik 1971 gemacht worden sind (s. Anhang S. 1113).

1.2.2 Berufsberatung, ärztliche und psychologische Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung

1.2.2.1 Berufsberatung

Die Berufsberatung wird von den Arbeitsämtern getrennt von den Schulen durchgeführt. Erst in den letzten Jahren zeichnen sich Möglichkeiten der Kooperation ab. Die Berufsberatung erfolgt in Abhängigkeit von den aktuellen Arbeitsmarkterfordernissen. Obwohl gerade bei Berufsentscheidungsfra-

gen und Berufsplänen psychologische und soziale Momente eine erhebliche Rolle spielen, können sie häufig von den dafür nicht genügend ausgebildeten und zudem überlasteten Berufsberatern nicht berücksichtigt werden.

Grundsätzlich befindet sich die Berufsberatung in einem ständigen Rollenkonflikt: sie muß auf der einen Seite die Belange des Arbeitsmarktes und die reale Entwicklung von Berufsmöglichkeiten berücksichtigen, darf aber auf der anderen Seite die individuellen Bedürfnisse und Interessen der Jugendlichen und Umschüler nicht vernachlässigen. Es wird daher befürwortet, daß bei der weiteren Planung und Zielsetzung der Arbeit der Berufsberatung die Qualifikation der Berater auch die erforderlichen psychologischen und tiefenpsychologischen Kenntnisse einschließt. Eine solche Erweiterung der Qualifikation der Berufsberater würde sie eher befähigen, ihrem Rollenkonflikt Rechnung zu tragen und für die Beratung fruchtbar zu machen. Vor allem aber muß die Berufsberatung stärker mit den schulpsychologischen und außerschulischen Beratungsstellen koordiniert werden.

1.2.2.2 Ärztliche und psychologische Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung, der Sozialversicherung und der Wehrersatzämter

Im Rahmen der ärztlichen und psychologischen Untersuchungen und Begutachtungen der Arbeitsverwaltung, Sozialversicherung und der Wehrersatzämter, in denen es um Fragen der Rehabilitation, der Rentenfeststellung, der Arbeitsfähigkeit, der Erwerbsminderung und der Wehrtauglichkeit geht, fallen häufig auch psychische Erkrankungen und Behinderungen sowie psychosoziale Krisen auf, ohne daß diese als solche erkannt und entsprechend einer Beratung oder Behandlung zugeführt werden. Es ist deshalb zu empfehlen, neben der Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Kenntnisse der in diesem Dienst tätigen Ärzte und Psychologen auch eine engere Koordinierung mit den anderen Beratungs- und Therapiebereichen herzustellen. In diesen Bereich fallen auch die medizinisch-psychologischen Dienste der Technischen Überwachungvereine (TÜV), die in Zweifelsfällen über die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu entscheiden haben.

1.2.3 Beratungsaktivitäten der Gesundheitsämter einschließlich der schulärztlichen Dienste

Im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchungs- und Begutachtungstätigkeit, im Zusammenhang mit den Aufklärungs- und Beratungsaufgaben der Gesundheitsämter sowie schließlich ihrer öffentlichen schulärztlichen Untersuchungstätigkeit können die Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter der Gesundheitsämter trotz der fehlenden Therapiemöglichkeiten einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung und zur Beratung bei psychischen Konflikten und Krankheiten leisten. Dort, wo bereits psychiatrische und psychohygienische Beratungsdienste der Gesundheitsämter bestehen, nehmen sie diese Funktion wahr, wenngleich auch hier eine wesentlich stärkere Einbeziehung psychosozialer Kompetenz gefordert werden muß.

1.3 Beratung im Rahmen der Sozialarbeit

1.3.1 Jugend- und Sozialämter

Die Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe, die in Jugend- und Sozialämtern institutionalisiert sind, müssen gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag (JWG, BSHG) die Funktion einer beratenden und unterstützenden Sozialarbeit zugleich mit der sozialen Kontrolle von abweichendem Verhalten verbinden. Zwar machen Angehörige der sozialen Unterschicht einen großen Anteil der Klientel von Jugend- und Sozialämtern aus, es muß aber betont werden, daß insbesondere in den Ballungsgebieten Menschen aller Bevölkerungsschichten, jeglichen Alters und aus den verschiedensten Lebenskreisen betroffen sein können.

Es zeigt sich, daß vielfach psychische Belastungen und Konflikte das abweichende Verhalten bestimmen. So ergeben sich u. a. Erziehungs-, Schul- und Berufsschwierigkeiten, Probleme in Ehe und Familie, im Alter und in wirtschaftlichen Krisen. Oft steht dabei die soziale Schichtzugehörigkeit in einem engen Zusammenhang mit den speziellen Maßnahmen: mit sinkender sozialer Schicht nehmen Maßnahmen von kontrollierendem Charakter zu, während Krisenintervention, Beratung und Überweisung zu professionellen Beratungs- und Therapieeinrichtungen stark abnehmen. Psycho- und sozialtherapeutische Ansätze finden zwar mehr und mehr Eingang in die beratende Tätigkeit der Jugendämter. Im Bereich der Sozialämter beschränkt sich solche Hilfe immer noch auf Ausnahmen.

Die sozialpädagogisch und sozialpsychiatrisch orientierten Sozialarbeiter brauchen in den Sozialbehörden eine besondere Überzeugungs- und Durchsetzungskraft, um den Bedürfnissen der fachlich zu betreuenden Personen gerecht zu werden. Es muß bedacht werden, daß gegenüber starren bürokratischen Strukturen der Verwaltung die Methoden der Sozialarbeit mit Einzelfallhilfe, sozialer Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit erst allmählich in die öffentliche Sozialarbeit Eingang finden konnten. Voraussetzung dazu war die veränderte und erweiterte Ausbildung der Sozialarbeiter. Dennoch bleibt die Arbeitssituation für viele Sozialarbeiter unbefriedigend.

Zu den besonderen Schwierigkeiten der Sozialarbeit gehört es, daß sie in ihrem Tätigkeitsfeld auf eine Reihe von psychischen Erkrankungen und Behinderungen trifft, bei denen die Mittel der professionellen Beratungs- und Behandlungsdienste versagt haben.

Aus der beschriebenen Lage lassen sich eine Reihe von Folgerungen ableiten:

Eine bedeutsame Änderung stellt die größere Selbständigkeit der aktiven Sozialarbeit gegenüber dem mehr verwaltenden Sozialdienst dar, wobei vor allem an eine verstärkte Ausstattung von bestehenden schulischen und außerschulischen Einrichtungen sowie von Beratungsstellen mit einem eigenen Sozialarbeiterkreis zu denken ist (s. B. 2.2). Außerdem ist die Einrichtung von psychosozialen Kontaktstellen und von regionalen psychosozialen Versor-

gungseinrichtungen (s. B. 2.2 und B. 4.2) mit Sozialarbeitern, Pädagogen, Ärzten und Sozialwissenschaftlern in speziellen unterversorgten Bereichen zu empfehlen. Zugleich sollte in der Kompetenzverteilung je nach örtlichen Gegebenheiten zwischen den Aufgaben der sozialen Kontrolle und der Sozialarbeit als Krisenintervention und Beratung stärker differenziert werden, um ein flexibleres Handeln zu ermöglichen.

Um die Möglichkeit einer zureichenden Sozialarbeit zu gewährleisten, ist eine angemessene Budgetzuteilung notwendig. Die chronische Mangellage an Personal und Mitteln läßt sämtliche öffentlichen Deklarationen überall dort als unwahr erscheinen, wo allein schon das Zahlenverhältnis von Sozialarbeitern zur Klientel jeden sozialpädagogischen Ansatz zum Scheitern verurteilt.

Schließlich ist jede Veränderung in bezug auf die chronische Mangellage nur möglich, wenn die Stellenbewertung von Sozialarbeitern in einem angemessenen Verhältnis zu ihrer Qualifikation steht. Gegenwärtig ist eine Entwicklung zu beobachten, die dadurch gekennzeichnet ist, daß die Tätigkeitsfelder der Sozialarbeiter immer uneinheitlicher werden, so daß deswegen eine Neubestimmung notwendig wird.

1.3.2 Bewährungshilfe und Sozialarbeit in Strafanstalten

Hierüber finden sich Ausführungen in B.3.9.3 über psychisch kranke Straftäter.

1.3.3 Spezielle Sozialarbeit im Rahmen der Gesundheitsämter

Außer auf Personen, die bereits als psychisch Kranke oder Behinderte bekannt sind, stößt die Sozialarbeit im Rahmen der Gesundheitsfürsorge auch für andere Krankheiten häufig auf psychosoziale Störungen, psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen. Die Bedingungen für Funktionen wie Früherkennung, Beratung und Weiterleitung sind dabei in den Gesundheitsämtern wie in der öffentlichen Sozialarbeit insgesamt schwierig. Auch hier finden sich personeller und materieller Mangel, zu große Arbeitsbereiche und Überlastung durch administrative Aufgaben.

1.3.4 Sozialarbeit im Rahmen der Kirchen und anderer freigemeinnütziger Träger

Die Kirchen und andere freigemeinnützige Träger unterhalten eigene Organisationen und Einrichtungen, die ähnliche Aufgaben der Sozialarbeit wie die öffentlichen Stellen erfüllen. Sie arbeiten aber im wesentlichen auf freiwilliger Basis und sind damit nicht durch einen gesetzlichen Auftrag festgelegt. Die Kirchen und freigemeinnützigen Träger bieten ein breites Spektrum an Aktivitäten der Sozialarbeit an, die von materieller Hilfe bis hin zu Beratungsangeboten reichen. Dabei sind sie vielfach auf freiwillige Helfer angewiesen, die einer ständigen Fortbildung bedürfen, um erfolgreich arbeiten zu können.

Wenn auch mehr Möglichkeiten zu flexibleren Ansätzen in der Sozialarbeit und Sozialtherapie der Kirchen und freigemeinnützigen Träger als in der von Verwaltungsvorschriften abhängigen öffentlichen sozialen Administration vorhanden sind, so stoßen neue Ansätze auch hier nicht selten auf Schwierigkeiten. Häufig sind dieselben Erscheinungen wie Personalmangel, Mittel- und Stellenknappheit, Bürokratisierung, Besoldungs- und Statusprobleme zu beobachten wie in anderen Einrichtungen.

1.3.5 Sozialarbeit in Betrieben

Eine Reihe von Industriebetrieben unterhalten neben werksärztlichen Diensten auch Sozialdienste. Beiden Einrichtungen können eine Reihe von psychosozialen Krisen und Krankheiten, deren Bedingungen in der Arbeitssphäre, aber auch in vielen anderen Bereichen liegen, in den Blick kommen. Wiederum besteht die Möglichkeit, diagnostische Funktionen und Beratungsangebote wahrzunehmen. Es stellt sich allerdings auch hier die Frage, inwieweit das Interesse des einzelnen Betriebsangehörigen gegenüber dem des Betriebes zu einem schwierigen Interessenkonflikt für den Sozialarbeiter führt.

2 Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben

2.1 Aufgaben

Die Beratungsstellen der privaten, kirchlichen und öffentlichen Träger *) bilden einen Versorgungsbereich mit vielfältigen, überwiegend zusammenhängenden Beratungsaufgaben. Dieses Versorgungsnetz hat eine erhebliche, wenn auch bislang nicht genügend genutzte, gesundheitspolitische Bedeutung. Es ist den psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten vorgelagert und mit diesen an bestimmten Berührungspunkten verknüpft. Es bezieht sich vor allem auf Menschen, die in Bereichen der allgemeinen Lebensplanung, der Partner- und Gruppenbeziehungen sowie hinsichtlich sozioökonomischer Probleme Schwierigkeiten haben.

Die Aufgaben der Beratungsstellen erstrecken sich auf Vorstadien psychischer Krankheit, z. T. aber auch unmittelbar auf psychische Erkrankungen, etwa in den Formen von psychischen Individual- und Familienstörungen, die an die Beratungsstellen als Erziehungs- und Entwicklungsschwierigkeiten bei Kindern, Sexualprobleme, Ehekonflikte usw. herangetragen werden.

Außerdem haben es die Beratungsstellen auch mit solchen psychosozialen Schädigungen zu tun, die nach dem Maße der objektiven Beeinträchtigung der Betreffenden zwar als krankhaft gelten müßten, aber von der medizinischen Versorgung kaum erreicht werden. Hierzu gehören vor allem Erscheinungen von Dissozialität und Delinquenz, Apathie, sexuelle Verwahrlosung usw.

---

*) Z. B. Familien-, Lebens-, Ehe-, Erziehungs-, Jugend-, Alten-, Sexual-, pro familia-, Lebensmüden-, Drogen-, Alkohol-, Behindertenberatungsstellen, eingeschlossen die Telefonseelsorge.

Man würde den Beratungsstellen nicht gerecht werden, wenn man die ihnen vom gesellschaftlichen Bedarf her zufallende Arbeit generell als eine fachlich anspruchslose und risikoarme Vorstufe der Behandlung gewisser psychischer Krankheiten einstufte. De facto handelt es sich bei der Tätigkeit von Beratungsstellen zu einem Teil durchaus um Therapie. Mit Hilfe der modernen Interaktionsmethoden, angewandt bei Ehepartnern, Eltern und Kindern, bei Eltern, Kindern und Lehrern und bei Familien und Behörden, können sie sogar eine Alternative zu der traditionellen Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie anbieten. Verschiedene Formen der modernen Familientherapie haben sich primär in Beratungsstellen entwickelt.

Die wesentlichen Aufgaben sind im einzelnen:

a) Vorbeugende informative Beratung zur Vermeidung pathogener Fehlhaltungen in Partnerschaften und bei der Kindererziehung, bei der Familienplanung, bei Behinderungen;

b) Beratende oder therapeutische Bearbeitung akuter oder chronischer Kommunikationsschwierigkeiten in Familien, die an Paar- oder Familienneurosen erkrankt sind, oder in denen Kinder oder Jugendliche bereits an ausgebildeten neurotischen Störungen leiden;

c) Beratende oder therapeutische Hilfe bei psychosozialen Schwierigkeiten für Alleinstehende, für Mitglieder gestörter und zerfallender Familien (z. B. Betreuung von Kindern nach Elternscheidungen, von psychisch belasteten Klienten in oder nach Ablösungskrisen) und für Familien mit behinderten Kindern;

d) Beratende und therapeutische Einflußnahme bei Konflikten zwischen einer Familie bzw. einem ihrer Angehörigen und einer Institution wie Schule, Betrieb, Sozialamt, Jugendamt, Polizei, Justiz usw.;

e) Diagnostische und Zuweisungsaufgaben verschiedenster Art (z. B. Klärung von harmlosen psychosozialen Störungen, die spontan remittieren und keiner weiteren Versorgung bedürfen; Weiterleitung von Kindern aus einem momentan unbeeinflußbar schädigenden Familienmilieu in geeignete Pflegefamilien oder Heime; Vermittlung von Patienten mit gravierenden psychischen Krankheiten oder Behinderungen in Spezialdiagnostik bzw. Spezialbehandlung);

f) Therapie von spezifischen Patienten- bzw. Klientengruppen, für die anderweitig kaum ambulante Versorgungsangebote bestehen, z. B. Therapie von verhaltensgestörten Kindern und von drogengefährdeten Jugendlichen in entsprechend ausgestatteten Erziehungs- oder Jugendberatungsstellen (s. B.3.7.1);

g) Supervisions-Angebote für Pflegefamilien, Heimpersonal, Kindergärtnerinnen, Sozialarbeiter in Familienarbeit;

h) Mitwirkung im Ausbildungs- und Fortbildungsbereich durch Beschäftigung und Supervision von Praktikanten verschiedener Berufsgruppen (in den Fächern Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Heil- und Sonderpädagogik usw.).

2.2 Gegenwärtiger Stand

Die gegenwärtige Situation, die auch im 2. Familienbericht des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit zusammenfassend dargestellt wurde, ist insgesamt durch eine quantitative Zunahme der Beratungsstellen vor allem in den Ballungsräumen und durch zunehmende Spezialisierung gekennzeichnet. Dennoch ist der gesamte Bereich der Beratungsstellen, besonders in ländlichen Gebieten, noch als ungenügend entwickelt anzusehen. Sie sind durch Zersplitterung in unterschiedliche, oft zu spezialisierte Aufgabenfelder nicht bedarfsentsprechend organisiert und vor allem regional nicht genügend koordiniert. Ein besonderes Charakteristikum der meisten Beratungsstellen ist die abwartende Haltung gegenüber den Klienten, die sich als ein stark selegierendes Prinzip auswirkt. Es finden nämlich Klienten, deren beratungsbedürftige Probleme durch Kontaktscheu, Schuldgefühle und Entschlußlosigkeit bedingt sind, gerade wegen dieser Symptome schwerer den Weg in die Beratungsstellen. Neben dieser problemspezifischen erfolgt aber auch eine schichtspezifische Auswahl: aktive Inanspruchnahme von Diensten entspricht eher dem Mittelschichtverhalten, nicht aber dem Unterschicht- und Randgruppenverhalten, abgesehen davon, daß die vorhandenen Beratungsmöglichkeiten den Angehörigen der Unterschicht meist nicht bekannt sind. Dieses Strukturmerkmal („wir sind für alle da, die kommen") bewirkt, daß nur etwa ein Fünftel der Klienten von Beratungsstellen aus der Arbeiterschicht kommen, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung indessen zwei- bis dreimal so hoch ist. *)

Die Gründe dafür, daß ein großer Teil der vorhandenen Beratungsstellen den Aufgaben nicht gerecht wird, die ihnen zwangsläufig zuwachsen und die ihnen von klinischen Einrichtungen nicht oder nur in einem sehr geringen Umfang abgenommen werden können, liegen in den folgenden Bedingungen:

Die Aus- und Weiterbildung der meisten Mitarbeiter der Beratungsstellen ist immer noch zu einseitig an der Arbeit mit Einzelpersonen orientiert. Es fehlt insbesondere an ausreichenden Weiter- und Fortbildungsangeboten für qualifizierte Verfahren der Familien- und Gruppentherapie, der Sozialtherapie und der Gemeinwesenarbeit.

In vielen Fällen erweist es sich als problematisch, daß die meisten Beratungsstellen isoliert auf bestimmte begrenzte Problemfelder hin wie Kinder-, Ehe-, Alten- und Alkoholkrankenberatung organisiert sind. Dadurch ergeben sich oft Einengungen der Zuständigkeit, die dem Bedarf nach Arbeit mit der Gesamtfamilie und ihrer Umwelt nicht gerecht werden. So sind neben den auch weiterhin erforderlichen speziellen Beratungsstellen in Zukunft ver-

*) s. Koschorke, N.: Unterschichten und Beratung, Berlin 1973; Tuchelt-Gallwitz, A.: Organisationsweise und Arbeitsweise der Erziehungsberatungsstellen, Weinheim 1970

stärkt Möglichkeiten zu schaffen, auf breiterer Basis die Familie und ihre Umwelt einzubeziehen und damit der Aufsplitterung des Beratungswesens in zu enge Aufgabenbereiche entgegenzuwirken.

Es fehlt noch immer an einheitlichen Vorstellungen darüber, was Beratung ist und was sie zu leisten hat. Das Konzept der Beratungsarbeit wird vielfach eher durch negative als durch positive Kriterien bestimmt: sie wird als das verstanden, was nicht Therapie ist. Diese Art der Einschätzung hindert viele therapeutisch qualifizierte Berater, sich für eine therapeutisch relevante Arbeit legitimiert zu fühlen. Da sich ihnen jedoch therapeutische Aufgaben aufdrängen, geraten sie in die schwierige Lage, etwas tun zu sollen, was der Konzeption zumindest eines Teiles der Beratungsstellen zu widersprechen scheint.

Hier liegt eine Erklärung dafür, daß in den meisten Beratungsstellen die Arbeit am Modell der Zweierbeziehung Arzt-Patient orientiert ist und damit eine unvollständige Kopie von Therapie darstellt. Dies hat vielfach zu einer Abschirmung des Zweierbündnisses Berater-Klient geführt, die der notwendigen Öffnung des Beratungsfeldes gegenüber der Familie und ihrer Umweltbeziehung im Wege steht. Es ist auch einer der wesentlichen Gründe dafür, daß die meisten traditionellen Beratungsdienste sich nicht aktiv in Wohnbereichen der Unterschicht zu verankern vermochten.

Selbst dort, wo sich wie in den Erziehungsberatungsstellen die Kenntnis der Familiendynamik durchgesetzt hat und das Verhalten der Kinder von den Problemen der Eltern nicht getrennt wird, wo Erziehungsberatung also zur Familienberatung geworden ist, findet sich noch vielfach ein Arbeitsstil, der sich auf eine reichhaltige Diagnostik konzentriert und Beratung nur in Form von Kurzberatung anschließt. Es fehlen noch weitgehend die in den letzten Jahrzehnten entwickelten Interview-Techniken, mit deren Hilfe von vornherein im Dialog die Problemstellungen gemeinsam mit den Klienten entwickelt werden können, so daß schon das Erstgespräch neben den diagnostischen auch beratende Funktionen hat. Im Rahmen einer solchen Gesprächstechnik kann sich der Klient als aktiver Partner fühlen, während ausführliche Datensammlung und Testdiagnostik mit angeschlossener Kurzberatung bedeutet, daß in vielen Klienten das Gefühl zurückbleibt, viel gegeben, aber wenig bekommen zu haben, also schlecht beraten worden zu sein.

Schließlich sind trotz vielfacher Anstrengungen im gesamten Beratungsbereich der Stellen- und Personalmangel, das noch zumeist unzureichende Ausbildungsniveau *) der meisten Berater und lange Wartezeiten für die Klienten festzustellen.

*) So sind leider die Forderungen der von der Konferenz der Jugendminister der Länder verabschiedeten „Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen", die auf einheitliche Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter abzielen, bislang nicht verwirklicht worden.

2.3 Grundsätze und Leitlinien zur Reform und Weiterentwicklung der Beratungsstellen

Ausgangspunkt der Empfehlungen zur Reform und Weiterentwicklung der Beratungsarbeit sind die vorhandenen Beratungsstellen. In gut oder ausreichend mit Beratungsstellen versorgten Regionen liegt demzufolge der Schwerpunkt der Reform bei der Weiterentwicklung der Koordination und Integration der vorhandenen Dienste. In unterversorgten Regionen müssen dagegen Beratungsstellen erst geschaffen werden. Wenn auch die Aufgaben vielfältig und unterschiedlich sind und sich jeweils auf unterschiedliche regionale Gegebenheiten beziehen, so hängen dennoch sämtliche Beratungsaufgaben derart zusammen, daß nach Methodik, Team-Zusammensetzung und Organisationsstruktur übereinstimmende Grundlinien gezogen werden können.

Die Beratungsteams sollten eine vielseitige berufliche und fachliche Zusammensetzung aus Angehörigen der Grundberufe der Psychologie, Medizin, Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Soziologie aufweisen. Zusätzlich zu der Ausbildung im Grundberuf sind besondere Weiterbildungsgänge erforderlich, die zu bestimmten Qualifizierungen führen. Diesen Qualifizierungen entsprechend können dem multidisziplinären Team angehören: Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter mit sozial- oder familientherapeutischer Qualifikation sowie Sozialwissenschaftler. In bestimmten Fällen ist auch die Mitwirkung von anderen Berufen wie z. B. von Juristen und auch von Laien sinnvoll.

In verschiedenen Beratungsbereichen sind bereits qualifizierte, multidisziplinäre Arbeitsgruppen vorhanden. Für Erziehungsberatungsstellen sind sie nach den „Grundsätzen für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen" (s. o.) Voraussetzung für deren Anerkennung und finanzielle Förderung. Bei der ambulanten Versorgung von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen stellen derart ausgestattete Erziehungsberatungsstellen deswegen ein entscheidendes Element des ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereiches dar (s. B. 3.7.1).

In zukünftigen Beratungseinrichtungen sollten Lebens-, Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung integriert werden. Je nach regionalen Gegebenheiten sind Spezialberatungsstellen für z. B. Jugendliche mit Drogenproblemen einzubeziehen oder gesondert einzurichten.

Die Effizienz jeglicher Beratungsarbeit wird dadurch erhöht, daß man in verstärktem Maße die jeweils an den Problemen beteiligten Institutionen oder Behörden (Schulen, Kindergärten, Heime, Jugendämter und Gerichte) in die Beratungsarbeit einbezieht. Besonders dringlich erscheint ein kontinuierlicher Kontakt mit den Sozialarbeitern der kommunalen Ämter.

Zu den zukünftigen Hauptaufgaben gehört es, klarere Berufsbilder und Kompetenzen der Berater zu

schaffen und vermehrte und verbesserte Koordination und Kooperation mit dem Ziel eines regionalen Verbundes aller in einem Standardversorgungsgebiet beteiligten Beratungsstellen zu erreichen. In geografisch oder schichtspezifisch unter- oder unversorgten Regionen sind von vornherein Beratungsstellen bisherigen Typs mit begrenzten Aufgabenstellungen zu vermeiden und statt dessen integrierte Beratungseinrichtungen zu schaffen, die den Aufgaben in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet gerecht zu werden vermögen.

2.4 Förderung der Zusammenarbeit der Beratungsstellen: Integrierte Beratungseinichtungen

Ein erster Schritt, die weitreichende Zersplitterung in nicht aufeinanderbezogene, jeweils nur mit Teilaufgaben befaßte Beratungsdienste zu überwinden, besteht darin, daß die einzelnen Berater innerhalb ihrer Beratungsstellen und zwischen den einzelnen Beratungsstellen kooperieren und sich zu koordinieren lernen (s. B. 6). Teils werden solche Kooperations- und Koordinationsaufgaben von den Bedürfnissen der Klienten her ohnehin nahegelegt, teils ergeben sich erste Ansätze durch die Initiierung von gemeinsamen Diskussionen über die in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet vorhandenen Beratungsaufgaben und durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen.

Die Aufgabenfelder im Beratungswesen sind im Sinn der genannten Bedarfskriterien (S. B. 2.2.1) neu zu definieren. Die Beratergruppen in den Beratungsstellen müssen entsprechend ihrer fachlichen Möglichkeiten z. B. Familien mit Kommunikationsstörungen, seelisch geschädigten Kindern, drogengefährdeten Jugendlichen, dekompensierenden alten Menschen therapeutische Hilfe anbieten können.

Die Aus- und Weiterbildungsgänge, die auf die Beratungstätigkeit vorbereiten, müssen zukünftig die Berater auch auf die Anwendung von Interaktions- und Sozialberatungsmethoden im Verbande eines Teams vorbereiten. Lernzielkataloge (die auf die spezifische Beratungsstellen-Tätigkeit ausgerichtet sind) sind bislang noch kaum vorhanden. In einem rasch angewachsenen Umfang wird Weiter- bzw. Fortbildung für Beratungstätigkeit zur Zeit vor allem durch die „Zentrale Weiterbildung" der „Bundeskonferenz für Erziehungsberatung" angeboten.

Das bisher den Medizinern, Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in ihrer beruflichen Ausbildung vermittelte Rollenverhalten hat partnerschaftliche Kooperation erschwert. Darum sollte den unterschiedlichen, in den Beratungsstellen-Teams kooperierenden Berufsgruppen Weiterbildung und Fortbildung, wo es sinnvoll erscheint, gemeinsam angeboten werden.

Eine Gleichwertung der Kompetenzen in den Beratungsstellen macht außerdem eine Revision des bislang herrschenden hierarchischen Gefälles vom Arzt zu den Psychologen und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) bis zum Sozialarbeiter notwendig. Es sollte beispielsweise die Leitung des Teams nicht vom Arzt- und Psychologenstatus allein abhängen.

Für eine Reihe von Funktionen ist die Einbeziehung von Laien (unter Supervision) in Beratungsarbeit zu fördern. Für eine Betreuung von Kindern mit leichteren Verhaltensstörungen und alten Leuten sowie von psychisch Kranken in der Rekonvaleszenz hat sich der Einsatz von engagierten Laienkräften bewährt. Zur Stabilisierung der Alkohol- und Drogenentwöhung kann die therapeutische Mitwirkung von ehemals Alkohol- bzw. Drogenabhängigen in entsprechenden Beratergruppen erfahrungsgemäß von Vorteil sein. Sie sollte kritisch weiterentwickelt werden.

Die im Suchtsektor bewährten „Selbsthilfegruppen" (z. B. Anonyme Alkoholiker) entstehen seit einigen Jahren auch im Bereich anderer psychischer Störungen. Z. B. existieren seit 1965 in den USA die Anonymen Neurotiker. Analog der amerikanischen Entwicklung haben sich auch in den verschiedenen Städten der Bundesrepublik „Selbsthilfegruppen für seelische Gesundheit" gebildet. Praktisch alle psychischen Konflikte, aber auch viele psychische Krankheiten, die zum Psychotherapeuten oder zur psychologischen Beratung führen, motivieren auch zu Selbsthilfegruppen, die versuchen, möglichst ohne Experten ihre Schwierigkeiten zu beheben. Die Gruppe bemüht sich, im Sinne der Förderung von Selbstheilungstendenzen, therapeutisches Potential zu mobilisieren.

Erste Vergleichsuntersuchungen in den USA über den nicht-professionellen Versorgungsweg im Vorfeld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zeigen bei aller noch notwendigen Zurückhaltung in der Beurteilung günstige Resultate. Beratungsstellen sollten darum in der Kooperation mit den Selbsthilfegruppen dringend unterstützt werden. Berater sollten Organisationshilfe, Zusammenarbeit bei der Klärung der therapeutischen Chancen und Risiken, der Gruppenzusammensetzung, der Behandlungserfolgsbeurteilung usw. anbieten können. Unter solchen Voraussetzungen stellt die Entwicklung von Selbsthilfeaktivitäten eine Möglichkeit bei der Versorgung psychisch Kranken dar.

2.5 Einrichtung neuer Beratungsstellen

Bei der Einrichtung neuer Beratungsstellen soll so geplant werden, daß nicht in erster Linie auf nur begrenzte Beratungsaufgaben ausgerichtete Einrichtungen vermehrt werden, sondern es sollten integrierte Beratungsdienste entstehen, mit Vorrang in bisher unterversorgten Gebieten. Da bislang die ländlichen Gegenden und die Unterschichtssiedlungsgebiete der Städte nur mangelhaft von Beratungsdiensten versorgt wurden, sollten finanzielle Mittel für die Neueinrichtung von Beratungsstellen mit der Auflage für die Trägerorganisationen verbunden werden, ihre Angebote auf solche bislang unterversorgten Regionen bzw. sozialen Gruppen zu beziehen. Dabei ist daran zu denken, das Verfahren der öffentlichen Ausschreibung anzuwenden, d. h. zur Trägerschaft und Konzeptionsentwicklung aufzufordern. Es ist davon auszugehen, daß geeignete Bera-

tungszentren in ländlichen Gebieten und im Siedlungsbereich städtischer Unterschicht- und Randschichtgruppen qualitativ anders aussehen und arbeiten müssen als die auf eine städtische Mittelschicht-Klientel zielenden Beratungsstellen, die insofern nur bedingt als Modelle zukünftiger Beratungsstellen geeignet sind. Es ist hier in besonderem Maße eine aktive Beratungsarbeit erforderlich, die sich in die Wohn- und Lebensbezirke hineinbegibt und in der mindestens die Bereiche der Lebens-, Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung integriert sind.

Besondere Bedingungen, die noch weitergehend modifizierte Modellvorstellungen notwendig machen, finden sich in den überwiegend unversorgten ländlichen Regionen. In solchen Gebieten ist die Beratungstätigkeit bisher weitgehend an Einzelpersonen gebunden, deren Funktionen sich mehr aus der traditionellen Gemeindestruktur ergeben. Zu diesem Personenkreis gehören Ärzte, Pfarrer, Lehrer, Gemeindeschwestern, Hebammen und Kindergärtnerinnen. Selbständige Beratungsdienste mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitern sind kaum vorhanden, da in kleineren Orten die ökonomische, soziale und kulturelle Attraktivität fehlt. Die anderen Berufsgruppen, die bisher Beratungsfunktionen hatten, können diese aufgrund mangelnder Ausbildung und allgemeiner Überforderung durch andere Aufgaben nicht mehr genügend wahrnehmen. In diesen Regionen, in denen auch die allgemeinmedizinische Versorgung bereits gefährdet ist, werden Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vom Typ der *psychosozialen Versorgungseinheit* empfohlen, die im Kapitel B.4.2 beschrieben wird.

Ein weiteres Modell, das sich für Regionen mit großer Einwohnerzahl und Regionen, in denen besonders viel aktive Beratungsarbeit notwendig ist, eignet, sind *psychosoziale Kontaktstellen,* die in diesem Kapitel eingehender dargestellt werden. Sie sind nicht als Regelfall einer Beratungs- und Versorgungsform gedacht, sondern sollen unter besonderen geografischen und sozialen Bedingungen ein zusätzliches Angebot darstellen. Sie sollen anderen Institutionen, etwa integrierten Beratungseinrichtungen in der Weise vorgeschaltet werden, daß nicht alle Funktionen nur dort lokalisiert sind. Die Erfahrungen, die mit der Erprobung eines solchen Modells gewonnen werden, können Anregungen und Impulse für weitere Entwicklungen geben.

Modell einer psychosozialen Kontaktstelle (PSK)

Die psychosoziale Kontaktstelle stellt eine möglichst bevölkerungsnahe Kontakt- und Beratungsstelle für etwa 10 000 bis 20 000 Einwohner dar. Sie bietet in akuten Konfliktsituationen Beratungsmöglichkeiten an, macht bei bereits bestehenden psychischen Erkrankungen auf therapeutische Einrichtungen aufmerksam, vermittelt den Kontakt zu diesen und nimmt in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung präventive Maßnahmen wahr. Im Versorgungsbereich der Kinder und Jugendlichen greifen Prävention und Therapie ohnehin eng ineinander.

Psychosoziale Kontaktstellen sollten unmittelbar in Wohnbezirken eingerichtet werden. Je nach den örtlichen Gegebenheiten kann eine PSK an eine bereits bestehende Einrichtung wie etwa eine Erziehungsberatungsstelle (s. B. 3.7.1), die Familienfürsorge, an Jugendhäuser und „Pro Familia" angegliedert oder mit diesen verbunden werden. In Gebieten, die überwiegend von Unterschichtangehörigen bewohnt werden, sind die PSKen möglichst flexibel den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe entsprechend zu gestalten, damit die ohnehin bestehende Institutionsscheu nicht noch verstärkt wird. In dünn besiedelten ländlichen Gebieten ist die örtliche Eingliederung einer PSK u. a. denkbar in räumlicher Verbindung mit Außenstellen der Gesundheitsämter und Sozialämter, von denen sie allerdings organisatorisch unabhängig sein sollte. Auch eine räumliche Verknüpfung mit einer schulischen Einrichtung oder einer Allgemeinarztpraxis ist im ländlichen Bereich denkbar.

Eine PSK sollte ausreichend mit hauptamtlichen Sozialarbeitern/Sozialpädagogen besetzt sein, von denen jeder auf Grund spezifischer Weiterbildungsschwerpunkte eigentätig bestimmte Aufgabenbereiche wahrnehmen kann. Ferner sollte die Möglichkeit für ein bis zwei Praktikantenstellen gegeben sein. Wenn eine PSK im Ausnahmefall therapeutische Aufgaben im engeren Sinn übernimmt, müssen entsprechende Fachkräfte [Ärzte, Psychotherapeuten, Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)] in das Team einbezogen werden. In der Regel findet in einer PSK keine fachpsychotherapeutische Arbeit statt, vielmehr wird diese bei Bedarf vermittelt.

Es gehört u. a. zu den Aufgaben einer PSK, die vielfältigen Funktionszusammenhänge mit schon bestehenden Beratungsstellen desselben Wohnbezirks zu berücksichtigen und mit Einrichtungen wie Kindergärten, vorschulischen Einrichtungen sowie mit niedergelassenen Ärzten zusammenzuarbeiten. Ferner gehört es zu ihren Aufgaben, an der Kooperation und Koordination bereits bestehender Einrichtungen innerhalb des jeweiligen Wohnbezirks mitzuwirken.

2.6 Psychosoziale Versorgung von Randgruppen

In diesem Versorgungsbereich liegt eine gesonderte Problematik vor, die besondere Methoden und Organisationsformen von Beratung erfordert. Randgruppen stellen eine Bewährungsprobe für eine Gesellschaft dar, die sich sozialstaatlich versteht. Aus ihnen gehen in einem großen Umfang abweichende Verhaltungsweisen hervor, deren Änderung im Interesse aller liegt.

In sozialen Randgruppen leben Angehörige der untersten Sozialschicht, sozial desintegrierte Einzelpersonen, kinderreiche verarmte Familien, die infolge von Schulden oder bestimmter Konflikte mit der sozialen Umgebung aus ihrer Mietwohnung hinaus in Notunterkünfte eingewiesen worden sind und dort als seßhafte Obdachlose wohnen.

Zu den sozialen Randgruppen zählen bei Einbeziehung auch der Nichtseßhaften sowie der Bezieher besonders niedriger Renten, der Arbeitslosen mit besonders geringer Unterstützung und sonstiger von

Verarmung und Elend Bedrohter — je nach den verwendeten Schätzkriterien — in der Bundesrepublik Deutschland 800 000 bis 2 000 000 Einwohner. Sie leben teilweise in slumartigen Siedlungen an den Rändern der Städte, lernen sich dem Zwang der Umstände anzupassen und sich im eingeengten Sozialspielraum pragmatisch zu arrangieren.

Bei starkem inneren Druck suchen sie nach unverzüglicher Entlastung unter Vernachlässigung möglicher schädlicher Spätwirkungen dieses Verhaltens. Alkoholmißbrauch, dissoziale Impulshandlungen und Delinquenz sind häufig die Folgen. Anstelle von psychischen Krankheitszeichen kommt es zu Reaktionsweisen, die Wege in Trinkerheilanstalten und Gefängnisse bahnen, allenfalls in den Versorgungsbereich der somatischen Medizin führen und oft die Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen erforderlich machen. Zum Kontakt mit den herkömmlichen Beratungsstellen kommt es fast nie. In erster Linie werden an diesen Gruppen Maßnahmen der Kontrolle und Reglementierung seitens der Behörden vollzogen, nur selten erhalten sie konstruktive Unterstützung. In den letzten Jahren haben sich in der Bundesrepublik Deutschland Initiativgruppen aufgetan, die in diese Wohngebiete der Randschicht hineingegangen sind, um dort den Bewohnern und ihren Kindern Unterstützung zu gewähren. Daraus haben sich eine Reihe von Projekten entwickelt, z. B. „Eulenkopf" in Gießen und „Maschmühlenweg" in Göttingen, wie auch das Resozialisierungsprogramm der Stadt München. Bei diesen Projekten hat sich die allgemeine Erfahrung bestätigt, daß mit Absinken des Sozialstatus die Bereitschaft der Klienten nachläßt, sich aktiv an Beratungsstellen zu wenden, wobei Randgruppenangehörige besonders dazu neigen, mißtrauisch in sämtlichen Institutionen, die sich in irgendeiner Form auf sie beziehen oder an die sie sich wenden müssen, eine feindliche Gesinnung zu vermuten.

Es ist somit schwierig, Hilfs- und Unterstützungsangebote so zu gestalten, daß sie nicht als diskriminierende Maßnahmen erlebt und demzufolge zurückgewiesen werden. Beratungsarbeit in Randgruppen muß der Klientel aktiv entgegenkommend geleistet werden und ist für die Berater besonders belastend, weil sie sich zunächst mit dem Mißtrauen und der Feindseligkeit der Randgruppenmitglieder konfrontiert sehen. Ohne den Rückhalt einer integrierten Beratungseinrichtung oder von psychosozialen Kontaktstellen (s. o.) und ohne ständige konfliktbearbeitende Supervision kann eine stabile Beratungsarbeit in Randgruppen nicht aufgebaut werden. Die sozial- und psychotherapeutische Arbeit muß in der Wohnsiedlung selbst stattfinden, weil angesichts der Vielfalt der Probleme in den Familien und zwischen den Familien nur auf diese Weise adäquate und differenzierte Beratungs- und sozialtherapeutische Behandlungsformen erarbeitet und eingeleitet werden können. Vier besondere Aufgabenbereiche sind wahrzunehmen:

1. *Familienarbeit:* Beratung und fokale Bearbeitung von Konflikten;
2. *Gemeinwesenarbeit:* Kleingruppenaktivitäten, Entwicklung von Intergruppenbeziehungen, Infrastrukturplanung, Beziehungen zur Außenwelt, insbesondere zu den administrativen und politischen Stellen, Förderung von Initiativen und Selbstorganisationen; Aktivierung der Bewohner, die Lösungen selber finden, fordern und vertreten sollen; Abbau von Spannungen, Vorurteilen und Konflikten zwischen den Bewohnergruppen und gegenüber der übrigen Bevölkerung;
3. *Koordination der Interventionen* von Einrichtungen der Sozialadministration bei Familien: Gesundheitsversorgung, materielle Existenzsicherung mit wirtschaftlicher Hilfe im Rahmen des BSHG und der Jugendhilfegesetze, Therapie und Rehabilitation bzw. Resozialisierung;
4. *institutionsspezifische Aufgaben* in besonders zu entwickelnden Einrichtungen wie Kindergarten, Werkstatt, Schule, Kommunikationszentrum, Mütterschule u. a.

Ständige Anwesenheit im Wohngebiet verringert die Distanz zwischen den Familien und den Beratern, was die wichtigste Voraussetzung dafür darstellt, problemadäquate Lösungsstrategien entwickeln zu können.

Nach den bisherigen Projekten zu urteilen, kann in den Randgruppen erfolgreiche psychosoziale Arbeit geleistet werden. Zugleich muß unter Einsatz von Fachleuten mit allen Kräften verhindert werden, daß gefährdete Familien und Alleinstehende überhaupt erst in den Obdachlosenstatus absinken.

Die beschriebenen seßhaften Obdachlosen stellen eine wichtige, quantitativ im Vordergrund stehende Randgruppe dar. Die Arbeit der Beratungsdienste sollte sich aber auch noch anderen Randgruppen zuwenden, wie den Nichtseßhaften und Gastarbeitern, die — zum großen Teil nicht in die Gesellschaft integriert — ebenfalls als Randgruppe angesehen werden müssen. Für diese gilt gleichermaßen, daß ein aktives Verhalten der Berater erforderlich ist, wobei sich im Gegensatz zu den seßhaften Obdachlosen die zusätzliche Schwierigkeit ergibt, daß Angehörige dieser beiden Gruppen meist nicht in geschlossenen Wohnsiedlungen zu finden sind. Bei den Gastarbeitern müssen zusätzlich noch Wege gefunden werden, um die sprachlichen und kulturellen Kommunikationsschwierigkeiten zu überbrücken, die zu den Beratern ebenso wie zur beruflichen oder Wohnumgebung bestehen.

2.7 Studentenberatung

Hauptsächlich in den letzten zehn Jahren sind spezielle Beratungsstellen für Studierende der Universitäten entstanden. Sie sind aber in der Regel nicht in der Lage, den Andrang Ratsuchender zu bewältigen. Sie haben unter den Beratungsstellen eine besondere Aufgabe, die durch eine relativ große, ungewöhnlich homogene Klientel charakterisiert ist. Es handelt sich um eine Klientel junger Erwachsener, denen zum Zweck besonders qualifizierter Berufsausbildung ein soziales Moratorium eingeräumt ist, das einerseits mit der Freistellung

von praktischer Berufsarbeit besondere Privilegien schafft, andererseits aber auch gerade für differenzierte Persönlichkeiten mit besonderen Belastungen verbunden ist. Deutsche und internationale Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, daß etwa 15 % der Studenten im Laufe ihres Studiums wegen Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen psychotherapeutische bzw. psychiatrische Hilfe brauchen. Ein Teil von ihnen befindet sich in Krisensituationen, ohne bereits psychosomatische oder psychische Krankheitssymptome ausgebildet zu haben und bedarf nur möglichst früher Beratung und kurzdauernder Behandlung. Nur bei einem geringeren Teil von ihnen sind längerfristige Therapieverfahren notwendig.

Ausreichende Behandlungsangebote sind nicht nur aus therapeutischen Gründen zu fördern, es kommt ihnen auch deswegen eine große Bedeutung zu, weil wirksame beratende oder therapeutische Hilfe während der Ausbildung die Aufgeschlossenheit gegenüber psychosozialen Fragestellungen zu fördern vermag.

Der gegenwärtige Stand der Studentenberatungsstellen ist gekennzeichnet durch eine stets wachsende Zahl von Ratsuchenden bei völlig unzureichender personeller Ausstattung sowie unsicherer und ungenügender Finanzierung. Lange Wartezeiten oder zeitlich unzureichende Therapieangebote sind die Regel. Die Sollzahl von einem Psychotherapeuten auf 2 000 Studenten kann erst dann erreicht werden, wenn eine bedarfsentsprechende Ausstattung der Beratungsstellen als eine notwendige öffentliche Aufgabe begriffen und durchgesetzt wird.

Inwieweit psychotherapeutische Studentenberatung für sich oder im Verband mit anderen Studentenberatungsdiensten (akademische Berufsberatung, Studieneingangsberatung, Studienfachberatung usw.) organisiert wird, mag von örtlichen Gegebenheiten abhängen und ist solange nicht von Belang, wie gesichert ist, daß die psychotherapeutischen Studentenberater in ihren Beratungsaktivitäten keiner störenden Einflußnahme durch die Universitätsadministration unterliegen.

3 Der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin

3.1 Vorbemerkung zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung obliegt in der Bundesrepublik Deutschland den zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzten, den an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten leitenden Krankenhausärzten und von den kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigten Ärzten sowie privat praktizierenden Ärzten, welche eine kassenärztliche Zulassung nicht beantragt haben. Uber § 10 des Bundesmantelvertrages für Ärzte sind ferner Universitätspolikliniken im Rahmen eines sogenannten Institutsvertrages in die ambulante Versorgung einbezogen.

Die Gesamtzahl der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland betrug am 1. Januar 1975 *)		134 529
davon im Krankenhaus tätige Ärzte	*41,9 %*	56 327
niedergelassene Ärzte	39,3 %	52 913
darunter: Belegärzte		5 467
Ärzte in Verwaltung und Forschung		9 730
ohne ärztliche Berufsausbildung		15 559

Für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sind in der Regel praktische Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin und Nervenärzte die erste Anlaufstelle. Von Bedeutung sind ferner Internisten, von denen historisch ja auch der Anstoß zur „psychosomatischen Medizin" ausging sowie Kinderärzte und Frauenärzte. In gewissem Umfange werden auch Hautärzte und Urologen von psychisch Kranken zunächst in Anspruch genommen.

Die in der historischen Enwicklung der Medizin liegende somatische Orientierung vermag jedoch psychisch bedingten und psychisch mitbedingten Störungen nicht immer ausreichend gerecht zu werden. Mängel in der bisherigen Ausbildung sowie gravierende Lücken in der Weiter- und Fortbildung führen bei vielen Ärzten zu Verkennungen entsprechender psychischer Störungen. Nicht selten findet sich ferner die Tendenz, psychische Störungen mit somatischen Diagnosen zu etikettieren. Hier trifft sich ärztliches Verhalten mit der Neigung vieler Patienten zur Somatisierung ihrer Beschwerden. Eine angemessene psychiatrische oder psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlung bleibt in vielen Fällen aus, es kommt vielmehr zu einer kostenintensiven Inanspruchnahme überflüssiger medizinischer Diagnostik und zu einer langfristigen, oft wirkungslosen medikamentösen Behandlung. Die bestehende Unsicherheit führt zu häufigem Arztwechsel. Weiter ist zu bedenken: Sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten haben hochspezialisierte technische Leistungen im allgemeinen ein höheres Ansehen, als Leistungen mit geringem oder sogar fehlendem technischen Aufwand, wie das z. B. beim ärztlichen Gespräch der Fall ist, dem gerade bei der Behandlung psychisch Gestörter eine besondere Bedeutung zukommt. Eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erfordert auch im Bewußtsein der Öffentlichkeit eine adäquatere Bewertung und Bemessung der speziell für deren Versorgung erforderlichen ärztlichen Leistung.

3.2 Der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin

Die Hauptlast der ambulanten medizinischen Versorgung — vor allem auf dem Lande — wird von den praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin getragen.

*) Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 18, 1. Mai 1975.

Die Voraussetzungen, eine Kassenzulassung als praktischer Arzt zu erlangen, sind folgende: Nach der Approbation muß eine 1½jährige Vorbereitungszeit abgeleistet werden. In dieser Zeit muß der Arzt mindestens drei Monate einen Kassenarzt vertreten, oder als Assistent bei einem Kassenarzt arbeiten. Die restliche Zeit ist für die Tätigkeit in Kliniken vorbehalten.

Seit 1971 werden Anerkennungen für das Fach Allgemeinmedizin mit einer vierjährigen Weiterbildungszeit ausgesprochen.

In Übergangsbestimmungen wurde Ärzten, die zehn Jahre lang als praktische Ärzte zugelassen waren, gestattet, sich „Arzt für Allgemeinmedizin" zu nennen.

Die Gesamtzahl aller praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin betrug am 1. Januar 1975 25 902. Die umfangreiche klinische Weiterbildung eines beträchtlichen Prozentsatzes der praktischen Ärzte kommt durch den Tatbestand zum Ausdruck, daß sie die Berechtigung zur Führung einer Facharztbezeichnung in den verschiedenen Fachdisziplinen haben, aber als Allgemeinärzte tätig sind.

Praktische Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin sind zweifellos die gemeindenaheste medizinische Versorgungsinstitution. Sie verfügen häufig über jahrzehntelange Erfahrungen am Ort, besitzen durch langfristigen Umgang mit den gleichen Patienten differenzierte Kenntnisse über ihre Umwelt und nehmen so in der Regel die Funktion des Hausarztes wahr. Meist besteht ein enger Kontakt mit dem psychisch Kranken und seiner Familie. Hierzu trägt auch bei, daß infolge seiner generellen Kompetenz die häusliche Besuchstätigkeit Primäraufgabe des behandelnden Hausarztes ist *). Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin stellt somit die erste Linie auch in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter dar. So kann es z. B. sein, daß er mit Konflikten schon in ihrem Entstehungsstadium konfrontiert wird. Sein Verhalten entscheidet nicht selten über den weiteren Verlauf — im günstigen wie im ungünstigen Sinne.

Mehrere diesbezügliche Untersuchungen haben ergeben, daß etwa 14 % der Bevölkerung während eines Jahres den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin wegen *irgendeiner* psychischen Störung aufsucht. Bezogen auf die Bevölkerung sind es rund 9 %, die wegen psychisch bedingter oder seelisch mitbedingter Störungen (z. B. Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen) den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin im Laufe eines Jahres konsultieren. Da sie wesentlich häufiger in der Praxis erscheinen als die Gesamtheit aller übrigen Patienten, nehmen sie einen unverhältnismäßigen Teil der ärztlichen Arbeitszeit in Anspruch. Legt man die genannte Zahl aus der Allgemeinpraxis zugrunde, so gehen die Schätzungen dahin, daß bei zureichender Versorgung etwas mehr als 2 % der Bevölkerung pro Jahr psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste wegen seelisch bedingter oder seelisch mitbedingter Störungen aufsuchen sollten, demnach also, soweit sie den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin konsultiert haben, an die entsprechenden Institutionen überwiesen werden müßten.

Diese Angaben verdeutlichen die Filterfunktion des praktischen Arztes bzw. Arztes für Allgemeinmedizin, die er allerdings nach seinem Weiterbildungsstand meist nur ungenügend wahrnehmen kann. Die Belastungen der üblichen Allgemeinpraxis lassen zudem einen größeren Zeitaufwand, wie ihn die meisten psychisch Kranken im persönlichen Umgang mit dem Arzt benötigen, kaum zu.

Die tägliche Erfahrung lehrt, daß ein großer Teil der akuten Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern auf Einweisungen durch praktische Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin zurückgeht. Hierbei spielt u. a. die mangelnde Vor- und Nachsorge, zumal bei therapieunwilligen psychotischen Kranken eine Rolle. Viele psychisch Kranke werden anderen als den für sie in Frage kommenden Facheinrichtungen zugewiesen. Je nach persönlicher Einstellung kann der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin den Patienten einem Nervenarzt oder Psychotherapeuten zur Mit- bzw. Weiterbehandlung oder auch nur zur Feststellung der Diagnose, verbunden mit einem Therapievorschlag, überweisen. Jedoch wird oft der nächste niedergelassene Nervenarzt nicht aufgesucht, weil man — vor allem in Kleinstädten — nicht zum „Nervendoktor" geht. Beklagenswert bleibt — wie bei anderen niedergelassenen Ärzten auch — der mangelnde Zugang zu sozialen Diensten.

Es muß festgestellt werden, daß die bisherige Weiter- und Fortbildung der praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin sehr unterschiedlich ist. Die Weiterbildung kann verschiedenartige Tätigkeiten umfassen, so als Assistenzarzt mit dem Schwerpunkt auf wissenschaftlichen Studien, recht oft in chirurgischen Kliniken, aber auch in psychiatrischen Einrichtungen, die dem praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin auf diesem Gebiet besondere Kenntnisse vermittelten. Nur ein geringer, derzeit aber wachsender Anteil von praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin führt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie".

Schon die Tatsache, daß psychisch Kranke, welche den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin aufsuchen, sehr verschiedenartige Diagnosen aufweisen (endogene und exogene Psychosen, psychisch kranke alte Menschen, Neurosen, psychosomatische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten besonders bei Kindern und Jugendlichen, Suchtkranke, geistig Behinderte usw.), erfordert eine Stärkung der Versorgung auf dieser primären Versorgungsebene. Mit der neuen, ab 1973 gültigen Approbationsordnung ist bereits dadurch eine Gewichtsverlagerung erfolgt, daß medizinische Psychologie und medizinische Soziologie in die vorklinische Grundausbildung einzubeziehen sind. Es wäre darüber hinaus aber wünschenswert, den Weiterbil-

*) Siehe Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Abhaltung von Sprechstunden, Durchführung von Besuchen und Regelung von Vertretung von Kassenärzten. Aus: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 72, Heft 32, 1975.

dungsgang zum Arzt für Allgemeinmedizin so zu gestalten, daß den betreffenden Ärzten obligat auferlegt wird, sich ausreichend Kenntnisse auf psychosozialem Gebiet zu verschaffen. Desgleichen müßten für die bereits tätigen praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin entsprechende Fortbildungsangebote kontinuierlich bereitgestellt werden.

Um eine Verbesserung der Versorgung auf der Ebene der praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin zu erzielen, sollten diese u. a. über folgende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen:

1. der praktische Arzt bzw. der Arzt für Allgemeinmedizin sollte fähig sein, Hinweise auf psychische und soziale Ursachen von Krankheitssymptomen zu erkennen. Diese Fähigkeit ist besonders im Hinblick auf diejenigen zahlreichen Patienten notwendig, deren Krankheitssymptome auf körperlichem Gebiet als sogenannte „Organfunktionsstörungen" oder als „psychosomatische Krankheiten" in Erscheinung treten.
2. Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin sollte in stärkerem Maße fähig sein zu erkennen, welche spezielle Hilfen angezeigt sind; z. B., ob lediglich einige beratende Gespräche benötigt werden, ob der Patient zu einem Psychotherapeuten oder zu einem Psychiater überwiesen, oder ob er wegen der Besonderheit seiner Krankheit einer stationären Behandlung zugeführt werden muß.
3. Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin sollte fähig sein zu erkennen, ob die Krankheit des Patienten auch der Ausdruck eines Konfliktes innerhalb des engeren Lebensbereiches des Patienten sein kann. Neben Konflikten des Arbeitsbereiches sind besonders Familienkonflikte zu nennen. Gelegentlich sind gerade Kinder und Jugendliche gleichsam „vorgeschobene Patienten", die oft auf einen neurotischen Konflikt bei den Eltern oder den übrigen Familienangehörigen hinweisen.
4. Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin sollte in gewissem Umfang auch selbst psychotherapeutisch tätig werden können. Hierbei brauchen die Ärzte in der Regel keine psychotherapeutischen Methoden im engeren Sinne anzuwenden, sondern würden den Erfordernissen meist schon dann genügen, wenn sie auf die psychischen, zwischenmenschlichen und sozialen Konflikte eingehen, d. h. therapeutisch im Sinne von einfühlendem Verständnis, Ermutigung, Konfliktklärung, Beratung und Stützung mit diesen Störungen umzugehen in der Lage sind. Darüber hinaus sollten sie je nach dem Umfang ihrer speziellen Fortbildung bestimmte Methoden anwenden, z. B. die „Sprechstundenpsychotherapie" nach M. Balint.
5. Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin sollte fähig sein, im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter soziale Hilfen, sozialtherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu vermitteln. Hierfür ist die Kenntnis der am Ort vorhandenen sozialen Dienste und Kooperation mit diesen unerläßlich. Dies besonders deswegen, weil die Vor- und insbesondere Nachbehandlung auch schwerer Gestörter (z. B. Psychosekranker) oft in den Händen der praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin liegt.
6. Der praktische Arzt bzw. der Arzt für Allgemeinmedizin sollte ausreichende Fähigkeiten für die Anwendung von Psychopharmaka besitzen. Im Rahmen der Nachbehandlung entlassener psychiatrischer Patienten, insbesondere in ländlich-kleinstädtischen Gebieten, trägt er häufig die Verantwortung für diese Therapie. Mit dem Gebrauch insbesondere von Tranquilizern und Antidepressiva sollte er auch deshalb vertraut sein, weil er oft mit Patienten konfrontiert ist, die z. B. unter depressiven Syndromen leiden. In vielen Fällen wird er solche Patienten zur Diagnostik und medikamentösen Einstellung zum Nervenarzt überweisen, dann aber die weitere Behandlung wieder übernehmen.

B. 3 Psychiatrische und rehabilitative Dienste

1 Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung

1.1 Umfassende bedarfsgerechte Versorgung

Umfassend ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem dann, wenn es auf verschiedenen Ebenen die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter Dienste (allgemeine und spezialisierte) für alle Kategorien von Hilfsbedürftigen zur Verfügung stellt. Es setzt sich dementsprechend aus einer Vielzahl an der Versorgung unterschiedlich beteiligter Institutionen zusammen. Generelles Ziel aller Dienste ist es, die psychische Gesundheit bei allen Kranken und Behinderten so rasch wie möglich wieder herzustellen und sie von jedweder Betreuung unabhängig zu machen. Um das Prinzip der Kontinuität der Behandlung angemessen in die Praxis umzusetzen, ist es erforderlich, daß die einzelnen beteiligten Institutionen nicht nebeneinanderher arbeiten, sondern in das Gesamtsystem flexibel integriert werden. In der Vorsorge, dem Zusammenspiel zwischen ambulanten und stationären Diensten, in der Nachsorge und bei den Maßnahmen zur Wiedereingliederung dürfen weder Versorgungslücken noch Doppel- oder gar Mehrfachbetreuungen auftreten.

Das integrierte Zusammenwirken und Ineinandergreifen der an der Beratung, Vorsorge, Diagnose, Therapie, Nachsorge, Betreuung, Pflege und Rehabilitation mitwirkender Dienste erfordert organisatorische Maßnahmen der gegenseitigen Abstimmung und koordinativen Aufgabenverteilung, welche ihrer prinzipiellen Bedeutung nach Gegenstand besonderer Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission geworden sind (s. B. 6).

Ein umfassendes, wirkungsvoll integriertes, auf Kontinuität der Behandlung und Betreuung zielendes Versorgungssystem ist die Voraussetzung dafür, daß für alle Gruppen psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter eine Versorgung auf weitgehend *gleichmäßigem* Niveau entwickelt werden kann.

1.2 Gemeindenahe psychiatrische Versorgung

1.2.1 Erreichbarkeit

Ein psychiatrisches Versorgungssystem entspricht den berechtigten Bedürfnissen der Bevölkerung, wenn es in erreichbarer Nähe eine bedarfsgerechte Vielfalt von präventiven, diagnostisch-therapeutischen, rehabilitativen, beratenden, betreuenden und pflegenden Angeboten zur Verfügung stellt. Hierbei wird die Bezeichnung „erreichbare Nähe" dadurch definiert, daß die entsprechenden Versorgungseinrichtungen in der Regel innerhalb von etwa einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufgesucht werden können. Im allgemeinen entspricht das einem Gebiet mit einem Radius von 25 km. Abweichungen werden in sehr dünn und sehr dicht besiedelten Gebieten zu erwarten sein. Hiervon ausgenommen sind Einrichtungen, die auf übergeordneten Versorgungsebenen angeboten werden.

1.2.2 Überschaubarkeit, räumliche Beziehung zur Gemeinde

Nur in einem überschaubaren Bereich mit begrenzter Bevölkerungszahl (Versorgungsgebiet) läßt sich eine auf genaue und persönliche Kenntnis der örtlichen Verhältnisse angewiesene psychiatrische Vorsorge, Beratung, konsiliarische Betreuung, Ambulanz, Krisenintervention und Nachsorge über lange Zeit sinnvoll betreiben.

Halbstationäre Dienste, also Tages- und Nachtkliniken sowie Übergangsheime, Wohnheime, Werkstätten und Patientenclubs etc. können ihre Aufgaben nur zureichend erfüllen, wenn sie sich in räumlicher Nähe zu Arbeitsstätten (Arbeitsvermittlungen), Wohngebieten (Hausbesuche), Sozialeinrichtungen und Ämtern der Gemeinden befinden. Die unterschiedlichen Bedingungen in ländlichen Gebieten und Ballungsräumen müssen Berücksichtigung finden.

1.2.3 Kooperative und konsiliarische Verknüpfung

Die notwendige kooperative und konsilarische Verknüpfung der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Krankenhausabteilungen, Beratungsstellen, offene Sozialdienste, Ämter, Heime, Werkstätten etc.) ist nur zu realisieren, wenn sich die Zusammenarbeit im persönlichen Kontakt an der vorgegebenen Struktur eines Gemeindebezirks (Großstadt), einer oder mehrerer Gemeinden übersehbar orientieren kann.

1.2.4 Aufrechterhaltung der Kontakte

Die stationäre Aufnahme psychisch Kranker und Behinderter weitab von Wohnorten und die damit verbundene anhaltende Absonderung von den Familien, vom Freundeskreis, Arbeitsfeld oder von sonstigen persönlichen Bezugspunkten ist einer rehabilitativ eingestellten Therapie in starkem Maße hinderlich. Sie beeinflußt die Verweildauer im Krankenhaus ungünstig und trägt somit indirekt zu dessen fortdauernder Überbelegung bei. Langwährende Krankenhausaufenthalte verursachen bei mangelnder Anregung überdies zusätzliche, oft schwerwiegende Verhaltensabweichungen (sog. Hospitalismus), die eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft behindern.

1.2.5 Offene Psychiatrie

Die Psychiatrie kann aus ihrer oft beklagten Isolierung am besten herausgeführt werden, wenn sie unter den Bürgern in den Gemeinden als eine Institution sichtbar wird, die ihre diagnostisch-therapeutischen und beratend-betreuenden Dienste offen anbietet.

1.3 Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge der Industrienationen stehen vor wachsenden Bedürfnissen der gesamten Medizin, insbesondere des allgemeinen Krankenhauses nach mehr und besserer psychiatrischer Diagnostik, Behandlung und Betreuung. Gleichzeitig wächst die Kenntnis um die Bedeutung körperlicher Faktoren und die begleitende Anwendung moderner medizinischer Behandlungsmethoden bei einem großen Teil psychisch Kranker.

Das psychiatrische Krankenhauswesen der Bundesrepublik ist jedoch gegenwärtig dadurch gekennzeichnet, daß es sich weitgehend neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat. In den Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung steht nur eine minimale, völlig unzureichende Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen.

Diese historisch gewachsene Sonderstellung entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen der modernen Psychiatrie. Sie steht vor allem der wachsenden interdisziplinären Verzahnung mit den übrigen Fächern der modernen Medizin und dem Anschluß des psychiatrischen Gesundheitswe-

sens an den allgemeinen medizinischen Standard im Wege.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt daher nachhaltig die Auffassung, daß die psychiatrische Krankenhausversorgung *grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin* ist. Hierbei sind die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu stellen. Demgemäß muß das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem psychisch Kranken muß prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden. Dieser Prozeß einer *Eingliederung* der Psychiatrie in die *Gesamt-Medizin*, die sich naturgemäß nur stufenweise vollziehen läßt, bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die notwendige Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, aber auch für eine den modernen Erkenntnissen entsprechende körper-medizinische Versorgung der im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Patienten. Die notwendige Verbindung der Psychiatrie zur allgemeinen Medizin darf sich nicht auf das psychiatrische Fachkrankenhaus beschränken. Auch für das Akutkrankenhaus, den niedergelassenen Facharzt und nicht zuletzt für den Arzt für Allgemeinmedizin sind entsprechende Folgerungen zu ziehen.

1.4 Verflechtung der Psychiatrie mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten

Im Vollzuge der Eingliederung der Psychiatrie in das System allgemeiner medizinischer Krankenversorgung ist aber auch die aufgabenbedingte Eigenart dieses Faches zu berücksichtigen. Wesentlich stärker als im Bereich der Allgemeinmedizin bestimmen soziale und psychologische Faktoren den Charakter vieler, gerade auch chronisch verlaufender psychischer Krankheiten. Deren Bedeutung für Manifestation, Verlauf und Prognose sind daher — auch dann, wenn somatische Entstehungsursachen im Vordergrund stehen — in alle diagnostischen und therapeutischen Überlegungen sowie rehabilitativen Maßnahmen mit einzubeziehen. Darüber hinaus gewinnen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Betreuung erwachsener geistig und seelisch Behinderter heilpädagogische Aktivitäten zum Teil vorrangiges Gewicht.

Psychologisches Wissen und das Spektrum psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Hilfen haben der Psychiatrie neue Bereiche eröffnet.

Medizinische, spezielle psychotherapeutische, psychologische, soziale und in gewissen Teilbereichen pädagogische Hilfen müssen sich gegenseitig ergänzen und bilden bei der Behandlung psychisch Kranker eine Einheit. Die pointierte Gegenüberstellung einer „medizinischen" und einer „sozialen" Psychiatrie ist daher im Hinblick auf die Aufgaben, welche sich in diesem Fach stellen, unangemessen.

Die Verflechtung der Psychiatrie mit sozialen, psychologischen und pädagogischen Diensten hat Rückwirkungen einerseits auf den Raumbedarf psychiatrischer Einrichtungen (Beschäftigungstherapeutische Studios, Werkstätten, vergrößertes Angebot von Zonen des Wohnens und Begegnens, Gruppenräume, Gymnastik- und Spielräume, Tagesklinik etc.), andererseits auf die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl qualifizierten Personals, das in der Lage ist, die verschiedenen Aufgaben einer Psychiatrie im Krankenhaus und in der Gemeinde wahrzunehmen.

1.5 Reduktion der Bettenzahl in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern

1.5.1 Krankenhausbedürftigkeit und Fehlplacierung

Nur wer krankenhausbedürftig ist, also des medizinischen, technischen und personellen Aufwandes eines Krankenhausbetriebes bedarf, soll stationär im Krankenhaus behandelt werden. Dieser Satz gilt — auch bezüglich der geforderten Gleichstellung von psychisch mit körperlich Kranken — für Akutkrankenhäuser genauso wie für psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen.

Ein Blick auf die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser läßt erkennen, daß dieses Prinzip nirgendwo in die Wirklichkeit umgesetzt worden ist beziehungsweise umgesetzt werden konnte. Tatsache ist, daß sich vor allem in großen psychiatrischen Krankenhäusern sehr verschiedenartige Gruppen von psychisch Kranken, Behinderten und sozial Isolierten ansammeln, von denen ein nicht geringer Teil unter dem Gesichtspunkt der Krankenhausbedürftigkeit als fehlplaciert betrachtet werden muß.

Diese oft langjährigen Bewohner bestehender psychiatrischer Krankenhäuser sollten anderen, ihren Bedürfnissen entsprechenden Betreuungseinrichtungen zugeführt werden.

1.5.2 Einfluß der Größe auf die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser

Die übermäßige Größe der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser behindert schon von sich aus ihre Funktionsfähigkeit als Krankenhaus und als Glied einer weit in die Gemeinde reichenden Rehabilitationskette. Die Kapazität der psychiatrischen Krankenhäuser wird heute noch durch die Einwohnerzahl überdimensionierter Einzugsgebiete diktiert. Gemeindenahe Psychiatrie läßt sich aber mit Aufnahmebezirken, innerhalb derer unvertretbar große Entfernungen zu überbrücken und oft über 1 Million Einwohner stationär zu versorgen sind, nicht mehr praktizieren. In solchen Systemen kommt der mit fortdauernden Nachsorgeaktivitäten verbundene Wiedereingliederungsprozeß ins Stocken. Aus Untersuchungen ist bekannt, daß die Verweildauer bei vergleichbaren Patientengruppen mit der Größe der Einrichtung und der Entfernung zum Wohnort korreliert. Je größer eine Einrichtung ist und je isolierter sie liegt, um so eher zeigt sich ein Trend zu erhöhter Verweildauer. Je länger sich andererseits

der Aufenthalt hinzieht, um so geringer wird die Chance der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Hieraus ergibt sich, daß große psychiatrische Krankenhäuser, welche zudem organisatorisch schwer zu durchdringen sind, einen therapeutisch-rehabilitativ ganz unzureichenden Wirkungsgrad aufweisen und an den Problemen ihrer unförmigen Struktur gleichsam selbst ersticken. Eine Begrenzung der Bettenkapazität von psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist daher unabdingbar.

1.6 Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter

In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger waren am Stichtag der Haupterhebung 17 426 geistig Behinderte (Schwachsinnige) untergebracht. Das sind 18,5 % der Gesamtzahl hospitalisierter Kranker zu diesem Zeitpunkt.

Verteilt auf die einzelnen Länder ergeben sich folgende prozentuale Anteile geistig Behinderter an der Gesamtzahl der in den jeweiligen psychiatrischen Krankenhäusern am Stichtag untergebrachten Patienten:

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

Sieht man von einer Minderzahl eindeutig krankenhausbedürftiger geistig Behinderter ab, ist das psychiatrische Krankenhaus für die Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe prinpiziell *nicht* geeignet. Geistig Behinderte bedürfen in erster Linie einer heilpädagogisch-soziotherapeutischen Betreuung, die ihnen in der Regel in hierfür geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses angeboten werden sollte. Der Psychiater, dem keine heilpädagogische Ausbildung zuteil geworden ist, soll im Betreuungsbereich für erwachsene geistig Behinderte lediglich konsiliarische Aufgaben wahrnehmen. Der Auf- und Ausbau eines eigenständigen Versorgungssystems für erwachsene geistig Behinderte verfolgt das Ziel, die Betroffenen, deren Vernachlässigung nicht länger hingenommen werden kann, einer ihnen gemäßen Betreuung mit hierzu qualifiziertem Personal zuzuleiten. Die damit verbundene Reduktion der Kapazität vieler psychiatrischer Krankenhäuser liegt auf der Linie anzustrebender Reformen.

1.7 Stationäre Betreuung nicht krankenhausbedürftiger psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter („Heimsektor")

Der Impuls, welcher von der Krankenhausfinanzierungs-Gesetzgebung des Bundes und der Länder ausgegangen ist, hat auch im Bereich der Psychiatrie die Aufmerksamkeit nahezu ausschließlich auf den klinischen Bereich gelenkt. Indessen ist mit dem schrittweisen Aufbau neustrukturierter psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen allein das Problem der Versorgung chronisch Gestörter, Kranker und Behinderter, welche der Krankenhausbehandlung nicht oder nicht mehr bedürfen, einer Lösung nicht näher zu bringen.

Soll eine Neugliederung des psychiatrischen Versorgungssystems im angestrebten Sinne Platz greifen, wird es unerläßlich sein, für die hier gemeinten nicht krankenhausbedürftigen Personengruppen in ausreichendem Umfang adäquate Unterbringungsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses anzubieten und diesen notwendigen Prozeß durch entsprechende legislative Aktivitäten zu initiieren, zu steuern und sicherzustellen. Hierbei handelt es sich nicht nur um die quantitative Vermehrung von Alten-Pflegeheimen (Altenkrankenheimen), sondern um Wohnangebote jeglicher Art (Übergangsheime, Wohnheime, Wohnungen, Familienpflege) zum Beispiel für chronisch Psychokranke oder seelisch und geistig Behinderte.

Der geforderte Ausbauprozeß des Heimsektors darf allerdings nicht dadurch unterlaufen werden, daß psychiatrische Krankenhäuser angesichts gegenwärtig günstiger konjunktureller Bedingungen allenthalben zahlreiche chronisch Kranke und Behinderte in leer stehende Ferienheime, Hotels und ähnliche Einrichtungen abschieben, um auf diese Weise kurzfristig zu einer Bettenreduzierung zu kommen. Deratige bedenkliche Verlegungsaktionen gehen ganz überwiegend zu Lasten der Betroffenen, weil die aufnehmenden, meist kommerziell betriebenen Einrichtungen die qualitativen Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung der Kranken und Behinderten nicht anzubieten vermögen.

In den Einrichtungen für nichtkrankenhausbedürftige Personen muß unter allen Umständen Rehabilitation in ausreichendem Maße, soziale Betreuung und ein ärztlich-psychiatrischer Konsiliardienst gewährleistet sein.

1.8 Kontinuität der Behandlung

1.8.1

Psychisch Kranke und Behinderte werden im Verlaufe ihres oft langwierigen Leidens häufig von verschiedenen Diensten nacheinander behandelt und betreut. Auf diesem Wege ergibt sich die Gefahr, daß die nachfolgende Behandlung die vorangegangene unberücksichtigt läßt, oder überhaupt Behandlungs- und Betreuungslücken auftreten. Bei der Überführung von Patienten in andere Betreuungs-

und Behandlungssektoren, etwa bei der Ablösung der stationären Therapie durch ambulante, oder bei der Fortsetzung der Betreuung durch offene soziale Dienste oder Heime, muß deswegen dafür Sorge getragen werden, daß die Behandlungsformen nahtlos ineinander übergehen, und somit auch über lange Strecken die Kontinuität der Behandlung gewährleistet ist.

1.8.2

Für eine gewisse, abgrenzbare Gruppe psychisch Kranker und Behinderter lassen sich therapeutische und rehabilitative Maßnahmen eindeutig verbessern, wenn sie sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses über die verschiedenen Strekken ihres Krankheitsverlaufes hinweg in der Behandlung beziehungsweise Betreuung des gleichen Teams verbleiben. Es sollte daher als Leitlinie gelten, daß entsprechende psychiatrische Versorgungseinrichtungen den betroffenen Patientengruppen eine Kontinuität der Behandlungspersonen anzubieten in der Lage sind. Hierbei ist zu beachten, daß eine sinnvolle Spezialisierung der Dienste nicht durch das Prinzip der Kontinuität der Behandlungspersonen behindert wird.

1.9 Internationale Übereinstimmung

Die Ausführungen in diesem Kapitel decken sich in ihren wesentlichen Zielsetzungen mit den Leitlinien zu einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, über die international ein Konsensus erreicht worden ist.

2 Ambulante Dienste

2.1 Der niedergelassene Nervenarzt

Die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Nervenärzte ist etwas niedriger als die an klinischen Institutionen tätigen und betrug nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 31. Dezmber 1974 insgesamt 1.041; 53 dieser Nervenärzte waren gleichzeitig auch als Belegärzte klinisch tätig. Daneben gibt es niedergelassene Nervenärzte, die sich an der kassenärztlichen Versorgung nicht beteiligen und ausschließlich Privatpraxen betreiben (s. A.4.2).

Neben der Anerkennung als Arzt für das Fachgebiet Psychiatrie und Neurologie werden in letzter Zeit auch „Neurologie" oder „Psychiatrie" als einzelne Fachgebiete anerkannt. Ferner gibt es den Facharzt für „Kinder- und Jugendpsychiatrie". Von den insgesamt 120 Kinder- und Jugendpsychiatern sind bislang lediglich 28 in freier Praxis tätig.

Es ist anzustreben, daß für einen Bevölkerungsanteil von höchstens 50 000 Einwohnern ein Nervenarzt zur Verfügung steht. Selbst wenn man berücksichtigt, daß eine Anzahl von Ärzten die kassenärztliche Zulassung nicht beantragt und man weiter annimmt, daß die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte in der Zwischenzeit zugenommen hat, ist die genannte, allgemein angenommene Minimalgrenze für eine ausreichende Versorgung durch nervenärztliche Praxen zur Zeit nicht erreicht. Hinzu kommt noch, daß in den nervenärztlichen Praxen ein relativ großer Anteil neurologisch erkrankter Patienten behandelt wird; hierdurch wird das vorliegende quantitative Defizit noch unterstrichen. Die Orientierungsgröße von 1 : 50 000 wird allerdings deshalb häufig nicht erreicht, weil die niedergelassenen Nervenärzte geografisch ungleich verteilt sind und vorwiegend in Ballungsgebieten, dagegen nicht in Städten mit einer Einwohnerzahl von weniger als 20 000 niedergelassen sind. 60 % aller niedergelassenen Nervenärzte üben ihre Praxistätigkeit in Großstädten aus. In 140 von insgesamt 389 Kreisen und kreisfreien Städten befindet sich keine Praxis eines niedergelassenen Nervenarztes. Dieser Sachverhalt vermittelt allerdings nur einen ungefähren Eindruck von der jeweiligen Struktur der ambulanten Versorgung, da die Einzugsgebiete der nervenärztlichen Praxen mit den Kreisgrenzen nicht identisch sind und noch andere Faktoren die Versorgungsleistung einer nervenärztlichen Praxis bestimmen können (s. A.4.2).

Die Zusammensetzung der nervenärztlichen Klientel erfordert Kenntnisse und Erfahrungen auf den Gebieten der Psychiatrie, Neurologie, der Psychotherapie und der Psychosomatik. Neben den psychiatrischen Patienten ist ein großer Teil rein neurologisch Kranker zu versorgen wie auch Kranke, deren neurologische Leiden mehr oder weniger weit in den psychiatrischen Bereich hineinreichen. Je nach diagnostischer Abgrenzung — dies ergaben verschiedene Erhebungen in Hamburg, Südwürttemberg-Hohenzollern, Köln-Porz und Oberbayern — kann dieser Anteil ein Viertel bis drei Viertel der Patienten betragen. In einzelnen Fällen zeigt sich je nach Akzentsetzung in der Praxis ein weitaus niedrigerer oder höherer Anteil. Von Bedeutung für den Anteil an psychiatrischen und an neurologischen Patienten ist die persönliche Interessenrichtung des einzelnen Arztes, der Anteil konsiliarischer oder gutachterlicher Tätigkeit und die von Arzt zu Arzt verschiedene Teilnahme am Durchgangsarztverfahren. Dementsprechend muß die nervenärztliche Praxis in unterschiedlichem Maße über apparativ-diagnostische Möglichkeiten verfügen. Auf der anderen Seite gehen die Anforderungen im Bereich psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgungsleistungen bei niedergelassenen Nervenärzten naturgemäß über die Anforderungen hinaus, die an den praktischen bzw. Arzt für Allgemeinmedizin gestellt werden.

Die Patienten der Nervenärzte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer diagnostischen Zusammensetzung erwartungsgemäß erheblich von dem der Kliniken und Krankenhäuser. Den größten Anteil der Klientel an psychisch Kranken bilden die Patienten mit seelischen Krisen, abnormen Erlebnisreaktionen, Neurosen sowie depressiven Verstimmungen reaktiver und endogener Art. Der Anteil schizophrener Kranker beträgt in den Praxen 7 bis 10 % der psychiatrischen Patienten. Der Anteil von Patienten mit

hirnorganischen Erkrankungen des höheren Lebensalters ist in der Regel sehr gering, ebenso die prozentualen Anteile der an Epilepsie erkrankten Patienten, der Suchtkranken und der Oligophrenen. Kinder sind in den Praxen der Nervenärzte meist wenig vertreten.

Obwohl in der Klientel des einzelnen Nervenarztes der prozentuale Anteil der bei den Aufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus in erster Linie vertretenen Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, Alkoholismus oder Drogensucht und Alterserkrankungen gering ist, weisen die absoluten Zahlen aus, daß der weitaus größere Teil der psychisch Kranken ambulant betreut wird (s. B. 3.2.2, Tabelle 2). Diese Entwicklung sollte schon von den Kosten her gefördert werden. Auch der größte Teil der unter Psychosen leidenden Patienten kann vor allem dank der Therapie mit Psychopharmaka ambulant betreut werden. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, unnötige und langdauernde stationäre Behandlungen zu vermeiden und die Betreuung des Patienten in seinem gewohnten sozialen Umfeld durchzuführen. Einer ausreichenden qualitativen Versorgung steht allerdings bisher oft der Mangel an sozialen Hilfsmöglichkeiten entgegen.

Dennoch ist der niedergelassene Nervenarzt bisher immer noch die gemeindenaheste Fachinstitution für psychisch Kranke. Er erhält den größten Teil seiner Patienten als Überweisungen von praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin, einen weiteren Teil von anderen Fachärzten, insbesondere von Internisten. Ein unterschiedlich großer Anteil — etwa ein Drittel — sucht direkt den Nervenarzt auf. Viele Patienten betreut der Nervenarzt über Jahre hinweg; er übt in vielen Fällen sogar „Hausarztfunktionen" aus. Da der niedergelassene Nervenarzt in der Regel über Jahrzehnte an ein und demselben Ort tätig ist, gewinnt er häufig weitreichende Kenntnisse der Familienverhältnisse, der näheren Umwelt des Kranken und der Zustände am Arbeitsplatz. Durch diese Kenntnisse ist er vielfach besonders gut in der Lage, den Patienten und seine Angehörigen zu beraten. Gerade bei der Überwindung von relativ kurz dauernden seelischen Krisen und abnormen Erlebnisreaktionen vermag er psychotherapeutisch vorwiegend mit stützenden Gesprächen einzugreifen.

Besonders schwierig ist die Betreuung vieler psychisch Kranker, die infolge mangelnder Krankheitseinsicht auch therapieunwillig sind. Gerade hier könnte die Mobilisierung sozialpsychiatrischer Hilfen wesentliche Erleichterung bringen, besonders im Hinblick auf behandlungsunwillige und sich der Nachsorge entziehende Patienten mit Psychosen oder Alkoholismus wie auch auf Angehörige sozialer Randgruppen. Aus zeitlichen Gründen kann sich der Nervenarzt aber nur wenig rehabilitativen Maßnahmen widmen. Auch herrscht bei manchen Nervenärzten gelegentlich noch Unklarheit über den eigentlichen Bereich sozialpsychiatrischer Aktivitäten. So ergibt sich ein qualitatives Defizit, weil medizinische und sozialpsychiatrische Tätigkeiten nicht hinreichend gekoppelt werden können. Selbst wenn man berücksichtigt, daß von der Vielzahl der Patienten nur ein Teil gezielter sozialer Hilfen bedarf, ist die Weiterentwicklung dahin gehend zu fördern, daß auch den nervenärztlichen Praxen sozialtherapeutische Mitarbeiter zur Verfügung stehen, denen die Ausübung entsprechender Tätigkeiten im sozialen Feld delegiert werden kann. Für die Einbeziehung geeigneten Fachpersonals in die nervenärztliche Praxis gibt es zur Zeit keine entsprechenden Regelungen zur Bezahlung der betreffenden Mitarbeiter.

Auch hinsichtlich des großen Anteils der psychotherapeutisch zu versorgenden Patienten ergibt sich bei den Nervenärzten eine qualitative und quantitative Lücke. Sie ist teilweise durch den bisherigen Aus- und Weiterbildungsgang bedingt, der sich überwiegend an den klassischen psychiatrischen Krankheitsbildern orientierte. Es war weitgehend dem einzelnen Arzt selbst überlassen, sich auf dem Gebiet der Psychotherapie systematisch weiterzubilden. Deshalb kann es nicht verwundern, daß bei weitem nicht alle Nervenärzte die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" erworben haben. Auch läßt der übliche Praxisbetrieb in den meisten Fällen nur wenig Raum für zeitaufwendige psychotherapeutische Methoden; es sei denn, der jeweilige Nervenarzt hat seine Praxis entsprechend akzentuiert, so daß er seine persönlichen Leistungen nicht an Investitions- und Betriebskosten einer modernen psychiatrisch-neurologischen Praxis auszurichten braucht. In der durchschnittlichen nervenärztlichen Praxis steht deshalb die Psychotherapie zu stark im Hintergrund.

Um diese Situation zu verbessern, müssen den niedergelassenen Nervenärzten besser als bisher Fortbildungsmöglichkeiten eröffnet werden. Da der Nervenarzt schon aus zeitlichen Gründen nur selten in der Lage ist, psychotherapeutische Langzeitbehandlungen durchzuführen, ist es für ihn wichtig, vor allem verschiedene psychotherapeutische Methoden der Kurzzeittherapie zu beherrschen. Wünschenswert wäre es, daß sich in diesem Zusammenhang auch „Klinische Psychologen" den Nervenärzten zur Weiter- und Fortbildung zur Verfügung stellen würden.

Um die Lücke psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgung zu schließen, wurden bereits die in der Berufsordnung liegenden Hindernisse beseitigt, die der Zusammenarbeit mit Psychologen im Wege standen. Vom Vorstandsreferat „Randgebiete der Medizin" bei der Bundesärztekammer sind zudem in Zusammenarbeit mit den Vertretern aller namhaften psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychologischen Verbände und Gesellschaften Grundsätze für die Tätigkeit des „Klinischen Psychologen" erarbeitet worden. Im kassenärztlichen Versorgungsbereich hat jedoch bisher lediglich die Delegierung analytisch und tiefenpsychologisch-psychotherapeutisch zu behandelnder Patienten an nichtärztlichen Psychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) einen vertragsrechtlichen Niederschlag gefunden. Die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" berechtigt einen Arzt zur Delegierung von Patienten an entsprechend ausgebildete nicht-ärztliche Psychotherapeuten. Vor-

aussetzung ist jedoch das Attest eines psychotherapeutisch vorgebildeten Arztes über Indikation und Ausmaß einer derartigen psychotherapeutischen Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten und deren psychotherapeutische Kompetenz.

Die Delegierung von psychotherapeutisch zu behandelnden Kranken an nicht-ärztliche Psychotherapeuten wird z. Z. noch dadurch erschwert, daß die Berufsbilder des „Klinischen Psychologen" und des psychotherapeutisch tätigen nicht-ärztlichen Psychologen nicht eindeutig abgegrenzt sind. Es mangelt an einer verbindlichen Festlegung der Ausbildungsnormen und Tätigkeitsmerkmale.

Damit sind die Schwierigkeiten aufgezeigt, die einer Zusammenarbeit von Ärzten mit Psychologen in der Kassenpraxis gegenwärtig noch entgegenstehen. Sie sind der Grund dafür, daß nur in Einzelfällen Psychologen als Mitarbeiter — sei es als gleichberechtigte Partner oder als Angestellte — in einer Kassenarztpraxis anzutreffen sind. Die zu erwartenden gesetzlichen Regelungen über das Tätigwerden von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten bzw. „Klinischen Psychologen" werden hier Abhilfe bringen müssen. Die durchaus wünschenswerte Schaffung von Gruppenpraxen oder anderen Formen ärztlicher Zusammenarbeit ist hiervon abhängig.

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

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

2.2 Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen *)

Die ambulante Behandlung psychisch Kranker obliegt in der Bundesrepublik Deutschland den niedergelassenen Ärzten und Nervenfachärzten (an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten leitenden Krankenhausärzten, ermächtigten Ärzten) *), niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sowie den Polikliniken der Universitätskliniken. Psychiatrischen Krankenhäusern, Abteilungen und anderen stationären beratenden Einrichtungen ist die Ausübung institutionsgebundener ambulanter Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie abrechnungsfähige Kosten für den Versicherungsträger auslösen, in der Regel nicht gestattet.

2.2.1 Zur Versorgungsleistung des ambulanten und stationären Sektors

Der unter 1. aufgeführte Sachverhalt, welcher durch eine in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Trennung zwischen der Behandlung im stationären und ambulanten Sektor gekennzeichnet ist, wird im speziellen Bereich einer gemeindeorientierten Versorgung psychisch Kranker zunehmend als gravierender Mangel empfunden.

Es zeigt sich nämlich, daß sich die beiden Behandlungssektoren — der stationäre und der ambulante — unter den gegenwärtigen Bedingungen *nicht* zu einem Gesamtsystem ergänzen, in welchem der Bedarf an notwendiger Behandlungsleistung voll abgedeckt ist. Dies hat zur Folge, daß ein Teil psychisch Kranker und Behinderter vor allem auf dem Gebiet der Nachsorge quantitativ und qualitativ unzureichend oder überhaupt nicht versorgt wird.

In Untersuchungen von Degkwitz u. a. in Hamburg und Süd-Württemberg sowie von Dilling in Oberbayern wurde nachgewiesen, daß sich die Klientel in psychiatrischen Krankenhäusern von der in nervenärztlichen Praxen ganz erheblich unterscheidet. Tabelle 1 macht deutlich, daß prozentual schizophrene Psychosen, Alkohol- und sonstige Suchtkranke sowie psychisch Alterskranke in der einzelnen nervenärztlichen Praxis nur eine untergeordnete Rolle spielen, während sie den Hauptanteil bei den Aufnahmen in die psychiatrischen Krankenhäuser bilden. Umgekehrt kommen vor allem zahlreiche Neurotiker und psychosomatisch Gestörte in die Sprechstunden der Nervenärzte, während die psychiatrischen Krankenhäuser mit jener Patientengruppe kaum befaßt sind. Auch affektive Psychosen werden in erster Linie bei niedergelassenen Nervenärzten behandelt.

Berücksichtigt man dagegen nicht nur die Prozentzahlen der Institutionen, sondern vergleicht die Absolutzahlen behandelter Patienten für ein bestimmtes Aufnahmegebiet, so werden bei allen Krankheitsformen mehr Behandlungsfälle in den nervenärztlichen Praxen betreut, als im selben Zeitraum stationär aufgenommen werden. Beim Vergleich der Einrichtungen können demnach die Prozentzahlen nicht ohne weiteres miteinander gleichgesetzt werden, sondern absoluten Zahlen, bezogen auf ein

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

*) Hinzuzufügen ist eine geringe Zahl privat praktizierender Ärzte, die die kassenärztliche Zulassung nicht beantragt haben.

Kapitel B.3

Tabelle 1

Prozentuale Verteilung einzelner Krankheitsformen bei Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Behandlungsfälle in nervenärztlichen Praxen

Diagnosen	Hamburg		Baden-Württemberg		Oberbayern	
	Krankenhaus	Praxis	Krankenhaus	Praxis	Krankenhaus	Praxis
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	17,2	1,1	20,5	1,3	10,9	4,4
andere organische psychiatrische Erkrankungen	11,1	3,6	7,0	7,6	6,1	5,1
Schizophrenie	18,7	9,1	26,0	10,4	29,7	7,7
Affektive und andere Psychosen	18,2	40,4	9,5	28,0	17,8	23,6
Neurosen, abnorme Reaktionen	8,1	32,0	9,5	40,8	9,8	45,2
Persönlichkeitsstörungen	5,1	8,2	3,0	6,9	3,5	5,7
Alkoholkranke und Süchtige	19,7	4,4	21,0	2,6	19,2	2,9
Oligophrenie	1,5	1,2	3,5	2,4	1,9	4,4
andere, oben nicht klassifizierbare	0,5	—	—	—	1,1	1,1

Tabelle 2

Erstaufnahmen in sechs psychiatrischen Krankenhäusern und Erstkonsultationen bei sieben niedergelassenen Nervenärzten im 1. Halbjahr 1971 aus drei Landkreisen Oberbayerns (Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein)

Wohnbevölkerung am 27. Mai 1970 (Volkszählung): 424 442

Diagnosen	Krankenhaus		Praxis	
	absolut	%	absolut	%
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	40	*37,4*	67	*62,6*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	33	*35,1*	61	*64,9*
Schizophrenie	49	*41,9*	68	*58,1*
Affektive und andere Psychosen	86	*26,2*	242	*73,8*
Neurosen, abnorme Reaktionen	64	*8,7*	672	*91,3*
Persönlichkeitsstörungen	21	*22,8*	71	*77,2*
Alkoholkranke und Süchtige	65	*48,9*	68	*51,1*
Oligophrenie	13	*14,9*	74	*85,1*
andere, oben nicht klassifizierbare	26	*18,7*	113	*81,3*
Gesamt	397	*21,7*	1 436	*78,3*

bestimmtes Einzugsgebiet, sind mit in die Betrachtung einzubeziehen.

In Tabelle 2 zeigt sich am Beispiel eines Gebietes in Oberbayern sehr deutlich, daß die Absolutzahl der Erstkonsultationen bei praktizierenden Nervenärzten insgesamt und für alle Diagnosen einzeln wesentlich höher liegt, als die der stationären Erstaufnahmen. So werden zum Beispiel dreimal mehr Patienten mit affektiven Psychosen erstmalig von niedergelassenen Nervenärzten in der Praxis untersucht und behandelt, als zum ersten Male stationär aufgenommen werden. Extrem ist dieses Verhältnis bei den Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Mehr als zehnmal so oft tauchen diese Diagnosen bei den ambulanten Patienten auf, verglichen mit den stationären.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die psychiatrischen Krankenhäuser offenbar mit einer Kerngruppe von Patienten befaßt sind, welche sich vor allem in der Schwere des Krankheitsbildes von den ambulanten Patienten unterscheiden, die in der Sprechstunde des niedergelassenen Nervenarztes behandelt werden. In den Praxen überwiegen die neurotischen Erkrankungen und die depressiven Verstimmungen reaktiver und endogener Ätiologie. Die Situation kann in etwa so gekennzeichnet werden, daß psychiatrische Krankenhäuser und niedergelassene Nervenärzte zwei Patientenkollektive behandeln, die sich nur partiell überlappen, was daraus hervorgeht, daß von allen Patienten des genannten Untersuchungsgebietes in einem halben Jahr nur 4 % sowohl ambulant als auch stationär behandelt wurden. Dies wird noch dadurch unterstrichen, daß der überwiegende Anteil der Krankeneinweisungen nicht durch praktizierende Nervenärzte, sondern über Ärzte für Allgemeinmedizin, Ämter, Polizeibehörden etc. erfolgt.

2.2.2 Nachsorge

Ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation zahlreicher Patienten, welche stationär in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, ist eine ausreichend intensive, kontinuierliche Nachbetreuung und Nach- bzw. Weiterbehandlung (Nachsorge) im Anschluß an die Entlassung. Ihre Sicherstellung stellt ein besonderes Problem dar, weil es im Gegensatz zu den meisten Patienten anderer medizinischer Fächer zu den Eigenarten eines Teiles psychisch Kranker gehört, sich aus mangelnder Einsichtsfähigkeit der Behandlung zu entziehen. Derartige Kranke geraten ohne sachgemäße Therapie, ohne stützende Hilfen in Schwierigkeiten und schließlich in einen Zustand, der die stationäre Wiederaufnahme dann häufig unter gravierenden Umständen erforderlich macht.

In diesem Zusammenhang aufschlußreiche Untersuchungen von Dilling in einem ländlich-kleinstädtischen Gebiet Oberbayerns, das von sieben ambulant tätigen Nervenärzten — davon fünf in typischer ausschließlich ambulanter Praxis — versorgt wurde, haben gezeigt, daß im Untersuchungszeitraum 1971 bei den letztgenannten Ärzten nur 12 % der aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten innerhalb eines Monats und 15 % innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung zum Nervenarzt gingen. 85 % der Entlassenen kamen nach ihrer Entlassung also nicht mehr zum Nervenarzt, so daß eine kontinuierliche fachärztliche Weiterbehandlung nur bei einem geringen Teil der Patienten erfolgte, insbesondere wenn berücksichtigt wird, daß ein Drittel der Kranken nur einmal im Vierteljahr nach der Entlassung in die Praxis kam. Bemerkenswert ist, daß von den entlassenen schizophrenen Patienten nur 28 % und von den Patienten mit affektiven Psychosen 27 % in die Nachbehandlung kamen. Noch niedriger lagen die Prozentsätze für psychisch Alterskranke und Alkohol- bzw. sonstige Suchtkranke. Da gerade beim Alkoholismus in erster Linie Patienten mit schweren Störungen stationär behandelt werden, zeigt sich hier eine besonders gravierende Lücke der Nachbehandlung.

Entsprechende Untersuchungen von Bosch, Leipert und Pietzcker an 300 schizophrenen Patienten aus Berlin und aus einer ländlich-kleinstädtischen Region in Baden-Württemberg bezogen sich auf die Nachbehandlung während eines Jahres nach der Entlassung aus stationärer Behandlung bzw. bis zu einer notwendig gewordenen Wiederaufnahme innerhalb dieses Jahres. Trotz häufiger überhaupt nicht aufgenommener, abgebrochener oder nur ganz fragmentarischer Behandlungen wurde gut ein Drittel der Patienten über diesen Zeitraum fachärztlich versorgt. Dabei handelte es sich jedoch teilweise um von psychiatrischen Institutionen betreute Heimpatienten. In den Praxen der niedergelassenen Nervenärzte wurden — zumindest einmal oder vorübergehend — 38 % der Patienten erfaßt; einigermaßen regelmäßig (mindestens einmal im Monat) und durchgehend nachbehandelt wurden dort *24 %* aller Entlassenen. Hierbei ergaben sich sehr deutliche Unterschiede zwischen den großstädtischen und den ländlich-kleinstädtischen Gebieten. Während in der Stadt der entsprechende Anteil *32 %* betrug, wurden auf dem Lande — bei einem Gesamtzugang von 19 % — nur *11 %* der entlassenen schizophrenen Patienten einigermaßen regelmäßig (mindestens einmal monatlich) durch die nervenärztlichen Praxen versorgt.

Infolge des bereits in Kapitel B. 3.2.1 beschriebenen generellen quantitativen Defizits an niedergelassenen Nervenärzten, des beträchtlichen Anteils neurologischer Patienten in deren Praxen, der oben geschilderten erheblichen Unterschiede zwischen der Verteilung ihrer Patientengruppen zu den in stationäre Behandlung Aufgenommenen und bei der in vielen Fällen schlechten Erreichbarkeit der Praxen ist die notwendige Nachbehandlung von krankenhausentlassenen Patienten durch niedergelassene Nervenärzte nicht gesichert.

In besonderem Maße nachteilig für die ambulante Versorgung wirkt sich die ungleichmäßige Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte aus. 60 % aller niedergelassenen Nervenärzte üben ihre Praxistätigkeit in Großstädten aus. Ferner ist rein rechnerisch festzustellen, daß sich in 140 Kreisen und kreisfreien Städten (von insgesamt 389) kein Wohnsitz eines niedergelassenen Nervenarztes findet. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß

die Einzugsgebiete der nervenärztlichen Praxen mit den Kreisgrenzen nicht identisch sind.

Die aus den geschilderten Gründen relativ geringe Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an der Weiterbehandlung aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassener Patienten sowie die ungünstige Verteilung nervenärztlicher Praxen sind zweifellos Faktoren, die die ambulante Versorgung nachsorgebedürftiger psychisch Kranker negativ beeinflussen.

Dieser Mangel kann auch nicht durch die sogenannte Außenfürsorge an den Gesundheitsämtern aufgefangen werden, die an 229 von insgesamt 398 (= 57 %) Gesundheitsämtern in der Bundesrepublik Deutschland von den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern wahrgenommen wird. Ganz abgesehen von der völlig unzureichenden Frequenz dieser Beratungen — sie finden in 72 % der Gesundheitsämter einmal monatlich oder seltener statt — ist den genannten Diensten jede Form ambulanter Behandlung untersagt.

Die dargelegten Verhältnisse machen deutlich, daß der durch die nervenärztliche Praxis gegenwärtig repräsentierte Typ des ambulanten Dienstes nicht ausreicht, um die Nachsorge, d. h. die Weiterbetreuung und Weiterbehandlung der aus den stationären psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen entlassenen Patienten, die in den meisten Fällen einer solchen Nachsorge bedürfen, zu gewährleisten.

Deswegen hält es die Sachverständigen-Kommission für notwendig, daß die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teiles der psychisch Kranken durch geeignete ambulante Aktivitäten, welche von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, ausgefüllt wird. Die hier erforderliche Versorgungsform wird den Charakter einer ausgesprochen *aktiv-nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Behandlung* haben müssen. Eine derartige, auf die Gemeinde hin orientierte ambulante Tätigkeit, wird nicht vom Arzt allein, sondern in der Regel von einer Gruppe von Mitarbeitern (Sozialarbeiter, Schwestern oder Pfleger mit spezieller Weiterbildung oder Erfahrung und Psychologen) getragen. Sie kann naturgemäß nur in einem definierten, überschaubaren, räumlich begrenzten Versorgungsgebiet effizient werden.

Ambulante Versorgungsleistungen dieser Art lassen sich von nervenärztlichen Praxen mit ihrer gegenwärtigen Struktur nur unter Ausnahmebedingungen erbringen. Es überfordert den niedergelassenen Nervenarzt bei der heutigen Situation generell, wenn von ihm die zur sozialen Wiedereingliederung bestimmter Patientengruppen unbedingt notwendigen sozialen und rehabilitativen Hilfen erwartet werden, die jedoch von den stationären psychiatrischen Einrichtungen in der Regel angeboten werden können.

2.2.3 „Vorschaltambulanz", Krisenintervention

Da die psychiatrischen Krankenhäuser über keine ambulanten Behandlungsdienste verfügen, muß jeder Patient, der an der Pforte erscheint, entweder aufgenommen oder abgewiesen werden. Die Praxis lehrt, daß unter dem Druck der vom Träger in der Regel vertretenen Aufnahmeverpflichtung und den häufig vorliegenden gerichtlichen Einweisungsbeschlüssen Rückweisungen auch solcher Patienten, deren Hospitalisation nicht erforderlich erscheint, quantitativ kaum ins Gewicht fallen. Die Tendenz vieler beteiligter Instanzen, auftretende Schwierigkeiten mit psychisch Kranken oder Patienten in psychosozialen Konflikten auf dem kurzen Weg über die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus zu bereinigen, ist angesichts fehlender sonstiger Dienste verständlich, aber ein Vorgang, der nicht immer in erster Linie das Wohl des Betroffenen im Auge hat. Es besteht kein Zweifel, daß durch ambulante Dienste, welche der unmittelbaren Krankenhausaufnahme vorgeschaltet sind (sogenannte „Vorschaltambulanz"), eine beträchtliche Anzahl unnötiger, die Krankenhäuser zusätzlich belastender und die sowieso schon bestehende Überbelegung verstärkender Hospitalisierungen vermieden werden können. Die in Einrichtungen dieser Art gleichsam abgefangenen, zur Aufnahme anstehenden Patienten können gegebenenfalls direkt der ambulanten Behandlung, teilstationären Diensten oder anderen geeigneteren Institutionen zugeführt werden.

Häufig wird es im Zusammenhang der soeben erwähnten ambulanten Tätigkeit zweckmäßig sein, aufgetretene Konflikte und Probleme unmittelbar am Ort des Geschehens abzuklären. Hierzu muß der ambulante Dienst am psychiatrischen Krankenhaus die Möglichkeit haben, kurzfristig Hausbesuche vorzunehmen, um dort therapeutisch und regulierend eingreifen zu können.

Darüber hinaus erscheint es in Ballungsgebieten generell notwendig, an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen verankerten ambulanten Diensten die Aufgabe der *Krisenintervention* rund um die Uhr zu übertragen. Akute Krisen, wie Suicidandrohung, Suicidversuche, Erregungszustände, pathologische Räusche, plötzlich ausbrechende Psychosen etc. versetzen die betroffene Umgebung, besonders des Nachts und am Wochenende häufig in sehr schwierige Situationen. Komplikationen dieser Art erfordern einen Dienst, der mit einem bedarfsgerechten, multiprofessionell zusammengesetzten mobilen Team sofort zu erscheinen in der Lage ist, um das Erforderliche an Beratung, Behandlung und sonstigen Maßnahmen in sachgerechter Weise zu unternehmen bzw. zu veranlassen.

2.2.4 Mobiles Team, sozialpsychiatrischer Dienst

Eine aktiv nachgehende, behandelnde und betreuende ambulante Tätigkeit mit der Möglichkeit von Kriseninterventionen erfordert besondere Organisationsformen. Die geschilderten, multiprofessionell zusammengesetzten ambulanten Dienste an Institutionen zeichnen sich durch große Flexibilität aus und sind in besonderer Weise in der Lage, notwendige Kontakte auch zu allen für die Versorgung wichtigen Personen und Einrichtungen im sozialen Umfeld des Patienten aufzunehmen. Ein solches mobiles Team erlaubt eine wirksame schnelle Hilfe, besonders dann, wenn eine Verflechtung medizinischer und sozialer Notwendigkeiten sichtbar wird.

Die Möglichkeit, direkt am Ort der auftretenden Schwierigkeiten und Krisen selbst eingreifen zu können (Wohnung, Arbeitsplatz), ist bei dieser Versorgungsform besonders effektiv. Bei längerfristigen Nachsorgeaktivitäten kann das mobile Team ferner Rückfälle und Verschlimmerungen am frühesten erkennen und auffangen und damit erneute Einweisungen in die stationäre Behandlung vermeiden helfen.

Es ist denkbar, daß Einrichtungen dieser Art nicht von stationären oder halbstationären Diensten, sondern von der Gesundheitsfachverwaltung getragen werden (Sozialpsychiatrischer Dienst; s. B. 3.2.3). In jedem Falle aber sollte der den geschilderten Aufgaben dienende Bereich so gestaltet werden, daß er mit den stationären und halbstationären Behandlungseinheiten verbunden bleibt, um unter anderem die Behandlungskontinuität sicherzustellen.

2.2.5 Konsiliarische Behandlung, Betreuung, Beratung

Die Funktionsfähigkeit einer gemeindenahen Psychiatrie hängt unter anderem von dem Maß der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Institutionen im Versorgungsgebiet ab. Alters- und Pflegeheime, sonstige Heime und andere Einrichtungen, die psychisch Kranke und Behinderte in irgendeiner Form versorgen, bedürfen der regelmäßigen psychiatrischen Betreuung. Hierbei ist zu beachten, daß eine konsiliarisch-psychiatrische Fachtätigkeit auch für Beratungsstellen gesichert wird, die gegebenenfalls den Zugang zur psychiatrischen Behandlung garantiert. Eine Selbstverständlichkeit ist der Konsiliardienst an den Allgemeinkrankenhäusern.

Den für ein Versorgungsgebiet zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen sollte, soweit die Verhältnisse nicht örtlich anders geordnet sind, ein konsiliarischer Dienst angegliedert sein, der den genannten Einrichtungen seine Hilfe weitverzweigt zur Verfügung stellt, sie berät und in die Lage versetzt, unmittelbar therapeutisch wirksam zu werden.

2.2.6 Zusammenfassung der Aufgaben ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

Die angeführten Varianten ambulanter Dienste als Einrichtungen, welche das Krankenhaus ergänzen, verfolgen insgesamt durch eine möglichst sachgerechte Sicherstellung des Prinzips der Kontinuität der Behandlungen (siehe Grundsätze) das Ziel, die gemeindenahe psychiatrische Versorgung eines Versorgungsgebietes zu optimieren. Sie sollen entscheidend daran mitwirken, die Hospitalisierungsquote zu senken und die Verweildauer abzukürzen. Der stationäre Dienst soll zukünftig nur für jene Patientengruppen verfügbar sein, die dieser speziellen, aufwendigen und teuren Behandlungsart eindeutig bedürfen.

Die Aufgaben ambulanter Dienste an Krankenhauseinrichtungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

a) Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation,

b) ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen,

c) Krisenintervention,

d) konsiliarische Behandlung, Betreuung und Beratung.

Die Erfüllung der Forderung, psychiatrischen Einrichtungen grundsätzlich ambulante, untersuchende und behandelnde Tätigkeit zu ermöglichen, ist keinesfalls gleichbedeutend mit einer Aushöhlung der Institution des niedergelassenen Nervenarztes. Die von der Sachverständigen-Kommission geforderten ambulanten Dienste sollen nicht etabliert werden, um den niedergelassenen Ärzten Konkurrenz zu machen, sondern das Gesamtsystem um einen wesentlichen Bestandteil bedarfsgerechter Versorgung zu *ergänzen*. Die Sachverständigen-Kommission ist davon überzeugt, daß es unter diesem Gesichtspunkt zu einer der Sache angemessenen und sinnvollen Aufgabenverteilung zwischen ambulantem Dienst am Krankenhaus und den im Versorgungsgebiet verteilten Praxen kommt.

2.3 Die Gesundheitsfachverwaltung

1. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 ist heute noch maßgebend für die Durchführung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Danach ist die Gesundheitsfürsorge für geistig und seelisch Behinderte sowie für Suchtkranke eine Dienstaufgabe der Gesundheitsämter.

   Zwar haben die Länder nach 1945 die Bestimmungen dieses Gesetzes den jeweils veränderten Bedingungen angepaßt, jedoch ist eine längst fällige Neuordnung des Rechts des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland bislang noch nicht zum Abschluß gekommen. Um eine solche Neuordnung voranzutreiben, hat die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder 1972 einen Mustergesetzentwurf als „Richtlinien für Ländergesetze zur Wahrung der Einheitlichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bundesländern" beschlossen. Nach § 1 dieses Mustergesetzentwurfes erfüllt die *Gesundheitsfachverwaltung* (Gesundheitsamt = untere Gesundheitsbehörde; mittlere/höhere Gesundheitsbehörde = Regierungspräsident oder gleichrangige Behörde; oberste Gesundheitsbehörde = für das Gesundheitswesen zuständiger Minister) die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich des Gesundheitswesens.

   Dieser Sachverhalt zeigt an, daß sich die Gesundheitsfachverwaltung zur Zeit im Umbruch befindet. In welcher Form die Länder im Rahmen ihrer Gesetzgebungen über das Gesundheitswesen innerhalb der Gesundheitsfachverwaltung den hier zur Rede stehenden Personenkreis der psychisch Kranken und Behinderten beraten, betreuen und ggfs. behandeln werden, ist im einzelnen noch nicht klar erkennbar.

2. Überblickt man die Sprechstunden- und Beratungstätigkeit an den Gesundheitsämtern, wie sie heutzutage praktiziert wird, ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild.

   Von den 398 Gesundheitsämtern in der Bundesrepublik Deutschland (Stand Mai 1973) unterhalten 92 (23,1 %) spezielle psychiatrische Abteilungen. Meist handelt es sich um Gesundheitsämter in Großstädten, die in unterschiedlicher Weise zum Teil recht umfangreiche diesbezügliche Dienste aufgebaut haben. Psychiatrische Beratung durch den Außenfürsorgedienst psychiatrischer Krankenhäuser findet in 229 (57,5 %) Gesundheitsämtern statt. 91 (22,9 %) Gesundheitsämter haben fremdes Personal (überwiegend niedergelassene Ärzte) unter Vertrag genommen, und sehr viele erledigen den psychiatrischen Dienst im Rahmen ihrer allgemeinen Beratungstätigkeit.

   Die Lage ist insgesamt als unbefriedigend zu bezeichnen: in zahlreichen Gesundheitsämtern werden Sprechstunden lediglich monatlich oder noch seltener abgehalten, und der Außenfürsorgedienst der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser kann bei überdimensionierten Aufnahmegebieten mit meist mehreren Gesundheitsämtern kaum effizient werden. Der allgemeine Mangel an psychiatrischem Fachpersonal wirkt sich überdies in besonders starkem Maße auch auf die Gesundheitsämter aus.

3. Mit dem Blick auf die gegenwärtige Situation erhebt sich daher die Frage, welchen Stellenwert die Gesundheitsfachverwaltungen in einem künftigen verbesserten System der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einnehmen soll.

   Die Sachverständigen-Kommission vertritt zunächst die Ansicht, daß die mit den ambulanten Diensten verbundenen Vor- und Nachsorgeaktivitäten, die Krisenintervention einschließlich der mobilen Teams, die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen sowie die konsiliarische Betreuung der komplementären Dienste im Standardversorgungsgebiet vom stationären Dienst, d. h. also dem jeweiligen psychiatrischen Behandlungszentrum ausgehen sollte, soweit nicht offene Dienste in kommunaler oder freier Trägerschaft oder niedergelassene Ärzte bereits in ausreichendem Umfang auf diesem Gebiete tätig werden. Diese Empfehlung gründet darin, daß ein Standardversorgungsgebiet mit ca. 250 000 Einwohnern von Diensten der genannten Art gut durchdrungen werden kann und eine Verzahnung der extramuralen Aktivitäten mit der jeweiligen psychiatrischen Krankenhauseinrichtung geeignet ist, die wünschenswerte Kontinuität der Behandlung, wo immer dies notwendig ist, zu sichern.

   Auf der anderen Seite kündigt sich offensichtlich eine Tendenz an, zumindest in Großstädten sozialpsychiatrische Dienste bei der Gesundheitsfachverwaltung auch anderenorts einzurichten. Immerhin hat die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 17. Mai 1974 in Berlin (West) beschlossen, „daß der sozialpsychiatrische Dienst im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes personell bedarfsgerecht auszubauen" sei. Ferner wurde in der Entschließung die Auffassung vertreten, daß der sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt auch Behandlungsaufgaben für diejenigen Patienten wahrnehmen soll, „bei denen aufgrund mangelnder Eigeninitiative kein ausreichender Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt unterhalten wird, oder eine Behandlung durch einen solchen aus anderen Gründen nicht zustande kommt".

   Ferner ist das nordrhein-westfälische Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (PsychKG NW) zu berücksichtigen, das neben den Bestimmungen über die Unterbringung weitere Abschnitte enthält, in welchen den Gesundheitsämtern ausdrücklich die Verantwortung für die Durchführung der Vorsorge und der nachgehenden Hilfen für psychisch Kranke auferlegt wird. Es hat den Anschein, daß dieses Gesetz, welches die polizeirechtlichen Modalitäten der Unterbringung mit fürsorgerischen Gesichtspunkten verbindet, in den Ländern Anklang findet, die eine Novellierung der bei ihnen bestehenden Unterbringungsgesetze in Erwägung ziehen.

   Insgesamt ist bei vorsichtiger Einschätzung der Sachlage wohl doch damit zu rechnen, daß im Rahmen der anstehenden Ländergesetzgebungen psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Dienste bei der Gesundheitsfachverwaltung eingerichtet werden, deren Aufgaben sich zu einem nicht geringen Teil mit den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission über ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen decken.

   Diese sich möglicherweise durchsetzende Entwicklung birgt die Gefahr in sich, daß an einer sehr wesentlichen Stelle des Systems der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Doppelgleisigkeiten und Gegenläufigkeiten in der Durchführung der Aufgaben entstehen, die durch Koordination nur schwer überbrückbar erscheinen und zudem bei stark begrenzten Personalressourcen äußerst unrationell werden könnten.

4. Die Sachverständigen-Kommission kann aus wohl erwogenen Gründen nicht davon abgehen, daß die ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen, jedenfalls für Patienten und Behinderte, welche die stationären und halbstationären Dienste berührt haben, mit Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention im Prinzip verbunden bleiben. Jedoch sollte je nach den Gegebenheiten dieser Grundsatz flexibel gehandhabt werden.

   Zweifellos gibt es psychiatrische Krankenhäuser, die vorwiegend aus personellen Gründen nicht oder noch nicht in der Lage sind, gemeindeorientierte ambulante Dienste in nennenswertem Umfange selbst aufzubauen. Hier wird ein sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt die

Versorgung verbessern können. Auch fragt sich, ob in dicht besiedelten Großstädten die psychiatrischen Behandlungszentren, vor allen Dingen, wenn die Vollversorgung noch nicht erreicht ist, imstande sind, den Bedarf an Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention gänzlich abzudecken.

Es wird jeweils vor Ort zu überlegen sein, in welcher Weise die Teilung der Aufgaben am sachgerechtesten durchzuführen ist. Um unnötige Zweigleisigkeit und Aufgabenkollisionen zu vermeiden, kann ferner empfohlen werden, daß die psychiatrischen Behandlungszentren in Standardversorgungsgebieten dem sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt geeignete Ärzte zur Verfügung stellen, die rotierend jeweils eine befristete Zeit im öffentlichen Gesundheitsdienst evtl. halbtags arbeiten, in der psychiatrischen Krankenhauseinrichtung aber noch verankert bleiben *). Durch diese personelle Verkoppelung ließen sich die diesbezüglichen Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission mit dem Bestreben der Länder, sozialpsychiatrische Dienste einzurichten, in sinnvolle Verbindung bringen. Überdies wäre eine derartige Tätigkeit von Krankenhausärzten im sozialpsychiatrischen Dienst unter dem Aspekt der Weiterbildung sehr zu begrüßen. Es ist denkbar, daß die Gesundheitsfachverwaltung durch das beschriebene Vorgehen dringend benötigte Nachwuchskräfte gewinnt.

Bei einer beginnenden Umstrukturierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einerseits und der Gesundheitsfachverwaltung andererseits ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht voll abzusehen, wie sich die Dienste im einzelnen entwickeln werden. Erstrebenswert wäre, wenn ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsfachverwaltung sich zukünftig noch enger verbinden und verschmelzen könnten.

3 Stationäre und halbstationäre Dienste

3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen — Psychiatrische Behandlungszentren —**)

3.1.1 Die gegenwärtige stationäre psychiatrische Versorgung

3.1.1.1 Art und Zahl der psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

In der Bundesrepublik Deutschland befinden sich insgesamt 130 psychiatrische Krankenhäuser, davon 74 in öffentlicher, 36 in freigemeinnütziger und 20 in privater Trägerschaft. Hinzu kommen 44 psychiatrische, bzw. neuro-psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, davon 23 in öffentlicher, 20 in freigemeinnütziger und eine in privater Trägerschaft sowie 23 Universitätskliniken.

3.1.1.2 Verteilung der Betten

Insgesamt stehen 111 450 Betten zur Verfügung. Hiervon entfallen 98 757 (93,7 %) auf psychiatrische Krankenhäuser, 3 164 (3,0 %) auf psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und 3 507 (3,3 %) auf Universitätskliniken.

Von den 98 757 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern verfügen die Träger öffentlicher Krankenhäuser über 80 351 (81,4 %), die Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser über 13 650 (13,8 %) und die Träger privater Krankenhäuser über 4 756 (4,8 %).

3.1.1.3 Aufnahmefrequenzen

Alle stationären psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen zusammen haben 1972 219 201 Aufnahmen getätigt. Hiervon entfallen auf die 130 psychiatrischen Krankenhäuser 158 034 (72,1 %), darunter allein auf die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser 129 255 (59 %), auf die 44 psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern 26 887 (12,3 %) und die Universitätskliniken 34 280 (15,6 %).

3.1.1.4 Aufnahmebezirke

Psychiatrischen Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist regelmäßig ein geografisch definierter Aufnahmebezirk zugeteilt, für dessen stationäre Versorgung sie zuständig sind. Das gesamte Bundesgebiet ist demzufolge lückenlos von derartigen Aufnahmebezirken mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von etwa 1 Million abgedeckt. Die psychiatrischen Krankenhäuser freier Trägerschaft haben sich demgegenüber auf eine derartige Versorgungszuständigkeit für bestimmte Regionen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht festgelegt. Das gleiche gilt für Universitätskliniken.

3.1.1.5 Strukturprobleme

3.1.1.5.1 Lage

Die ungünstige Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser im Verhältnis zu ihrem zu großen Einzugsgebiet erweist sich als ein erhebliches Hindernis für die Realisierung eines funktionsfähigen Versorgungssystems, besonders auch auf dem Gebiet der Vorsorge, Rehabilitation und Nachsorge.

3.1.1.5.2 Größe

Die aus dem vorigen Jahrhundert und der Jahrhundertwende überkommenen psychiatrischen Krankenhäuser waren ursprünglich überwiegend für eine geringere Bettenkapazität ausgelegt, jedoch haben der zunehmende Aufnahmedruck, besonders nach dem zweiten Weltkrieg und Erweiterungsbauten dafür gesorgt, daß die heutigen psychiatrischen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft durchschnittlich über etwas mehr als 1 000 Betten verfügen.

*) Die zusätzlichen Personalkosten könnten dem Träger der Krankenhauseinrichtung vom Träger des sozialpsychiatrischen Dienstes erstattet werden.

**) s. Sondervotum von Prof. Dr. Dr. H. Häfner, S. 415.

Stationäre Dienste diesen Umfanges mit entsprechend überdimensionierten Aufnahmebezirken sind zur Verwirklichung einer modernen, auf die Gemeinde hin orientierten Psychiatrie ungeeignet.

Dieser Mißstand wird durch die generell zu verzeichnende Überbelegung und die Tatsache verstärkt, daß sich in den psychiatrischen Krankenhäusern eine Vielzahl heterogener Gruppen von psychisch Kranken und Behinderten zu einem Konglomerat ansammelt, das organisatorisch und im Hinblick auf die Durchsetzung eines jeweils differenzierten therapeutischen Angebots nur schwer zu durchdringen ist. Ein beträchtlicher Anteil der untergebrachten Personen ist überdies nicht krankenhausbedürftig, also als fehlplaciert zu bezeichnen (s. Leitlinien B.3.1).

3.1.2 Die zukünftige Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung

3.1.2.1 Grundsätzliches

3.1.2.1.1

Geeigneten, psychiatrischen stationären Krankenhauseinheiten muß ein *Pflichtaufnahmegebiet* zugewiesen werden. Der Umfang der einer Krankenhauseinheit zugewiesenen Versorgungsleistung muß in angemessenem Verhältnis zu deren Größe und zur Leistungsfähigkeit ihrer Dienste stehen.

3.1.2.1.2

Grundtypus der psychiatrischen stationären Versorgung ist das *psychiatrische Behandlungszentrum*. Das psychiatrische Behandlungszentrum kann realisiert werden

— als *psychiatrische Abteilung* am allgemeinen Krankenhaus (s. B. 3.2.2)

— als *psychiatrisches Krankenhaus* (s. B. 3.2.3)

Beide Einrichtungen sind Teil eines zusammenhängenden Netzes von Diensten in einem Versorgungsgebiet.

3.1.2.1.3

Die Betten- und Platzkapazität der psychiatrischen Abteilung und des psychiatrischen Krankenhauses sind nach oben und nach unten zu begrenzen (s. B. 3.2.2 und B. 3.2.3).

3.1.2.1.4

Psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen derart dimensioniert, strukturiert und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Versorgungsgebietes in Kooperation gebracht werden, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patienten-Kategorien vermieden wird. Hierzu ist es erforderlich, daß die beiden genannten Typen von Einrichtungen die ständige Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Heimen, Wohnangeboten, beschützenden Werkstätten, offenen Sozialdiensten, Ämtern, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch anderen Krankenhausinstitutionen im Versorgungsgebiet wirkungsvoll praktizieren. Dabei wird den vorgeschlagenen koordinierenden psychosozialen Ausschüssen eine wichtige Rolle zufallen (s. B. 6).

Auf der anderen Seite müssen psychiatrische Behandlungszentren selbst über Einrichtungen für die Rehabilitation chronisch Kranker — angefangen von der Beschäftigungstherapie bis hin zur industriellen Arbeitstherapie — sowie über Einrichtungen der ambulanten Vorsorge und Nachsorge von ausreichender Kapazität verfügen.

3.1.2.2 Psychiatrische Abteilung

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zu errichten, wo immer dies möglich ist. Das gleiche gilt für psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen (s. a. B. 4.2). Die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann aber nur dann zweckentsprechend vorangetrieben werden, wenn hierbei die Situation der psychiatrischen Versorgung im Standardversorgungsgebiet (oder benachbarten Standardversorgungsgebiet) berücksichtigt wird. Auszugehen ist dabei stets von den schon *vorhandenen* Einrichtungen, insbesondere zur Versorgung seelisch/geistig Behinderter und psychisch Alterskranker sowie vom *Gesamtbedarf* auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete (s. B. 5.1), wie dies im Kapitel „Leitlinien einer *bedarfsgerechten Versorgung*" (B. 3.1) dargelegt worden ist. Der Aufbau der Versorgung ist auf diesem Hintergrund so vorzunehmen, daß sich die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes *sinnvoll einfügt*.

Psychiatrische Abteilungen, die nicht in derartiger Weise in die psychiatrische Gesamtversorgung integriert sind, kommen leicht in die Zwangslage, eine unerwünschte Selektion des Patientenzustromes vornehmen zu müssen. Dabei liegt es dann besonders nahe, daß chronisch Kranke, Behinderte oder Alterskranke von der Aufnahme in eine solche Einrichtung ausgeschlossen werden. Andererseits besteht aber bei Fehlen psychiatrischer Abteilungen die Gefahr, daß bestimmte Kategorien von psychisch Akut-Kranken, die bisher vielfach ganz unzureichend betreut wurden, auch in Zukunft nicht in genügendem Umfang Berücksichtigung finden. Hierzu gehören beispielsweise Patienten mit symptomatischen Psychosen, leichteren Depressionen, Konfliktreaktionen und Selbstmordversuchen.

Die Bettenkapazität der psychiatrischen Abteilung ist vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote im Standardversorgungsgebiet abhängig. Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rund *200 Betten* *), um in der Regel eine ausreichende Differenzierung im stationären Bereich für kurz-, mittel- und längerfristig zu behandelnde Patienten und für Subspezialitäten zu gewährleisten. Jedoch ist ein stufenweiser Aufbau in dem Maße zuzulassen,

*) In dieser Richtgröße können Plätze zur Teilhospitalisation (z. B. Tagesklinik) enthalten sein.

wie sich in dem betreffenden Standardversorgungsgebiet die Befriedigung des Gesamtbedarfs an Kapazitäten für stationäre, halbstationäre, rehabilitative und sonstige Einrichtungen entwickelt. Hierbei ist zu beachten, daß bei der Verteilung der Aufgaben unter verschiedenen Trägern im Standardversorgungsgebiet und bei der Etablierung eines kooperativen Systems unter den Beteiligten der Improvisation in angemessener Weise Raum gegeben werden sollte.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß die geforderte Einfügung der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in die umfassende Versorgung eines Standardversorgungsgebietes wirkungsvoll *sichergestellt* werden muß. Die Festlegung der Versorgungsaufgaben, welche der psychiatrischen Abteilung jeweils obliegen, die Verteilung der Aufgaben unter den beteiligten Einrichtungen sowie der Aufbau bedarfsgerechter Kapazitäten im stationären, halbstationären, ambulanten, rehabilitativen Bereich und solcher Dienste, welche der Versorgung von Pflegefällen dienen, muß durch verbindliche Beschlüsse der Träger sowie entsprechende Auflagen der mitfinanzierenden Länder, besonders im Krankenhaus-Bedarfsplan und in den Jahres-Krankenhaus-Bauprogrammen eindeutig fixiert werden. Nur auf diese Weise läßt sich ein *ausgewogener Aufbau* einer umfassenden Versorgung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete und *übergeordneten Standardversorgungsgebiete* in schrittweiser Absättigung des vorhandenen Bedarfs für *alle* Patienten- und Behinderten-Kategorien verwirklichen.

Bisher existiert nur eine vergleichsweise kleine Zahl psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland. Von diesen wird zudem der überwiegende Teil gemischt neurologisch-psychiatrisch betrieben und läßt sich so nach der Funktion mit den hier vertretenen Vorstellungen nicht in Übereinstimmung bringen. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt deshalb die Errichtung psychiatrischer Abteilungen, welche den aufgeführten Grundsätzen voll entsprechen. Es liegt nahe, dabei in Krankenhäusern der Haupt- und Schwerpunkt-Versorgung zu beginnen.

3.1.2.2.1 Die psychiatrische Abteilung als „Satellit"

Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus ist, wie jede andere Fachabteilung auch, in die Organisationsstruktur dieser stationären Einrichtung eingefügt.

Alternativ hierzu bietet sich an, die psychiatrische Abteilung dem von ihr räumlich getrennt liegenden, für die Versorgung zuständigen psychiatrischen Krankenhaus funktionell zuzuordnen. So könnte z. B. ein psychiatrisches Krankenhaus etwa in der nächstgelegenen größeren Stadt zur Deckung des Bedarfes selbst eine psychiatrische Abteilung betreiben (Satelliten-Modell).

3.1.2.2.2 Psychiatrische Belegbetten

Die Sachverständigen-Kommission hält es für richtig, daß die Möglichkeit zur Schaffung vereinzelter von niedergelassenen Nervenärzten betriebenen Belegbetten erhalten bleibt bzw. eröffnet wird, sofern eine durchgehende ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Diese Belegbetten sind gleichsam als örtlicher stationärer Stützpunkt der niedergelassenen Ärzte geeignet, kurzfristige Behandlungen durchzuführen und Krisen verschiedenster Art abzufangen. Eine regelrechte Einbeziehung dieser Belegbetten in ein regionales Versorgungssystem dürfte jedoch kaum möglich sein.

3.1.2.3 Psychiatrisches Krankenhaus

Nicht überall läßt sich der Aufbau einer bedarfsgerechten umfassenden Versorgung mit der Anbindung einer psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus verwirklichen. Deswegen muß dort, wo dies nicht anders möglich ist, die Errichtung eines psychiatrischen Krankenhauses ins Auge gefaßt werden, obgleich hierbei Nachteile für eine enge Verbindung der Psychiatrie mit der allgemeinen Medizin in Kauf zu nehmen sind. Während die psychiatrische Abteilung, wie eine andere medizinische Fachabteilung, Bestandteil eines allgemeinen Krankenhauses ist, steht das psychiatrische Krankenhaus in der Regel als wirtschaftlich und ärztlich selbständige Einheit in dem ihm zugeordneten Versorgungsgebiet. Es soll in seiner Kapazität größer als die Abteilung ausgelegt werden. Jedoch soll die Gesamtbettenzahl im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Dimensionen auf keinen Fall 500 bis 600 übersteigen. Im übrigen gelten sinngemäß die gleichen Grundsätze, wie sie unter B. 3.2.2 dargelegt worden sind.

Selbständige psychiatrische Krankenhäuser sollen so gegliedert sein, daß sie alle Kategorien von psychisch Kranken in den dafür erforderlichen Abteilungen und Sondereinrichtungen versorgen, soweit diese nicht auf diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Spezialeinrichtungen im übergeordneten Versorgungsgebiet angewiesen sind. Aus den vorstehend dargelegten Gründen soll, wenn nicht unüberwindliche Hindernisse bestehen, auch das psychiatrische Krankenhaus einem allgemeinen Krankenhaus geografisch und funktionell zugeordnet werden.

3.1.2.4 Bestehende psychiatrische Krankenhäuser

Es ist klar, daß die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser in öffentlicher oder freier Trägerschaft bei realistischer Beurteilung auch weiterhin einen wesentlichen Teil der stationären Versorgungsleistung zu erbringen haben werden. Jedoch muß es bei schrittweiser Umstrukturierung und Sanierung der veralteten Bausubstanz zu einer deutlichen Reduktion ihrer Kapazität kommen. Diese notwendige Reduktion kann nur erfolgen, wenn *außerhalb* des Krankenhauses ausreichend differenzierte Angebote für nicht krankenhausbedürftige Personen sowie für geistig Behinderte und andere Gruppen, die einer speziellen Betreuungsform bedürfen (z. B. psychisch gestörte Alterskranke, psychisch gestörte Rechtsbrecher) zur Verfügung gestellt werden (siehe Grundsätze und Leitlinien). Das Ausmaß des Reduktionsprozesses und die Zeitstrecke, innerhalb derer die Verminderung der Bet-

tenkapazität schließlich abgeschlossen sein wird, lassen sich angesichts schwer abschätzbarer Bedingungen im Sektor von Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses („Heimsektor") kaum vorausschauend angeben. Bei der Verlagerung von nicht krankenhausbedürftigen Personen aus dem Krankenhaus, in welchem sie oft viele Jahre verbracht haben, müssen die besonderen Belange dieser Behindertengruppe Berücksichtigung finden.

Bestehende psychiatrische Krankenhäuser haben derzeit in der Regel Einzugsbereiche zu versorgen, die mehrere der vorgesehenen Standardversorgungsgebiete umfassen. Günstige räumliche Erschließung und Verkehrsverbindungen vorausgesetzt, kann ein bestehendes psychiatrisches Krankenhaus einem Standardversorgungsgebiet zugeordnet werden und damit den Kern seiner stationären Versorgung bilden.

Unter Umständen ist auch daran zu denken, daß besonders große psychiatrische Krankenhäuser in mehrere selbständige Einheiten unterteilt werden, die jede für sich ein räumlich günstig gelegenes Standardversorgungsgebiet zu versorgen haben.

Geeignete bestehende psychiatrische Krankenhäuser oder Teile derselben sollten ferner als Spezialeinrichtungen für besondere Patienten- und Behinderten-Kategorien, gegebenenfalls auf der Ebene übergeordneter Standardversorgungsgebiete, Verwendung finden.

Mit der zunehmenden Verlagerung stationärer psychiatrischer Versorgung in Gemeindenähe und an das allgemeine Krankenhaus wird ferner zu prüfen sein, ob besonders ungünstig gelegene und strukturierte psychiatrische Krankenhäuser unter der Voraussetzung, daß der Bedarf anderweitig voll abgedeckt ist, im Sinne einer solchen Spezialisierung oder sonstigen Umwandlung aus der Standardversorgung herausgenommen werden können.

3.1.2.5 Die Verbindung zur allgemeinen Medizin

Grundsätzlich, besonders aber bei allen Plänen und Neubauten psychiatrischer Behandlungszentren ist die Herstellung einer engen Verbindung zur allgemeinen Medizin als Leitprinzip zu beachten. Zur Verfolgung dieses Zieles sind mehrere Wege gangbar: Anbindung psychiatrischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser (Britisches Modell) oder Integration eines allgemeinen Krankenhauses in ein bestehendes bzw. neu zu errichtendes psychiatrisches Krankenhaus (Skandinavisches Modell).

3.1.2.6 Zur inneren Struktur der psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

3.1.2.6.1 Gliederung bestehender psychiatrischer Krankenhäuser und zukünftiger psychiatrischer Behandlungszentren

— Die organisatorische Gliederung psychiatrischer Behandlungszentren nach Gesichtspunkten verschiedener Unterbringungsformen (unruhige, ruhige, geschlossene, halbgeschlossene, offene Stationen) erscheint nicht sinnvoll.

  Da sich gezeigt hat, daß in größeren psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen unterschiedliche Patienten-Kategorien behandelt werden, die z. T. besonders geartete Bedürfnisse haben und auf bestimmte spezielle Behandlungs- und Rehabilitations-Programme angewiesen sind, wurde an vielen Orten versucht, die Gesamtheit der Kranken zu „entflechten" und in *gesonderten Abteilungen* zusammenzufassen. Für derartige Abteilungen hat sich im alltäglichen Sprachgebrauch vielerorts die Bezeichnung *„Funktionsbereich"* eingebürgert. Damit ist die organisatorische Zusammenfassung gleichartiger Patientengruppen im psychiatrischen Krankenhaus gemeint. Funktionsbereiche stehen in der Regel unter der Leitung eines leitenden Arztes. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt den Terminus „Funktionsbereich" einheitlich durch die zutreffendere Bezeichnung „Abteilung" zu ersetzen. Darin ist sicher ein Fortschritt zu sehen, der bei bestehenden großen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen Platz greifen sollte. Es wird dabei nicht immer zu vermeiden sein, daß wegen der Größe der Patienten-Gruppen an sich zusammengehörige Bereiche, wie etwa Akut- und Rehabilitations-Sektor, aus organisatorischen Gründen in mehrere Funktionsbereiche aufgeteilt werden müssen.

  Bei der Neugründung von psychiatrischen Behandlungszentren sollte jedoch darauf Wert gelegt werden, daß nur solche *Teilbereiche* geb''det werden, die eine gewisse oder eindeutige Selbständigkeit innerhalb der Psychiatrie erreicht haben. Dies sind:

  die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

  die gerontopsychiatrische Versorgung

  die Versorgung Suchtkranker

  die Versorgung psychisch kranker Straftäter.

— Darüber hinaus erscheint es in psychiatrischen Krankenhäusern notwendig, zur umfassenden Versorgung eines Standardversorgungsgebietes auch eine *Intensiv-Station* in den psychiatrischen Behandlungszentren einzurichten, um die Versorgung von Suicid-Fällen, Vergiftungen, schweren körperlichen Komplikationen wie z. B. Delirien, Komata etc. sicherzustellen.

— Selbständige *neurologische Abteilungen* von mindestens 40 bis 60 Betten sollten immer dann einem psychiatrischen Krankenhaus angegliedert werden, wenn der Bedarf im Versorgungsgebiet dies eindeutig erforderlich macht. Abgesehen von der Deckung des Bedarfes läßt das ausgedehnte Überschneidungsgebiet zwischen Neurologie und Psychiatrie die Einbeziehung einer solchen Abteilung in ein psychiatrisches Behandlungszentrum nützlich erscheinen.

— Die Sachverständigen-Kommission hält es für wünschenswert, daß die psychiatrischen Behandlungszentren *psychotherapeutische Abteilungen* einrichten. Das Schwergewicht einer solchen Abteilung soll ganz überwiegend auf der Wahrnehmung von Tätigkeiten im Sektor der äußeren und inneren Ambulanz liegen. Psychotherapeutischen Abteilungen obliegen ferner wichtige Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben.

— Neben der Gliederung in Abteilungen ist es bei großen psychiatrischen Krankenhäusern mit entsprechend überdimensionierten Versorgungsgebieten möglich, Teile der Krankenhauseinheit bestimmten geografischen Sektoren im Versorgungsgebiet zuzuordnen. Hierdurch kann infolge Verkleinerung des jeweils zu versorgenden Gebietes eine Effektivitätsverbesserung der Krankenhauseinrichtung erreicht werden. Jedoch ist eine derartige Gliederungsmaßnahme aus vielerlei Gründen in der Regel mit organisatorischen Schwierigkeiten verbunden, weswegen dieses Prinzip in der Bundesrepublik Deutschland bislang kaum Verwirklichung gefunden hat. Es wäre aber wünschenswert, Versuche in dieser Richtung zu unternehmen.

3.1.2.6.2 Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

Die Bereitstellung von Bettentrakten, Laboratorien und anderen technischen Einrichtungen eines Krankenhausbetriebes allein reicht nicht aus, den Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter während ihrer Hospitalisierung gerecht zu werden.

Zunächst muß davon ausgegangen werden, daß ein großer Teil der Patienten sich tagsüber nicht im Bett befindet. Bei der Planung und Einrichtung von psychiatrischen Krankenhäusern ist deswegen auf eine ausreichende Zahl und *wohnliche Ausstattung* von Aufenthalts- und Gruppen-Räumen Wert zu legen.

Des weiteren muß Berücksichtigung finden, daß psychisch Kranke und Behinderte im Krankenhaus genügend Gelegenheit finden, ihre *persönlichen Habseligkeiten* um sich zu haben und in verschließbaren Schränken unterzubringen.

Grundsätzlich sollten psychiatrische Stationen, soweit wie irgend möglich, *offen* geführt werden. Dies bedeutet nicht nur, daß die Patienten Gelegenheit haben sollen, sich innerhalb des Krankenhausgeländes und — soweit vertretbar — auch außerhalb desselben frei zu bewegen, sondern daß auch umgekehrt den Angehörigen die Möglichkeit eröffnet wird, die Patienten auf der Station selbst zu besuchen und sich von der Art ihrer Unterbringung persönlich zu überzeugen.

Bei der Planung von psychiatrischen Pflegeeinheiten, deren Kapazität 20 Betten nicht überschreiten sollte, ist darauf zu achten, daß sich diese Stationen wechselnden Verwendungszwecken in *flexibler* Weise anpassen können; dies bedeutet z. B., daß sowohl die Pflegeeinheit als Ganzes als auch Teile derselben bei Bedarf abgeschlossen werden können. Auch sollten psychiatrische Stationen so konzipiert werden, daß ggf. eine gemischt-geschlechtliche Unterbringung möglich wird.

Von besonderem Belang für psychisch Kranke und Behinderte ist eine sinnvolle *Gliederung des Tagesablaufes* und ein reichhaltiges Angebot von *Aktivierungsmaßnahmen*. Hierzu gehören ausreichend beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme, Bewegungs-Therapie, Sport und Freizeitmöglichkeiten. Ein Teil dieser Aktivitäten kann sich im Rahmen einer oder mehrerer Stationen selbst entfalten, der größte Teil muß dagegen in zentralen Einrichtungen, z. B. in Sozialzentren als Stätten des Kommunikations-Trainings, angeboten werden. Dabei sollte besonderer Wert darauf gelegt werden, daß sich die psychisch Kranken mit Angehörigen, therapeutischem Personal, ggf. auch mit den Patienten anderer medizinischer Fachabteilungen in den Sozialzentren treffen können.

Alle diese Maßnahmen sind nicht einfach als Bestandteil eines humanitären Programms zu betrachten, das notfalls auch reduziert werden könnte, sondern unverzichtbare Elemente der psychiatrischen Therapie. Sorgfältige Untersuchungen haben nämlich gezeigt, daß durch die Institution selbst hervorgerufene psychische Behinderungen (sogenannter Hospitalismus) in solchen Einrichtungen am häufigsten sind, in denen das Umweltangebot am dürftigsten und Stimulation am geringsten ist. Weiterhin konnte mit diesen Untersuchungen deutlich gemacht werden, daß durch eine gezielte Milieu-Veränderung nach den angeführten Gesichtspunkten die Zahl und der Schweregrad solcher Behinderungen deutlich abnimmt.

Zur Verwirklichung dieser Zielvorstellungen ist es erforderlich, daß die in psychiatrischen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen enger als bisher miteinander kooperieren. Eine solche Kooperation sollte in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen ihren Ausdruck finden. Dabei wird der Arzt einige seiner traditionellen Funktionen an andere Mitarbeiter, z. B. Schwestern und Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten abgeben können. Auch der Patient sollte in einem solchen System der Zusammenarbeit nicht lediglich als passives Objekt, sondern als Beteiligter angesehen werden, der in die Lage versetzt wird, die Gestaltung seines Lebens aktiv und selbstverantwortlich im Rahmen des möglichen mit in die Hand zu nehmen.

3.1.2.6.3 Bemerkungen zur Leitungsstruktur

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 hat eine Reihe von Ländern veranlaßt, in anderen Krankenhausgesetzen neben anderem auch die Leitungsstruktur der Krankenhäuser zu regeln. Sowohl Rheinland-Pfalz, als auch Nordrhein-Westfalen, Berlin (West) und Hamburg sehen an der Spitze des Krankenhauses ein Dreiergremium vor, in dem der ärztliche Leiter, der Verwaltungsleiter und der Pflegeleiter gleichberechtigt nebeneinander stehen.

Die hierdurch angefachte allgemeine Diskussion, welche hier nicht aufgegriffen werden soll, muß auch im Zusammenhang mit der Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 gesehen werden, die in § 20 vorschreibt, daß Krankenhäuser in Zukunft generell die kaufmännische Buchführung und Betriebsabrechnung anzuwenden haben. Ab 1. Januar 1978 ist das von den Trägern öffentlicher Krankenhäuser noch in der Regel praktizierte System der Kameralistik durch die kaufmännische Buchführung oder verwandte Verfahren abzulösen.

Die von vielen begrüßte Abschaffung der Kameralistik fällt in eine Zeit, in welcher ein rapider Kostenanstieg im Bereich des Krankenhauswesens weiten Kreisen bewußt gemacht hat, daß Krankenhauseinrichtungen — auch unter voller Berücksichtigung ihrer primären Dienstleistungsaufgabe, nämlich Kranke zu heilen und zu pflegen — sich den Gesetzen der sparsamen Wirtschaftsführung zu unterwerfen haben. Deswegen wird der weitere Fortgang von dem Bestreben gekennzeichnet sein, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen und die Verwaltungen der Krankenhäuser, besonders im Hinblick auf die allgemeine Einführung der kaufmännischen Betriebsführung, zu verstärken.

Das trifft auch auf die großen psychiatrischen Krankenhäuser, zumindest in staatlicher und kommunaler Trägerschaft, zu.

Allerdings werden die Verwaltungsleiter der psychiatrischen Krankenhäuser die auf sie zukommenden Aufgaben — ob sie nun Mitglieder eines kollegialen Leitungsgremiums sind oder nicht — nur dann sachgerecht wahrnehmen können, wenn die Träger bereit sind, die entsprechenden Dienstposten mit qualifizierten und angemessen bezahlten Fachleuten zu besetzen, welche auch in der Lage sind, mit den ärztlichen Direktoren partnerschaftlich zusammenzuarbeiten.

In besonderem Maße trifft dies ferner auf den Pflegeleiter bzw. die Oberin zu, vor allem dann, wenn diese Position im Leitungsgremium vertreten ist. Es ist dringend zu fordern, daß Weiterbildungsgänge und Fortbildungsmöglichkeiten für leitende Pflegekräfte baldmöglichst entwickelt bzw. ausgebaut werden, um sie in Stand zu setzen, den Anforderungen eines modernen Personal-Managements im Pflegesektor gerecht zu werden.

Die Sachverständigen-Kommission ist der Auffassung, daß es sich auch im Rahmen dieser neuen Regelungen von selbst verstehen muß, daß auch administrative Entscheidungen vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Therapie und der Rehabilitation zu erfolgen haben.

3.1.2.6.4 Patientenanwalt

Die Sachverständigen-Kommission hält es für geboten, daß die Institution des Patientenanwaltes durch entsprechende Gesetzgebung geschaffen wird. Der Patientenanwalt hat die Funktion einer *unabhängigen Appellationsstelle* für stationär untergebrachte Kranke und Behinderte jedweder Art.

3.1.2.6.5 Fachbeirat

In Weiterentwicklung der sogenannten Begehungskommissionen, welche es in einzelnen Ländern der Bundesrepublik bereits gibt, und in Anlehnung an ausländische Vorbilder (England, Norwegen), empfiehlt die Sachverständigen-Kommission einen unabhängigen Fachbeirat, der für die psychiatrischen Krankenhaus- und die Behinderteneinrichtungen zuständig ist. Der Fachbeirat ist bei der Landesregierung zu verankern, die auch seine Mitglieder beruft. Bei der Zusammensetzung des Fachbeirates sollten neben den Repräsentanten der Regierung nicht nur Psychiater, sondern auch qualifizierte Vertreter anderer Berufsgruppen Berücksichtigung finden, die in den genannten Einrichtungen wesentliche Funktionen ausüben (Oberin oder Pflegeleiter, Beschäftigungstherapeutin, Werkstattleiter, Sozialarbeiter/in, Psychologe, Verwaltungsleiter, Erzieher, Sozialpädagoge etc.).

Es empfiehlt sich, daß der Fachbeirat neben seiner allgemeinen Überwachungsfunktion in den Krankenhaus- und Behinderteneinrichtungen und ihren Teilbereichen auch beratende Aufgaben wahrnimmt.

3.2 Psychiatrische Universitätskliniken

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es gegenwärtig an den Universitäten 23 psychiatrische Kliniken, 13 selbständige Abteilungen (Kliniken) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 21 selbständige Abteilungen (Kliniken) für Psychotherapie bzw. Psychosomatik. Weitere Sonderabteilungen sind Abteilungen für Sozialpsychiatrie sowie oft außerhalb der Kliniken gelegene Beratungsstellen (z. B. für Studenten, für Jugendliche usw.) und Rehabilitationseinrichtungen, deren Zahl und Organisationsform große Unterschiede aufweisen.

Die früher überwiegend in einer Klinik und mit einem Lehrstuhl vertretenen Fächer Psychiatrie und Neurologie wurden im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte an beinahe allen Universitäten getrennt. Von den insgesamt 111 450 stationären psychiatrischen Betten befinden sich nur 3 507 in den psychiatrischen Universitätskliniken. Auf sie entfallen aber etwa 35 000 der 185 000 Aufnahmen eines Jahres. Für diesen hohen Durchgang gibt es verschiedene Gründe. Einmal werden in den Universitätskliniken selten chronisch kranke Patienten und psychisch Alterskranke längerfristig stationär behandelt. Zum anderen ermöglichen ambulante Vorklärung und Weiterversorgung durch die eigene Poliklinik eine kürzere Verweildauer.

Das Vorhandensein einer eigenen Poliklinik, die Zwecken der Lehre und der Forschung dienen soll, unterscheidet die psychiatrischen Universitätskliniken z. Z. von den meisten anderen psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Mit ihnen beteiligen sich die Kliniken an der ambulanten Versorgung psychisch Kranker, nehmen Konsiliaraufgaben für andere Kliniken wahr und ergänzen bzw. unterstützen mit speziellen diagnostischen Möglichkeiten die ambulante Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, Beratungsdienste usw.

Im Gegensatz zu anderen Gebieten der Medizin sind neben den Universitätskliniken und den zumeist isoliert gelegenen großen psychiatrischen Landeskrankenhäusern keine Einrichtungen für eine stationäre psychiatrische Grund- und Regelversorgung vorhanden. Die psychiatrischen Universitätskliniken nehmen in dieser Situation nicht nur durch ihre eigene Ambulanz, sondern auch durch ihre unmittelbaren Beziehungen zu anderen Bereichen der Medizin, vor allem aber durch ihren — auf Grund der Lehr- und Forschungsaufgaben — wesentlich günstigeren Arzt-Patienten-Schlüssel eine bevorzugte Stellung ein. Das dadurch und durch die

geschichtliche Entwicklung bedingte Gefälle zwischen „Universitätspsychiatrie" und „Anstaltspsychiatrie" beeinträchtigt die notwendige Kooperation sowohl bei der Versorgung wie auch auf wissenschaftlichem Gebiet und erschwert den Wechsel von Mitarbeitern zwischen Universitätskliniken und psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

Für die Stellung der Universitätskliniken im Rahmen einer künftigen Gesamtversorgung psychisch Kranker sind maßgeblich:

1. Bedürfnisse, die sich aus dem Auftrag der Universitätskliniken zur Forschung, zur Lehre und zur Weiterbildung ergeben,
2. Bedürfnisse eines psychiatrisch und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungssystems nach Entwicklung und Vermittlung neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden und nach Fortbildung.

Dabei sind bereits die Bedürfnisse, die sich aus dem Auftrag zur Lehre und demjenigen zur Forschung ergeben, nicht miteinander identisch. Die Lehre macht es erforderlich, daß Studierende wie auch Ärzte bei ihrer Weiterbildung diejenigen Erscheinungsformen psychischer Krankheit und diejenigen Methoden kennenlernen, mit denen sie es bei der allgemeinen medizinischen Versorgung und bei der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung vor allem zu tun haben werden.

Dies spricht dafür, daß sich psychiatrische Universitätskliniken an der Versorgung aller psychisch Kranken ohne Vorauswahl beteiligen. Demgegenüber verlangt die Forschung indessen nach ausreichenden Möglichkeiten, sich auf bestimmte Patientengruppen zu konzentrieren und hierfür sowohl stationäre wie auch ambulante Kapazität zur Verfügung zu halten.

Ein ähnlicher Konflikt ergibt sich, wenn man von den Bedürfnissen des Versorgungssystems nach Methodenentwicklung und Fortbildung durch die Universitätskliniken ausgeht. Eine bedarfsgerechte Mitwirkung an der Fortbildung ist den Universitätskliniken nur möglich, wenn ihnen die Lage in den verschiedenen Versorgungsfeldern durch unmittelbare Beteiligung bekannt ist.

Andererseits machen aber methodische Weiterentwicklungen, wie sie von den Universitätskliniken geleistet werden und in großem Umfang geleistet worden sind, eine Begrenzung der Aktivitäten erforderlich.

Solchen unterschiedlichen Aufgaben kann eine psychiatrische Universitätsklinik nur unter der Voraussetzung einer ausreichenden Bettenzahl gerecht werden. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß bei ihrer Mitwirkung an der allgemeinen Versorgung psychiatrische Universitätskliniken durch das Fehlen einer stationären Grund- und Regelversorgung im Vergleich zu anderen Universitätskliniken unter einen besonderen Aufnahmedruck geraten, sofern ihnen nicht psychiatrische Landeskrankenhäuser benachbart liegen.

Psychiatrische Universitätskliniken sollten deswegen eine Größe von 120 Betten — ohne die darüber hinaus erforderlichen Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Psychotherapie/Psychosomatik — nicht unterschreiten. In dieser Größenordnung werden die Universitätskliniken mit etwa zwei Drittel ihrer Bettenkapazität im Interesse von Lehre und Weiterbildung allgemeine Versorgungsaufgaben wahrnehmen und mit etwa einem Drittel der stationären Plätze sich auf besondere Forschungs- und Entwicklungsaufgaben konzentrieren können. Für eine Beteiligung an der regionalisierten Versorgung mit Übernahme aller Aufgaben eines psychiatrischen Zentrums in einem umschriebenen Versorgungsgebiet reicht diese Bettenzahl allerdings nicht aus. Die Zuordnung von Teilen eines Standardversorgungsgebietes zu einer psychiatrischen Universitätsklinik kommt aber unter zwei Voraussetzungen in Betracht:

1. Wenn eine Universitätsklinik Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungsformen vorrangig zum Gegenstand ihrer Forschung macht und dafür einen wesentlichen Teil ihrer stationären Kapazität zur Verfügung hält,
2. wenn ausreichend Betten und Plätze im komplementären und rehabilitativen Bereich vorhanden sind.

Eine bedarfsgerechte Versorgung und eine dementsprechende Lehre und Weiterbildung erfordern im übrigen an den psychiatrischen Universitätskliniken neben Bettenstationen und Poliklinik Behandlungsplätze in Form von Tageskliniken, Nachtkliniken sowie Übergangsheimen, einen ausreichenden Sozialdienst und Einrichtungen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Die Sachverständigen-Kommission hält es für erforderlich, die Lehrmöglichkeiten der psychiatrischen Universitätskliniken möglichst rasch dadurch zu ergänzen, daß eine Anzahl psychiatrischer Fachkrankenhäuser als akademische Lehrkrankenhäuser eingerichtet werden. Auf diese Weise können die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik als Pflichtfächer in den 3. Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums aufgenommen werden.

Die Aufgabe, Ärzte zu Fachärzten für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterzubilden, kann zur Zeit von vielen psychiatrischen Krankenhäusern nicht in wünschenswertem Umfang wahrgenommen werden. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt deshalb, überregionale Weiterbildungsveranstaltungen an Universitätskliniken anzubieten, die unter allen Umständen auch Ärzten anderer psychiatrischer Fachkrankenhäuser zugute kommen sollen.

Für die Weiterbildung aller an der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen sollen die Universitätskliniken mit ihren didaktischen Möglichkeiten in größerem Umfang als bislang planmäßig ihren Lehraufgaben zugerechnete Veranstaltungen anbieten und im Verbund mit anderen psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen Arbeitsgruppen bilden.

Forschung, insbesondere auch die kontrollierte Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren, wird auch künftig zu einem wesentlichen Teil an den psychiatrischen Universitätskliniken erfolgen. Nach Ansicht der Sachverständigen-Kommission müssen dabei aber die Möglichkeiten, im Verbund mit anderen psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorzugehen, im Zusammenhang mit einer Neuordnung besser genutzt und organisiert werden.

3.3 Tages- und Nachtkliniken

Halbstationäre Einrichtungen sind als wichtige Glieder der Behandlungskette wesentliche Bestandteile des Versorgungssystems. Sie sind eine entscheidende Voraussetzung für eine gestufte Rehabilitation psychisch Kranker.

3.3.1 Tageskliniken

Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialem Hintergrund, die sich für eine begrenzte Zeit nur tagsüber dort aufhalten, während sie den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen. Der Tagesablauf ist durch ein therapeutisches Programm gegliedert, das die verschiedenen Behandlungsformen (Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, therapeutische Gruppenarbeit usw.) strukturiert und die soziale Umwelt der Patienten gezielt mit einbezieht.

Der Einzugsbereich der Tageskliniken wird durch die Länge der Anfahrtswege bestimmt, die ihre Patienten zweimal täglich zurücklegen müssen. Der Radius des Einzugsbereichs wird somit auch von der Verkehrserschließung und der Besiedlungsdichte des betreffenden Gebiets abhängen.

Tageskliniken müssen über die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie vollstationäre psychiatrische Krankenhauseinrichtungen verfügen und unterscheiden sich von diesen vorwiegend durch die geringere Kapazität und ihren halbstationären Charakter. Sie sollten an selbständige psychiatrische Behandlungszentren oder an die psychiatrische bzw. psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses angegliedert sein, damit bei auftretenden Krisen eine Vollhospitalisierung jederzeit schnell und für den Patienten wenig einschneidend möglich wird. Eine solche Verbindung bietet zudem den Vorteil, von den technischen, räumlichen und personellen Möglichkeiten der vollstationären Einrichtung Gebrauch zu machen.

Direktaufnahmen in Tageskliniken sollten an die Stelle der Vollhospitalisierung treten, wenn die für Patienten weniger einschneidende und zudem geringere Kosten verursachende Teilhospitalisierung ausreicht. Eine Aufnahme in die Tagesklinik wird dann vorzuziehen sein, wenn die besonderen Möglichkeiten dieser Einrichtung, vor allem die Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen in die Therapie, ein besseres Behandlungsergebnis versprechen. Tageskliniken können ferner als zweite Behandlungsstufe der Vollhospitalisierung folgen, wenn die akuten Krankheitserscheinungen ausreichend abgeklungen sind. Schließlich dienen sie auch der Rehabilitation chronisch Kranker, die noch einer eigentlichen psychiatrischen Therapie bedürfen, aber aus jeder Art von Vollhospitalisierung entlassen werden können. Für bestimmte Patientengruppen sind spezielle Tageskliniken erforderlich (Alkoholkranke, Drogenabhängige, psychisch kranke alte Menschen).

Bedarf und Größe von Tageskliniken hängen in wechselseitiger Bedingtheit von Struktur und Ausbau aller stationären, ambulanten und sonstigen teilstationären Versorgungseinrichtungen ab. Die Größe einer Tagesklinik soll in der Regel bei ca. 20 Plätzen liegen. Die Tagesklinik muß ärztlich-psychiatrisch geleitet sein. Während der gesamten Anwesenheitszeit ihrer Patienten muß ein Arzt zur Verfügung stehen. Die Tagesklinik benötigt nicht-ärztliche Mitarbeiter (Schwestern, Pfleger, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen usw.), die auf die besonderen Aufgaben dieser halbstationären Behandlungsform vorbereitet sind.

3.3.2 Nachtkliniken

Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung, in welcher arbeitende psychisch Kranke für begrenzte Dauer wohnen und behandelt werden. Die Patienten verbringen in ihr auch die abendliche Freizeit und meist auch das Wochenende, während sie tagsüber im Rahmen eines regulären Arbeitsverhältnisses einer anderen regelmäßigen Beschäftigung, einer Ausbildung oder einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Die Behandlung ist charakterisiert durch die regelmäßige ärztliche und medikamentöse Versorgung, die Intensität der pflegerischen Betreuung und ein angemessenes soziotherapeutisches Programm an Abenden und am Wochenende, das die arbeitenden Patienten nicht überfordert. Voraussetzung für die Aufnahme in die Nachtklinik ist, daß ihre Entfernung zu dem noch vorhandenen bzw. zu beschaffenden Arbeitsplatz den täglichen Weg ohne Überlastung des Patienten möglich macht.

Auch die Nachtklinik sollte im Verbund mit stationären und tagesklinischen psychiatrischen Bereichen stehen, damit ein Abfangen von Krisen oder körperlichen Erkrankungen, die den Patienten vorübergehend arbeitsunfähig machen, gewährleistet ist.

Die Nachtklinik übernimmt in erster Linie die Aufgaben einer zweiten Behandlungsstufe bei Patienten, die einer vollstationären Versorgung nicht mehr bedürfen, jedoch nur unter der Voraussetzung weiterer intensiver Behandlung arbeitsfähig sind. Sie eignet sich besonders zur therapeutisch stützenden Begleitung von Arbeitsversuchen bei Patienten, bei denen das häusliche Milieu schwer gestört oder ein aufnahmefähiger sozialer Hintergrund überhaupt nicht vorhanden ist. Die Nachtklinik kann daher auch die Funktion einer Wiedereingliede-

rungsstufe für chronisch Kranke übernehmen. Für spezielle Patientengruppen, insbesondere Alkohol- und Drogenabhängige, sind jeweils spezialisierte Formen erforderlich.

Für die optimale Größe einer Nachtklinik empfehlen sich 15 bis 20 Betten, damit der Gruppencharakter und die familiäre Atmosphäre gewahrt bleiben. Die Nachtklinik muß ärztlich geleitet sein. Sie muß über in gleicher Weise qualifizierte Mitarbeiter wie die Tagesklinik verfügen, ein Arzt muß auch nachts erreichbar sein. Auch die Schätzung des Bedarfs an Nachtkliniken unterliegt den bei den Tageskliniken geschilderten Bedingtheiten.

4 Komplementäre Dienste

In den „Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung" (s. B.3.1) wurde bereits die Notwendigkeit des Auf- und Ausbaus von Einrichtungen zur Versorgung von nicht krankenhausbedürftigen psychisch Kranken und Behinderten erläutert und begründet. Diese Einrichtungen nennen wir *komplementäre Dienste*, da sie das Gesamtversorgungssystem — ambulante, stationäre und halbstationäre Dienste — vervollständigen. Die komplementären Dienste sind zu einer adäquaten Versorgung insbesondere von chronisch Kranken und Gestörten sowie geistig und seelisch Behinderten, welche der Krankenhausbehandlung nicht oder nicht mehr bedürfen, notwendig und unentbehrlich.

Zu unterscheiden sind:

a) Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung
   Übergangsheime,
   Wohnheime,
   Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte;

b) sonstige komplementäre Dienste
   Beschützende Wohngruppen und Wohnungen,
   Patientenclubs,
   Tagesstätten.

Im folgenden werden diese wesentlichsten Formen komplementärer Dienste beschrieben. Die Beschreibung stellt diejenigen Gesichtspunkte und Notwendigkeiten in den Vordergrund, die bei den geschilderten Diensten generell wichtig sind und unabhängig davon Geltung besitzen, welcher Behindertengruppe ein solcher Dienst jeweils dienen soll. Dabei ist die große Gruppe der psychisch Kranken und seelisch behinderten Erwachsenen voll berücksichtigt. Auf besondere Notwendigkeiten bei geistig Behinderten, bei Kindern und Jugendlichen, bei psychisch kranken alten Menschen sowie bei speziellen Patientengruppen wird jeweils hingewiesen. Eingehendere Begründungen spezifischer Gesichtspunkte sind den diesen Patientengruppen gewidmeten Kapiteln zu entnehmen.

4.1 Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung

Diese Art komplementärer Dienst besteht aus *Heimen* mit sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die sich einerseits aus den verschiedenen Krankheits- und Behinderungsarten und den damit verbundenen notwendigen therapeutischen Maßnahmen, andererseits aus den Altersstrukturen der Bewohner ableiten. Entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung des Heimes differiert auch die Art, der Umfang und die Intensität der Betreuung und Förderung der Bewohner.

Bedarf

Nach vorsichtigen Schätzungen ist der Bedarf an Plätzen in komplementären Einrichtungen — ohne Berücksichtigung des Bedarfs für Suchtkranke sowie ohne den Bedarf an bestimmten überregionalen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche — auf 2,24 ‰ der Bevölkerung zu veranschlagen. Die laufende Beobachtung und Fortschreibung dieser Bedarfszahl ist unbedingt erforderlich. Die genannte Bedarfszahl setzt sich etwa in folgender Weise zusammen:

1 *Erwachsene*

1.1	Chronisch psychisch kranke Erwachsene (seelisch Behinderte)	0,45 ‰
	davon:	
	— in Übergangsheimen	0,20 ‰
	— in Wohnheimen	0,25 ‰
1.2	Geistig behinderte Erwachsene	0,60 ‰
	darunter:	
	— für Schwerst- und Mehrfachbehinderte	040 ‰
	für Erwachsene insgesamt	1,05 ‰

2 *Kinder und Jugendliche*
(wie unter B 3.7.1)

2.1	Heime für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	0,45 ‰
	darunter:	
	— Schwerstbehinderte	0,15 ‰
2.2	Plätze für längerfristige stationäre Versorgung an Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,20 ‰
	davon:	
	— geistig Behinderte mit neuropsychiatrischen Komplikationen	0,15 ‰
	— seelisch Behinderte, Mehrfachbehinderte	0,05 ‰
2.3	Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Tageseinrichtungen, 5-Tage-Heime, Vollheime) mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik (s. B. 3.7.1)	0,15 ‰
2.4	Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, mit dissozialem	

Verhalten usw. (Tageseinrichtungen, Wohnheime, Wohngruppen innerhalb des Versorgungsgebietes) .. 0,15 ‰

Für Kinder und Jugendliche insgesamt ..... 0,95 ‰

3 Psychisch kranke alte Menschen (Altenkrankenheime) ..... 0,24 ‰

4 Suchtkranke (geschlossene Pflegeheime)

Die Zahlen für Kinder und Jugendliche sind auch in den Kapiteln B.3.7.1 sowie B.3.8 enthalten.

Zielvorstellungen

In Abhängigkeit von der Art des Heimes dient dieses entweder der vollen sozialen und beruflichen Wiedereingliederung oder der zumindest längerfristigen Ermöglichung optimaler Entfaltung der Patienten in einem beschützenden Rahmen.

Therapieformen

Sie sind nach Art und Schwere der jeweils untergebrachten Kranken oder Behinderten verschieden akzentuiert und bestehen im wesentlichen aus:

a) Anleitung zur Verselbständigung im Wohnbereich: Wohnungspflege, Hygiene, Kochen, Waschen usw.

b) Teilnahme an psycho- und soziotherapeutischen bzw. sozialpädagogischen Veranstaltungen wie Gruppengesprächen, Rollenspiel, Einzelgesprächen usw.

c) Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, u. U. Arbeitstraining in Behindertenwerkstätten und beschützenden Arbeitsplätzen (s. B. 3.5.1; B. 3.5.2)

d) Teilnahme an bestimmten Aktivitätsgruppen, z. B. Sport, Gymnastik, Patientenversammlung usw.

e) Fakultative Angebote zur Freizeitgestaltung: Clubabende, Kino-, Theater-, Konzertbesuche, gemeinsamer Urlaub, Ausflüge usw.

f) Spezielle Pflege und Therapie für definierte Behindertengruppen.

Personal

Für die personelle Besetzung eignen sich insbesondere Mitarbeiter aus dem Bereich der Sozialarbeit, der Heil- und Sonderpädagogik, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, der klinischen Psychologie, der Psychotherapie sowie der Krankenpflege mit entsprechender Weiter- und Fortbildung. Insbesondere für die Leitung sind Personen mit besonders hervorragender Qualifikation erforderlich. Die ärztliche Versorgung erfolgt in der Regel konsiliarisch.

Die Personalgewinnung stellt ein besonderes Problem dar, da vor allem in Heimen, deren Bewohner tagsüber überwiegend außerhalb tätig sind, der größere Teil der Aktivitäten am Spätnachmittag und Abend bzw. an den Wochenenden angeboten werden muß. Deshalb ist es erforderlich, auch Personal für Teilzeitbeschäftigung zu gewinnen.

Einbau in das Versorgungssystem

Von dem quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau der Heimversorgung wird es abhängen, in welcher zeitlichen Abfolge und in welchem Umfang es gelingen wird, stationäre Behandlungseinrichtungen zu entlasten und insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser auf ihre eigentlichen Aufgaben zurückzuführen, das Entstehen übergroßer Einrichtungen zu verhindern, eine gemeindenahe Versorgung zu verwirklichen sowie mittel- und langfristig eine Bettenreduzierung in *allen* stationären Einrichtungen zu erreichen. Erste Untersuchungsergebnisse im Ausland lassen erwarten, daß damit auch mittel- und langfristig eine mindestens relative Kostensenkung verbunden ist.

4.1.1 Übergangsheime

Übergangsheime sind Rehabilitationseinrichtungen, in denen arbeitsfähige oder teilarbeitsfähige psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte leben. Auch noch nicht arbeitsfähige Patienten können Aufnahme finden, sofern eine Befähigung zur Arbeitsvermittlung in absehbarer Zeit in Aussicht steht. Übergangsheime bieten damit auch die Möglichkeit einer Tätigkeit in eigenen arbeitstherapeutischen Bereichen oder in Werkstätten für nicht ausreichend arbeitsfähige Kranke. Das Übergangsheim ist daher durchgehend geöffnet.

Das Übergangsheim hat zumindest tendenziell die Funktion einer Rehabilitationsstufe für Patienten, bei denen eine volle Selbständigkeit oder eine Rückkehr in den Familienverband noch nicht zumutbar ist und die einer gesicherten medizinischen Kontrolle sowie intensiver begleitender psycho- und soziotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen bedürfen. Prinzipielles Ziel der Einrichtung ist in jedem Fall die Wiederherstellung der zu einer Entlassung — zumindest in eine beschützende Wohnsituation — notwendigen Selbständigkeit. Mit Ausnahme der seltenen Direktaufnahmen oder Wiederaufnahmen bei Rückfällen werden die Kranken in der Regel aus mittel- oder langfristiger stationärer Behandlung übernommen. Entlassungen in selbständige bzw. beschützende Wohnsituationen sollten erst bei ausreichender Stabilisierung erfolgen.

Das Übergangsheim sollte eine bergende Atmosphäre anbieten und für seine schwerer gestörten Patienten neben den bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit notwendigen arbeitstherapeutischen Maßnahmen die jeweils geeigneten Therapie- und Betreuungsformen anbieten. Die notwendige fachärztliche und selbstverständlich auch die allgemeine ärztliche Versorgung seiner Bewohner geschieht im allgemeinen nach den Modalitäten einer ambulanten Behandlung, die auch von niedergelassenen Nervenärzten durchgeführt werden kann.

Das Übergangsheim kann als selbständige Einrichtung unabhängig betrieben werden. Zu empfehlen ist jedoch eine institutionelle oder funktionelle Ver-

klammerung, zumindest eine enge Kooperation mit den Behandlungszentren. Eine solche Verbindung ermöglicht auch ein schnelles und wirkungsvolles Eingreifen bei schweren Krisen und bei Rückverlegungen. Wegen der besseren Auswahl von Arbeitsmöglichkeiten ist eine Lage inmitten von Ballungszentren vorteilhaft.

Angesichts seiner vielfältigen Aufgaben und aus ökonomischen Gründen ist — besonders bei isoliert betriebenen Übergangsheimen — eine relative Größe von etwa bis zu 60 Betten oft zweckmäßig. Zu große Heime begegnen leicht einem Widerstand der Umwelt.

Das Übergangsheim wird von nicht-ärztlichen Fachkräften geleitet, die eine qualifizierte Weiterbildung auf dem Gebiet der Rehabilitation psychisch Kranker vorweisen müssen. Unter diesen Bedingungen sollte sich die ärztliche Funktion der Einrichtung selbst gegenüber auf eine beratende Tätigkeit beschränken. Darüber hinaus benötigt das Übergangsheim spezifisch qualifizierte Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Für Hilfen auf dem beruflichen Sektor, für Kontakte mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten, bei der Wohnungsbeschaffung, für Kontakte mit Sozialinstitutionen usw. sind entsprechend weitergebildete Sozialarbeiter erforderlich, die sich ebenso wie die Mitarbeiter aus den anderen Berufsgruppen an den soziotherapeutischen Veranstaltungen beteiligen.

Für Alkoholkranke und Drogenabhängige, gegebenenfalls für Patienten mit bestimmten, schweren chronifizierten Neurosen sowie für geistig behinderte Erwachsene und für seelisch oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche sind spezialisierte Formen von Übergangsheimen erforderlich, die den jeweiligen besonderen therapeutischen Notwendigkeiten dieser Gruppen Rechnung tragen.

4.1.2 Wohnheime

Wohnheime dienen zur Aufnahme von chronisch psychisch Kranken sowie seelisch und geistig Behinderten beiderlei Geschlechts auf unbestimmte Dauer. Die Bewohner benötigen zwar keine intensive medizinische Behandlung, sind aber aufgrund ihrer begrenzten oder fehlenden Selbständigkeit im Bereich des Wohnens und der Freizeit oder aufgrund ihrer sozialen Anpassungsschwierigkeiten nicht in der Lage, selbständig zu wohnen oder mit Angehörigen zusammenzuleben. Sie bedürfen deshalb vorrangig besonderer soziotherapeutischer, pädagogischer und pflegerischer Betreuung sowie gegebenenfalls spezieller medizinischer Maßnahmen. Ein Teil dieser Behinderten ist voll arbeitsfähig, ein anderer Teil arbeitet in Behindertenwerkstätten oder an beschützenden Arbeitsplätzen, die auch im Rahmen der Heime zur Verfügung stehen können. Ein anderer Teil befindet sich in Bildungsinstitutionen. Wohnheime beherbergen aber auch Patienten, die nicht oder nicht kontinuierlich arbeits- oder ausbildungsfähig sind, bei denen eine stationäre Dauerunterbringung in vollstationären Institutionen jedoch nicht notwendig und nicht vertretbar ist.

Wohnheime sollten daher zwar immer versuchen, durch ensprechende therapeutische Hilfe und durch Training möglichst viele Behinderte zu ihren Angehörigen oder in beschützende Wohnsituationen zu entlassen. Ihr Ziel ist aber auch, anderen Behinderten, die trotz intensiver Bemühungen um größere Selbständigkeit nicht oder noch nicht wieder in freier oder beschützender Wohnsituation lebensfähig sind, im Wohn- und Freizeitbereich die für sie notwendige Versorgung, Anregung und Stützung zu geben, damit sie möglichst einer vollen, wenigstens aber einer Teilzeitbeschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte nachgehen können.

Schließlich sollten Wohnheime Behinderten, die neben ihrer Unselbständigkeit im Wohn- und Freizetbereich auch nicht kontinuierlich arbeits- oder teilarbeitsfähig sind, oder die in Krisenzeiten keine Arbeit auf dem freien Markt finden, zusätzlich zu den erwähnten Hilfen beschäftigungstherapeutische und vor allem werk- und arbeitstherapeutische Aktivitäten anbieten, welche die Bewohner befähigen können, später doch noch eine Arbeit in einer Werkstatt oder auf dem Arbeitsmarkt aufzunehmen.

Die Realisierung der Forderung nach solchen Angeboten sollte möglichst flexibel gehandhabt werden. Je nach den lokalen Gegebenheiten und Möglichkeiten können diese therapeutischen Aktivitäten in entfernungsmäßig tragbaren anderen Institutionen, vor allem Werkstätten für Behinderte oder an beschützenden Arbeitsplätzen angeboten werden, notfalls aber auch im Heim selbst verwirklicht werden. Im Hinblick auf wirtschaftliche Krisenzeiten muß auch die kapazitive Flexibilität eines solchen Angebots an übenden oder beschützenden Arbeitsmöglichkeiten gesichert werden, da rehabilitationshindernde Schwankungen der wirtschaftlichen Konjunktur sonst nur durch eine staatlich geförderte Behindertenindustrie, wie es sie beispielsweise in Holland gibt, verhindert werden können.

In Wohnheimen für Erwachsene oder mit den Heimen eng verbunden sind einige Trainingswohnungen für Einzelpersonen und Paare vorzusehen. In diesen Wohnungen können Behinderte, die kurz vor ihrer Entlassung stehen, unter praktisch normalen Bedingungen — bei immer geringer werdender Begleitung durch das Heimpersonal — sich selbst versorgen, um so Selbstvertrauen und die nötige Stabilität zu gewinnen.

Wohnheime mit Vollversorgung sollten nur dort, wo sie isoliert betrieben werden müssen, aus personellen und ökonomischen Gründen etwa 60 bis maximal 80 Betten haben. Ist eine durchlässige Verlegungspraxis von Behinderten gesichert, ein Personalaustausch durch Koordination mit anderen Einrichtungen im Versorgungssystem möglich, die konsiliarische fachärztliche Versorgung einschließlich notwendig werdender besonderer therapeutischer Dienste gewährleistet und eine Teilversorgung (z. B. warme Mahlzeiten, Wäsche, Reinigung) extern durch Einbindung in ein Verbundsystem oder durch Service-Betriebe möglich, so sind der Größe der Heime nach unten nur aus gruppendynamischen und

personellen Gründen eine Grenze gesetzt. Damit eröffnet sich die Chance, Wohnheime und Trainingswohnungen in normalen Mietshäusern oder Einfamilienhäusern einzurichten. In solchen kleineren Heimen kann auch die wichtige familiäre Atmosphäre leichter realisiert werden. In größeren Wohnheimen sollten die Bewohner in Gruppen von 4 bis 15 Behinderten zusammengefaßt werden.

Wohnheime sollten, wie Übergangsheime, nach Möglichkeit institutionell oder funktionell mit psychiatrischen Behandlungszentren verklammert sein oder zumindest in einer sehr engen Kooperation mit diesen arbeiten. Auf jeden Fall müssen sie sinnvoll geplant und in die Gesamtversorgung eines Standardversorgungsgebietes eingebunden sein.

Wohnheime werden wie Übergangsheime von nichtärztlichen Fachkräften geleitet und betreut. Die ärztliche Versorgung erfolgt konsiliarisch. Wohnheime erfordern im Vergleich zu Nachtkliniken und Übergangsheimen wegen ihres überwiegend beschützenden Charakters unter der Voraussetzung adäquater Qualifikation relativ wenig Personal und können daher mit niedrigeren Kostensätzen auskommen.

Für geistig behinderte Erwachsene sowie für seelisch oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche, für psychisch kranke alte Menschen sowie für Alkoholkranke und Drogenabhängige sind spezialisierte Formen von Wohnheimen erforderlich, die den jeweiligen besonderen therapeutischen Notwendigkeiten dieser Gruppen Rechnung tragen (B. 3.7.1; B. 3.8; B. 3.9.1).

4.1.3 Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte *)

Einrichtungen dieser Art nehmen diejenigen chronisch Kranken und seelisch Behinderten, vor allem aber geistig behinderte Erwachsene, Kinder und Jugendliche auf, bei denen durch die Intensität und Schwere ihrer Krankheit oder durch die Summe funktioneller Ausfälle die Behandlung, Betreuung, Pflege und Förderung so aufwendig sind, daß den dazu notwendigen Erfordernissen im normalen Wohnheimbereich oder in der Familie nicht genügend entsprochen werden kann.

Schwerst- und Mehrfachbehinderte bedürfen diagnostischer Einrichtungen und benötigen kontinuierlich längerfristige oder in größeren zeitlichen Abständen erfolgende ärztliche Behandlung. Aus diesem Grunde dürfen Heime für diese Behinderten nicht isoliert stehen, sondern sie sollten immer an entsprechende Institutionen, bei geistig Behinderten beispielsweise an ein Behindertenzentrum (s. B. 3.6), bei Kindern und Jugendlichen an ein kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum (s. B. 3.7.1) angeschlossen sein. Bei der Anbindung dieser Heime an Institutionen sollte jedoch pragmatisch vorgegangen und den zur Zeit vorliegenden Gegebenheiten Rechnung getragen werden. Die im folgenden geschilderten Gesichtspunkte sind angesichts der Vielfältigkeit von Mehrfachbehinderungen in Verbindung mit körperlichen Störungen auch dort von Bedeutung, wo solche Behinderte in körpermedizinischen, z. B. orthopädischen Einrichtungen untergebracht sind, da gerade dort über den der körperlichen Behinderung geltenden Maßnahmen die Förderung der seelischen oder geistigen Störung nicht vernachlässigt werden darf.

Schwerst- und Mehrfachbehinderte sind zeitlebens oder über längere Zeit hinweg bettlägerig, bewegungsgestört bis zur Bewegungsunfähigkeit, an einem oder mehreren Sinnesorganen geschädigt, nicht ansprechbar, antriebslos, verhaltensgestört. Bei dem einzelnen Behinderten sind jeweils eine oder mehrere Behinderungsarten besonders ausgeprägt. Neben einer oft intensiven Pflege ist deshalb für alle Gruppen von Schwerst- und Mehrfachbehinderten ein ihren Behinderungsformen jeweils entsprechendes intensives und unterschiedlich gewichtetes Angebot an speziellen therapeutischen Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, Bewegungstherapie und Rhythmik, Musiktherapie, heilpädagogische Übungsbehandlung, Verhaltenstherapie, Sprachtherapie, Werktherapie, Maßnahmen zur praktischen und schulischen Bildung usw.).

Zur Realisierung solcher jeweils anzubietenden Therapieformen müssen auch die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden (z. B. Hydrotherapeutische Abteilung, Werkstätten, Zugang zu Sonderschulen oder Sonderkindergärten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie usw. — s. B. 3.7.1; B. 3.8). Für den ganz überwiegenden Teil der Bewohner bleibt das Heim für die Dauer ihres Lebens, zumindest für viele Jahre, ihr wesentliches soziales Bezugsfeld. Bei der Ausstattung ist daher auf diesen Gesichtspunkt besonders Rücksicht zu nehmen. Insbesondere der Freizeitbereich in- und außerhalb der Einrichtung ist daher gut auszubauen.

Trotz der Schwere der Behinderung wird es bei dem einen oder anderen der Betroffenen gelingen, ihn in den Wohnheimbereich zu überführen. Deshalb ist eine enge Verbindung der Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte mit dem Wohnheimbereich zweckmäßig (s. B. 3.6).

Auch in Heimen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte sollten die Patienten in Gruppen von maximal 10 Personen leben. Die Größe der Heime ist von der jeweiligen Art der Behindertengruppe abhängig (s. B. 3.7.1; B. 3.8).

Bei Heimen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte ist ein relativ hoher Personalschlüssel erforderlich, um der Intensität der Behinderung — bei den Mehrfachbehinderten doppelte oder mehrfache Art der funktionellen Ausfälle — gerecht werden zu können. Die fachliche Qualität des Personals muß den vielfältigen therapeutischen und pflegerischen Notwendigkeiten entsprechen. Ein großer Teil der Arbeit in diesem Bereich kann von Heilpädagogen, Verhaltenstherapeuten, Krankenpflegepersonal und Beschäftigungstherapeuten übernommen werden.

*) Siehe auch B.3.6 — Schwerstbehinderte sind in der Regel auch mehrfachbehindert. Eine Mehrfachbehinderung ist andererseits nicht gleichbedeutend mit Schwerstbehinderung. Mehrere Behinderungsarten können auch bei leichter Behinderung beobachtet werden.

Die speziellen Aufgaben von Heimen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte sind in den jeweiligen Sonderkapiteln für die betroffenen Behindertengruppen beschrieben (s. B.3.6; B.3.7.1.2; B.3.8).

4.2 Sonstige komplementäre Dienste

Die *sonstigen komplementären Dienste* beinhalten *beschützende Wohnsituationen* oder Einrichtungen, die *Teilzeithilfen* und therapeutisch strukturierte *Freizeitveranstaltungen* anbieten. Entsprechend der jeweils erfaßten Patientengruppen und Aufgabenstellungen können auch diese Dienste sehr variabel sein.

4.2.1 Beschützende Wohngruppen und Wohnungen, Familienpflege

In beschützenden Wohngruppen und Wohnungen leben ehemalige Patienten oder Behinderte, die in stationären und teilstationären Einrichtungen, Übergangs- und Wohnheimen so weit behandelt und gefördert werden konnten, daß sie in der Lage sind, mit Unterstützung der Mitbewohner und gelegentlichen therapeutischen Hilfen ihren Lebensbereich selbständig zu gestalten. Beschützende Wohngruppen werden in der Regel von etwa 4 bis 6 Personen gebildet. Die Mitglieder der Gemeinschaft leben in Einzelzimmern und benutzen Küche und Aufenthaltsräume gemeinsam. Die Wohnungen sollten so beschaffen sein, daß auch Paare darin leben können.

Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, wenn die Mitglieder der Wohngemeinschaften *eine* gemeinsame Bezugsperson haben (Sozialarbeiter, Krankenschwester mit entsprechender Zusatzausbildung, Sozialpädagoge), die notwendige Beratungen, Anregungen und Hilfen für Arbeit, Aus- und Fortbildung, Freizeit und Konfliktlösung geben kann. Diese Betreuung zielt darauf ab, die Mitglieder der Wohngemeinschaft zu vermehrter Selbständigkeit anzuregen und sie möglichst unabhängig von den Betreuungspersonen zu machen. Mitglieder dieser Gemeinschaften, die so stabilisiert sind, daß sie voll eigenständig leben können und die es wünschen, sollte man bei der Suche nach einer eigenen Wohnung behilflich sein. Sofern und solange dies notwendig ist, sollte die Bezugsperson die Wohngruppe regelmäßig besuchen. Falls möglich, sollen die Bezugspersonen aus den Einrichtungen kommen, die die Patienten bzw. Behinderten in die Wohngruppen oder Wohnungen vermittelt haben.

In § 28, Abs. 3, Satz 2 des Schwerbehindertengesetzes vom 30. April 1974 ist der Notwendigkeit, Behinderten bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung auch finanzielle Hilfen zu geben, Rechnung getragen.

Eine besondere Form beschützender Wohnsituation stellt die Aufnahme von Behinderten in Familien dar, die sich — unter der Voraussetzung eines finanziellen Ausgleichs — hierzu bereit erklären *(Familienpflege)*. Eine solche Hilfe hat sich besonders in ländlich-bäuerlichen Schichten seit langem bewährt und kann, wie vor allem das holländische Vorbild von Apeldoorn zeigt, auch heute ein wichtiges Instrument zur Versorgung Behinderter durch eine Aktivierung freiwilliger Hilfspersonen und damit eines wenig kostenintensiven Versorgungspotentials darstellen. Ein guter Familienpflegeplatz könnte für viele Kranke eine Heimunterbringung zweifellos ersetzen und wäre ihr gegebenenfalls vorzuziehen. Es wäre deshalb zu wünschen ,daß diese Form einer Versorgung auch im städtisch-industriellen Raum intensiviert würde und sich hierzu berufene Institutionen, beispielsweise die Kirchen oder geeignete Verbände und Hilfsvereine, um eine Motivationsweckung in der Bevölkerung bemühten. Familienpflege in größerem Ausmaß setzt allerdings, neben der Sicherung eventuell notwendiger ambulanter Behandlung und fürsorgerischer Betreuung, die Organisation einer Anleitung der Pflegefamilien und eine gesicherte Kontrolle der Versorgungsmodalitäten voraus.

4.2.2 Tagesstätten

Tagesstätten sind Einrichtungen für nicht arbeitsfähige seelisch und geistig Behinderte, deren Angehörige tagsüber nicht zur Verfügung stehen oder entlastet werden müssen. Sie unterscheiden sich von Tageskliniken durch ihren überwiegend versorgenden Charakter. Sie stellen ein sinnvolles Angebot dann dar, wenn eine kontinuierliche begleitende Behandlung in der Institution selbst nicht erforderlich ist und können in solchen Fällen Dauerunterbringungen ersetzen.

Den Behinderten soll in den Tagesstätten ein sinnvoll strukturiertes Programm von Tätigkeit, Spiel und Erholung angeboten werden, das ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten jeweils entspricht.

Die personelle Besetzung von Tagesstätten kann sich auf einige geschulte Mitarbeiter beschränken; freiwillige Helfer können hier besonders wirkungsvoll mitarbeiten. Die ärztliche Versorgung erfolgt ambulant.

Auch Tagesstätten sollten für jeweils spezielle Gruppen von Patienten gesondert eingerichtet werden. Besondere Bedeutung kommt ihnen beipielsweise zu bei Hilfen für psychisch kranke alte Menschen zur Entlastung von deren Angehörigen und zur Vermeidung von sonst erforderlichen Heimunterbringungen.

4.2.3 Patientenclubs

Patientenclubs sind Einrichtungen, die ambulanten und aus stationärer Behandlung entlassenen Kranken, ihren Angehörigen und Freunden zusammen mit anderen Bürgern die Möglichkeit zu Kontakten und zu gemeinsamen Veranstaltungen überwiegend geselligen Charakters bieten. Patientenclubs sollten auch primär in ambulanter Behandlung befindlichen Patienten offenstehen, die sonst keine oder nur unzureichende Kontakte finden.

Patientenclubs erfüllen eine wichtige Aufgabe zur Aktivierung, kommunikativen Stärkung und Stützung ihrer Patienten in einem vertrauten Milieu und in der Begegnung mit ihnen ohne Vorurteile gegenübertretenden Personen. Sie können auch

lockere Aussprachen über Schwierigkeiten mit möglichst bereits bekannten Bezugspersonen anbieten, was diese in die Lage versetzt, Informationen aus dem Leben der Patienten aufzugreifen und Hilfen anzubieten. Die Intensität eines therapeutischen ambulanten Angebotes während der Clubzeit hängt von der Zusammensetzung und vom Ausmaß sonstiger ambulanter Hilfen im Versorgungsgebiet ab.

Die Organisation dieser Patientenclubs erfolgt durch kompetente Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen, aber auch durch jeweils geeignete freiwillige Helfer. Die einzelnen Organisationsformen sind einer großen Variabilität unterworfen. Patientenclubs können in der stationären Einrichtung, in halbstationären Diensten, in angemieteten oder in sonst zur Verfügung stehenden Lokalitäten des Versorgungsgebietes betrieben werden.

Durch die Öffnung des Clubs für die Mitbürger am Wohnort wird Verständnis und Solidarität für psychisch Kranke und Behinderte gefördert und einer Abgrenzung vorgebeugt. Durch die engeren Kontakte wird auch Gelegenheit geboten, eine Überleitung und Aufnahme der Patienten in andere Hobby-, Sport- und Geselligkeitsvereine zu ermöglichen und ihnen damit die Integration in die Gemeinschaft der Gesunden zu erleichtern.

4.3 Komplementäre Dienste im Verbundsystem

Bei der Vielzahl von verschiedenen Trägern im Bereich der Betreuung von psychisch Kranken und Behinderten ist damit zu rechnen, daß auch in der Regel die komplementären Dienste von verschiedenen Trägern angeboten werden. Um eine möglichst effektive und differenzierte Form dieser Dienste in einem Versorgungsgebiet zu erzielen, ist mindestens eine enge Zusammenarbeit zwischen den Trägern erforderlich. Besser wäre unseres Erachtens ein Verbundsystem, das in Ballungsräumen mehrere an verschiedenen Standorten, aber in vertretbarer Entfernung voneinander befindliche Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngruppen, Wohnungen, Patientenclubs, Tagesstätten und Werkstätten für Behinderte (s. B.3.5.1) und gemeinsame Versorgungseinrichtungen unter einem zentralen Leitungsgremium umfaßt. Ein solches Verbundsystem wäre nach Meinung der Sachverständigen-Kommission mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ökonomischer.

5 Spezielle rehabilitative Dienste

Rehabilitation bezogen auf den in diesem Bericht zur Rede stehenden Personenkreis, umfaßt alle Maßnahmen und Leistungen, die geeignet sind

1. psychisch Kranke und Gestörte, körperlich, geistig und seelisch Behinderte sowie von Behinderung Bedrohte möglichst auf Dauer in Arbeit, Schule, Ausbildungsstätten, Beruf und Gesellschaft einzugliedern (s. a. § 1 AReha)
2. denjenigen Behinderten, bei denen eine volle Wiedereingliederung nicht gelingt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern, ihnen die Einübung einer angemessenen Tätigkeit oder Beschäftigung zu ermöglichen, die ihnen verbliebenen Fähigkeiten zu fördern und zu entwickeln oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (s. a. § 39, Abs. 3, BSHG)
3. Schwerbehinderten, Schwerst- und Mehrfachbehinderten, die besonderer Betreuung und Pflege bedürfen, zur Erleichterung ihrer Beschwerden wirksam beizutragen, ihnen angemessene Bildung, kulturelle und sonstige Anregungen zu vermitteln und durch Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zu ihrer Verselbständigung soweit wie möglich beizutragen (s. a. § 68, Abs. 2, BSHG). Auch die „aktivierende" Pflege fassen wir noch unter die Aufgabe Rehabilitation.

Es wird zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation unterschieden. Dabei ist zu beachten, daß sich Maßnahmen und Leistungen zur Erreichung dieser verschiedenartigen rehabilitativen Ziele besonders bei psychisch Kranken und Gestörten sowie geistig und seelisch Behinderten oft überschneiden, sich gegenseitig ergänzen müssen und je nach Behinderungsart und funktionellen Ausfällen und dem jeweiligen Abschnitt des Rehabilitationsprozesses von unterschiedlicher Intensität sind.

a) medizinische Rehabilitation

Darunter sind alle Leistungen und Hilfen zu verstehen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die im Reha-Angleichungsgesetz ausdrücklich erwähnten therapeutischen Möglichkeiten wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprach-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und Belastungserprobung sind für die medizinische Rehabilitation unserer Klientel von besonderer Bedeutung (s. a. AReha § 10).

b) berufliche Rehabilitation

Zur beruflichen Rehabilitation gehören alle Leistungen und Hilfen, die erforderlich sind, um die Arbeitsfähigkeit der Behinderten herzustellen, wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten. Dazu gehören Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung; berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Schulung; begleitende Beratung und Hilfen nach der Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auf beschützenden Arbeitsplätzen oder in einer Werkstatt für Behinderte.

c) soziale Rehabilitation

Leistungen und Hilfen zur sozialen Rehabilitation sind notwendig, um einer drohenden sozialen Isolation des Behinderten vorzubeugen oder dem Behinderten die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu erleichtern und zu ermöglichen.

Zu diesen Leistungen und Hilfen gehören insbesonders Sozialtraining, Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Gruppen- und Gesprächstherapie, Sozialberatung; Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (s. a. § 28, Abs. 3, Satz 2 des Schwerbehindertengesetzes).

Hilfen und Maßnahmen zur sozialen Rehabilitation ermöglichen zwar mehr oder weniger erst das Gelingen einer medizinischen oder auch beruflichen Rehabilitation, sie sind von primärer Bedeutung für Behinderte, die noch nicht, nicht oder nicht mehr im Berufsleben stehen wie Kinder, Hausfrauen oder Rentner.

Während die komplementären Dienste für die *Versorgung* — einschließlich medizinischer und sozialer rehabilitativer Angebote psychisch Kranker und Behinderter — notwendig sind, besteht die Aufgabe der speziellen rehabilitativen Dienste darin, dem gleichen Klientel ein gestuftes Angebot von Einrichtungen mit dem Ziel einer möglichst vollen *Rehabilitation der Betroffenen am Arbeitsmarkt* zu machen. Ist dieses Ziel bei einem Klienten nicht zu erreichen, so bieten diese Einrichtungen einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Erlernung und/oder Ausübung einer *geeigneten Tätigkeit*.

Folgende Einrichtungen sind für diese Aufgaben besonders ausgestattet:

Werkstätten für Behinderte,

Beschützende Arbeitsplätze,

Berufsbildungswerke,

Berufsförderungswerke.

5.1 Werkstatt für Behinderte

„(1) Die Werkstatt für Behinderte ist eine Einrichtung zur Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen Behinderten, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.

(2) Die Werkstatt muß den Behinderten ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und ein dem Leistungsvermögen angemessenes Arbeitsentgelt zu erreichen. Sie soll über ein möglichst breites Angebot an Arbeitsplätzen und Plätzen für Arbeitstraining sowie über eine Ausstattung mit begleitenden Diensten verfügen.

(3) Die Werkstatt soll allen Behinderten unabhängig von Art oder Schwere der Behinderung offenstehen, sofern sie in der Lage sind, ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistungen zu erbringen." (§ 52 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 30. April 1974).

Die Sachverständigen-Kommission verkennt nicht, daß das Schwerbehindertengesetz einen bedeutenden Schritt auf dem Wege zur Sicherung der Rehabilitation Schwerbehinderter und ihrer Rechte in der Gesellschaft darstellt. Dennoch könnte die jetzige Formulierung des Gesetzestextes bedenklichen Entwicklungen Vorschub leisten. In § 52, Abs. 3 des Schwerbehindertengesetzes wird die Aufnahme eines Behinderten in eine Werkstatt davon abhängig gemacht, ob er in der Lage ist, „ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung" zu erbringen. Wirtschaftlich verwertbar ist eine Arbeitsleistung dann, wenn durch ihren Ertrag ein Teil der entstehenden Kosten gedeckt wird. Es besteht kein Zweifel, daß es rehabilitationsbedürftige und -fähige Behinderte gibt, die eine derartig definierte Arbeitsleistung nicht zu erbringen in der Lage sind. Die vom Gesetz geforderte Grenzziehung bewirkt, daß eine beträchtliche Anzahl von Behinderten zwangsläufig dem Werkstattbereich ferngehalten wird. Da für Behinderte, die keine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zustande bringen, ebenfalls Beschäftigungs- und Tätigkeitsmöglichkeiten geschaffen bzw. angeboten werden müssen, besteht die Gefahr, daß ein weiterer Typ von nicht anerkannten Werkstätten minderer Qualität entsteht.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt nachdrücklich die Ansicht, daß einer solchen Entwicklung frühzeitig entgegengetreten werden muß. Dabei verkennt sie nicht, daß es eine gewisse Gruppe von Behinderten gibt und wohl immer geben wird, die keine Aufnahme in die Werkstatt finden kann, weil sie weder in ausreichendem Maß gemeinschaftsfähig noch unabhängig von Pflege ist.

Es wird vorgeschlagen, gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten, welche die Sicherstellung und Finanzierung von Arbeitsplätzen oder Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit in beschützenden Werkstätten für *alle* rehabilitationsfähigen Behinderten unabhängig vom Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Verwertbarkeit ihrer Arbeitsleistung gewährleisten. Um die Forderungen des § 52 Abs. 2 erfüllen zu können, sind neben dem „breiten Angebot an Arbeitsplätzen und Plätzen für Arbeitstraining" auch Räumlichkeiten für beschäftigungstherapeutische Aktivitäten und ein Gymnastikraum vorzusehen. Dieses ist insbesonders dann notwendig, wenn nach § 10, Abs. 5, AReha in Werkstätten „Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten für Behinderte, die einer Arbeitsaufnahme oder einer Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte noch nicht gewachsen sind", durchgeführt werden.

Vor allem in der ersten Zeit ihrer Tätigkeit in einer Werkstatt benötigen insbesondere seelisch Behinderte ein Angebot von beschäftigungstherapeutischen Aktivitäten und Gymnastik, da ihre arbeitsmäßige Belastungsfähigkeit oft noch gering ist. Zudem können diese Aktivitäten ihre Kreativität fördern und die Arbeitsmotivation verstärken.

Der Förderung der Lernmotivation einer Reihe von Behinderten in der Werkstatt ist es darüber hinaus dienlich, wenn mit Hilfe und besonderer Einzelförderung (Berufsausbildungsbeihilfe) der Arbeitsverwaltung

a) Grundausbildungslehrgänge (§ 10, Abs. 3 AReha) zur Vorbereitung auf bestimmte Berufsbereiche angeboten werden, falls ausreichender Bedarf besteht. Nach einem erfolgreichen Abschluß eines solchen Lehrgangs können die behinderten Jugendlichen in ein Berufsbildungswerk (s. B. 3.7.1.4.2, Berufsbildungswerke) vermittelt werden.

b) „Förderungslehrgänge für noch nicht berufsreife Behinderte, von denen zu erwarten ist, daß sie nach Abschluß des Lehrgangs eine Ausbildung aufnehmen können, einschließlich der Arbeitserprobung Leistungsgeminderter" (§ 10, Abs. 4, AReha) zwecks Berufsfindung durchgeführt werden.

Ein Teil der Behinderten, vor allem der von einer Behinderung bedrohten psychisch Kranken bedarf aber vorwiegend der Arbeitsgewöhnung, des Arbeitstrainings und der stufenweisen Arbeitsbelastung, um dann nach Möglichkeit wieder an den gewohnten Arbeitsplatz zurückkehren zu können.

Die in § 52, Abs. 2 des Schwerbehindertengesetzes geforderten begleitenden Dienste sind vor allem während der Anfangsphase (Arbeitserprobung und Arbeitstraining) der Rehabilitation eines Behinderten und während und nach der Überleitung auf beschützende Arbeitsplätze von besonderer Bedeutung.

Die begleitenden Dienste *) werden wahrgenommen von:

— konsiliarisch tätigen Ärzten, die möglichst über Kenntnisse in Arbeitsmedizin verfügen oder sich solche aneignen sollten (insbesondere in Werkstätten, in denen von einer Behinderung bedrohte psychisch Kranke, chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte gefördert werden).

— Psychologen (in größeren Werkstätten hauptamtlich, in kleineren Werkstätten konsiliarisch tätig),
Sozialarbeitern,
Beschäftigungstherapeuten,
Sozial-/Heilpädagogen,
Krankengymnastinnen,
Krankenschwestern (gegebenenfalls teilzeitbeschäftigt).

Die Finanzierung des für die begleitenden Dienste erforderlichen Personals muß gesichert sein. Auf keinen Fall darf der finanzielle Aufwand für ein in Qualität und Quantität ausreichend einzustellendes Personal in unangemessener Weise auf die Einkünfte der Behinderten abgewälzt werden.

Ferner ist zu beachten, daß geistig normale seelisch Behinderte in ihrer Rehabilitation Nachteile erleiden, wenn ihnen mit geistig Behinderten gemeinsame Programme angeboten werden, die überwiegend nach den Bedürfnissen der letzteren Gruppe aufgebaut sind. Auch können geistig Behinderte, wenn sie gut angelernt sind, eine gleichmäßigere und stabilere Arbeit leisten als seelisch Behinderte. Hierdurch ergeben sich Konfliktmöglichkeiten, die den Rehabilitationsprozeß beider Behindertengruppen in einer Werkstatt stören. Unter Berücksichtigung eines zweifellos zu tolerierenden Überlappungsbereiches sind deshalb innerhalb der Werkstatt *getrennte* Programme für seelisch und geistig Behinderte dringend zu empfehlen.

In Ballungsräumen, in denen ein ausreichender Bedarf an Werkstattplätzen besteht, kann es aus den gleichen Gründen sinnvoll sein, getrennte Abteilungen innerhalb einer Werkstatt für Behinderte, oder überhaupt getrennte Werkstätten für die genannten Gruppen von Behinderten vorzusehen.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, daß die Leitung der Werkstatt für Behinderte im psychiatrischen Krankenhaus oder Behindertenzentrum für *alle* Arbeitsplätze, Plätze für Arbeitstraining und Arbeitserprobung für von der Behinderung bedrohte psychisch Kranke, für chronisch psychisch Kranke und geistig und seelisch Behinderte in diesen Einrichtungen zuständig sein muß. Dieses gilt für trägereigene industrielle oder handwerkliche Betriebe, die überwiegend externe Aufträge ausführen ebenso wie für Regiebetriebe, die nur für den anstaltsinternen Bedarf arbeiten, wie auch für einzelne Arbeitsplätze für Behinderte in Kliniken, Heimen und Verwaltungen und für beschützende Arbeitsplätze, die von Betrieben außerhalb der Krankenhaus- oder Behinderteninstitution zur Verfügung gestellt werden (s. B. 3.5.2). Nur durch eine organisatorische Zusammenfassung, Bewertung und Effektivitätskontrolle aller Arbeitsplätze ist die Differenzierung und Stufung der Arbeits- und Förderungsangebote entsprechend der Behinderungsart und der Intensität der Behinderung möglich.

Es ist von zentraler Bedeutung, die Werkstatt in das Verbundsystem in einem Standardversorgungsgebiet zu integrieren: Die Werkstatt hat ihre Funktion für die verschiedensten Kategorien von psychisch Kranken und seelisch Behinderten oder geistig Behinderten. Sie wird genutzt von Behinderten aus stationären Einrichtungen, aber auch von behinderten Bürgern, die im Wohnbereich der Gemeinde bereits voll integriert sind. Durch ihre vielfältigen Beziehungen zu Wirtschaft und Handel kann sie Brückenfunktionen wahrnehmen.

Bedarf

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

*) Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission gehen vor allem im Hinblick auf die Gruppe der seelisch Behinderten über die Mindestausstattung an begleitenden Diensten deutlich hinaus, wie sie in den „Mindestvoraussetzungen für die vorläufige Anerkennung einer Werkstatt für Behinderte" des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (Stand: Dezember 1974) zwischen Bund und Ländern abgestimmt worden sind.

5.2 Beschützende Arbeitsplätze

Beschützende Arbeitsplätze werden in der Regel von Betrieben der freien Wirtschaft zur Verfügung gestellt. Sie dienen der Belastungserprobung und der stufenweisen Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben. Ein reichliches Angebot beschützender Arbeitsplätze aus dem Bereich der freien Wirtschaft ist aus folgenden Gründen und in folgenden Formen wünschenswert:

5.2.1

Der unmittelbare Übergang von Behinderten aus Werkstätten für Behinderte in die normale industrielle Arbeitswelt ist oft ein zu großer Schritt für den Betroffenen. Er erscheint daher sinnvoll, wenn Werkstätten für Behinderte über beschützende Arbeitsplätze in nahegelegenen Betrieben verfügen, auf denen der Eingliederungsprozeß fortgeführt werden kann. Den Werkstätten zugeordnete beschützende Arbeitsplätze sollten je nach dem Grade der beruflichen und sozialen Stabilisierung des Rehabilitanden in mehreren Formen angeboten werden:

a) Eine Gruppe von Behinderten übernimmt je nach Zahl und Eignung einen bestimmten Arbeitsbereich (z. B. Teilfertigung) in einem Industriebetrieb. Die Behinderten bleiben im Arbeitsbereich unter sich, benutzen aber die Freizeit-, sozialen und Verwaltungseinrichtungen des Betriebes mit der übrigen Belegschaft zusammen.

b) Behinderte und nichtbehinderte Beschäftigte des Betriebes arbeiten an möglichst gleichwertigen Arbeitsplätzen unmittelbar neben — bzw. miteinander.

c) Es werden beschützende Einzelarbeitsplätze für Behinderte ausgewiesen.

Die fortlaufende Betreuung der auf den beschützenden Arbeitsplätzen tätigen Behinderten liegt in den Händen der jeweiligen Werkstatt für Behinderte, der die beschützenden Arbeitsplätze zugeordnet sind. Für die Betreuung der auf beschützenden Arbeitsplätzen tätigen Behinderten gelten nach Qualität und Quantität sinngemäß die gleichen Richtlinien zur Personalausstattung, wie sie für die Werkstätten Geltung besitzen.

5.2.2

Es gibt in psychiatrischen Krankenhäusern eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Behinderten und von Behinderung Bedrohter, denen eine Arbeitserprobung und/oder ein Arbeitstraining unter den Bedingungen der industriellen Arbeitswelt unmittelbar zugemutet werden kann. Diesbezügliche Erfahrungen haben gezeigt, daß die Eingliederung dieser Gruppe von Behinderten beschleunigt und positiv beeinflußt werden kann, wenn ihnen ein beschützender Arbeitsplatz außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses zur Verfügung gestellt wird. Das jeweilige psychiatrische Krankenhaus übernimmt den Hin- und Rücktransport der Behinderten zum nahegelegenen Betrieb sowie die Betreuung am Orte der Tätigkeit.

5.3 Arbeitsplätze für Schwerbehinderte nach § 6 des Schwerbehindertengesetzes

Das Schwerbehindertengesetz vom April 1974 hat den Grundsatz festgeschrieben, daß Hilfen der Gemeinschaft zur Eingliederung von Behinderten nicht länger von der Ursache der Behinderung abhängig sein dürfen (s. Jung/Cramer, das neue Schwerbehindertengesetz 1974). Durch dieses begrüßenswerte Abgehen vom Kausalprinzip wird der Kreis der Begünstigten insbesondere um die Gruppe der geistig und psychisch Schwerbehinderten ausgeweitet.

§ 6 des Schwerbehindertengesetzes definiert den Arbeitsplatz im Sinne dieses Gesetzes. In der Regel müssen Betriebe — wenn sie keine Ausgleichsabgabe entrichten wollen — auf 6 % ihrer Arbeitsplätze Schwerbehinderte beschäftigen. Es ist bei dieser Sachlage zu erwarten, daß zukünftig eine vermutlich beträchtliche Anzahl geistig und psychisch Schwerbehinderter in Betrieben unter dem Schutz des Schwerbehindertengesetzes tätig wird.

Zwar enthält das Schwerbehindertengesetz eine Reihe von Vorschriften (§ 20 ff.), die auf die Förderung der Eingliederung, die Überwachung der Durchführung des Gesetzes, die behindertengerechten Ausstattungen der Arbeitsplätze etc. abzielen, jedoch bleibt offen, wer die *spezielle Betreuung* der geistig und insbesondere psychisch Schwerbinderten durchführen soll.

Die Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß vor allem psychisch Schwerbehinderte auch dann, wenn sie in der Lage sind, einen normalen Arbeitsplatz auszufüllen, im Unterschied zu Körperbehinderten einer unter Umständen kontinuierlichen Betreuung bedürfen. Eine solche Betreuung kann etwa durch entsprechend geschulte Sozialarbeiter/innen mit der Möglichkeit konsiliarischer Einschaltung eines Psychiaters oder ggf. Psychologen erfolgen.

Der Aufbau eines derartigen Betreuungsdienstes sollte über die primär zuständigen Hauptfürsorgestellen und Fürsorgestellen in enger Zusammenarbeit mit den jeweils örtlich vorhandenen ambulanten Diensten (offene Sozialdienste der Kreise, Kommunen und freien Verbände, ambulante Dienste, psychiatrische Behandlungszentren etc.) vorgenommen werden. Bei der Bedeutung, die der Betreuung geistig und psychisch Schwerbehinderter im Zusammenhang mit dem Schwerbehindertengesetz beigemessen werden muß, erscheint eine Regelung auf dem Verordnungswege geboten.

5.4 Berufsbildungswerke

In Berufsbildungswerken werden behinderte Jugendliche zur beruflichen Erstausbildung (weiterreichende Sonderregelungen sieht das AReha in § 11, Abs. 2 und 3 vor) aufgenommen, die so behindert sind, daß sie eine Berufsausbildung ohne begleitende Hilfen besonderer Art nicht durchlaufen können. Neben der beruflichen Ausbildung erfahren sie hier eine besondere ärztliche, psychologische und soziales Verhalten fördernde Betreuung.

Da Berufsbildungswerke grundsätzlich Jugendliche der verschiedensten Behinderungsarten aufnehmen sollen, ist ein umfangreiches Angebot von Anlern- und Ausbildungsberufen notwendig, um im Rahmen einer vorgeschalteten Phase der Berufsorientierung bzw. Berufsfindung dem Behinderten die Chancen zu einem von ihm bejahten und auch trotz seiner Behinderung zu leistenden Beruf zu geben. Einige Berufsbildungswerke müssen allerdings für Behinderte, die von besonders schwerwiegenden funktionellen Ausfällen betroffen sind, besondere Abteilungen einrichten, so für Blinde, Hör- und Sprachgeschädigte oder an Epilepsie erkrankte Jugendliche. Dazu gehören auch solche, die gleichzeitig leichte geistige Behinderungen aufweisen (Mehrfachbehinderte).

Bedarf: 0,1 Plätze pro Tausend der Bevölkerung.

5.5 Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind Einrichtungen für erwachsene Behinderte, die neben der praktischen und theoretischen Ausbildung in zukunftsgesicherten Berufen eine begleitende ärztliche, psychologische und soziale Betreuung und Förderung anbieten und über entsprechendes Fachpersonal verfügen müssen. Bei dieser Ausbildung handelt es sich um *Umschulung* von behinderten Erwachsenen, die aufgrund ihrer Behinderung nicht mehr in der Lage sind, ihren alten Beruf auszuüben und aufgrund der Art oder/und Schwere ihrer Behinderung während der Umschulung in der Regel internatsmäßig untergebracht werden müssen. Im übrigen gelten die unter B. 3.5.4. — Berufsbildungswerke — gemachten Ausführungen analog.

Bedarf: 0,18 Plätze pro Tausend der Bevölkerung.

6 Behindertenzentren

Behindertenzentren sind selbständige Einrichtungen auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete mit Siedlungscharakter. Sie dienen zur Versorgung und Förderung von seelisch oder geistig und Mehrfachbehinderten, die aufgrund negativer Verlaufsformen ihrer Krankheit und Behinderung oder besonders schwerer geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderungen oder durch die Summe ihrer Mehrfachbehinderung einer langfristigen stationären Unterbringung bedürfen. Im Behindertenzentrum gruppieren sich um Einrichtungen für Diagnostik und Therapie Wohn- und Pflegeheime, Werkstätten, Sonderschulen und Freizeiteinrichtungen. Die Einrichtungen für Diagnostik und Therapie, Werkstätten, Sonderschulen und Freizeit sollen je nach örtlichen Gegegebenheiten auch für externe — bei ihren Angehörigen lebende — Behinderte zur Verfügung stehen. Es ist wünschenswert, wenn das Behindertenzentrum in den benachbarten Gemeinden seines Versorgungsgebietes komplementäre Dienste, Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngruppen, Wohnungen und Patientenclubs — (s. B. 3.4) unterhält oder mit ihnen eng kooperiert. In diese Einrichtungen können Behinderte verlegt werden, die im Zentrum entsprechend gefördert werden konnten. Andererseits können für die Behinderten in gemeindenahen Einrichtungen bei Bedarf insbesondere die diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen des Zentrums genutzt werden. Auch sind gegebenenfalls Rückverlegungen in Pflege- und Wohneinrichtungen des Zentrums möglich (s. B. 3.4.1.3).

Die Zentren für geistig und seelisch Behinderte können sich in den Schwerpunkten ihrer Aufgabenstellung unterscheiden. Sie sind durch die Vielfalt ihrer Einrichtungen in der Lage, ein gestuftes Angebot auf den Gebieten der Therapie, Pflege, Heilpädagogik, des Wohnens, der Arbeit und der Freizeit zu machen, die den verschiedenen Behinderungsarten und -gruppen angemessen sind. Aus dieser Vielfalt ergibt sich die Möglichkeit, verschiedene Programme zu entwickeln.

Unter den Schwerstbehinderten befindet sich eine große Zahl Mehrfachbehinderter. Wenn neben einer schweren oder schwersten geistigen oder seelischen Behinderung eine zweite oder gar mehrere weitere Behinderungen vorhanden sind, so sollte für diese Behinderten ein Teil der überregionalen Zentren zur Verfügung stehen. Dabei können sie, um ihre Isolierung zu vermeiden, grundsätzlich mit anderen Schwerstbehinderten gemeinsam versorgt und gefördert werden. Allerdings sollte ihr Anteil an der Gesamtzahl so bemessen sein, daß eine auch ökonomisch vertretbare Therapie den besonderen Bedürfnissen und Probleme der jeweiligen Behinderungsart dieser Patienten entsprechend angeboten werden kann.

Die Vorteile solcher Behindertenzentren werden im wesentlichen wie folgt gesehen:

Die bei einem Teil der Behinderten kaum noch zu verändernden Unterschiede zwischen ihrem Lebenstempo und dem der übrigen Bevölkerung, die häufig auftretenden Orientierungsschwierigkeiten, die Gefährdung im Straßenverkehr und die Ungeübtheit der Bevölkerung im Umgang mit Schwerstbehinderten, insbesondere mit wesensveränderten Behinderten, erfordern einen größeren Bewegungsraum. Dieser bietet für den schwerstbehinderten Patienten mehr Schutz und damit mehr Entfaltungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeit.

Die Konfrontation mit der eigenen Behinderung findet weniger hart und unmittelbar statt.

Das Miteinanderleben von Schwerstbehinderten und gesunden Mitarbeitern in einem kleineren Gemeinwesen und die Benutzung von gemeinsamen Arbeits-, Freizeit- und Sozialeinrichtungen führen zu einer ständigen Kommunikation zwischen Behinderten und Gesunden und helfen bei einer entsprechenden Schulung der Mitarbeiter, auch Hospitalisierungsschäden zu vermeiden.

Die Verbindung der Zentren mit gemeindenahen Einrichtungen bewirkt eine Öffnung der Zentren in die Gemeinden und ermöglicht eine noch größere

Differenzierung der therapeutischen und rehabilitativen Angebote.

Fortbildungsangebote für Mitarbeiter sind besser zu verwirklichen. Auch berufsbegleitende Maßnahmen zur praxisnahen Umschulung von zusätzlich zu gewinnenden Mitarbeitern aus anderen Berufen sind leichter durchzuführen. Dadurch wird die Arbeit mit Schwerst- und Mehrfachbehinderten attraktiver. Die Motivation der Mitarbeiter wird durch die Begleitung des Rehabilitationsprozesses eines Behinderten bis zur gelungenen Rehabilitation verstärkt.

Größe

Behindertenzentren sollen mindestens 200, höchstens 400 Betten umfassen.

7 Versorgung besonderer Altersgruppen

7.1 Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

Es wird hier die Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher insgesamt erörtert und die aufgabengerechte Neuordnung in einem Verbundsystem vorgeschlagen. Für besondere Versorgungsbedürfnisse, Versorgungsformen und Einrichtungen finden sich Darstellungen in den Abschnitten über Beratungsstellen (B. 2.2), Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutischer Funktion (B. 4.2), Versorgung geistig Behinderter (B. 3.8) und Epilepsie-Kranker (B. 3.9.4). Im einzelnen wird jeweils noch einmal ausdrücklich auf diese Abschnitte verwiesen.

7.1.1 Aufgabenbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. — Besonderheiten der Versorgung psychisch auffälliger und behinderter Kinder und Jugendlicher

7.1.1.1 Aufgabenbereich

Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet

- Klärung der somatischen, psychosozialen und soziokulturellen Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen,
- Behandlung (Einflußnahme auf störende Entwicklungsbedingungen und gestörte Beziehungen, kompensierende Hilfen),
- Vorbeugung (primäre und sekundäre Prävention) bei Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des seelischen Befindens, psychischen Krankheiten sowie seelischen und geistigen Behinderungen im Kindes- und Jugendalter.

Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt damit zugleich *präventive Aufgaben* hinsichtlich psychischer Störungen im Erwachsenenalter wahr. Eine ausreichende Versorgung im Kindes- und Jugendalter

- kann geistig-seelische Entwicklungsstörungen rechtzeitig beeinflussen,
- das Risiko psychischer Dekompensation im Erwachsenenalter herabsetzen,
- die Verfestigung von Verhaltensauffälligkeiten verhindern,
- die Auswirkung von Behinderungen verringern.

Der gegenwärtige Bestand an Einrichtungen steht in einem krassen Mißverhältnis zu diesen Aufgaben und ihrer Bedeutung.

7.1.1.2 Beteiligte Berufsgruppen — Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Die Versorgung verhaltensauffälliger, leistungsbeeinträchtigter, psychisch gestörter, kranker und behinderter junger Menschen ist die gemeinsame Aufgabe von Berufsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der diagnostischen und therapeutischen Spezialisierung (Ärzte, Psychologen, Kinderpsychotherapeuten, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, pädagogische und pflegerische Mitarbeiter). Das somatische, psychosoziale und soziokulturelle Bedingungsgefüge psychischer Störungen macht eine enge Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erforderlich. Ohne eine solche Kooperation besteht die Gefahr, daß jeweils wesentliche Sachverhalte — zum Nachteil der Kinder und Jugendlichen — unberücksichtigt bleiben.

Kooperation findet statt

- innerhalb multidisziplinär besetzter Einrichtungen, deren fachliche Leitung sich vom Schwerpunkt der Tätigkeit her bestimmt (Modelle: Erziehungsberatungsstellen, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie);
- durch organisierte Zusammenarbeit von Personen und Einrichtungen mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten (z. B. zwischen Beratungsstellen und Heimen, in Balint-Gruppen mit Kinderkliniken);
- durch multidisziplinäre Beratung solcher Einrichtungen, die selber nicht multidisziplinär besetzt sind (z. B. Einrichtungen, in denen Bildungs- oder Ausbildungsaufgaben überwiegen).

7.1.1.3 Lebensräume der Kinder und Jugendlichen

Für Kinder und Jugendliche sind vor allem die Familie und die Sozialisationsinstitutionen (Kindergärten, Schule usw.) diejenigen Beziehungsfelder, in denen Risiken für die Entstehung psychischer Störungen zusammentreffen, in denen Auffälligkeiten zu Reaktionen führen und in denen aber auch Kinder und Jugendliche einen Platz und eine Rolle finden sollen, die unter einer wie auch immer gearteten Beeinträchtigung leiden. Sie sind der Ort, wo einer Ausgliederung entgegengewirkt und Eingliederung gefördert werden kann. Zu einem großen Teil wenden sich die vorbeugenden und therapeutischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie daher an die Personen und Gruppen, mit denen es junge Menschen in diesen beiden Beziehungsfeldern zu tun haben. Eltern wie Mitarbeiter der Sozialisationsinstitutionen müssen — ohne selber über eine entsprechende berufliche Spezialisierung zu verfügen — durch die dafür aus-

gebildeten Spezialisten dazu befähigt und dabei unterstützt werden, Probleme im Umgang mit auffälligen Kindern soweit wie möglich in ihren Beziehungsfeldern selbst zu lösen.

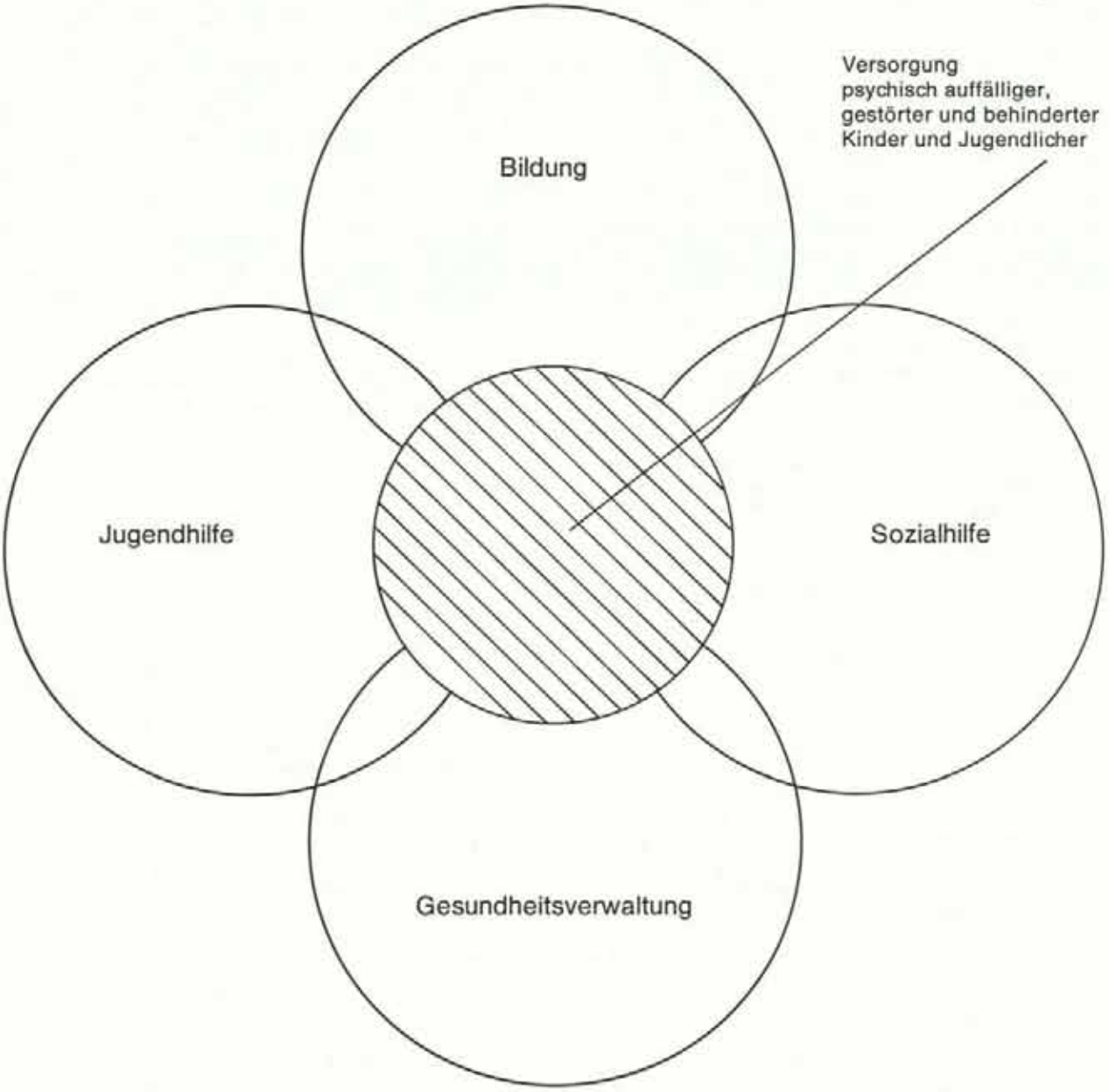
7.1.1.4 Differenzierung des Versorgungsangebotes

In vielen Bereichen sind die entwicklungsspezifischen Unterschiede der Altersstufen für die Form des therapeutischen Angebotes und die Struktur von Einrichtungen maßgeblich. Daraus ergibt sich neben einer Differenzierung nach Art der Störung oder Beeinträchtigung eine zweite Kategorie der Gliederung von Versorgungssystemen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Notwendigkeit einer zweifachen Differenzierung ist vor allem für die Größenordnung von Versorgungsgebieten und von zentralen Einrichtungen von Bedeutung.

7.1.1.5 Zuständigkeiten von Behörden und Trägern

Für die Versorgung verhaltensauffälliger, psychisch kranker, geistig und seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher sind verschiedene Ressorts der kommunalen Behörden, der Länderbehörden und der Bundesbehörden zuständig. Beteiligt sind dabei vor allem die Organe des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, der Sozialhilfe und des Bildungswesens.

Abbildung 1



Die Durchführung liegt — wie auch in anderen Bereichen psychohygienischer Versorgung — bei verschiedenen öffentlichen und freien Trägern.

Dieser Sachverhalt hat zum Teil historische Ursachen. Er wird im übrigen aber dadurch bedingt, daß alle Systeme, die sich mit den Belangen junger Menschen befassen, auf Abweichungen der Entwicklung reagieren.

Wenn dabei psychosoziale, soziokulturelle und soziale Bedingungen so berücksichtigt werden, wie es jeweils im Sinne multidisziplinärer Zusammenarbeit erforderlich ist, dann müssen sich zwangsläufig die Vorkehrungen weitgehend überschneiden (s. Abbildung 1). Das zeigt sich u. a. in den Entwürfen zu einem Jugendhilfegesetz und in den Empfehlungen des Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher".

Es ließe sich indessen weder ökonomisch rechtfertigen, wenn jeder Bereich ein eigenes Versorgungssystem entwickeln würde, noch würden je Spezialisten der verschiedenen Berufsgruppen in der dann notwendigen Zahl zur Verfügung stehen.

Andererseits hat ein aufgabengerechtes Versorgungssystem so vielfältige Funktionen miteinander zu verbinden, daß der Sache nach Gewährleistung und Verantwortung auch künftig nicht nur bei einem Ressort werden liegen können. Unkoordiniertes, unökonomisches und desorientierendes Nebeneinander von Aktivitäten muß dadurch behoben und künftig vermieden werden, daß die Einrichtungen eines Versorgungssystems im Verbund geplant werden und ihre multidisziplinäre Zusammenarbeit verbindlich festgelegt wird (s. B. 3.7.1.2.5).

7.1.1.6 Sonderaufgaben der Versorgung

7.1.1.6.1 Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

Dissoziales Verhalten bei Kindern wie bei Jugendlichen ist Ausdruck einer Störung der Beziehungen zur sozialen Umwelt, die wie jede andere Auffälligkeit des Verhaltens eine Klärung der psychosozialen, somatischen und soziokulturellen Entstehungsbedingungen und eine darauf gegründete Behandlung erforderlich macht. Bei den gegenwärtig noch weitgehend punitiven und ausgliedernden Reaktionen auf dissoziales Verhalten werden die tatsächlichen Entstehungszusammenhänge und die Möglichkeiten der Behandlung verschleiert und verkannt. Es gehört deswegen zu den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsaufgaben, auf dissoziales Verhalten und seine Entstehungsbedingungen im Rahmen eines regionalen Verbundsystems so einzugehen wie auf jede andere Störung und dadurch auch einer verfestigenden Stigmatisierung und Ausgliederung zuvorzukommen.

7.1.1.6.2 Geistige Behinderung bei Kindern und Jugendlichen

Die Eingliederung bei geistig Behinderten hängt von frühzeitiger Feststellung der Behinderung und früh einsetzenden, vielseitigen, vor allem sonderpädagogischen Maßnahmen ab. Die dabei erforderliche multidisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch die Verschiedenartigkeit der Zugangswege, die im Einzelfall zur Klärung des Problems führen, machen es notwendig, die Einrichtungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche in die Planung und Organisation von Verbundsystemen einzubeziehen. Die Fortsetzung der Versorgung im Erwachsenenalter macht außerdem aber eine organisatorische Verbindung mit den Einrichtungen für erwachsene geistig Behinderte erforderlich (s. B. 3.8 Versorgung geistig Behinderter).

7.1.2 Versorgung in einem regionalen Verbundsystem

7.1.2.1 Bedarf

Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren machten 1971 27 % der Gesamtbevölkerung aus. Erhebungen über den Anteil verhaltensauffälliger, leistungsbeeinträchtigter und behinderter Kinder und Jugendlicher liegen in größerem Umfang nur für das Schulalter vor. Sie stimmen darin überein, daß bei 20 bis 25 % aller Schulkinder Auffälligkeiten vorhanden sind, die zumindest in irgendeiner Form eine Klärung notwendig machen (Tabelle 1).

Aufschlüsse über den Umfang der im einzelnen notwendigen Interventionen, etwa über den Bedarf an Einzeltherapie, lassen sich diesen Untersuchungs-

Tabelle 1

Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen im Schulalter (Übersicht über Untersuchungsergebnisse, Prozentzahlen abgerundet)

Shepherd, Oppenheim und Mitchell (England, 5—15 Jahre, 1961)	19 % *)
Jonsson und Kälvesten (Schweden, 7 bis 10 Jahre, 1964)	25 %
Celdig (Kanada, 0 bis 20 Jahre, 1970)	25 %
Thalmann (Bundesrepublik Deutschland, 7 bis 10 Jahre, 1971)	20 %
Steuber (Bundesrepublik Deutschland, 6 bis 10 Jahre, 1973)	25 %

*) Mit drei oder mehr auffälligen Verhaltensweisen.

Tabelle 2

Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen im Schulanfängerjahrgang einer Großstadt (Kohlscheen)

Im Laufe des 1. Schuljahres erheblich auffällig	16,3 %
Vom Schulbesuch zurückgestellt	6,0 %
Einer Sondereinrichtung zugeführt	8,7 %
	31,0 %

ergebnissen nicht entnehmen. Die eigene Erhebung der Kommission (Kohlscheen) bestätigte die angeführten Ergebnisse, zeigte aber außerdem, daß derartigen Untersuchungen diejenigen Kinder der einzelnen Schuljahrgänge entgehen, die bereits anderen Einrichtungen zugeführt worden sind (Tabelle 2).

Die erforderlichen Vorkehrungen schließen Maßnahmen von sehr unterschiedlicher Intensität ein. Dabei stehen die Größenordnungen des Bedarfs und der jeweils erforderliche Aufwand in umgekehrtem Verhältnis zueinander. Für einen großen Teil der auffälligen Kinder dürften sekundärpräventive Maßnahmen, die sich in erster Linie an die Beziehungspersonen und Sozialisationsinstitutionen wenden, ausreichen, um auf Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen Einfluß zu nehmen. Nur bei einem sehr geringen Anteil wird aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen eine stationäre Aufnahme erforderlich. Die zwischen diesen beiden Möglichkeiten gelegenen Abstufungen von Maßnahmen sind in Abbildung 2 umrißhaft dargestellt. Die Größenverhältnisse der einzelnen Bedarfsstufen können sich dabei nur auf grobe Schätzungen gründen. Sie dürfen nicht nur regionale Unterschiede aufweisen, sondern außerdem auch von der Intensität primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen abhängen.

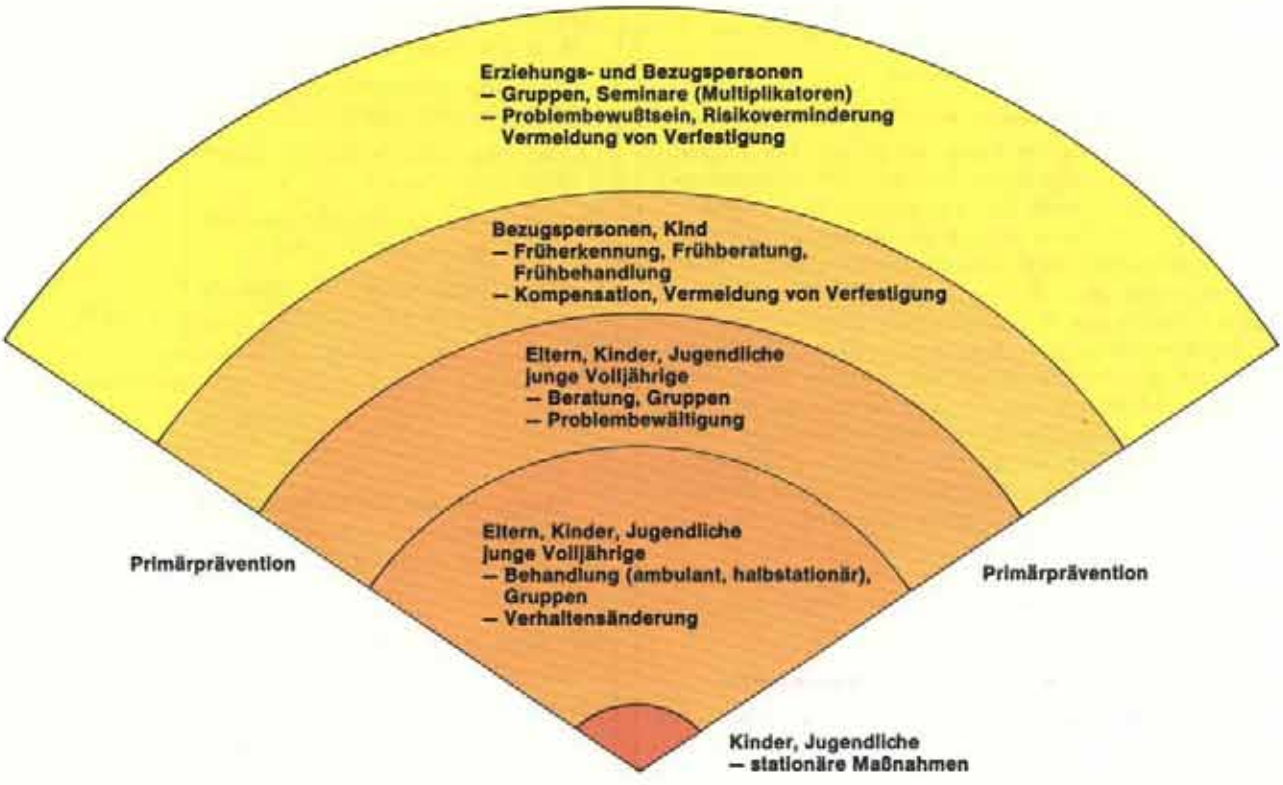
Bei der Beurteilung des Bedarfs muß im übrigen berücksichtigt werden, daß gerade jene Gruppen der Bevölkerung, bei denen im Zusammenhang mit ihrer sozioökonomischen Lage besondere Risiken für andauernde psychische Störungen vorhanden sind, gegenwärtig zu präventiven und therapeutischen Maßnahmen kaum aus eigener Initiative Zugang finden. Für solche Randgruppen ist deswegen ein besonderer Aufwand an aufsuchender Aktivität erforderlich.

Verhältnismäßig gut gesichert sind die Bedarfsziffern im einzelnen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Der Durchschnitt von Feldstudien und Schätzungen liegt bei 0,8 % geistig Behinderter je Geburtsjahrgang (jenseits des Säuglings- und Kleinstkindesalters). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist demnach mit 2,4 ‰ geistig behinderter Kinder und Jugendlicher zu rechnen. Etwa ein Viertel davon, d. h. etwa 0,6 ‰ (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) bedarf einer stationären Dauerunterbringung.

Soweit Maßnahmen für den Bedarf an einzelnen Institutionen vorliegen, werden sie bei der Darstellung des Versorgungssystems (s. B. 3.7.1.2.3) angeführt.

Es ist zunächst nicht zu erwarten, daß sich die Größenordnung des Bedarfs im Zusammenhang mit der derzeitigen Abnahme der Geburtenquote wesentlich ändern wird. Gleichlaufend ist nämlich vor-

Abbildung 2



erst mit einer Zunahme an Entstehungsrisiken (minimale und ausgeprägte zerebrale Funktionsstörungen nach Überleben von Schäden und Erkrankungen; zunehmend kompliziertere Kommunikationserfordernisse usw.) zu rechnen.

7.1.2.2 Gegenwärtiger Stand der Versorgung

Im ambulanten Bereich wird eine zumindest teilweise multidisziplinäre Versorgung gegenwärtig vor allem von den Erziehungsberatungsstellen geleistet, die sich funktionsgerechter z. T. als Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern oder als Familienberatungsstellen bezeichnen. Sie werden zu annähernd 75 % von klinischen Psychologen und zu 12,5 % von Ärzten geleitet. Die eigene Erhebung (Specht) hat am Stichtag (30. Mai 1973) in der Bundesrepublik Deutschland 375 Erziehungsberatungsstellen erfaßt. Davon verfügten allerdings 35 % nicht über die Mindestbesetzung von drei Fachkräften. 13 % wurden lediglich nebenamtlich geleitet. Auch wenn berücksichtigt wird, daß es demgegenüber einzelne Beratungsstellen gibt, die über mehrere Arbeitsgruppen verfügen, entfallen auf eine Arbeitsgruppe im Durchschnitt 200 000 Einwohner statt 50 000 Einwohner, wie es älteren Richtzahlen der WHO entsprechen würde.

Die Unzulänglichkeit der ambulanten Versorgung wird durch das Ergebnis von Stichprobenerhebungen unterstrichen. Bei Grundschulkindern, die als verhaltensauffällig oder leistungsbeeinträchtigt ermittelt wurden, war nur für 16,5 % eine zumindest diagnostische Maßnahme eingeleitet worden (Steuber). Dabei zeigte sich außerdem noch ein erhebliches Gefälle von den höheren zu den niedrigeren Sozialschichten (29,5 % : 11 %). Bei Schulanfängern waren nur 8 % der verhaltensauffälligen Kinder bislang einer multidisziplinären Untersuchung zugeführt worden (Kohlscheen).

Im stationären Bereich wurden bei der Erhebung über die gegenwärtige Versorgung zwar nicht alle vorhandenen Einrichtungen erfaßt (s. A. 4). Es zeichnet sich jedoch ab, daß die Plätze in den bestehenden Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen überwiegend von langfristig untergebrachten Behinderten mit neuropsychiatrischen Komplikationen eingenommen werden. Nur ein kleiner Teil der Fachabteilungen, insbesondere aber die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Universitäten, versorgten demgegenüber überwiegend neurotische Störungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und psychosomatische Erkrankungen mit kurz- und mittelfristigem stationären Aufenthalt.

Im übrigen ist die gegenwärtige Versorgung dadurch gekennzeichnet, daß eine gegenseitige Ergänzung und Unterstützung von Einrichtungen im Sinne eines Verbundsystems so gut wie ausschließlich informell und in begrenzten Bereichen stattfindet. Überwiegend wird die Kapazität von Spezialisten dagegen unkoordiniert und das heißt unökonomisch eingesetzt.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geht es deswegen nicht um die Umgestaltung eines bereits bestehenden Versorgungssystems, sondern um den erstmaligen Aufbau einer zusammenhängenden Versorgung.

7.1.2.3 Umriß eines regionalen Verbundsystems zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

7.1.2.3.1 Grundsätze für die Versorgung innerhalb eines Verbundsystems

1. Alle unmittelbar erforderlichen Dienste sollen innerhalb eines überschaubaren geografischen Raumes erreichbar sein.
2. Es soll gewährleistet sein, daß allen therapeutischen Maßnahmen eine multidisziplinäre Diagnostik vorausgeht und daß sie durch eine Supervision begleitet werden.
3. Stationäre Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen lediglich aus Gründen räumlicher Distanz zu den erforderlichen Diensten sollen vermieden werden.
4. Langfristige stationäre Versorgung soll innerhalb der Region erfolgen, um alle Möglichkeiten einer sozialen Integration offenzuhalten.
5. Der Übergang zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Zuständigkeit und Trägerschaft muß für alle Versorgungsbedürftigen ohne Umwege möglich sein.
6. Beratung, Supervision und Fortbildung zwischen Einrichtungen verschiedener Zuständigkeit und Trägerschaft müssen organisatorisch gesichert sein.

7.1.2.3.2 Größe der einzelnen Versorgungsgebiete — Überregionale Aufgaben

Für die Größe der einzelnen Versorgungsgebiete sind maßgeblich

— Erreichbarkeit der Einrichtungen (Besiedlungsdichte, Verkehrsverbindungen);

— Möglichkeiten der Differenzierung (s. B. 3.7.1.4) in den stationären Einrichtungen, die mit deren Platzzahl zusammenhängen;

— Möglichkeiten einer ökonomisch vertretbaren Selbständigkeit der zentralen Einrichtungen.

Die Größe des für die allgemeine Psychiatrie vorgesehenen Standardversorgungsgebietes mit durchschnittlich 250 000 Einwohnern schränkt die bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen notwendigen Differenzierungsmöglichkeiten (s. B. 3.7.1.1.4) ein. Es erscheint deswegen zweckmäßig, für die Planung und Organisation von Verbundsystemen je zwei Standardversorgungsgebiete zusammenzufassen, deren durchschnittliche Einwohnerzahl dann bei 500 000 liegen sollte. In weniger dicht besiedelten Gebieten wird dabei eine besondere Struktur der Verbundsysteme (Untergliederung, schwerpunktmäßige Zusammenfassung im ambulanten Bereich) erforderlich sein, um die Erreichbarkeit der Dienste zu sichern.

Die Differenzierungsmöglichkeiten bleiben allerdings auch bei dieser Zusammenfassung begrenzt. Für bestimmte Krankheitszustände, wie für diagnostische und therapeutische Methoden, muß deswegen

die Differenzierung überregional fortgesetzt werden. Dementsprechend ist eine überregionale Planung und Koordination erforderlich. Überregionale Sondereinrichtungen können, abhängig von ihrer Größenordnung, selbständige Einrichtungen sein oder als Abteilungen der regionalen Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant und stationär) eingerichtet werden.

Solche *überregionalen Einrichtungen* sind

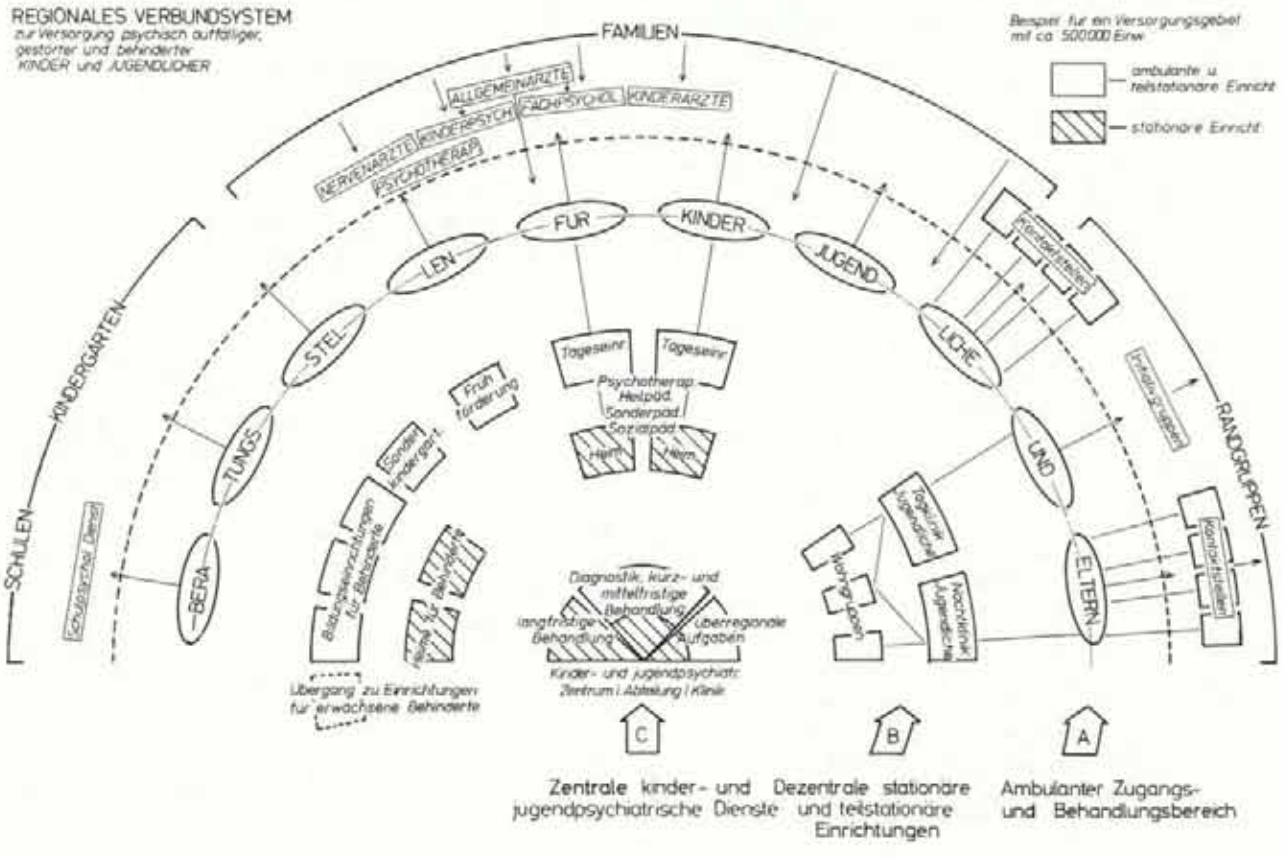
- Klinische Zentren für Früherkennung und Frühförderung von Behinderten (für jeweils etwa acht Standardversorgungsgebiete);
- Abteilungen für klinische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (für jeweils etwa acht Standardversorgungsgebiete). Diese Einrichtungen sind unter B. 4.2 beschrieben;
- Abteilungen für Adoleszenten mit ausgeprägten Störungen im Sozialverhalten;
- Abteilungen für besonders überwachungsbedürftige Patienten;
- Spezialambulanzen für Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen (für jeweils etwa fünf Standardversorgungsgebiete), (s. B. 3.9.4 Epilepsie-Kranke);
- Stationäre Abteilungen für Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen (für jeweils etwa 34 Standardversorgungsgebiete bzw. 8,5 Millionen Einwohner), (s. B. 3.9.4 Epilepsie-Kranke);
- Abteilungen und Zentren für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Folgen schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen (insgesamt vier für die Bundesrepublik Deutschland), letztere der Größenordnung nach voraussichtlich selbständige Einrichtungen;
- Stationäre Zentren für Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen (insgesamt vier für die Bundesrepublik Deutschland), der Größenordnung nach selbständige Einrichtungen, nach Möglichkeit mit Verbindung zu Universitäten (160 bis 240 Plätze).

7.1.2.3.3 Gliederung und Einrichtungen des regionalen Verbundsystems

Die Darstellung der *Versorgung* hat zu berücksichtigen (Abbildung 3):

- die besonderen **Beziehungsfelder,** in denen gefährdete und gestörte Kinder und Jugendliche

Abbildung 3



leben (Familie, Randgruppen, Schulen, Kindergärten usw.). Die Aktivität des Verbundsystems soll sich auf diese Beziehungsfelder richten.

— Spezialisten und Einrichtungen, die als **erste Linie** insofern eine besondere Stellung zwischen den Beziehungsfeldern und dem Verbundsystem einnehmen, weil sie teils selbständig bzw. unabhängig, teils anderweitig institutionalisiert, organisatorisch nicht in das Verbundsystem einbezogen sind, indessen sowohl Zugangsmöglichkeit darstellen, wie auch auf die multidisziplinäre Unterstützung der ambulanten Einrichtungen und des Zentrums zurückgreifen können (Weiterleitung, Beratung, Gruppenberatung):

Ärzte für Allgemeinmedizin;

Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Neurologie und Psychiatrie;

Klinische Psychologen;

Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten);

Schulpsychologische Dienste.

} in freier Praxis

In weiterem Sinne können zu diesem Vorfeld auch alle Personen und Institutionen gerechnet werden, die mit Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter professionell konfrontiert werden (z. B. Jugendamt, weibliche Kriminalpolizei). Ihnen hat das Verbundsystem Beratung, Fortbildung, u. U. auch regelmäßige Supervision anzubieten.

Unmittelbar im Wohnbereich sozialer Randgruppen sind als erste Linie (selbständig oder dem Verbundsystem zugehörig) erforderlich:

Kontaktstellen (s. B. 2.2 Beratungsstellen),

Gruppen von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen.

— das **Verbundsystem** selbst ist gegliedert in

A) Ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereich,

B) Dezentrale stationäre und teilstationäre Einrichtungen,

C) Zentrale ambulante und stationäre Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

A) Ambulanter Zugangs- und Behandlungsbereich

Das Gerüst des ambulanten Bereichs stellen *Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien* dar. Sie sind unmittelbar, d. h. ohne formelle Voraussetzungen ambulant zugänglich. Auf 50 000 Einwohner ist mindestens eine derartige Einrichtung vorzusehen. Diese bisher als „Erziehungsberatungsstellen" bezeichneten Einrichtungen sollen künftig als Konzentration von Fachkräften aus dem psychologischen, psychotherapeutischen, medizinischen, sozialen und heilpädagogischen Bereich in der Lage sein, einen wesentlichen Teil der Versorgungsaufgaben in den Beziehungsfeldern der Kinder und Jugendlichen zu lösen.

Derartige Beratungsstellen können sich zusätzlich spezialisieren. Zum Beispiel:

— Frühberatung,

— Randgruppenarbeit,

— Drogenberatung,

— Institutionsberatung,

— Krisenintervention.

Diese Spezialisierung kann eine ergänzende Zusammenarbeit im ambulanten Bereich ermöglichen, sie darf aber die Funktion der einzelnen Beratungsstelle als Zugangsstelle für alle, deren Problem noch nicht näher definiert ist, nicht beeinträchtigen. In großflächigen Regionen ist eine sektorielle Zuordnung und Zusammenfassung der Beratungsstellen angebracht.

Auf die Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern entfallen an wesentlichen Aufgaben:

— Klärung (multidisziplinäre Diagnostik), situations- bzw. problemzentrierte Intervention (Beratung) in kritischen Entwicklungssituationen und bei aktuellen Verhaltensproblemen *(Spezialisten unterstützen bei der Lösung von Problemen).*

— Früherkennung und Erstberatung bei vorhandener oder drohender Behinderung, ggf. Weiterleitung an Sondereinrichtungen.

— Indikationsstellung und Durchführung von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie bei tiefergreifenden Störungen der Beziehungen, des Verhaltens und der Leistungsmöglichkeiten *(Spezialisten treten selber in eine therapeutische Beziehung zu jungen Menschen und deren Familien).*

— Angebot besonderer Zugangsmöglichkeiten für Jugendliche und für Randgruppen.

— Sekundärprävention durch Beratung sowie themen-, problem- und fallzentrierte Gruppenarbeit mit Eltern und Mitarbeitern von Sozialisationsinstitutionen *(Spezialisten befähigen Beziehungspersonen, Probleme selbst zu lösen).*

Diese vielseitigen Aufgaben erfordern eine gegenüber den bisherigen Erziehungsberatungsstellen größere und differenziertere *Besetzung mit Fachkräften:*

— Personelle Grundausstattung einer Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern:

zwei Klinische Psychologen *), ein Arzt, zwei Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), ein Sozialarbeiter, ein Diplompädagoge.

— Personelle Ergänzung für besondere Aufgaben durch weitere der aufgeführten Fachkräfte, Logopäden, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Heilpädagogen.

Einzelne Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern können in fester Verbindung mit dezentralen teilstationären und stationären Einrichtungen stehen (z. B. psychotherapeutisches Kinderheim, Einrichtungen für Jugendliche).

*) Fachpsychologen für klinische Psychologie sind Diplompsychologen mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung und einer mehrjährigen Praxis im Bereich der Psychohygiene.

Bei allen Problemen, für die die Möglichkeiten der Beratungsstellen nicht ausreichen, greifen sie auf die zentralen Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück.

B) Dezentrale teilstationäre und stationäre Einrichtungen

Die Einrichtungen halten unmittelbar oder durch die Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern Verbindung zu den Beziehungsfeldern der Versorgungsbedürftigen (Zugang, Rückführung, gleichlaufende Arbeit mit Beziehungspersonen).

Im übrigen ist es für die dezentralen Einrichtungen erforderlich, auf die ambulanten und stationären diagnostischen Möglichkeiten (z. B. bei neuropsychiatrischen Problemen) und die therapeutischen Möglichkeiten (z. B. bei Krisen des Verlaufs) der zentralen Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückgreifen zu können. Beratung, Supervision und Fortbildung werden innerhalb des Verbundsystems organisiert.

Bei einem Teil der dezentralen Einrichtungen empfiehlt sich ihrer Größenordnung wegen ein wirtschaftlicher Verbund (Verwaltung, Verpflegung, Betriebstechnik usw.).

Die Vielfalt der dezentralen Einrichtungen einer Region läßt sich nach Funktionsbereichen ordnen:

a) *Tageskliniken, 5-Tage-Heime, Vollheime* (ggf. in einer Einrichtung verbunden) für die kurz- oder mittelfristige Behandlung von Kindern und Jugendlichen

   — mit neurotischen Entwicklungen *(psychagogische Heime)* während der gleichlaufend unternommenen Einflußnahme auf die Beziehungsfelder (z. B. Elternberatung, Familientherapie), (s. B. 4.2.5.2.2.3);

   — für Lernbehinderte mit schwerwiegenderen Verhaltensproblemen *(sonderpädagogisches Heim);*

   — mit speziellen Leistungsbeeinträchtigungen (z. B. bei minimaler zerebraler Dysfunktion) und Verhaltensproblemen *(heilpädagogisches Heim);*

   — mit unlösbaren Problemen in ihren Beziehungsfeldern *(sozialpädagogisches Heim).*

   Der Bedarf an diesen Heimen ist im Zusammenhang mit der Sozialstruktur und der Struktur der Bildungseinrichtungen regional unterschiedlich. Deswegen kann es erforderlich werden, daß bei der Versorgung mehrere Regionen zusammenarbeiten oder daß die Aufgaben vom Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie übernommen werden (z. B. minimale zerebrale Dysfunktion und Verhaltensprobleme). Durchschnittlich wird sich der Platzbedarf in den unter c) aufgeführten Einrichtungen auf 0,15 ‰ der Gesamtbevölkerung belaufen.

b) *Bildungseinrichtungen für Behinderte* (Frühförderungsstätten, Sonderkindergärten, Sondervorschulen, Tagesstätten und Sonderschulen, Anlernwerkstätten), vorzusehen für etwa 1,8 ‰ der Gesamtbevölkerung (s. B. 3.8, Versorgung geistig Behinderter).

c) *Heime* für die langfristige wie für die vorübergehende *Aufnahme von behinderten Kindern und Jugendlichen,* deren Förderung in ihren Beziehungsfeldern nicht möglich ist, vorzusehen für 0,45 ‰ der Gesamtbevölkerung (s. B. 3.8, Versorgung geistig Behinderter).

d) *Einrichtungen für Jugendliche* in Konflikt- und Krisensituationen, mit dissozialem Verhalten, Ausbildungsdefiziten und Drogenmißbrauch:

   — Tagesstätten mit der Funktion einer Tagesklinik,

   — Wohnheime mit der Funktion einer Nachtklinik,

   — Wohngruppen.

   Da die versorgungsbedürftigen Jugendlichen den Zugang zu diesen Einrichtungen vorwiegend über Kontakt- und Beratungsstellen finden werden, ist eine feste Verbindung dieses Bereiches mit den entsprechenden ambulanten Einrichtungen vorzusehen. Sie soll vor allem die für diese Gruppe besonders wichtige Konstanz der Beziehungsmöglichkeiten sichern.

Hinsichtlich des Anteils von Jugendlichen mit dissozialem Verhalten ist mit erheblichen regionalen Unterschieden zu rechnen. Im Durchschnitt wird der Platzbedarf für diese Gruppe in den unter d) genannten Einrichtungen bei 0,15 ‰ der Gesamtbevölkerung liegen.

C) Zentrale ambulante und stationäre Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die zentralen Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen die übrigen Einrichtungen des Verbundsystems in einem Versorgungsgebiet (doppeltes Standardversorgungsgebiet) unterstützen und ihnen die Möglichkeit des Rückgriffs auf medizinisch-technische, spezielle kinder- und jugendpsychiatrische, neuropädiatrische und psychologische Diagnostik, auf kurz- und mittelfristige stationäre Untersuchung und Behandlung und auf längerfristige spezielle Versorgung bieten.

Als eine zweckmäßige Lösung erscheint dabei die Zusammenfassung dieser zentralen Dienste in einem *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Ein derartiges Zentrum hat dann vor allem folgende *Aufgaben:*

— ambulante Diagnostik und Behandlung, soweit sie die Möglichkeiten der übrigen ambulanten Dienste überschreitet;

— stationäre Diagnostik, wo dies für die Vornahme bestimmter Untersuchungen oder zur Klärung durch Beobachtungssituationen unumgänglich ist;

— kurzfristig stationäre Behandlung (höchstens sechs Monate) bei akuten Erkrankungen und Krisen und zur Vorbereitung ambulanter Weiterbehandlung;

— mittelfristige stationäre Behandlung (höchstens zwei Jahre) bei Störungen des Verhaltens und der Beziehungen, die eine intensive multidisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

— langfristige stationäre Behandlung bei Psychosen des Kindes- und Jugendalters, autistischen Syndromen, Mehrfachbehinderungen, schweren Sozialisationsbeeinträchtigungen;

— langfristige stationäre Behandlung (länger als zwei Jahre) bei geistigen und seelischen Behinderungen mit neuropsychiatrischen Komplikationen oder schwerwiegenden Störungen des Verhaltens (z. B. psychomotorische Unruhe);

— überregionale ambulante und stationäre Aufgaben (s. B. 7.1.2.3.2).

Die ambulanten Abteilungen des Zentrums können je nach Aufgabenverteilung im Verbundsystem übernehmen

— Frühberatung, Frühbehandlung,

— Krisenintervention,

— Institutionsberatung.

Für den *stationären Bereich des Zentrums* sind folgende *Platzzahlen* vorzusehen (Tabelle 3), die auf Erfahrungswerten bei begrenzten Erhebungen beruhen:

Tabelle 3

Stationäre Platzzahl im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen auf zwei Standardversorgungsgebiete mit zusammen durchschnittlich 500 000 Einwohnern

Aufgaben	Platzzahl: Gesamte Bevölkerung	Platzzahl
Diagnostik, kurz- und mittelfristige Therapie	0,1 ‰	50
langfristige Versorgung: Psychosen, Mehrfachbehinderte usw.	0,05 ‰	25
langfristige Versorgung: geistig Behinderte mit neuropsychiatrischen Komplikationen	0,15 ‰	75
Gesamtzahl	0,3 ‰	150

Für jedes zweite Zentrum müssen zusätzlich 25 bis 30 Plätze für überregionale Einrichtungen vorgesehen werden.

Durch die bauliche Struktur des Zentrums soll eine räumliche Trennung der Abteilungen für langfristige Therapie von den übrigen Einrichtungen möglich sein. Sofern für diese Einrichtungen auch ein anderer Träger zuständig ist, muß ihre funktionelle Zugehörigkeit zum Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt werden, um dessen Einrichtungen voll zu nutzen. Bildungseinrichtungen und Anlernbereiche für diese Abteilungen können gemeinsam mit den dezentralen Einrichtungen zur stationären Versorgung von behinderten Kindern und Jugendlichen (S. Seite 240, B. c) vorgesehen werden.

Das Zentrum ist mit den notwendigen neurophysiologischen, neuroradiologischen und klinisch-chemischen Untersuchungseinrichtungen für den ambulanten und stationären Bereich auszustatten. Das Zentrum kann dazu an eine größere Krankenhauseinheit zur gemeinsamen wirtschaftlichen Versorgung und gemeinsamen Nutzung medizinisch-diagnostischer Einrichtungen angeschlossen werden (Allgemeinkrankenhaus, psychiatrisches Krankenhaus, Kinderkrankenhaus). Im übrigen müssen dabei aber die Unabhängigkeit des Zentrums und damit auch seine Stellung im Verbundsystem zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher gewährleistet sein. Zentren mit größerer Ambulanz und mit zusätzlichen überregionalen Aufgaben können ihrer Größe nach auch völlig selbständig vorgesehen werden. Außerdem kommt auch der Zusammenschluß von Zentrum und dezentralen stationären Einrichtungen zu einer Verwaltungseinheit in Betracht. Ausschlaggebend für die Wahl der Organisationsform soll vor allem die Sicherstellung einer aufgabenentsprechenden Lage, Geländenutzung und Baustruktur des Zentrums mit *räumlicher Trennung von anderen Einrichtungen* sein.

7.1.2.4 Neuropädiatrische Aufgaben im Verbundsystem

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit in einem Verbundsystem zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher bedarf der Mitwirkung von Ärzten für Pädiatrie mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie. Dies gilt ganz besonders für die Bereiche

— Früherkennung und Frühbehandlung von Behinderungen,

— Mehrfachbehinderungen,

— Epilepsie bei Kindern und Jugendlichen.

Neuropädiater werden dabei vorwiegend im ambulanten und stationären Bereich des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sein, wo Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten gebildet werden können.

In den überregionalen Einrichtungen sind der Aufgabenzuordnung entsprechend (s. B. 3.7.1.2.3) besondere neuropädiatrische Tätigkeitsbereiche vorhanden (z. B. klinische Zentren für Früherkennung und Frühförderung von Behinderten).

7.1.2.5 Varianten des Verbundsystems

Die umrißhafte Darstellung des Verbundsystems ist als Grundmodell gemeint, das je nach der Struktur

der Versorgungsgebiete und nach den in ihnen vorhandenen Gegebenheiten abgewandelt werden kann. So kommt unter bestimmten Voraussetzungen die Zusammenfassung der Beratungsdienste zu größeren psychosozialen Versorgungseinheiten in Betracht, die dann einen Schwerpunkt im Verbundsystem bilden können (s. B. 2.2 und B. 4.2).

7.1.2.6 Organisatorische Sicherung der Zusammenarbeit — Allgemeine Aufgaben des Verbundsystems

Die Zusammenarbeit innerhalb des Verbundsystems bedarf gemeinsamer Planung und Entwicklung sowie verbindlicher Regelungen. Dazu ist ein Beratungs- und Entscheidungsgremium erforderlich, in dem vertreten sein sollen

— Fachkräfte aus dem ambulanten Bereich, dem dezentralen stationären Bereich und dem Zentrum des Verbundsystems,

— Verantwortliche des Gesundheitswesens, der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und der Schulverwaltung des Versorgungsgebietes,

— Bevollmächtigte der Träger der Einrichtungen des Verbundsystems.

Es ist verantwortlich für

— bedarfsgerechte regionale Planung und Entwicklung,

— Koordinierung der Arbeitsweise der Bereiche und der Einrichtungen,

— Koordinierung von Beratung, Supervision und Fortbildung.

Die organisatorische Ausführung ist zu sichern durch einen Beauftragten mit den dafür erforderlichen Mitarbeitern. Der Beauftragte für die Versorgung ist außerdem verantwortlich für

— Beratung und Entscheidung bei Zweifelsfällen der Zuweisung (Vermeidung von Fehlplacierung),

— Öffentlichkeitsarbeit,

— Beobachtung, Erörterung und Veranlassung weiterer Maßnahmen (Behörden, Ausschüsse, Körperschaftsvertretungen) bei Neuauftreten oder Zunahme von Risiken psychischer Störung in den Beziehungsfeldern der Kinder und Jugendlichen.

7.1.2.7 Überregionale Planung

Im Zuständigkeitsbereich des Bundes und der Länder sind Planungs- und Entwicklungsgremien erforderlich, an denen die verschiedenen Ressorts (s. B. 3.7.1.1.5), Träger und Fachvertreter aus den einzelnen Bereichen der Versorgung beteiligt sind. Diese Gremien sind für die Versorgung von verhaltensauffälligen, psychisch kranken und geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen verantwortlich. Zu ihren Aufgaben gehören die Entwicklung von Strategien der Zusammenarbeit, die überregionale Aufgabenverteilung, die regionale Gliederung und die Einrichtung von Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

7.1.2.8 Einleitende Maßnahmen zur Verwirklichung von Verbundsystemen

1. *Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern*

Das Netz der Beratungsstellen ist beschleunigt auszubauen. Die einzelnen Beratungsstellen müssen dabei ausreichend personell besetzt werden. Damit läßt sich die ambulante Basis künftiger Verbundsysteme schaffen.

2. *Modellregionen*

Es sollen möglichst in jedem Bundesland Modelle regionaler Verbundsysteme eingerichtet werden. Derartige Modelle ermöglichen die praktische Erprobung bedarfsgerechter Kooperation und ihrer Organisationsformen unter verschiedenartigen Bedingungen. Voll entwickelte Modelle sind gegenüber der Förderung nur einzelner Einrichtungen deswegen vorzuziehen, weil letztere die Unterversorgung nicht aufheben und deswegen unter einen äußeren Druck geraten, der ihre Arbeitsweise und Funktionsfähigkeit nachteilig beeinflußt.

3. *Koordinierung von Initiativen*

Alle Initiativen zur Weiterentwicklung von Einrichtungen müssen aufgegriffen und unter dem Gesichtspunkt künftiger Verbundsysteme koordiniert werden.

7.1.3 Versorgungsformen bei Kindern und Jugendlichen, Eltern und Familien

Die Bezeichnung „Versorgung" wird hier als Oberbegriff für alle Aktivitäten benutzt, mit denen unter Berücksichtigung der jeweiligen Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen auf Entwicklungs- und Beziehungsstörungen Einfluß genommen wird. Sie sind im folgenden in einer Übersicht unter formalen und methodischen Kriterien zusammengefaßt.

7.1.3.1 Übersicht über Versorgungsformen

1. *Unmittelbare Intervention* (Kontaktgespräch, Krisenintervention und andere situationsbezogene Maßnahmen).

2. *Beratung:* Alle Aktivitäten, die darauf abzielen, Kinder, Jugendliche, Eltern, Familien und Gruppen durch Vermittlung neuer Einsichten darin zu unterstützen, ihre Probleme deutlicher zu erkennen, besser zu lösen und Einstellungen zu ändern. — Beratung findet statt im Rahmen von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (z. B. Eltern- und Erziehergruppen, Frühberatung bei Behinderungen usw.).

3. *Therapeutische Maßnahmen*

   a) *Somatotherapie* (medikamentöse, diätetische, physiotherapeutische, operative Maßnahmen).

   b) *Psychotherapie*

      — psychoanalytische und tiefenpsychologisch begründete Therapie,

— Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, individualpsychologische Verfahren, pragmatische Verfahren, Kommunikationstherapie.

c) *Kompensierende Übungsbehandlung* (Psycho- und sensomotorische Übungsbehandlung, Beschäftigungstherapie).

d) *Soziotherapie* (z. B. Rolleneinübung in Gemeinschaften, Sozialtraining).

4. *Heilpädagogik* (allgemeine Entwicklungs- und Orientierungshilfe, Anwendung therapeutischer Prinzipien im ständigen unmittelbaren Umgang, spezielles Training).

5. *Sonderpädagogik* (Sozialisation und Bildung bei Behinderungen).

6. *Veränderung der äußeren Situation* (Korrektur äußerer Defizite, anderweitige Unterbringung, defektbezogene Strukturierung der Umgebung).

Diese Übersicht nach formalen und methodischen Kriterien ist zu ergänzen durch eine Gliederung, die berücksichtigt, in welchem Rahmen die therapeutischen Maßnahmen erfolgen und welche Personen sie einbeziehen. Ob Maßnahmen eine stationäre Aufnahme erforderlich machen, hängt weniger von der Methode als vom Schweregrad der Störung, von den Hindernissen und möglichen Komplikationen einer Behandlung, aber auch von der Möglichkeit einer Koordination verschiedener Behandlungsansätze in einem stationären Rahmen ab.

Nach den von der Maßnahme angesprochenen Personen lassen sich unterscheiden

— Einzeltherapie des Kindes oder des Jugendlichen,

— Beratung der Eltern oder Beziehungspersonen,

— Gruppentherapie bei Kindern, Jugendlichen und Eltern,

— Vorgehensweisen, die jeweils die ganze Familie des ursprünglich als auffällig oder gestört angesehenen Kindes einbeziehen (Familientherapie).

7.1.3.2 Besonders schwerwiegende Behandlungslücken

In den vorhandenen Beratungsstellen, Heimen und Kliniken besteht allgemein ein grobes Mißverhältnis zwischen dem Bedarf vor allem an Psychotherapie und der Anzahl von Mitarbeitern, die entsprechende Methoden beherrschen.

Eine weitere schwerwiegende Behandlungslücke betrifft alle Frühförderungsmaßnahmen bei geistig und psychisch behinderten Kindern im Vorschulalter.

Behandlungslücken beruhen aber nicht nur auf Mangel an ausgebildeten speziellen Fachkräften. In verschiedenen Bereichen bedarf es der

— Weiterentwicklung von Methoden,

— Intensivierung der Vermittlung von vorhandenen neuen Methoden an die praktisch tätigen Mitarbeiter.

Es handelt sich dabei vor allem um

— differenzierte Beratungsstrategien,

— Arbeit mit Gruppen von Beziehungspersonen und Multiplikatoren,

— Trainingsmethoden bei Teilleistungsschwächen,

— Einbeziehung psychotherapeutischer Grundsätze in den unmittelbaren pädagogischen Umgang mit psychisch gestörten Kindern.

Dazu sind sofort alle entsprechenden Weiterbildungsaktivitäten von Seiten des Bundes und der Länder auszubauen und zu unterstützen (z. B. Weiterbildungsinstitut der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung).

7.1.4 Ausbildung von Fachkräften

7.1.4.1 Berufsgruppen

An der Versorgung verhaltensauffälliger, psychisch kranker, geistig und psychisch behinderter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien sind vor allem folgende Berufsgruppen beteiligt:

— Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie (insbesondere Neuropädiatrie), Neurologie und Psychiatrie sowie Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie;

— Diplompsychologen, insbesondere Fachpsychologen für klinische Psychologie mit einer psychotherapeutischen Weiterbildung (Psychoanalyse, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie);

— Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten);

— Diplompädagogen (Sonderpädagogik, Sozialpädagogik);

— Heilpädagogen;

— Sonderpädagogen;

— Sozialpädagogen;

— Sozialarbeiter;

— Krankenschwestern bzw. -pfleger, Kinderkrankenschwestern, Heilerziehungspfleger;

— Kinderpflegerinnen, Krankenpflegehelfer, Heilerziehungspflegehelfer;

— Erzieher;

— Beschäftigungstherapeuten;

— Krankengymnastinnen, Bewegungserzieher bzw. -therapeuten;

— Logopäden.

Eine bedarfsgerechte Versorgung hängt in erster Linie davon ab, daß

— genügend Fachkräfte dieser Berufsgruppen zur Verfügung stehen,

— Ausbildung bzw. Weiterbildung auf den praktischen Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen vorbereiten.

Es sind dabei qualitative und quantitative Lücken vorhanden, die Sofortmaßnahmen notwendig machen.

7.1.4.2 Probleme der Ausbildungsinhalte und Ausbildungsformen

Es ist — auch im Rahmen einer Verwirklichung des Bildungsgesamtplanes — weiterhin damit zu rechnen, daß Mitarbeiter der verschiedenen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Berufsgruppen durch eine in dieser Hinsicht unspezifische und außerdem theoriegewichtete Ausbildung nur ungenügend auf ihre praktische Tätigkeit vorbereitet sind.

Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

1. Bei der Ausbildung, insbesondere auch im sozialwissenschaftlichen und sozialpädagogischen Bereich (einschließlich der Hochschulen) muß die Vorbereitung auf eine praktische Tätigkeit mehr Gewicht erhalten. Dies kann geschehen durch
   - Beteiligung von Ausbildern, die selber praktisch im Sozialfeld tätig sind,
   - projektbezogenes Studium (Übernahme zeitlich begrenzter Aufgaben im Sozialfeld mit begleitender Anleitung und abschließender theoriebezogener Aufarbeitung).
2. Berufsbegleitende Methodenvermittlung für *alle* Mitarbeiter mit einer unspezifischen Ausbildung. Sie ist innerhalb des Verbundsystems oder auch innerhalb einzelner Einrichtungen zu organisieren. Die Teilnahme ist für die Mitarbeiter obligatorisch und auf die Arbeitszeit anzurechnen. Zur Durchführung kommen Kurzkurse, Blockseminare und begleitende problem- und fallzentrierte Gruppenarbeit in Betracht. Ausbildungsforschung und Entwicklung entsprechender, zeitlich geraffter Ausbildungspläne sind dazu erforderlich.
3. Mehrjährige praktische Fachweiterbildung auf dem Gebiet multidisziplinärer Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. Diese Fachweiterbildung *innerhalb des Tätigkeitsfeldes* würde der bislang für Ärzte (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Psychologen (Fachpsychologen für klinische Psychologie) und Pädagogen (Sonderschulpädagogen) vorgesehenen Form der Weiterbildung entsprechen. Sie soll jedoch für die übrigen in Betracht kommenden Berufsgruppen — vor allem aus dem pädagogischen und pflegerischen Bereich — weitgehend gemeinsame Weiterbildungspläne und -veranstaltungen (Kurse, Blockseminare) vorsehen. Eine Anerkennung des Weiterbildungsabschlusses, verbunden mit einem Anspruch auf eine höhere Vergütung, sind erforderlich, um diese praktische Weiterbildung gegenüber der Tendenz zu Ausbildungsgängen, die auf theoretische oder administrative Tätigkeit hinzielen, ausreichend zu bewerten.

7.1.4.3 Berufsgruppen mit erheblichem Defizit an Aus- oder Weiterbildungsabschlüssen

1. Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Es ist zwar nicht erforderlich, daß alle im Versorgungssystem tätigen Ärzte auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Es werden aber dennoch etwa 1 700 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigt. Seit der Einführung dieser Facharztbezeichnung (1969) haben die Landesärztekammern bislang lediglich 173 derartige Anerkennungen ausgesprochen. Wenngleich die Zahl von 1 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen mit dem Anteil anderer Fachrichtungen an der Gesamtzahl der Ärzte nichts Ungewöhnliches darstellt, ist z. Zt. nicht abzusehen, wie und wann ein derartiges Ziel erreicht werden kann. Auf jeden Fall muß im Rahmen einer bedarfsentsprechenden Förderung der Fachweiterbildung ein Verhältnis von 1 : 3 zwischen Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ärzten für Psychiatrie bzw. Neurologie und Psyiatrie angestrebt werden.

Da die Zahl der Arztstellen an den wenigen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, an denen gegenwärtig den Vorschriften entsprechend eine Weiterbildung möglich ist, nicht ausreicht, um in nächster Zukunft die Zahl der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch nur zu verdoppeln, ist es notwendig,

- die Zahl der Arztstellen an allen vorhandenen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zeitlich begrenzt statt an der gegenwärtigen Platzzahl, am künftigen Bedarf auszurichten, d. h. über den Bettenschlüssel hinaus Weiterbildungsstellen einzurichten,
- die Weiterbildungsvorschriften so zu ändern, daß Teile der Weiterbildungszeit auch unter Leitung eines neuropädiatrisch tätigen Facharztes für Pädiatrie, eines kinderpsychotherapeutischen Arztes mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder auch eines entsprechend tätigen Fachpsychologen für klinische Psychologie zulässig sind.

2. Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Es waren zum Erhebungszeitpunkt 286 Psychagogen mit abgeschlossener Ausbildung tätig. An den 11 Ausbildungsinstituten für Psychagogen in der Bundesrepublik Deutschland wurden im Durchschnitt der letzten drei Jahre jeweils 32 Ausbildungsabschlüsse registriert. Für diese außerordentlich niedrige Abschlußquote sind vor allem zwei Gründe ausschlaggebend:

a) die vorgesehene Dauer der Ausbildung wird zumeist weit überschritten, da diese Zweitausbildung überwiegend neben einer Berufsausübung unternommen wird,

b) die Kapazität der Ausbildungsstätten ist vor allem durch einen Mangel an Lehranalytikern begrenzt.

Dringend erforderlich sind deswegen

- Vollzeitausbildung durch entsprechend finanzielle Ausbildungsförderung,
- Förderung der psychoanalytischen Ausbildung künftiger Dozenten und Lehranalytiker für die kinderpsychotherapeutische Ausbildung ebenfalls durch die Möglichkeit einer Vollzeitausbildung.

3. *Klinische Psychologen*

Notwendig ist für diese Gruppe von Mitarbeitern die verbindliche Regelung einer Weiterbildung (Nachweis einer therapeutischen Ausbildung, Nachweis einer praktischen Weiterbildungszeit). Die Ausbildungskapazität der Universitäten und der klinischen Einrichtungen muß vergrößert werden, wenn dem Bedarf an klinischen Psychologen in absehbarer Zeit entsprochen werden soll.

7.1.5 Prävention

7.1.5.1 Präventive Aufgaben

Prävention soll

a) das Auftreten psychischer Störungen verhindern (Primärprävention),

b) die weitere Ausprägung und Verfestigung früherkannter psychischer Störungen verhindern oder ihre Verlaufsform und -dauer beeinflussen (Sekundärprävention),

c) die durch psychische Störungen entstandenen Behinderungen verringern (tertiäre Prävention).

Jegliche Aktivität auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat im Hinblick auf Inzidenz, Prävalenz und Auswirkung psychischer Störungen im Erwachsenenalter präventive Bedeutung.

Uber die engeren Aufgaben eines Verbundsystems zur Versorgung verhaltensauffälliger, psychisch kranker, geistig und seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher hinaus führen die Kenntnisse über Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen psychischer Störungen zu präventiven Forderungen und Maßnahmen, die auf sozialem, ökonomischem und administrativem Gebiet verwirklicht werden müssen. Sie sind zu koordinieren und politisch durchzusetzen.

7.1.5.2 Präventive Forderungen für Beziehungsfelder und Lebensräume

Präventive Forderungen beziehen sich auf die Beziehungsfelder und Lebensräume der Kinder und Jugendlichen. Sie betreffen

a) Information

Kenntnisse über notwendige Bedingungen und den Verlauf der normalen kindlichen Entwicklung mit seiner Spielbreite sind systematisch zu vermitteln an

— Schüler der öffentlichen Schulen (verteilt auf Schulzeit und Fächer),

— Eltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern,

darüber hinaus sind Kenntnisse über Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen psychischer Störungen zu vermitteln an

Studierende aller Humanwissenschaften,

Studierende der Rechts- und Sozialwissenschaften,

Studierende der Theologie,

Auszubildende mit künftiger Tätigkeit im Rahmen von Jugendgerichtsbarkeit, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Strafverfolgung.

Informationszentralen, durch die Publikationsorgane, Rundfunk und Fernsehen mit Material und Anregungen für aufklärende Unterrichtung der Öffentlichkeit versorgt werden, sind auszubauen und mit Abteilungen sowie Beiräten für Psychohygiene auszustatten.

b) Berufliche Sozialisation

Bei Berufsgruppen, die ständig mit Kindern und Jugendlichen umzugehen haben und deren Angehörige u. U. zu einem Entstehungs- oder Verfestigungsrisiko für psychische Störungen werden können, vor allem also pädagogische Berufsgruppen aller Bildungsbereiche, sind während der Ausbildung Weiterbildung und Fortbildung Angebote zur Bearbeitung und Lösung von eigenen Einstellungs- und Interaktionsproblemen als Bestandteil der Curricula bzw. der Arbeitsverteilungspläne vorzusehen (z. B. themenzentrierte Gruppenarbeit, Selbsterfahrungsgruppen).

c) Primäre Sozialisation

Für die ersten Lebensjahre sind jedem Kind unter allen Umständen geordnete Lebensbedingungen und feste Beziehungspersonen, die in der Lage sind, ausreichend Zuwendung und Anregung zu vermitteln, und die dabei Unterstützung (Familie, Gruppe, Nachbarschaft) und Rat (Fachleute) erfahren, zu sichern.

d) Schulisches Lernen

Bei der Gestaltung des Bildungsbereiches müssen Bedingungen, von denen seit langem bekannt ist, daß sie zur Entstehung und Verfestigung psychischer Störungen beitragen, ausgeschlossen werden.
Gefordert werden müssen vor allem

— kleine Unterrichtsgruppen vor allem für Schulanfänger (Verminderung der Klassenfrequenz);

— Schulsysteme, die ihrer Größenordnung nach als soziale Lern- und Erfahrungsfelder überschaubar bleiben;

— eingehende Klärung und Berücksichtigung der individuellen Lernvoraussetzungen zum Zeitpunkt der Einschulung (verbesserte Einschulungsuntersuchung, ggf. Individualisierung des Einschulungsvorganges);

— Ausschluß von Diskriminierung wegen Leistungsmängeln, Verhaltensschwierigkeiten oder sozialer Situation als ein pädagogischer Mißgriff, der ebenso zu bewerten ist wie eine körperliche Züchtigung;

— Ausbau und Weiterentwicklung aller sekundärpräventiven Maßnahmen innerhalb des Schulbereiches selbst (schulpsychologische Dienste, Vermeiden schulischer Ausgliederung durch Integrierung therapeutischer Hilfen), wie sie u. a. die Empfehlungen der Bildungskommissionen vorsehen.

e) Soziale Randgruppen

Weiterentwicklung aller Strategien zur Vermeidung und zur Kompensation sozialer Desintegration sowie

von Mängeln sozialer und intellektueller Lernmöglichkeiten.

f) Äußere Bedingungen

— obligatorische psychohygienische Beratung bei allen Wohnungsbauvorhaben und Mitwirkung bei Förderungsrichtlinien (kindgerechte Wohnungen, Spielflächen, Unfallrisiken);

— Unfallverhütung durch Verminderung von Risiken und Ertüchtigung im Hinblick auf Einschätzung und Berücksichtigung von Risiken (z. B. Verkehrserziehung).

7.1.5.3 Präventive Maßnahmen

Präventive Maßnahmen richten sich an bestimmte Gruppen. Sie sind entweder Aufgabe besonderer Einrichtungen und Personen oder gehören zu den Aufgaben des unter B. 3.7.1.2.3.3 dargestellten Verbundsystems.

a) Primärpräventive Beratung

— Genetische Beratung potentieller Eltern aus belasteten Familien durch genetische Beratungsstellen;

— Intensivierung systematischer Beratung und Betreuung von Schwangeren im Hinblick auf Risiken der Gravidität und des Geburtsverlaufes durch Fachärzte und Kliniken;

— Versorgeuntersuchungen, bei denen nicht nur der körperliche Gesundheitszustand des Kindes, sondern sein Entwicklungsstand und die jeweiligen äußeren Bedingungen seiner Entwicklung systematisch erfaßt und berücksichtigt werden (Weiterentwicklung der gegenwärtigen Untersuchungsschemata und der Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen).

— Vermehrung des Angebotes von Elternschulen, des Elterntrainings, und von Elterngruppen. Weiterentwicklung entsprechender Modelle und Curricula sowie besonderer Vorgehensweisen für soziale Randgruppen.

b) Sekundärpräventive Beratung und Intervention

— Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen (Aufgabe des Verbundsystems);

— obligatorische Beratung aller Personen, die nichtprofessionell Kinder in besonderen Situationen zu betreuen haben (z. B. Pflegeeltern, Tagesmütter) — (Aufgabe des Verbundsystems);

— Beratungsangebot (Telefon, Einzelberatung, Gruppenberatung) für Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, die mit Verhaltensproblemen konfrontiert sind. (Aufgabe des Verbundsystems);

— Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder (z. B. prae-, peri- und postnatale körperliche Komplikationen; psychische Mangelsituationen, Kontaktabbrüche) und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind;

— Früherkennung von geistig-seelischen Entwicklungsstörungen, die zu sofortiger multidisziplinär koordinierter Frühbehandlung zu führen hat (Aufgabe des Verbundsystems);

— obligatorische Beratung vor und bei einschneidenden Veränderungen der äußeren Entwicklungsbedingungen (z. B. Adoption, Scheidung);

— obligatorische psychohygienische Betreuung bei allen langandauernden Krankenhausaufenthalten von Kindern (Besuchsmöglichkeit, Zuwendung, Anregung, Unterrichtung);

— sofortiges Angebot von Klärung und Beratung und ggf. sozialer Hilfen bei Krisensituationen (Verlust von Beziehungspersonen, innerfamiliäre Konflikte, akut dissoziales Verhalten, Schulkatastrophen, einschneidende körperliche Erkrankungen usw.) — (Aufgabe des Verbundsystems).

7.1.5.4 Weiterentwicklung präventiver Forderungen und Maßnahmen

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse führen zu einer Erweiterung oder Präzisierung präventiver Forderungen. Soziale und technische Veränderungen müssen auf ihre Auswirkungen hin untersucht werden. Sie machen neue präventive Maßnahmen oder neue präventive Schwerpunkte notwendig. Die Aufgabe, Prävention auf solche Weise ständig weiter zu entwickeln, ist Sache aller Beteiligten. Sie sollte aber den regionalen Koordinationsgremien sowie den im Bereich der Länder und des Bundes einzurichtenden Planungs- und Entwicklungsgremien ausdrücklich zugewiesen und dort koordiniert werden (s. B. 3.7.1.2.6, B. 3.7.1.2.7).

7.2 Versorgung psychisch kranker alter Menschen

7.2.1 Aufgabenreich und gegenwärtiger Stand der Versorgung

7.2.1.1 Aufgabenbereich

In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich unsere Kenntnisse über verschiedene Formen psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter, ihren Verlauf und ihre Prognose durch klinische Untersuchungen und durch Feldstudien erweitert und gewandelt. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker alter Menschen ist daher heute nicht mehr ein Gebiet der Resignation und des therapeutischen Nihilismus und beschränkt sich keineswegs auf die palliativ-symptomatische Versorgung fortgeschrittener Abbauprozesse. Sie stellt vielmehr ein in mehrfacher Hinsicht lohnendes und dankbares Feld therapeutischer und präventiver Bemühungen dar. Ihr Aufgabengebiet umfaßt Diagnostik, Therapie und Prävention sämtlicher psychischer Erkrankungen des höheren Lebensalters. Hierzu gehören:

1. Die in den traditionellen Lehrbüchern meist ausschließlich berücksichtigten alterstypischen Hirnabbauprozesse, also vor allem senile und arteriosklerotische Demenz.

2. Eine heterogene Vielfalt psychischer Erkrankungen, die sich erstmals in der zweiten Lebenshälfte manifestieren können, z. B. endogene Psychosen, abnorme Erlebnisreaktionen, depressive Verstimmungs-, oder Versagenszustände oder symptomatische „Psychosen" auf der Grundlage körperlicher Krankheiten.
3. Solche psychischen Erkrankungen (z. B. Psychosen, Neurosen, psychosomatische Erkrankungen und andere), die schon in früheren Lebensperioden in Erscheinung getreten sind und im Alter fortbestehen oder jenseits der Lebensmitte sich erneut manifestieren.

7.2.1.2 Abgrenzung

Die Gerontopsychiatrie ist die Wissenschaft von der Krankheitslehre, Diagnostik, Therapie und Prävention sämtlicher psychischer Erkrankungen des höheren und hohen Lebensalters. Sie betrachtet sich als Teilgebiet der Psychiatrie und zugleich der Geriatrie (Wissenschaft der Alterskrankheiten).

Entscheidend für die *Abgrenzung gegenüber der Geriatrie* ist das Vorhandensein von psychischen Erkrankungen und Behinderungen oder von Schwierigkeiten der psychosozialen Integration im Gefolge psychischer oder primär körperlicher Erkrankungen. Zwischen den beiden Bereichen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie besteht eine breite Überlappungszone, die durch das gleichzeitige und gleichgewichtige Vorhandensein somatischer und psychopathologischer Befunde gekennzeichnet ist.

Die *Grenzziehung* der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung des alten Menschen gegenüber der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung des Erwachsenenalters kann nur sehr willkürlich sein und erfolgt in der Regel durch die zeitliche Wendemarke des 65. Lebensjahres. Viele für das höhere Lebensalter typische psychische Probleme und Krisen und manche altersspezifischen psychiatrischen Hirnerkrankungen treten aber schon vor diesem Zeitpunkt auf, so daß sich die Psychiatrie und Psychotherapie des alten Menschen nicht ausschließlich an dieser künstlichen zeitlichen Grenzziehung orientieren können. Für praktische Zwecke muß aber der Verantwortungsbereich des Versorgungssystems für alte Menschen auf alle psychischen Leiden der Bevölkerungsgruppe von 65 Jahren und darüber eingeengt werden *).

7.2.1.3 Bedarf an Diensten und Einrichtungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Der Anteil spezifischer psychischer Alterserkrankungen ist in den psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik erheblich angestiegen, während einige andere Diagnose-Kategorien abgenommen haben. Die gleiche Entwicklung hat sich auch in vielen anderen Ländern vollzogen. So hat sich beispielsweise in psychiatrischen Anstalten und in den an diese hieran angegliederten Pflegeheimen Dänemarks innerhalb von zehn Jahren die Zahl der senilen und präsenilen Psychosen verdoppelt, die der cerebrovasculären Erkrankungen verdreifacht. In manchen Industrienationen ist bereits ein Drittel aller Betten in psychiatrischen Krankenhäusern mit alten Menschen besetzt. In Großbritannien ist jeder zweite Patient, der länger als ein Jahr in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht ist, älter als 65 Jahre (zur Häufigkeit psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter allgemein siehe B. 7.2.1.3.4).

Diese Entwicklungen sind durch folgende Faktoren bedingt:

7.2.1.3.1 Anwachsen der Risikobevölkerung

In allen Industrieländern hat der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung seit Beginn dieses Jahrhunderts erheblich zugenommen. Die Ursache dieser Entwicklung ist nur zum Teil auf die verlängerte Lebenserwartung zurückzuführen. Die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen ist zwar in den letzten hundert Jahren um etwa 30 Jahre angewachsen; im gleichen Zeitraum hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung eines 65jährigen kaum erhöht. Der Altersaufbau der Bevölkerung wird aber nicht nur durch den Sterblichkeitsrückgang, sondern vor allem auch durch die Abnahme der Geburtenziffer beeinflußt.

Während heute etwa jeder achte Bundesbürger über 65 Jahre alt ist, wird nach den Fortschreibungen des Statistischen Bundesamtes im Jahre 1980 jeder siebente Mensch in unserem Land dieses Alter erreicht haben. Nach diesem Höhepunkt werden die Geburtsjahrgänge des ersten Weltkrieges in das Rentenalter kommen. Unter dem zusätzlichen Einfluß der Verluste im zweiten Weltkrieg — vor allem bei Männern — werden sich die Quoten der über 65jährigen voraussichtlich zwischen 12 % und 13 % einpendeln.

Besonders gefährdet sind dabei alleinstehende (verwitwete, ledige) alte Menschen, körperlich kranke alte Menschen (Multimorbidität), Alte in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen oder in Krisensituationen (Tod des Ehepartners, Umzug, Aufnahme in ein Altersheim oder bei Hospitalisierung, bei akuter Erkrankung, Operation oder Unfall und in gewissem Maß bei entscheidendem und schwerwiegendem Verlust von sozialen Rollen und sozialer Sicherung).

7.2.1.3.2 Änderung und Zunahme des Hilfesuchverhaltens

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen höherer Lebensalter, die heute in allen ambulanten und stationären Einrichtungen und Institutionen der Altenhilfe zu beobachten ist, kann aber nicht nur durch die Veränderung der Alterspyramide erklärt werden, sondern hängt auch mit strukturellen Veränderungen unserer Industriegesellschaften zusammen. Die Wandlung der ländlichen seßhaften Großfamilie zur urbanen mobilen Kleinfamilie bei gleichzeitigem Nebeneinanderleben mehrerer Generationen, die vermehrte Berufstätigkeit der Frau, die räumliche Beengtheit der heutigen Wohnverhältnisse, der Ausbau des Versicherungswesens und

*) Wenn im folgenden von „über 65jährigen" gesprochen wird, ist stets die Altersgruppe der 65 Jahre Alten und Älteren gemeint.

die Minderung von Vorurteilen gegenüber Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker sind Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Diensten zur psychiatrisch/psychosozialen Versorgung alter Menschen stark gefördert und namentlich den Weg ins psychiatrische Krankenhaus gebahnt haben. Wie sich diese Einflußgrößen weiterentwickeln, läßt sich nicht genau vorhersagen.

Selbst relativ geringfügige Veränderungen in der wirtschaftlichen und sozialen Struktur können aber mit Sicherheit erhebliche Auswirkungen auf das Hilfesuchverhalten der Patienten und ihrer Angehörigen haben und unter Umständen zu einer zusätzlichen unerwarteten Steigerung des Bedarfs an entsprechenden Diensten und Einrichtungen des Versorgungssystems führen.

7.2.1.3.3 Disproportionales Anwachsen der 75jährigen und Älteren

Innerhalb der Alterskategorie der 65jährigen und Älteren wird die Gruppe der 75jährigen und Älteren überverhältnismäßig stark zunehmen. Einerseits ist das Risiko von hirnorganischen Demenzprozessen in dieser Untergruppe etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtgruppe der über 65jährigen, andererseits kommt es mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Zunahme sozialer Isolierung (Verwitwung und Verlust von Beziehungspersonen) einschließlich der Zunahme von organischen Erkrankungen (Multimorbidität). Daher ist mit einem zusätzlichen Anstieg psychischer Erkrankungen zu rechnen.

7.2.1.3.4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter

Ob psychische Störungen bei Personen im höheren Lebensalter auch unabhängig von den genannten Tendenzen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Zumindest für die schweren und ausgeprägteren Krankheitsformen gibt es hierfür keinen konkreten Anhalt.

Alte Menschen stellen jedoch mit ihrer physischen, psychischen und sozialen Gefährdung eine ausgesprochene Risikogruppe für psychische Störungen dar. Darauf weist zum Beispiel auch der Anstieg der Suicidraten im höheren Lebensalter hin.

Es liegen uns heute eine größere Zahl von Feldstudien vor, bei denen sämtliche Angehörige einer bestimmten Population oder repräsentative Stichproben einer solchen Bevölkerungsgruppe untersucht wurden, gleichgültig ob sie mit einer psychiatrischen Einrichtung Fühlung hatten oder nicht. Solche Erhebungen zeigen übereinstimmend:

1. Daß an einem bestimmten Stichtag oder innerhalb eines kürzeren Zeitabschnittes bei ca. 25 bis 30 % der über 65jährigen Bevölkerung psychische Störungen im weitesten Sinne vorhanden sind.
2. Etwa 3 bis 4 % fallen in den Bereich der senilen oder hirnarteriosklerotischen Demenz.
3. Ein gleicher Anteil entfällt auf das Gebiet der endogenen Psychosen, deren erstmaliges Auftreten häufig schon in frühere Lebensperioden zurückreicht.
4. Bei etwa 8 bis 15 % liegen Neurosen, abnorme Erlebnisreaktionen und Persönlichkeitsstörungen vor.
5. Die übrigen psychischen Störungen — die in den meisten Untersuchungen zwischen 5 und 10 % anzusetzen sind — umfassen leichtere hirnorganische Störungen, wobei die Abgrenzung von dem normalen altersbedingten Strukturwandel intellektueller Fähigkeiten nicht immer leicht zu vollziehen ist.

7.2.1.3.5 Bedarf an Diensten im ambulanten und stationären Bereich

Für den *Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung* ist die Tatsache entscheidend, daß nicht alle seelisch behinderten älteren Menschen einer psychiatrischen Diagnostik und Therapie und psychosozialer Hilfestellung bedürfen. Bei einer sehr groben Schätzung kann davon ausgegangen werden, daß bei höchstens 1 % der über 65jährigen eine klinische Behandlung, bei weiteren 14 % eine ambulante Diagnostik und Therapie erforderlich ist. Allerdings gibt es innerhalb der Gesamtpopulation von alten Menschen Untergruppen mit einem erhöhten psychiatrischen Krankheitsrisiko und einem vermehrten Bedarf an diagnostischen, therapeutischen und präventiven Diensten; hierzu gehören neben Höchstaltrigen vor allem Alleinstehende, Personen mit körperlichen Krankheiten oder solche, die sich in unzureichenden wirtschaftlichen Verhältnissen befinden.

Der *Bedarf an Institutionen* hängt weitgehend davon ab, inwieweit psychisch behinderte bzw. kranke ältere Menschen noch von eigenen Familienangehörigen betreut werden können. Dabei spielen sowohl regionale Unterschiede als auch epochale Einflüsse eine erhebliche Rolle. Nach allen bisher bekannten Felduntersuchungen kann aber davon ausgegangen werden, daß gegenwärtig nur ein sehr geringer Teil von alten Menschen mit psychischen Störungen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einem Heim untergebracht ist und daß die Mehrzahl dieser Kranken sich zu Hause aufhält. Selbst bei den schweren senilen und arteriosklerotischen Demenzprozessen beträgt das Verhältnis der in Einrichtungen versorgten zu den zu Hause lebenden Kranken etwa 1 : 5. Dies ist eine Tatsache, die bei der Entwicklung einer funktionsgerechten Versorgung psychisch kranker alter Menschen unbedingt zu berücksichtigen ist.

7.2.1.4 Gegenwärtiger Stand der Versorgung psychisch kranker alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

Vergleicht man diesen Bedarf mit dem tatsächlichen Bestand an entsprechenden Diensten und Einrichtungen in der Bundesrepublik, so zeigen sich außerordentlich gravierende quantitative und strukturelle Versorgungsmängel.

7.2.1.4.1 Stationärer Bereich

Die wesentliche Last bei der Versorgung psychisch kranker alter Menschen tragen zur Zeit in der Bundesrepublik die stationären Einrichtungen. In den insgesamt 334 Einrichtungen die bei der Stichtagserhebung vom 30. Mai 1975 erfaßt wurden, waren

insgesamt 147 218 Patienten untergebracht, bei denen eine Aufgliederung nach Altersgruppen und Diagnosen erfolgen konnte; hiervon waren 27 656 (18,8 %) 65 Jahre oder älter. Der Krankenbestand der psychiatrischen Einrichtungen wird also in erheblichem Maße durch Personen im höheren Lebensalter bestimmt. Noch stärker werden allerdings Durchlauf und Dynamik der stationären Einrichtungen von den psychiatrischen Alterserkrankungen beeinflußt; in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern stehen die psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters heute mit 20 bis 30 % neben der Schizophrenie und den Suchtkrankheiten an der Spitze der Aufnahmediagnosen.

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, sind psychiatrische Krankenhäuser mit verschiedenen Zweckbestimmungen in sehr unterschiedlicher Weise an der Versorgung psychisch kranker alter Menschen beteiligt. Die angegebenen Prozentzahlen sind natürlich auf verschiedenartige Populationen bezogen, deren Zusammensetzung auch durch die unterschiedliche Länge der Verweildauer in den jeweiligen Institutionen bestimmt ist; man kann daher aus den Ziffern nur sehr vorsichtige Schlußfolgerungen ableiten. Dennoch muß der niedrige Anteil über 65jähriger Patienten an dem Stichtagsbestand psychiatrischer Universitätskliniken wohl als Hinweis dafür angesehen werden, daß psychische Störungen des höheren Lebensalters in der Lehre und Forschung der Universitäten keine angemessene Berücksichtigung finden.

Wie viele psychisch Kranke sich in den wenigen geriatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik befinden, ist nicht bekannt. Auch über den Anteil psychisch Alterskranker in den nicht-psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern liegen keine Unterlagen vor. Häfner und Reimann fanden aber bei einer epidemiologischen Untersuchung in Mannheim, daß von den über 65jährigen Einwohnern der Stadt, die wegen einer psychischen Krankheit 1965 erstmals Behandlung aufsuchten, 29 % in Allgemeinkrankenhäusern, meist auf internistischen Abteilungen, aufgenommen wurden. Psychische Erkrankungen werden bei älteren Menschen auf solchen Abteilungen seltener erkannt und anders bewertet als bei jüngeren Patienten (s. hierzu den im Anhang abgedruckten Bericht von H. Siede u. a.). Offenbar sehen die behandelnden Ärzte Störungen bei älteren Kranken eher als altersbedingt an und verzichten daher meist auf die Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius. Verwirrtheits- und Erregungszustände führen allerdings bei Patienten in Allgemeinkrankenhäusern oft auch zu einer kurzschlüssigen Verlegung in die nächste psychiatrische Anstalt, wobei der entsprechende Weg vielfach durch die Landesunterbringungsgesetze erleichtert wird.

Ein großes Problem bei der Versorgung psychisch kranker alter Menschen stellt häufig die Aufgabenteilung zwischen klinisch-psychiatrischen Institutionen und Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe dar. Manche alten Menschen, die heute noch in einer psychiatrischen Anstalt leben, bedürfen sicher nicht unbedingt der Unterbringung in einem Fachkrankenhaus und wären ebenso gut in einem gemeindenahen Pflege- oder Krankenheim bzw. in anderen Heimen zu betreuen, wenn diese über die notwendigen personellen, therapeutischen und rehabilitativen Voraussetzungen und über einen regelmäßigen psychiatrischen Konsiliardienst verfügen würden. Solche Fehlbelegungen können primärer Art sein, wenn schon die Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus medizinisch und sozial unzureichend begründet war. Sekundäre Fehlbelegungen kommen dann zustande, wenn nach der erfolgreichen Durchführung einer Behandlung oder dem Abklingen eines akuten Zustandes der Verbleib im psychiatrischen Krankenhaus nur deshalb erfolgt, weil keine brauchbaren Unterbringungsalternativen gefunden werden können. Nähere Angaben über die Größenordnung dieser Fehlbelegung verdanken wir den Untersuchungen von Bergener u. a. in Nordrhein-Westfalen. Hierbei konnte mit Hilfe einer Querschnittsstudie bei 443 erstmals nach dem 65. Lebensjahr in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus aufgenommenen Patienten festgestellt werden, daß 48 % keine ständige psychiatrische Behandlung mehr benötigten und nur minimal pflegebedürftig waren.

Andererseits befinden sich aber in Alten- und Pflegeeinrichtungen der geschlossenen Altenhilfe eine größere Zahl von alten Menschen mit teilweise behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen. Bergener u. a. stellten bei einer Gesamterhebung der Neuaufnahmen in Alten- und Pflegeheimen des Landes Nordrhein-Westfalen fest, daß bei 59 % der Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen kommunaler Träger und bei 40 % der Neuaufnahmen in Heimen der freien Wohlfahrtsverbände ein organisches Psychosyndrom vorlag, das in 20 % bzw. 9 % ein mittleres oder schweres Ausmaß hatte. Eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit war bei 29 % der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen öffentlicher Träger und bei 14 % der Insassen von Alten- und Pflegeeinrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände gegeben. Eine im Auftrag der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Umfrage in verschiedenen Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe (vgl. hierzu den im Anhang abgedruckten Bericht von S. Gössling) hat bestätigt, daß die personelle Besetzung, bauliche Gestaltung, Ausstattung und Einrichtung dieser Heime im allgemeinen nicht auf die psychiatrischen Versorgungsaufgaben abgestellt sind. Vor allem fehlt in der Mehrzahl der Fälle eine konsiliarische Betreuung durch einen Psychiater sowie ein ausreichendes Rehabilitationsangebot.

7.2.1.4.2 Ambulanter Bereich

Gerade bei psychisch kranken alten Menschen kommt der ambulanten Versorgung besondere Bedeutung zu. Wie sich aus den bereits erwähnten Feldstudien ergibt, wird nur ein Bruchteil der Patienten im höheren Lebensalter von der intramuralen Form der Betreuung erreicht. Ein ausschließlich intramurales Versorgungsangebot ist unzureichend, da angesichts der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung der Bedarf an sozialer und medizinischer Betreuung durch die Schaffung weiterer Heime

und Krankenhausplätze allein niemals ausreichend gedeckt werden kann, sondern nur durch die gleichzeitige Entwicklung extramuraler Dienste. Außerdem ist zu bedenken, daß die Aufnahme in eine Institution Anforderungen an das körperliche und psychische Umstellungsvermögen stellt, denen gerade der alte Mensch oft nicht gewachsen ist. Jeder längere Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einem Heim macht schließlich über kurz oder lang die Rückkehr zur eigenen Selbständigkeit unmöglich und bringt die Gefahr mit sich, daß das Selbstgefühl des alten Menschen erheblich beeinträchtigt wird, die Anpassungsfähigkeit nachläßt und der Umfang der Sozialkontakte abnimmt. Gerade der ambulante Versorgungsbereich bietet die Chance, durch rechtzeitige Diagnostik, Therapie, Versorgung und Betreuung psychisch Alterskranker eine Institutionalisierung zu verhindern oder den Zeitpunkt dafür mindestens hinauszuschieben. Außerdem liegt hier das Tätigkeitsfeld für alle präventiven Maßnahmen.

Trotz dieser großen Bedeutung von extramuralen Betreuungsmaßnahmen entspricht der steilen Zunahme der Anstaltsaufnahmen im höheren Lebensalter kein entsprechendes Anwachsen der Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer und psychosozialer Dienste. Häfner und Reimann untersuchten, auf welche Einrichtungen die Erstkonsultations- und Aufnahmeraten von über 60jährigen Mannheimer Einwohnern mit psychischen Störungen verteilt waren. Dabei ergab sich, daß die Hälfte der in die Erhebung einbezogenen psychisch kranken alten Menschen von vorneherein hospitalisiert wurde, während nur knapp 50 % bei den niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten oder bei Fürsorgeeinrichtungen Hilfe suchten. Vor allem in Universitätskliniken werden im allgemeinen nur sehr wenige alte Menschen mit psychischen Krankheiten behandelt.

Diese Situation ist sicher nicht auf die Bundesrepublik beschränkt. Obwohl beispielsweise in den USA die jährlichen Aufnahmen von psychisch Alterskranken in psychiatrischen Krankenhäusern im letzten Jahrzehnt erheblich zurückgegangen sind und gleichzeitig die Aktivität der Polikliniken stark anstieg, betrug der Anteil der über 65jährigen an den Betreuungsepisoden sämtlicher in ambulanten Einrichtungen behandelter Patienten nicht mehr als 2,4 %.

Die Ursachen für diese unzureichende Erfassung und Versorgung psychisch kranker alter Menschen durch die ambulanten Dienste sind mannigfacher Art. Unter dem Eindruck des immer noch vorherrschenden Defizit-Modells des Alters werden psychische Erkrankungen sicher von manchen Ärzten und anderen konsultierten Berufsgruppen als unabänderliche Begleiterscheinungen des Seniums betrachtet, so daß notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen unterbleiben. Alte Menschen zeigen aber auch häufig andere Formen des Hilfesuchens, des Krankheitsverhaltens und der Symptomdarbietung. Dazu gehört auch, daß der Gang zum Arzt für Allgemeinmedizin für alte Menschen und ihre Angehörigen im allgemeinen einfacher ist als der Weg zum Facharzt. Die Barriere zwischen psychisch kranken alten Menschen und niedergelassenen Psychiatern liegt also offenbar weniger auf der Strecke vom Patienten zum Arzt für Allgemeinmedizin als vielmehr auf dem Weg von diesem zum Facharzt. Hiermit dürfte es auch zusammenhängen, daß nach einer von der Sachverständigen-Kommission veranlaßten Untersuchung der Anteil psychisch auffälliger über 65jähriger in der Klientel des Arztes für Allgemeinmedizin fast doppelt so hoch ist (20,3 %) wie in der Praxis des niedergelassenen Internisten (10,8 %). (Vgl. hierzu den im Anhang abgedruckten Bericht von J. E. Meyer)

7.2.1.4.3 Übergangseinrichtungen

Gerade für eine zeitgemäße Versorgung psychisch kranker alter Menschen sind neben den traditionellen Formen der stationären und ambulanten Hilfen zusätzliche Übergangseinrichtungen und flankierende Dienste erforderlich. Einige solcher Dienste sind in dem Bereich der offenen Altenhilfe in mehr oder minder großer Zahl geschaffen worden. Dagegen wurden auf dem Gesundheitssektor solche Einrichtungen noch kaum entwickelt. Vor allem sind Zahl und Qualität gerontopsychiatrischer Tageskliniken, die auf die Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen zugeschnitten sind, unzureichend.

7.2.1.5 Mängel der gegenwärtigen Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Der gegenwärtige Notstand der Versorgung psychisch Alterskranker läßt sich vor allem auf die sieben folgenden teils quantitativen, teils qualitativen Lücken zurückführen:

1. Platz- und Bettenmangel

Es besteht in allen Versorgungsbereichen ein gravierender Mangel an Behandlungsplätzen für psychisch Alterskranke mit Störungen unterschiedlicher Intensität.

2. Schmal gefächertes Angebot

Es besteht ein Mißverhältnis zwischen den sehr differenzierten individuellen Hilfsbedürfnissen psychisch kranker alter Menschen und den angebotenen institutionellen und nicht-institutionellen Hilfen.

3. Intramurale Zentrierung

Die bisherige Planung der Altenhilfe hat ein zu starkes Gewicht auf die intramurale Versorgung im Sinne einer Pflege, Betreuung und Bewahrung gelegt und dabei den Ausbau der extramuralen, d. h. der ambulanten Versorgung vernachläßigt.

4. Fehlende Durchlässigkeit

Die gegenseitige Durchlässigkeit der mit der Versorgung Alterskranker beauftragten Institutionen — Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim, Krankenhaus — ist außerordentlich gering. Eine Umkehr ist so gut wie unmöglich. Der Patient gerät deshalb leicht auf eine Einbahnstraße und in eine Sackgasse.

5. *Mangelnde Integration*

Es fehlt weitgehend an einer Koordinierung der Arbeit der von den verschiedenen Trägern angebotenen Einrichtungen der Altenhilfe. Die mangelnde Koordination wird besonders deutlich an der Nahtstelle zwischen medizinischer Versorgung sogenannter „Akutfälle" und Unterversorgung der chronisch Kranken oder „Pflegefälle".

6. *Zentrierung der Behandlung auf „hirnorganische" Krankheiten*

Krankheitslehre, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten alter Menschen und der dementsprechende Unterricht darüber ist weitgehend auf die hinorganischen Altersveränderungen und Demenzprozesse zentriert. Wie bereits dargestellt, liegen jedoch bei 8 bis 15 % der psychischen Erkrankungen alter Menschen reaktive, aus der Biographie und der Verarbeitung der Alterssituation erklärbare psychische Störungen vor. Und auch bei den hirnorganischen Veränderungen spielen psychodynamische und psychosoziale Aspekte oft eine entscheidende Rolle. Durch die Zentrierung auf hirnorganische Veränderungen werden sozio- und psychotherapeutische Ansätze sowie psychosoziale Hilfestellungen nicht ausreichend genutzt.

7. *Fehlende Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten in der Bundesrepublik Deutschland*

Für das Gesamtgebiet der Geriatrie besteht als einzig staatlich anerkanntes Berufsbild der Beruf der(s) Altenpflegerin/Altenpflegers. Weitere Bildungsgänge für Heimleiter von Einrichtungen für alte Menschen im Sinne einer Nachgraduierung sind angelaufen. Dazu werden Fachschwestern/-pfleger für Geriatrie in geringem Umfang ausgebildet. Für den Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialen Versorgung psychisch Alterskranker bestehen zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland für den medizinischen, pflegerischen, sozialen und rehabilitativen Bereich praktisch keine systematisierten, qualifizierten Fortbildungsangebote.

7.2.2 Leitprinzipien bei der Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychisch kranker alter Menschen

7.2.2.1 Leitprinzipien einer zukünftigen Versorgung psychisch kranker alter Menschen

7.2.2.1.1 Verzahnung von allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Behandlung

Körperliche und psychische Gesundheit sind gerade im höheren Lebensalter besonders eng miteinander verflochten. Namentlich depressive, aber auch hirnorganisch bedingte psychische Störungen im höheren Alter gehen sehr oft mit somatischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen einher. Die gleichzeitig bestehende internistische oder geriatrische Behandlungsbedürftigkeit wird je nach der Schwere der psychischen Erkrankung auf ca. 50 bis 80 % der Untersuchten beziffert. Infolge dieser Mehrfachmorbidität gerontopsychiatrischer Kranker wirkt sich die Trennung von allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Krankenversorgung außerordentlich ungünstig aus. Psychisch Alterskranke, die auf einer allgemeinmedizinischen Abteilung untergebracht sind, erhalten dort eine gute internistische Versorgung, aber keine psychiatrische Behandlung. Werden die gleichen Patienten dagegen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus untergebracht, so erhalten sie dort in der Regel eine gute psychiatrische Therapie, nicht aber den ganzen Fächer hochqualifizierter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, die ein Allgemeinkrankenhaus zu bieten hat. Deshalb ist die Verzahnung von psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Versorgung für alte Menschen besonders wichtig. Aus der Sicht der Gerontopsychiatrie erscheint eine breite allgemeinmedizinische Fundierung der psychiatrischen Facharztweiterbildung und eine Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser vordringlich. Mit der letztgenannten Maßnahme könnte gleichzeitig die psychiatrische Fortbildung der in der Körpermedizin tätigen Ärzte verbessert werden; dies käme jenen psychisch kranken Patienten zugute, die wegen vorwiegend körperlicher Krankheiten auf einer internistischen oder einer anderen allgemeinmedizinischen Station untergebracht sind.

7.2.2.1.2 Früherkennung und Frühbehandlung

Die Prognose psychischer Erkrankungen alter Menschen könnte durch eine frühzeitige Erkennung und Behandlung erheblich verbessert werden. Dies gilt zum Beispiel für die mit einem hohen Suicidrisiko behaftete Depression des höheren Lebensalters, aber auch für manche senilen Verwirrtheitszustände, die auf einer Störung der Herz- und Kreislauffunktion, einer Verschiebung des Elektrolytgleichgewichts oder einer ungenügenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beruhen können. Es gibt Formen der Demenzprozesse bei älteren Menschen, die durch Stoffwechselerkrankungen — zum Beispiel Myxödem oder perniziöse Anämie — hervorgerufen sind. Mit einer rechtzeitigen Diagnose dieser Stoffwechselstörungen könnte möglicherweise auch das Fortschreiten der psychischen Störung verhindert werden. Über die Frühstadien so geläufiger Krankheiten wie der senilen und arteriosklerotischen Demenz ist uns überraschend wenig bekannt, und die diagnostische Treffsicherheit bei der Früherkennung dieser Krankheiten ist erstaunlich gering. Dabei wären Erfahrungen auf diesem Gebiet besonders wichtig; soweit wir bisher wissen, sind nämlich die beiden genannten Krankheiten die Folge von Hirngewebsschädigungen, die in geringerer Intensität auch bei vielen normalen Menschen vorhanden sind und erst dann zur Demenz führen, wenn eine gewisse Quantität und Dichte der Schädigungszonen erreicht ist. Warum diese Krankheitsschwelle von einigen Menschen überschritten wird und von anderen nicht, läßt sich nur in den Frühstadien solcher Krankheitsprozesse studieren.

Aber auch wenn dem Fortschreiten derartiger degenerativer Krankheiten vorläufig noch nicht entgegengewirkt werden kann, so bringt die frühzeitige Erkennung doch erhebliche Vorteile. Die Entscheidungsfreiheit über die bestmögliche Form der Unterbringung und Betreuung, die bei Krisenauf-

nahmen meist verlorengeht, bleibt dann erhalten. Unnötige Institutionalisierungen und hierdurch bedingte zusätzliche Behinderungen werden vermieden. Durch die rechtzeitige Einleitung von sozialen Hilfsmaßnahmen können auch die Belastungen für die Familienangehörigen verringert werden.

Ebenso mangelt es an einer Früherkennung und Früherfassung der besonders risikogefährdeten alten Menschen (Alleinstehende, Kranke, Behinderte, sozial Unterversorgte, Höchstaltrige usw.), bei denen sich häufig unter einer zusätzlichen Belastung eine psychische Erkrankung manifestiert. Eine frühzeitige psychosoziale Hilfestellung und ein entsprechender Einsatz sozialer ambulanter Dienste würden die Situation des betreffenden Patienten erheblich verbessern, zumindest im Sinne einer Abschwächung oder eines Hinausschiebens der Manifestation der psychischen Erkrankung.

7.2.2.1.3 Assessment

Kennzeichnend für die Situation mag es sein, daß sich für den international gebräuchlichen Terminus „Assessment" ein deutsches Wort noch nicht eingebürgert hat. Gemeint damit ist eine Tätigkeit, welche sich die bedarfsgerechte und die besonderen Belange des einzelnen Kranken berücksichtigende Verteilung psychisch kranker alter Menschen in Behandlungseinrichtungen zum Ziele setzt.

Wegen des geringen Angebots an Behandlungsplätzen und der nachteiligen Folgen einer Fehlplacierung alter Menschen in Institutionen, welche nicht optimal auf die Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen zugeschnitten sind, muß die Auswahl der für einen Patienten geeigneten Einrichtung von einer vorherigen sorgfältigen Einschätzung seiner Bedürfnisse abhängig gemacht werden. Dies setzt die Entwicklung, den Einsatz und die ständige Überprüfung differenzierter Screening-Instrumente (Beurteilungsskalen) voraus, die es ermöglichen, die allgemein medizinische, soziale, pflegerisch, psychische und wirtschaftliche Situation des Hilfesuchenden genau zu bestimmen und Art und Umfang der anzubietenden Betreuungsmaßnahmen hiervon abhängig zu machen. Diese Aufgabe kann nicht von einer einzelnen Person geleistet werden, sondern muß von Berufsgruppen mit unterschiedlichen diagnostischen Schwerpunkten in einem „multiprofessionellen" Team von Ärzten verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenpflegepersonal durchgeführt werden. Das Assessment ist möglichst zu Hause, ambulant oder ggf. im Rahmen einer Tagesklinik vorzunehmen und muß mit der Erstellung eines maßgeschneiderten therapeutischen Programms verbunden sein.

Es gibt aber einige Patienten, bei denen zur ausreichenden Beurteilung eine stationäre Aufnahme erforderlich ist; daher müssen nach dem Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation gesonderte, kleine stationäre Einheiten geschaffen werden, die für diese Funktion geeignet sind (siehe Assessment-Unit, B. 3.7.2.5.2). Das Assessment besorgt so im Standardversorgungsgebiet eine fallbezogene Koordination.

7.2.2.1.4 Schaffung von gemeindenahen Beratungs- und Behandlungsangeboten

Für einen hohen Prozentsatz von psychisch kranken alten Menschen stellt die ambulante Versorgung die optimale Behandlungsform dar, da sie den Patienten in seinem sozialen Umfeld beläßt. Noch lebt ein großer Teil von ihnen unter unzureichenden Bedingungen in seiner Unterkunft oder wird notdürftig von Angehörigen versorgt. Daher bedarf vor allem der ambulante Versorgungsbereich einer Verbesserung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

Dafür sind gemeindenahe, d. h. ins Sozialgefüge und Sozialgeschehen weitgehend integrierte Dienste zu schaffen, die organisch in ein Netz von halbstationären und stationären Institutionen eingegliedert sind und beratende, therapeutische und präventive Funktionen übernehmen.

Für Aufgabenstellung, Aufbau, Strukturierung, Kooperation und Koordination dieser ambulanten Dienste gelten prinzipiell die gleichen Richtlinien wie für alle anderen Dienste im Versorgungssystem Psychiatrie und Psychotherapie.

Sie sollen — soweit möglich — „vor Ort", d. h. in den Gemeinden/Stadtteilen und/oder in der Nähe von Institutionen der Altenarbeit geschaffen werden, um eine Ghettosituation zu vermeiden, auf die eingeschränkte Mobilität der alten Menschen Rücksicht zu nehmen und um ihrer Tendenz zur Abkapselung entgegenzuwirken.

Zur Wahrnehmung der anfallenden Aufgaben einer ambulanten Versorgung psychisch kranker alter Menschen ist ein breites Spektrum von auszubauenden oder neuzuschaffenden Diensten erforderlich.

Im Vorfeld spezifischer Versorgung werden Dienste zur allgemeinen Hilfestellung (Information, Beratung, Angebot von Hilfsdiensten usw.) und zur Betreuung/Pflege benötigt.

In den letzten Jahren haben Kommunen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände begonnen, derartige Dienste der Altenhilfe in den Großstädten, mittleren Städten und Ballungszentren aufzubauen. Sie bedürfen einer Intensivierung, besseren Koordination und Kooperation. In den kleinen Städten und in ländlichen Regionen fehlen solche Einrichtungen noch weitgehend.

Die spezifische Versorgung von psychisch kranken alten Menschen durch psychiatrische, psychotherapeutische und rehabilitative Dienste fehlt in der Bundesrepublik Deutschland noch weitgehend.

Die niedergelassenen Nervenärzte können diese Aufgaben nur in geringem Umfang wahrnehmen, da sie mit der Behandlung von psychisch Kranken anderer Altersstufen bereits überbeansprucht sind. Dazu bedürfen alte Menschen einer Hilfestellung im psychischen, physischen und sozialen Bereich, die die Möglichkeiten einer ambulanten Praxis in der Regel überschreiten. Vordringlich sind daher in den Standardversorgungsregionen entsprechende spezifische Dienste (s. B. 3.1) aufzubauen.

Die Mitarbeiter dieser Dienste setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Rehabili-

tationsberufe usw.). Sie knüpfen Kontakte zu Hausärzten, niedergelassenen Nervenärzten, zu Alten- und Hauspflegerinnen, Sozialarbeitern usw., zu Gesundheitsämtern und Sozialbehörden, zu Altenclubs, Altenzentren und Institutionen der Altenarbeit und schaffen dadurch die Bedingungen einer besseren Kooperation und Integration der verschiedenen sozialmedizinischen Dienste.

Sie übernehmen konsiliarische Funktionen in Allgemeinkrankenhäusern und in Alten- und Pflegeheimen und tragen auch dadurch zu einer frühzeitigeren Behandlung psychischer Erkrankungen alter Menschen und zur Herstellung dringend notwendiger Verbindungen mit anderen stationären Einrichtungen bei. Sie beraten alte Menschen mit psychischen Störungen und bemühen sich um die Vermittlung jener oft schwer übersehbaren Hilfen und Maßnahmen, die geeignet sind, die Selbständigkeit der Patienten zu fördern und ihnen den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Zu ihrem Aufgabengebiet gehören auch Hilfestellung für solche Angehörige, die die Betreuung eines psychisch erkrankten alten Familienmitgliedes übernommen haben. Weitere Schwerpunkte der Versorgung liegen auf der Erfassung besonderer Risikogruppen (z. B. Höchstaltrige, Alleinstehende, gebrechliche oder alte Menschen, die aus einem Krankenhaus entlassen wurden) und dem Eingreifen in Krisensituationen, wie sie namentlich durch den Tod des Ehepartners, durch Umzug, Verlegung in ein Heim, akute Erkrankung, Operation, Unfälle u. a. entstehen. Hierzu ist der Einsatz eines mobilen Teams erforderlich, das zu Hausbesuchen in der Lage ist und dort unter Umständen ärztliche, soziale und pflegerische Sofortmaßnahmen einleiten oder durchführen kann.

Wenn auch durch alle die genannten Maßnahmen viele sonst unvermeidliche Hospitalisierungen umgangen werden können, so sollte es doch andererseits nicht das Ziel einer solchen gemeindenahen Versorgung sein, aus einer antiinstitutionellen Einstellung heraus die ärztlich oder sozial begründete Krankenhaus- oder Heimaufnahme um jeden Preis zu umgehen. Vielmehr soll aus einem breit gefächerten Angebot intramuraler und extramuraler Dienste diejenige Form der Hilfe bereitgestellt werden, die den psychologischen, sozialen und medizinischen Bedürfnissen des einzelnen Patienten am besten gerecht wird.

Eine methodisch sehr gründliche Untersuchung *) über die Effektivität eines gemeindenahen psychiatrischen Dienstes in einer südenglischen Grafschaft hat gezeigt, daß eine gemeindenahe Betreuung im Vergleich zur traditionellen anstaltszentrierten Versorgung gerade bei älteren Patienten eine frühzeitigere Behandlung fördert, auf lange Sicht zu mindestens gleich guten Ergebnissen führt und sowohl den Bedürfnissen der Patienten als auch den Wünschen der Angehörigen besser entspricht.

*) Sainsbury, P. und G. Grad, Evaluating a Service in Sussex, in: Wing, J. K. und H. Häfner (Hrsg.), Roots of Evaluation, London- New York-Toronto 1973, S. 239.

7.2.2.1.5 Entlastung psychiatrischer Krankenhäuser

Es muß also heute darum gehen, ein System vielfältiger gerontopsychiatrischer Verteidigungslinien aufzubauen und das psychiatrische Krankenhaus als einen Stützpunkt der hintersten Linie anzusehen, die möglichst nicht auf längere Zeit bezogen werden sollte. Eine solche Strategie muß nicht nur im Interesse der Patienten und ihrer Angehörigen eingeschlagen werden, sondern stellt auch die einzige Möglichkeit dar, eine Überfüllung psychiatrischer Krankenhäuser mit psychisch Alterskranken zu vermeiden und die dringend notwendige Verkleinerung der Landeskrankenhäuser zu erleichtern. Einen wichtigen Schritt auf diesem Weg stellt der Ausbau bestehender und die Errichtung von neuen Altenkranken- bzw. Altenpflegeheimen sowie die Schaffung ambulanter und teilstationärer Dienste dar. Durch die Erzielung eines angemessenen Behandlungs- und Pflegestandards und durch eine Kapazitätsvermehrung in diesem Bereich muß die Voraussetzung dafür geschaffen werden, daß psychisch kranke alte Menschen, die aufgrund ihrer Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit nicht unbedingt auf die Dienste eines Fachkrankenhauses angewiesen sind, in solche Altenkrankenheime aufgenommen oder dorthin verlegt werden können. Derartige Verlegungen von Patienten, die in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus fehlplaciert sind, können allerdings leicht mit großen Härten verbunden sein. Die Entwicklungen in den USA in den letzten Jahren haben deutlich gezeigt, was geschehen kann, wenn eine Verminderung der psychiatrischen Anstaltsbetten vorwiegend auf Kosten der alten Patienten erfolgt und betagte Menschen mit organischen Hirnabbauprozessen von der Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus ausgeschlossen werden, ohne daß geeignete Alternativen zu ihrer Unterbringung zur Verfügung stehen. Durch diese erzwungene Ausgliederung aus dem Krankenhaus wurde die Situation alter Menschen in teilweise unerträglicher Weise verschlechtert; den betroffenen Familien und Gemeinden sind damit Belastungen auferlegt worden, denen sie nicht gewachsen waren. Aufgrund dieser Erfahrungen sollten ähnliche Maßnahmen in unserem Land mit größter Sorgfalt geplant und mit Bedacht und Behutsamkeit durchgeführt werden.

Werden chronisch psychogeriatrische Fälle aus dem Bereich des psychiatrischen Krankenhauses ausgegliedert oder dort nur vorübergehend aufgenommen, so entsteht eine beträchtliche Versorgungslücke dann, wenn Altenkrankenheime/Pflegeheime nicht in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

Nur eine ausdrückliche Berücksichtigung therapeutisch-rehabilitativer Gesichtspunkte und des Prinzips der aktivierenden Pflege werden dazu verhelfen, die derzeit völlig unzureichende ärztlich-pflegerische Zielsetzung im Heimsektor zu verändern. Die Einbeziehung von Pflegeheimen herkömmlicher Art in die zu schaffende Versorgungskette darf nicht in Betracht gezogen werden.

7.2.2.1.6 Künftige Strukturen des Altenkrankenheims

Die Einbeziehung der Altenkrankenheime/Pflegeheime in ein integriertes Versorgungssystem setzt

nicht nur die Bereitschaft der Träger zu einer koordinierten Zusammenarbeit voraus, sondern erfordert außerdem eine Veränderung der inneren Strukturen dieser Einrichtungen. Altenkrankenheime/Pflegeheime müssen darauf ausgerichtet sein, die verbliebenen Kräfte der alten Menschen mit ärztlicher Hilfe zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustands soweit wie möglich herbeizuführen. Dies wird nur dann geschehen können, wenn das Heim nach Bau, Ausstattung und Personalbesetzung diese Vorstellungen verwirklichen kann. Notwendig ist insbesondere die Überwindung des Gedankens der Versorgungspflege und die Einbringung therapeutischer Bemühungen. In diesem Zusammenhang ist vor allem an eine bewußt aktivierende Pflege sowie an rehabilitative Maßnahmen zu denken. Rehabilitationseinrichtungen im Heim müssen mindestens Krankengymnastik/Bewegungstherapie und Beschäftigungstherapie umfassen.

Wenn bei den Patienten des Altenkrankenheims auch der Behandlungsgedanke gegenüber dem Element der Pflege in den Hintergrund tritt, so darf nicht übersehen werden, daß eine Behandlungsbedürftigkeit auch nach der Heimaufnahme bestehen bleibt. Andererseits lassen sich Rehabilitationschancen in einer solchen Institution nur dann verwirklichen, wenn der Funktionsbereich Therapie außer durch fachkundiges Personal auch durch den ärztlichen Dienst ausreichend abgedeckt wird. Die Beteiligung des Arztes an der Leitung solcher Heime ist eine unverzichtbare Forderung und im Gegensatz zu anderen Formen der geschlossenen Altenhilfe wird eine beratende Tätigkeit in diesem Bereich nicht genügen.

7.2.2.2 Zur Prävention

Ebenso wie bei psychischen Krankheiten früherer Lebensabschnitte stellt die Primärprävention psychischer Alterskrankheiten eine entscheidende Aufgabe dar (vgl. Kap. E.).

7.2.2.3 Zur Rehabilitation

Im Rahmen der Versorgung von psychisch kranken alten Menschen kommt der Rehabilitation dieser Gruppe besonders im Sinne einer medizinischen und sozialen Rehabilitation entscheidende Bedeutung zu.

7.2.3 Umriß eines regionalen Verbundsystems zur gerontopsychiatrischen Versorgung

7.2.3.1 Größe des Versorgungsgebiets

Gerade für ältere Menschen ist es besonders wichtig, daß alle unmittelbar erforderlichen Dienste innerhalb eine überschaubaren geografischen Raums erreichbar sind. Die Größe des Standardversorgungsgebietes der allgemeinen Psychiatrie ist mit durchschnittlich 250 000 Einwohnern auch für die Belange der Gerontopsychiatrie zweckmäßig. Wegen Mangel an fachlich qualifiziertem Personal werden aber die meisten gerontopsychiatrischen Fachabteilungen für eine vorerst nicht übersehbare Übergangsperiode ihre Tätigkeit noch auf überregionaler Ebene ausüben müssen. Gleichzeitig sollte allerdings unbedingt in einigen Standardversorgungsgebieten das im folgenden entwickelte Modell eines regionalen gerontopsychiatrischen Verbundsystems entwickelt und erprobt werden.

7.2.3.2 Ambulanter Bereich

Gemäß den Empfehlungen der WHO soll die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen durch die Errichtung *gerontopsychiatrischer Ambulanzen* verbessert werden. Sie sind gemeinsam mit anderen die Träger der gemeindenahen Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsdienste und arbeiten eng mit den für das betreffende Versorgungsgebiet zuständigen sozialen Diensten, vor allem mit den *Einrichtungen der Altenhilfe* (z. B. Informations- und Beratungsstellen, Altenklubs, Tagesstätten, Transport- und Wäschediensten, Ketten gegenseitiger Hilfe, Telefondiensten, Essen auf Rädern, Fußpflegediensten, Haushaltshilfen, Hauspflegekräften) zusammen.

Gerontopsychiatrische Polikliniken sollten sinnvollerweise an eine klinische Institution angeschlossen werden, können aber auch als selbständige Einrichtungen existieren. Es ist wichtig, daß Polikliniken gemeindenah lokalisiert sind. Eingeschränkte Mobilität und daraus resultierende Transportprobleme können sonst die Wirksamkeit dieser Institution einengen. Besonders gute Beispiele für die Effizienz solcher Polikliniken existieren in der Schweiz (Lausanne, Genf).

7.2.3.3 Teilstationärer Bereich

Im Verlauf der vergangenen zehn Jahre haben Beispiele aus dem Ausland gezeigt, daß auch für die Gerontopsychiatrie teilstationäre Einrichtungen einen wesentlichen Fortschritt bringen können. Ausgehend von Erfahrungen in England hat sich auch in der Schweiz und später in anderen Ländern bestätigt, daß vor allem tagesklinische Institutionen eine erhebliche Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung ermöglichen. Durch eine gerontopsychiatrische Tagesklinik können nicht nur Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern eingespart, sondern Familien dauernd oder vorübergehend entlastet werden, die ihre alten und gebrechlichen Angehörigen noch selbst versorgen. Der Patient kann in der Tagesklinik einer gründlichen Diagnostik und Therapie unterzogen werden, ohne daß er wie bei einer Vollhospitalisierung längere Zeit aus seiner vertrauten Umgebung herausgelöst werden muß. Die Tagesklinik stellt in vielen Fällen auch eine günstige rehabilitative Möglichkeit für die Nachbehandlung im Anschluß an einen Aufenthalt im Akutkrankenhaus — beispielsweise nach einem apoplektischen Insult — dar. Die allmähliche Umgewöhnung und Reintegration des Patienten in den ursprünglichen Lebensbereich kann wohl nach dem Grade der wiedererlangten Selbständigkeit dosiert werden.

Es versteht sich von selbst, daß nicht jede Tagesklinik alle aufgezählten Funktionen erfüllen muß. Die Konzeption kann sich nach den lokalen Gegebenheiten richten. Wegen der besseren Möglich-

keiten der konsiliarischen Betreuung durch verschiedene medizinische Fachdisziplinen wird sich in manchen Fällen die Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus empfehlen. Die Tagesklinik kann aber auch an eine gerontopsychiatrische Poliklinik angeschlossen oder als selbständige Einheit geführt werden.

Eine Variation der Tagesklinik stellt das *Tagespflegeheim* und die *Tagesstätte* dar. Es handelt sich hier um Altenhilfe-Einrichtungen, bei denen der Betreuungsschwerpunkt nicht auf der ärztlichen Diagnostik oder Therapie, sondern auf dem Gebiet der Rehabilitation bzw. der sozialen Stimulation liegt.

7.2.3.4 Stationärer Bereich und Heimsektor

7.2.3.4.1 Gerontopsychiatrische Funktionseinheiten an Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Behandlungszentren

An den psychiatrischen Behandlungszentren sollen nach Möglichkeit eigenständige gerontopsychiatrische Funktionseinheiten unter eigenverantwortlicher ärztlicher Leitung gegründet werden. Dies sollte allerdings nur dann geschehen, wenn damit die Gewähr für eine Intensivierung und Ausweitung des gerontopsychiatrischen Aufgabenbereiches gegeben ist. Wo dies möglich ist, soll der stationären Einheit eine Tagesklinik oder eine Poliklinik angegliedert oder zugeordnet werden.

Die Schaffung selbständiger gerontopsychiatrischer Funktionseinheiten muß jedoch an folgende Voraussetzungen gebunden sein:

1. Die Abteilungen müssen dazu in der Lage sein, einen Pflege- und Umgangsstil zu entwickeln, in dem der alte Mensch nicht zum Objekt sinnloser Reglementierungen, unnötiger pflegerischer Totalversorgung oder zum Gegenstand einer deplacierten und fehldosierten Zuwendung gemacht wird, sondern eine Aktivierung seiner Kräfte und Fähigkeiten erfährt.
2. Es muß ständig ein Internist zur Verfügung stehen.
3. Es muß eine konsiliarische Betreuung von Allgemeinkrankenhäusern, Altenheimen und Altenpflegeheimen ermöglicht werden.
4. Es müssen die personellen und räumlichen Voraussetzungen für die Abtrennung einer kleinen stationären assessment-unit von der übrigen psychiatrischen Funktionseinheit vorliegen. Solche Einheiten, die sich vor allem in Großbritannien bewährt haben, dienen zur Frühdiagnose und gegebenenfalls zur Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Es sollen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen das erforderliche diagnostische screening weder ambulant noch im Rahmen der Tagesklinik erfolgen kann. Der Aufenthalt soll nur kurzfristig sein und die Aufstellung eines differenzierten Behandlungsprogramms ermöglichen.
5. Die Zuweisung von Patienten zur gerontopsychiatrischen Abteilung muß flexibel gehandhabt werden. Die Altersgrenze von 65 Jahren stellt hierbei eine orientierende Richtlinie, aber kein starres Prinzip dar.
6. Die auf der gerontopsychiatrischen Abteilung tätigen Mitarbeiter übernehmen beratende Funktionen auf den anderen psychiatrischen Abteilungen des Krankenhauses und können bei Fragestellungen zugezogen werden, welche medizinische oder soziale Probleme der zweiten Lebenshälfte betreffen.

7.2.3.4.2 Gerontopsychiatrische Funktionseinheiten an Allgemeinkrankenhäusern

Es ist besonders darauf zu achten, daß auch an den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Pflege-Einheiten geschaffen werden. Der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen (s. B 3.7.2.5) liegt bei durchschnittlich 70 Betten pro 250 000 Einwohnern und kann an psychiatrischen Abteilungen durchaus gedeckt werden, wenn diese eine Richtgröße von etwa 200 Betten aufweisen. Ob die Verselbständigung auch bei solchen relativ kleinen Funktionseinheiten zweckmäßig ist, läßt sich schwer vorhersehen und muß von den jeweiligen lokalen Gegebenheiten abhängig gemacht werden.

An solchen Allgemeinkrankenhäusern, an denen zwar eine psychiatrische Abteilung angegliedert, die von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Kapazität von 200 Behandlungsplätzen jedoch nicht erreicht werden kann, ist die Schaffung einer ausschließlich gerontopsychiatrischen Abteilung zu erwägen, da die hierfür erforderliche Bettenkapazität erheblich geringer ist und gerade für psychisch kranke alte Menschen die Unterbringung in einem Allgemeinkrankenhaus zu den übrigen medizinischen Disziplinen besonders vorteilhaft erscheint.

7.2.3.4.3 Gerontopsychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken

Die psychiatrischen Universitätskliniken haben sich bisher kaum an der Behandlung und Betreuung gerontopsychiatrischer Erkrankungen beteiligt. Diese Tatsache hat sich nachteilig auf die studentische Ausbildung, auf die Weiterbildung von Fachärzten und auf die gerontopsychiatrische Forschung und damit auf die Versorgung der Patienten ausgewirkt. Aus diesem Grunde wird die Errichtung von gerontopsychiatrischen Abteilungen an Universitätskliniken dringend empfohlen. Solche Abteilungen können zwar wahrscheinlich nur über eine sehr kleine Bettenkapazität verfügen; der Schwerpunkt der Tätigkeit kann aber auf dem Gebiet der ambulanten teilstationären Behandlung und im Bereich von Lehre und Forschung liegen.

7.2.3.4.4 Gerontopsychiatrische Abteilung an geriatrischen Kliniken

Schon 1964 kam ein Expertengremium, das im Auftrag des Deutschen Kuratoriums für Altenhilfe ein Gutachten anfertigte, zu dem Schluß, daß die Einrichtung gerontopsychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und geriatrischen Kliniken dringend notwendig sei. Diese Forderung ist auch heute noch aktuell. Bei größeren Einrichtungen sollte die innere Gliederung derartiger Kliniken so erfolgen, daß neben dem internistischen und orthopädischen Bereich auch die Gerontopsychiatrie mit einer eigenen Abteilung oder Funktionseinheit vertreten ist.

7.2.3.4.5 Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Die Einrichtungen der Altenhilfe stellen neben ihren sonstigen Funktionen einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems dar und bieten ein abgestuftes Netz verschiedenartiger Wohnmöglichkeiten. Neben den *Altenwohnungen*, die alters- und behindertengerecht sein müssen und inmitten der gewohnten Quartiere errichtet werden sollen, müssen *beschützende Wohnungen* geschaffen werden, die durch Zuordnung zu einer Einrichtung der Altenhilfe regelmäßige Hilfeleistungen ermöglichen. Das *Altenwohnheim* soll die Eigenständigkeit der Lebensführung weitgehend erhalten, gleichzeitig aber im Bedarfsfall Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten anbieten. Das *Altenheim* mit seinen herkömmlichen Strukturen kann psychisch kranken Menschen keine angemessene Betreuung bieten. Für alle Alteneinrichtungen ist die Gewährleistung ärztlicher Hilfe, die psychiatrische Institutionsberatung und die Förderung von Beschäftigungsmöglichkeiten, rehabilitativen Maßnahmen und sozialen Aktivitäten aller Art erforderlich.

Die größte Bedeutung für die gerontopsychiatrische Versorgung hat aber das *Altenpflegeheim*, bzw. *Altenkrankenheim* (s. B.3.7.2.2.1). Behandlung und Pflege müssen hier ärztlich indiziert und überwacht sein. Regelmäßige ärztliche Visiten sind unerläßlich; ein Arzt muß jederzeit abrufbereit sein. Die konsiliarische Beteiligung von Fachärzten muß gewährleistet sein. Für Behandlung, Pflege und Rehabilitation muß ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen. Außer einer ausreichenden apparativen und räumlichen Ausstattung für Diagnostik und Therapie sind Rehabilitationseinrichtungen erforderlich, insbesondere auch Bewegungstherapie und Beschäftigungstherapie. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, fällt die Behandlung von kranken alten Menschen in Pflege- bzw. Altenkrankenheimen bei gesetzlich Krankenversicherten in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Von der Einrichtung spezieller psychiatrischer Pflege- oder Altenkrankenheime sollte in der Regel abgesehen werden, da auch im Heimsektor eine Ghettosituation für psychisch kranke alte Menschen vermieden werden muß und das durchgängige Prinzip einer Verzahnung der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung beibehalten werden soll. Bei der räumlichen und personellen Ausstattung der Pflegeeinheiten in diesen Heimen sollte aber dem unterschiedlichen Grad der noch erhaltenen Selbständigkeit und der Pflegebedürftigkeit des einzelnen Patienten Rechnung getragen werden; Pflegeeinheiten für verwirrte Kranke sollten baulich und räumlich so gestaltet werden, daß sie die Orientierung solcher Patienten erleichtern. Gegen die Aufnahme einzelner jüngerer pflegebedürftiger Kranker in solchen Heimen ist nichts einzuwenden, solange hierdurch die gerontopsychiatrische Aufgabenstellung der Einrichtung nicht gefährdet wird.

7.2.3.5 Assessment-Unit

Die Assessment-Unit stellt eine kleine stationäre Einheit dar, welche aus ökonomischen und betriebstechnischen Gründen stets einem Krankenhaus angegliedert sein sollte. Das multiprofessionelle Team, welches unter anderem die Placierung der psychisch kranken alten Menschen im Standardversorgungsgebiet vornimmt hat hier seinen Stützpunkt. Als Funktionseinheit, von der die *fallbezogene* Koordination der therapeutischen, betreuenden und rehabilitativen Dienste sowie die *stationäre Intervention* bei akuten Krankheitsfällen besorgt wird, ist die Assessment-Unit Kristallisierungspunkt der gerontopsychiatrischen Versorgung in einem Standardversorgungsgebiet.

Der Assessment-Unit fallen somit vor allem drei Aufgaben zu:

a) rechtzeitige multiprofessionelle Diagnostik,

b) Intensivtherapie in akuten Krankheitsfällen,

c) Entscheidungen darüber, welche Dienste und Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet den Bedürfnissen des betreffenden Patienten am besten gerecht werden.

Zur Wahrnehmung der dritten Aufgabe (c) ist es erforderlich, daß eine *enge Kooperation* zwischen der Assessment-Unit und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Diensten im Standardversorgungsgebiet bzw. deren Trägern eingerichtet wird. Zu diesem Zwecke müssen *Arbeitsgemeinschaften* in den Standardversorgungsgebieten aus Vertretern der beteiligten Einrichtungen und Träger gebildet werden. Anknüpfungspunkte ergeben sich im Hinblick auf die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bzw. die psychosozialen Ausschüsse, wie sie im Kapitel B.6 vorgeschlagen werden.

Die die gerontopsychiatrische Versorgung im Standardversorgungsgebiet repräsentierende Arbeitsgemeinschaft arbeitet mit der Assessment-Unit partnerschaftlich zusammen. Hierbei hält es die Sachverständigen-Kommission für notwendig, daß zwischen den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe im Standardversorgungsgebiet und der Assessment-Unit *bindende Vereinbarungen* auf freiwilliger Basis getroffen werden, die es ermöglichen, daß die Assessment-Unit unter Beiziehung der Arbeitsgemeinschaft über die sachgerechte Belegung mit Patienten in den Einrichtungen sowie die Übernahme und weitere Betreuung der Betroffenen durch die offenen Dienste zu fällen vermag.

Die Sachverständigen-Kommission möchte mit dieser Empfehlung nicht unnötig in die Kompetenz der freien und kommunalen Träger eingreifen, sondern vertritt die Ansicht, daß nur durch eine derartig fest organisierte Zusammenarbeit die vorhandenen Kapazitäten optimal genutzt, die Fehlbelegung beseitigt bzw. verhindert und eine bedarfsgerechte Versorgung alter Menschen schrittweise aufgebaut werden kann.

7.2.3.6 Gerontopsychiatrisches Zentrum

Das gerontopsychiatrische Zentrum stellt die zentrale Zusammenfassung dreier für die gerontopsychiatrische Versorgung besonders wichtiger Dienste dar:

— einer Poliklinik,

— einer Tagesklinik,

— einer kleinen stationären Assessment-Unit.

Das gerontopsychiatrische Zentrum kann räumlich und organisatorisch an die gerontopsychiatrische Einheit eines psychiatrischen Behandlungszentrums oder eines Allgemeinkrankenhauses angeschlossen werden; wenn eine solche Verbindung nicht möglich ist oder nicht zweckmäßig erscheint, so ist eine enge Zusammenarbeit mit den übrigen stationären gerontopsychiatrischen Einrichtungen anzustreben.

Neben der Versorgung hat das gerontopsychiatrische Zentrum als weitere wichtige Aufgabe entscheidenden Anteil an der Weiter- und Fortbildung der beteiligten Berufsgruppen (s. B.3.7.2.4). Diese ist regional in Kooperation mit den anderen Trägern der Altenhilfe zu organisieren. Weiterhin bietet das gerontopsychiatrische Zentrum gute Möglichkeiten einer dringend benötigten praxisorientierten Forschung.

7.2.4 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Darlegungen des Kapitels „Aus-, Weiter- und Fortbildung" mit dem anzustrebenden Modell der dreistufigen Gliederung beruflicher Bildungsmaßnahmen gelten prinzipiell auch für den Bereich der Versorgung von psychisch kranken alten Menschen. Zusätzlich ergeben sich einige besondere Bedürfnisse und Fragestellungen, die im folgenden dargestellt werden:

7.2.4.1 Ausbildung

Allgemein

Soweit bekannt, erhalten fast alle Berufsgruppen im medizinischen, pflegerischen, sozialen und rehabilitativen Bereich keine Basiskenntnisse über die Gebiete Geriatrie/Gerontologie — einschließlich der Gerontopsychiatrie — während ihrer Ausbildung. Eine entsprechende Ergänzung der Curricula wird daher empfohlen.

Ausbildung zur/zum Altenpflegerin/Altenpfleger

Auch das Curriculum der Ausbildung zur/zum staatlich anerkannten Altenpflegerin/Altenpfleger bedarf dringend der Ergänzung von theoretischen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen im Bereich der Versorgung psychisch kranker alter Menschen.

7.2.4.2 Weiterbildung

7.2.4.2.1 Medizinischer Bereich

Facharzt für Geriatrie *)

Ein wesentlicher Grund für den gegenwärtigen Mangel der gerontopsychiatrischen Versorgung ist sicher auch in der Tatsache zu suchen, daß die Geriatrie sich bei uns — im Gegensatz zu einigen anderen Ländern — noch nicht zu einer eigenständigen medizinischen Disziplin entwickelt hat. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher die Einführung eines Facharztes für Geriatrie. Dabei wird von folgenden Überlegungen und Leitvorstellungen ausgegangen:

1. Alte Menschen weichen in ihrem Hilfesuch- und Krankheitsverhalten erheblich von jüngeren Patienten ab. Sie haben nicht nur ein höheres Krankheitsrisiko, sondern leiden in der Mehrzahl der Fälle auch gleichzeitig an mehreren behandlungsbedürftigen Krankheiten. Die übliche Praxis, ältere Patienten von einem Facharzt zum nächsten zu schleusen, ist unzumutbar. Es sind daher Ärzte notwendig, die die verschiedenen Arten der Alterskrankheiten, vor allem auf dem Gebiet der inneren Medizin, der Orthopädie, der Neurologie und Rehabilitationsmedizin diagnostizieren und die Therapie solcher Krankheiten eigenverantwortlich durchführen können. Diese Ärzte müssen auch Alterserkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik diagnostizieren und sie je nach Schwere und Art des Krankheitsbildes von vornherein allein oder nach entsprechender Konsultation von Fachärzten des Versorgungsbereiches Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik behandeln oder an dieselben zur Weiterbehandlung überweisen können.
2. Der Umgang mit Patienten im höheren Lebensalter setzt besondere Kenntnisse auf soziologischem und psychologischem Gebiet voraus. Solche Kenntnisse werden in den Weiterbildungsgängen der traditionellen medizinischen Disziplinen nicht in genügendem Umfange vermittelt.
3. Die stationäre Langzeittherapie von Alterspatienten ist im Rahmen der an Akutkrankenhäusern üblichen Organisationsformen und Behandlungsmöglichkeiten (Mangel an Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie usw.) nicht durchführbar. Hierfür sind vielmehr spezielle geriatrische Kliniken erforderlich, die unter der Leitung eines entsprechend vorgebildeten Geriaters stehen sollen.
4. Das Interesse jüngerer Ärzte an dem Gebiet der Alterskrankheiten kann auf die Dauer nur dann geweckt und wachgehalten werden, wenn diesen Kollegen bessere Laufbahnmöglichkeiten offenstehen. Auch aus diesem Grunde ist die Schaffung eines Facharztes für Geriatrie unerläßlich.
5. Mit der Einführung eines solchen Facharztes würde auch die Einrichtung geriatrischer Lehrstühle und Fachabteilungen an den Universitäten gefördert werden. Dies ist Voraussetzung dafür, daß die geriatrische Ausbildung der Medizinstudenten verbessert wird. Diese studentische Ausbildung sollte — ebenso wie die Weiterbildung zum Facharzt für Geriatrie — nicht ausschließlich an Krankenhäusern erfolgen, sondern sich auch auf Erfahrungen mit Patienten in Alten- und Pflegeheimen erstrecken.

Teilgebietsbezeichnung „Gerontopsychiatrie"

In jeder medizinischen Disziplin hängt die Qualität der Krankenversorgung weitgehend davon ab, ob die hierfür vorgesehenen Einrichtungen auf die be-

*) s. Sondervotum von Dr. H. Heinze, S. 418.

sonderen Bedürfnisse der jeweiligen Patienten zugeschnitten sind und die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen durch ihre spezielle Ausbildung mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen ihres Fachgebiets vertraut gemacht und auf ihre besonderen Aufgaben vorbereitet werden. Daher ist es sicher wünschenswert, wenn auch die Gerontopsychiatrie allmählich einen höheren Spezialisierungsgrad erreicht. Dazu gehört, daß die gerontopsychiatrischen Krankenstationen in den Landeskrankenhäusern — wie in mehreren psychiatrischen Krankenhäusern der Schweiz — zu selbständigen Funktionseinheiten unter eigenverantwortlicher ärztlicher Leitung zusammengefaßt werden. Für die Ärzte bedeutet die Forderung nach einer höheren Spezialisierung, daß sie sich — ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie — ausschließlich oder zumindest vorwiegend dem Aufgabenbereich der Alterspsychiatrie zuwenden und auf diesem Gebiet Erfahrungen und Kenntnisse erwerben, die über das für einen Allgemeinpsychiater übliche Maß hinausgehen. Diese Spezialisierung könnte zu einem späteren Zeitpunkt in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern verankert werden und mit einer Qualifikation im Sinne einer geriatrischen Teilgebietsbezeichnung verbunden sein. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß die Bildung einer eigenen Teildisziplin „Gerontopsychiatrie" auch ihre Nachteile hat. Sie kann den psychisch kranken alten Menschen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems einen unerwünschten Sonderstatus verschaffen und sie in die Rolle einer unterprivilegierten Minorität hineindrängen. Dies wäre um so widersinniger, als die Vermeidung einer Ghettosituation und die Integration des alten Menschen in die Gesellschaft gerade einen wesentlichen Bestandteil präventiver Bemühungen darstellt. Auch für den Psychiater kann die ausschließliche Beschäftigung mit Erkrankungen jenseits des 65. Lebensjahres eine Einengung seines Erfahrungshorizontes bedeuten, wenn sein Blickfeld nicht immer wieder durch den Umgang mit jüngeren Patienten und durch die Kenntnis jener entwicklungspsychologischen Krisen und sozialen Probleme erweitert wird, die der Lebensperiode des Seniums vorangehen.

Die Sachverständigen-Kommission ist aufgrund dieser Überlegungen der Meinung, daß eine stärkere Spezialisierung der Gerontopsychiatrie prinzipiell anzustreben ist, daß diese Entwicklung aber schrittweise vollzogen werden muß.

Fachschwester/-pfleger für Geriatrie/Psychiatrie

Zur Realisierung der anstehenden Versorgungsbedürfnisse sind die Weiterbildungsgänge zur/zum Fachschwester/-pfleger für Geriatrie und zur/zum Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie zu intensivieren und auszubauen. Diese bedürfen dann zur Wahrnehmung ihrer spezifischen Aufgaben einer zusätzlichen Fortbildung für die Versorgung von psychisch kranken alten Menschen.

7.2.4.2.2 Nicht-medizinischer Bereich

Die unter dem Abschnitt — Teilgebietsbezeichnung „Gerontopsychiatrie" — diskutierten Fragen der Spezialisierung auf Altersfragen in einer Subdisziplin der Medizin gelten adäquat auch für andere Berufsgruppen.

Heimleiter für Institutionen der Altenhilfe

Auf Grund des neuen Heimgesetzes ergibt sich zunächst die Notwendigkeit der Nachgraduierung der bereits tätigen Heimleiter in Einrichtungen der Altenarbeit und zusätzlich der Einrichtung und des Ausbaus entsprechender Weiterbildungsgänge für Heimleiter. Für den Bereich der Versorgung psychisch Alterskranker wird eine zusätzliche Fortbildung benötigt.

7.2.4.3 Fortbildung

Wie im Kapitel „Aus-, Weiter- und Fortbildung" ausgeführt, muß „dem Aufbau und Ausbau der Fortbildung eine gewisse Priorität zuerkannt werden". Die Realisierung der vorgeschlagenen Maßnahmen wird sich nur durch eine intensive und umfangreiche Fortbildung für alle folgenden Berufsgruppen ermöglichen lassen. Dieses um so mehr, da Aus- und speziell Weiterbildung nach dem jetzigen Stand in der Bundesrepublik Deutschland für die hier angesprochenen Bereiche nur sehr zögernd erfolgen wird und kann.

Die Fortbildung soll die nachfolgenden Berufsgruppen

Fachärzte für Psychiatrie,

Fachärzte für Innere Medizin,

Psychologen, Soziologen, Architekten,

Schwestern und Pfleger,

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,

Rehabilitationsberufe

zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Versorgung, Lehre und unter Umständen auch Forschung befähigen.

7.2.4.4 Laienkräfte

Zahlreiche Aufgaben der ambulanten Altenarbeit werden von freiwilligen — zum Teil ehrenamtlichen — kurzzeitig angelernten oder teilweise ausgebildeten Laienkräften wahrgenommen. Dazu gehören einerseits Aufgaben der pflegerischen Betreuung (innerhalb der eigenen Familie, im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, in Sozialstationen usw.) und andererseits Aufgaben innerhalb der ambulanten Kontakt-, Bildungs- und Hilfsangebote (Leitung von Altenclubs, Mitarbeit in Altentagesstätten, Durchführung von Erholungsmaßnahmen, Besuchsdienste, Mitarbeit bei sozialen Hilfeleistungen usw.).

Auch in Zukunft muß angestrebt werden, daß diese Hilfs-, Versorgungs- und Pflegeaufgaben im Rahmen der Familie, der Nachbarschaftshilfe und der ambulanten Altenarbeit durch entsprechende Laienkräfte wahrgenommen werden. Vor Übernahme dieser Aufgaben benötigen diese jedoch eine intensive Kurzzeitschulung und eine berufsbegleitende Hilfestellung mit regelmäßiger Fortbildung.

7.2.5 Bedarf an Behandlungsplätzen und einleitenden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker alter Menschen

7.2.5.1 Bedarf an Behandlungsplätzen

Bei der Berechnung des künftigen Bedarfs an gerontopsychiatrischen Behandlungsplätzen ist davon auszugehen, daß bei der Stichtagserhebung am 30. Mai 1973 für die Versorgung über 65jähriger psychisch Kranker in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern, in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, den Universitätskliniken und den gerontopsychiatrischen Krankenhäusern insgesamt 22 404 über 65jährige Personen betreut wurden. Damit standen pro 100 000 Personen der Gesamtbevölkerung 36 Betten für die gerontopsychiatrische Versorgung zur Verfügung *) Außerdem sind augenblicklich in der Bundesrepublik für 100 000 Einwohner etwa 80 Plätze in Pflegeheimen vorhanden. Geht man davon aus, daß ungefähr 15 % der Bewohner solcher Heime psychiatrisch behandlungsbedürftig sind, so werden also zur Zeit zusätzlich 12 psychiatrische Behandlungsplätze für 100 000 Personen der Gesamtbevölkerung in Pflegeheimen vorgehalten. Die Gesamtzahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern und Pflegeheimen für über 65jährige Personen beträgt somit etwa 47 pro 100 000 Personen der Gesamtbevölkerung.

Die weitere Entwicklung ist durch verschiedene, teilweise gegenläufige Tendenzen bestimmt. Bei der Zahl der in den Anstalten alt gewordenen Langzeitpatienten ist zu bedenken, daß ein erheblicher Teil dieser Population den Euthanasiemaßnahmen zum Opfer gefallen ist. Bei gleichbleibender klinischer und sozialer Prognose dieser Krankheit wäre also damit zu rechnen, daß der Anteil alter Anstaltspatienten zunimmt, wenn eine Generation von psychisch Kranken das höhere Lebensalter erreicht, die nicht mehr von den Euthanasiemaßnahmen betroffen war. Auf der anderen Seite ist aber damit zu rechnen, daß der Anteil jüngerer Patienten, die länger als ein Jahr in einem psychiatrischen Krankenhaus bleiben, die Beziehung zu ihrer sozialen Umwelt verlieren und wegen der Chronifizierung des Krankheitsprozesses bis ins höhere Lebensalter hinein in den Anstalten bleiben, infolge der heutigen Möglichkeiten der Frühbehandlung und der gestiegenen Rehabilitationschancen abnimmt. Ein Teil dieser Patienten kann sicher frühzeitig außerhalb des Krankenhauses in geeigneten Wohnheimen untergebracht werden. Diese Entwicklung wird sich aber voraussichtlich innerhalb eines sehr langen Zeitraums vollziehen, und ihre Auswirkungen werden sich vermutlich in den nächsten Jahren noch kaum bemerkbar machen. Aufs ganze gesehen wird sich daher an der Größe dieser Population vorläufig vermutlich nicht viel ändern.

*) Unberücksichtigt blieb hierbei die Zahl der über 65jährigen in den in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogenen Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte, da diese z. T. in den 80 Pflegeheimplätzen beinhaltet sind.

Tabelle 1

Anteil der über 65jährigen Patienten an den Kranken sämtlicher Altersgruppen und der Patienten mit der Diagnose „Psychische Störungen des höheren Lebensalters" an sämtlichen Diagnosen in psychiatrischen Krankenhäusern mit verschiedener Zweckbestimmung

Art der Einrichtung	über 65 Jahre	Diagnose: „Psychische Störungen des höheren Lebensalters"
	%	%
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	22,4	9,1
Fachabteilung für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	16,8	6,5
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	53,6	18,4
Universitätskliniken	8,8	3,6
Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte	15,0	5,2

Gleichzeitig wird die Zahl von psychiatrischen Erstaufnahmen nach dem 65. Lebensjahr voraussichtlich dadurch anwachsen, daß der Anteil der über 75jährigen in der Gesamtbevölkerung zunimmt und die Möglichkeiten der Betreuung von psychisch kranken alten Menschen durch Familienangehörige infolge der bereits genannten gesellschaftlichen Wandlungen immer geringer werden. Außerdem wird die Verbesserung und Intensivierung psychiatrischer Behandlungsangebote dazu führen, daß ein größerer Prozentsatz älterer Menschen in früheren Stadien des Krankheitsprozesses und mit leichteren Formen psychischer Krankheiten wenigstens für kürzere Zeit stationäre Behandlungseinrichtungen in Anspruch nimmt.

Aus diesen Gründen ist damit zu rechnen, daß der Bedarf an Behandlungsplätzen für alte Menschen zunehmen wird. Als grober Richtwert sollte eine Zahl von 52 Betten auf 100 000 Einwohner für die gerontopsychiatrische Versorgung veranschlagt werden. Diese Zahl kann allerdings nur als grobe Orientierung gelten, da sie natürlich auch stark von regionalen Unterschieden (stärkerer Bedarf in städtischen Ballungsgebieten) beeinflußt wird.

7.2.5.2 Umverteilung der Behandlungsplätze

Gleichzeitig muß aber davon ausgegangen werden, daß in Zukunft ein größerer Anteil psychisch kranker alter Menschen nicht mehr auf die Unterbrin-

gung in einem psychiatrischen Krankenhaus angewiesen sein wird, sondern in geeigneten Altenkrankenheimen und Altenpflegeheimen placiert werden kann und muß. Bei einer Bevölkerung von 100 000 Einwohnern ist vorläufig folgende Verteilung der Behandlungsplätze anzustreben:

1. Stationäre Assessment-Unit ..... 6 Plätze
2. Übrige gerontopsychiatrische Abteilung ..... 22 Plätze
3. Altenkranken-/Altenpflegeheim ... 24 Plätze.

Der Bedarf an Tageskliniken ist außerordentlich schwer abzuschätzen, da bisher in der Bundesrepublik noch so gut wie gar keine Erfahrungen mit dieser Behandlungsform gemacht wurden. Es muß also zunächst abgewartet werden, inwieweit die gerontopsychiatrischen Tageskliniken von den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen angenommen werden, ob sie sich — ebenso wie in anderen Ländern — als effizient erweisen und in welchem Umfang hierdurch stationäre Behandlungsplätze eingespart werden können. In Versorgungsregionen, die eine gerontopsychiatrische Tagesklinik einrichten wollen, sollte zunächst von einem Richtwert von zehn Behandlungsplätzen pro 100 000 Einwohner ausgegangen werden.

Für ein *Standardversorgungsgebiet von 250 000 Einwohnern* ergeben sich somit folgende Richtwerte für den Bedarf an Behandlungsplätzen:

1. Assessment-Unit ..... 15 Plätze
2. Übrige gerontopsychiatrische Abteilung ..... 55 Plätze
3. Tagesklinik ..... (25 Plätze)
4. Altenkranken-/Altenpflegeheim .. 60 Plätze

7.2.5.3 Einleitende Maßnahmen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Folgende Maßnahmen sind in den nächsten Jahren vordringlich:

1. Schaffung selbständiger gerontopsychiatrischer Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Behandlungszentren.
2. Schaffung von gerontopsychiatrischen Tageskliniken als Modelleinrichtungen mit einer Kapazität von etwa 25 Behandlungsplätzen.
3. Einrichtungen eines kompletten regionalen Verbundsystems zur gerontopsychiatrischen Versorgung in zunächst zehn Standardversorgungsgebieten. Die Schaffung solcher Modellregionen ist vordringlich und der Förderung von Einzeleinrichtungen vorzuziehen, weil die Effektivität eines solchen Versorgungsverbundes mit seinen vielfältigen Aufgaben nur erprobt werden kann, wenn alle in diesem Verbund beteiligten Dienste ausreichend ausgestattet und funktionsfähig sind.

8 Versorgung geistig Behinderter

8.1 Aufgabenbereich und Zuständigkeiten

8.1.1 Definition

Unter geistig Behinderten versteht man Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, so daß sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen. Mit der geistigen Behinderung sind oft Beeinträchtigungen der Sprache, der Motorik, der Sinnesleistungen, des Verhaltens, der emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung sowie der sozialen Anpassung verbunden.

8.1.2 Aufgabenbereich

Die Betreuung geistig Behinderter vollzieht sich schwerpunktmäßig im Bereich Erziehung, Beschäftigung, Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Eine volle berufliche Qualifikation ist für einen Teil der Behinderten bei intensiver Förderung und Begleitung möglich. Ein anderer Teil der Behinderten wird jedoch in beschützenden Arbeitssituationen, wie beschützende Arbeitsplätze, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in Werkstätten für Behinderte, arbeiten und dabei sehr unterschiedlicher Betreuung und Begleitung im Wohnbereich bedürfen. Aber auch Schwerst- und Mehrfachbehinderten, die gleichzeitig erheblich geistig behindert sind, können heute — dank der vor allem in den letzten Jahren entwickelten speziellen Therapieformen — durch intensive und gezielte Förderung und Betreuung eine Verbesserung und Bereicherung ihrer Lebenssituation erfahren.

Es gibt praktisch keine untere Grenze mehr für Entwicklungs- und Förderungsfähigkeit und damit für die Bildungsfähigkeit der Behinderten.

Eine geistige Behinderung wird festgestellt, indem die Intelligenz gemessen und mit dem Gesamteindruck des Behinderten verglichen wird.

Die Einteilung in verschiedene Grade der Behinderung aufgrund von Intelligenzmessungen ist problematisch, da es in diesem Bereich an objektiven und zuverlässigen Meßinstrumenten (Intelligenztests) fehlt.

Zusätzliche Informationen können durch Verhaltens- und Leistungsbeobachtungen ermittelt werden, die sich auf die Entwicklungsabschnitte Vorschulalter, Schulalter, Jugendalter und Erwachsenenalter beziehen.

Die Versorgung geistig behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener bedeutet

— Erfassung der Behinderten und

— Betreuung mit dem Ziel der größtmöglichen Entfaltung der Persönlichkeit und der Eingliederung in die Gesellschaft.

Wichtig ist die Durchführung präventiver Maßnahmen; z. B. kann durch primärpräventive Maßnahmen das Auftreten von Behinderungen vermieden und durch möglichst frühzeitige Erfassung und Erkennung können die Folgen von Behinderungen eingeschränkt werden.

Die Versorgung der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen — einschließlich präventiver Aufgaben — wird im Kapitel „Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher" (B. 3.7.1) zusammengefaßt dargestellt und ist in diesem Kapitel in differenzierter und vertiefter Form nochmals enthalten.

8.1.3 Zuständigkeiten

Die zahlreichen für die Versorgung der geistig Behinderten zuständigen Dienste und Einrichtungen sind:

— offene Sozialdienste (Dienste der extramuralen Einrichtungen),

— stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie,

— stationäre Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie,

— stationäre Einrichtungen und Heime freigemeinnütziger Träger,

— sonderpädagogische Einrichtungen und

— Selbsthilfe-Organisationen.

Diese Dienste und Einrichtungen werden von verschiedenen Trägern unterhalten. Hierdurch wird eine sinnvolle und wirksame Kooperation sehr erschwert. In diesem Zusammenhang sind im Kapitel B. 3.6 Behindertenzentren und Verbundsysteme vorgeschlagen worden, die bei einer gemeinsamen Leitungs- und Organisationsstruktur auch von mehreren Trägern gebildet werden können. Optimale Hilfen für geistig Behinderte können darüber hinaus aber nur verwirklicht werden, wenn die zuständigen Träger, Behörden und Organisationen auf allen Ebenen zusammenarbeiten. Die von der Sachverständigen-Kommission vorgeschlagenen Koordinierungsgremien (s. B. 6) sollen unter anderem die Zusammenarbeit der an der Versorgung geistig Behinderter Beteiligten gewährleisten.

8.1.4 Sonderaufgaben der Versorgung Schwerst- und Mehrfachbehinderter

Schwerst- und Mehrfachbehinderte (s. B. 3.4.6) bilden Sondergruppen unter den geistig Behinderten, die besondere Betreuung und Förderung benötigen. Bei Mehrfachbehinderten muß die geistige Behinderung, sofern sie die primäre Behinderung darstellt, vorrangig berücksichtigt werden.

Weitere Krankheitsformen in Verbindung mit geistiger Behinderung (Epilepsie, Psychosen und frühkindlicher Autismus *) mit geistiger Behinderung) sowie geistig behinderte Rechtsbrecher machen besondere Maßnahmen erforderlich.

In der Bundesrepublik Deutschland wird der Anteil der Schwerst- und Mehrfachbehinderten mit 0,55 pro Tausend Einwohner angegeben, das sind 34 000 Personen.

8.1.5 Lernbehinderte

Der Übergang von der Gruppe der geistig Behinderten zu der der Lernbehinderten ist in der Praxis fließend. Dieser im Grenzbereich liegende Personenkreis muß mit berücksichtigt werden, damit keine Versorgungslücken entstehen (s. B. 3.8.3.5).

8.2 Bedarf und gegenwärtiger Stand der Versorgung

8.2.1 Bedarf

Exakte epidemiologische Daten über geistig Behinderte und insbesondere über betreuungsbedürftige geistig Behinderte liegen in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht vor. Die frühzeitige Erfassung geistig Behinderter ist ohnehin schwierig. Schwere Formen von Behinderungen werden frühzeitig, mittlere im Kindergarten, leichtere gelegentlich erst in der Schule erkannt. Dies führt dazu, daß für verschiedene Altersgruppen Zahlenangaben unterschiedlicher Größe gemacht werden. Es wird etwa mit einem Anteil von bis zu 8 ‰ **) geistig Behinderter je Geburtsjahrgang gerechnet.

*) 1. Frühkindlicher Autismus: In den ersten drei Lebensjahren hervortretende, tiefgreifende Beziehungsstörung zur Mitwelt, die mit Kontaktvermeidung, charakteristischen Sprachstörungen, zwanghaft-rituellem Verhalten und oft bizarren Stereotypien einhergeht. Praktische, technische und rechnerische Fähigkeiten kontrastieren oft mit dem niedrigen Niveau sozialer Möglichkeiten.
2. Psychosen: Erwachsene und jugendliche Behinderte können, wie andere Menschen auch, von Psychosen betroffen werden, deren Erscheinungsbilder und Verläufe von der Behinderung mitgeprägt werden. Die Behandlung kann je nach Schwere, Dauer und sozialer Situation ambulant, in Behinderten-Einrichtungen oder im psychiatrischen Behandlungszentrum erfolgen.
3. Psychische Erkrankungen bei Kindern, die mit tiefgreifenden Beziehungs-, Gefühls-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen einhergehen, führen zusammen mit den Folgen der geistigen Behinderung zu komplizierten Legierungen von Krankheit und Defizienz.
4. Die Behandlung autistischer und psychotischer Kinder stellt besonders hohe Ansprüche an Sachkenntnis, zeitlichen und personellen Aufwand medizinischer, psychologischer und pädagogischer Art. Lösungsversuche sind erst in Ansätzen erkennbar. Die Situation dieser Behindertengruppen ist besonders unbefriedigend.

**) Da die Lebenserwartung geistig Behinderter geringer als die der Gesamtbevölkerung ist, hat man, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, mit einem Anteil von etwa 6 ‰ zu rechnen.

Die Zahl der betreuungsbedürftigen geistig Behinderten hängt unter anderem von der steigenden Lebenserwartung und von dem sich bereits abzeichnenden Geburtenrückgang ab. Während zunehmende Lebenserwartung einen Mehrbedarf an Betreuungskapazitäten zur Folge hat, könnte dieser durch den Geburtenrückgang — zumindest teilweise — wieder aufgefangen werden.

8.2.2 Gegenwärtiger Stand der Versorgung

Ein zusammenhängendes System kooperierender Einrichtungen zur Versorgung geistig Behinderter besteht in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit nicht. Präventive Maßnahmen zur Früherfassung von Risikokindern und Frühförderung Geschädigter werden bisher nur in Ansätzen verwirklicht. Relativ günstig entwickelt sich die Förderung im Schulalter in Sonderschulen für geistig Behinderte, während die Förderung im Kindergartenalter, die berufliche Förderung und Ausbildung sowie die berufliche Eingliederung zwar gesetzlich verankert sind, vielfach aber noch nicht ausreichend erfolgen. Ein gefächertes Wohnangebot, den verschiedenen Schweregraden geistiger Behinderung und der unterschiedlichen sozialen Anpassungsfähigkeit der Behinderten entsprechend und zentriert um eine Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, eine selbständige Abteilung für geistig Behinderte eines psychiatrischen Krankenhauses oder um ein Behindertenzentrum, ist bisher nur modellhaft an wenigen Stellen in Entwicklung. Ambulante und mobile Dienste, die solche Wohnauffächerung erst möglich machen, sind nur in Ansätzen vorhanden.

Die gegenwärtig die stationäre Versorgung tragenden Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern oder selbständigen Einrichtungen für geistig Behinderte der freigemeinnützigen Träger sind durchweg überbelegt. Sie haben ebenso wie die zuweisenden Stellen lange Wartelisten für geistig Behinderte, die dringend einer Diagnostik, Therapie oder Pflege bedürfen.

Der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl aller Patienten im Mai 1973 in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie ist in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich:

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

Unter den insgesamt 94 197 Patienten in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden sich durchschnittlich 18,5 % geistig Behinderte.

In den Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke — soweit diese in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogen wurden (s. A. 4) — befanden sich im Mai 1973 unter 35 064 Kranken und Behinderten 65,6 % geistig Behinderte.

Für die berufliche Eingliederung werden Werkstätten für Behinderte benötigt. Ihre Zahl ist unzureichend (s. B. 3.5.1). Das gleiche trifft in besonderem Maße für die Bereitstellung von differenzierten Wohnmöglichkeiten und Heimen zu (s. B. 3.4).

Es mangelt an ambulanten Hilfen für diejenigen Familien, die bereit sind, einen geistig behinderten Menschen, ob Kind oder Erwachsener, in ihrem Hause zu behalten oder aufzunehmen (s. B. 3.4.2.1). Diese Hilfen bestehen in

- Kurzzeitheimen, die eine regelmäßige Entlastung der Familie garantieren,
- ambulanten Einrichtungen jeglicher Art, die auch schwerer Behinderte aufnehmen
- oder in Ferieneinrichtungen für Familien mit behinderten Kindern.

Es mangelt an Beratungsstellen und an speziellen Diensten, die die betroffenen Familien z. B. bei Krisensituationen aufsuchen und ihnen in ihrer sozial belastenden und isolierenden Situation zur Seite stehen.

Freizeiteinrichtungen für geistig Behinderte waren bisher der sporadischen Initiative privater Gruppen überlassen. Das Bedürfnis nach einer angemessenen Freizeit und Beschäftigung ist genauso ernst zu nehmen wie Bildung, Weiterbildung und Arbeitsförderung. Freizeitförderung ist ein wichtiger Bestandteil der Eingliederungshilfe, insofern sie auf größtmögliche Teilnahme des Behinderten am Leben der Gemeinschaft gerichtet ist.

8.3 Versorgung, Rehabilitation, notwendige Maßnahmen

8.3.1 Grundsätze

Folgende Grundsätze sind beim Aufbau eines Versorgungssystems für geistig Behinderte zu berücksichtigen:

- Die Lebensbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, daß sie soweit wie möglich denen der „Normalen" entsprechen. Das gilt auch für die Beziehung der Geschlechter zueinander.
- Die geistig Behinderten sollen im Bereich der vorschulischen, schulischen und beruflichen Ausbildung, in der Arbeitsausübung und im Wohn- und Freizeitbereich soweit wie möglich eingegliedert werden. Dieses erfordert eine Vermeidung jeglicher Isolierung der Behinderten und

die Bereitschaft von seiten der Gesunden, Behinderte in ihren Bereich aufzunehmen, auch unter Berücksichtigung aller notwendigen Einschränkungen in der schulischen, beruflichen und sozialen Belastung.

— Die Belange der Behinderten und ihrer Familien müssen stets berücksichtigt werden.

Bei allen Maßnahmen der Hilfe sind die „Rechte der geistig Behinderten", wie sie am 20. Dezember 1971 von der Vollversammlung der UN verabschiedet worden sind, zu beachten und zu wahren.

8.3.2 Versorgung und Rehabilitation geistig Behinderter im Rahmen der psychiatrischen Versorgung

Die Versorgung geistig Behinderter ist im Rahmen der psychiatrischen Versorgung nur sinnvoll, wenn durch multidisziplinäre Zusammenarbeit eine bestmögliche Versorgung für psychisch Kranke, Behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen erreicht wird (siehe auch „Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung", s. B. 3.1). Dabei sind für geistig Behinderte aller Altersstufen sowohl besondere Maßnahmen und eigenständige Einrichtungen vorzusehen, als auch andererseits psychiatrische Einrichtungen im engeren Sinne unmittelbar in die Hilfen für geistig Behinderte einzubeziehen.

Diese Einbeziehung wird besonders notwendig sein bei der Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, da sich hier in der Prävention, der Früherfassung und Frühförderung, der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der geistig Behindertenversorgung weitgehend decken (s. B. 3.7.1).

Die Rehabilitation und Versorgung der erwachsenen geistig Behinderten wird gegenwärtig im stationären Bereich noch weitgehend von den psychiatrischen Krankenhäusern getragen. Man muß aber für die zukünftige Entwicklung davon ausgehen, daß die Versorgung nicht mehr innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser stattfindet, sondern in besonderen Einrichtungen, in denen neben der Pflege Schwerst- und Mehrfachbehinderter verstärkt sozialfürsorgerische und rehabilitative Hilfen sowie beschützende Arbeitsmöglichkeiten vorhanden sind.

Intensive, krankenhausmäßige, psychiatrische Betreuung tritt dagegen zahlenmäßig so weit zurück, daß dafür keine besonderen Einrichtungen mehr vorzuhalten sind. Dieses Programm der Ausgliederung erwachsener geistig Behinderter aus den psychiatrischen Krankenhäusern darf nicht zu einer neuen und stärkeren Vernachlässigung dieser Personengruppe führen, sondern sollte eine vermehrte Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse der Behinderten und eine Intensivierung der intramuralen und extramuralen Betreuung zur Folge haben (s. a. A. 2; B. 1; B. 3.5; B. 3.6). Die gesamte Entwicklung soll einmünden in ein regionales Verbundsystem umfassender Behindertenhilfe, das sowohl in den Koordinierungsgremien auf allen Versorgungsebenen als auch unmittelbar (fachärztliche Beratung und Behandlung) mit dem psychiatrischen Versorgungsnetz verbunden bleibt.

8.3.3 Notwendige Maßnahmen und Einrichtungen

Die Versorgungseinrichtungen müssen nach den verschiedenen Altersstufen und nach den unterschiedlichen Behinderungsformen differenziert werden.

So soll eine klare Trennung des Lebensbereiches der Kinder und Jugendlichen von dem der Erwachsenen vorgenommen werden. Getrennte Einrichtungen für männliche oder weiblich Behinderte sollen nicht mehr vorgesehen werden, da sie den Bedingungen, unter denen andere Mitmenschen leben, nicht entsprechen. Es gibt keinen ausreichenden Grund, die Lebensform geistig Behinderter anders zu gestalten als die der Gesunden. Bei solchen Lösungen muß jedoch Vorsorge getroffen werden, daß bei erblich bedingter geistiger Behinderung keine Fortpflanzung erfolgt (Empfängnisverhütung).

a) Vorsorge und Früherkennung

Frühzeitige Maßnahmen umfassen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern, die von niedergelassenen Ärzten, Polikliniken und vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchzuführen sind.

Frühdiagnose, Frühtherapie und Frühberatung sind von Fachärzten in Fachpolikliniken, speziellen Beratungsstellen, klinischen Einrichtungen für Diagnostik und Frühtherapie und in Zentren für Risikokinder mit einer Sonderabteilung für schwerstbehinderte Säuglinge und Kleinkinder vorzunehmen. Die Frühförderung, Früherziehung und Frühberatung soll in Beratungs- und Behandlungsstellen mit mobilen (ambulanten) Diensten, z. B. in Verbindung mit Sonderkindergärten und Fachzentren erfolgen.

b) Kindergärten

Zur Förderung geistig behinderter Kinder im Kindergartenalter (einschließlich Hausfrüherziehung) müssen Sonderkindergärten zur Verfügung stehen, bzw. Sondergruppen in Kindergärten gebildet werden.

c) Schulen

Die Förderung im Schulalter erfolgt in Sonderschulen, in Sonderklassen an allgemeinbildenden Schulen und im Rahmen eines Hausunterrichts.

d) Ausbildung und Beruf

Für die berufliche Förderung, Ausbildung und berufliche Eingliederung müssen Werkstätten für Behinderte, ggf. Berufsbildungswerke, Förderlehrgänge und beschützende Arbeitsplätze in ausreichender Anzahl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen werden.

e) Wohnung und Freizeit

Allen Altersgruppen geistig Behinderter müssen differenzierte Wohn- und vielfältige Freizeitmöglichkeiten angeboten werden.

Die Wohnangebote umfassen:

— Einzelwohnungen mit loser ambulanter Betreuung (s. B. 3.4.2.1);

— Gruppenwohnungen mit bedarfsentsprechender ambulanter Versorgung (s. B. 3.4.2.1);

— Teilzeitwohnplätze (5-Tage-Heime bzw. -Wohnplätze) (s. B. 3.4.2.1);

— Wohnheime (s. B. 3.4.1.2);

— Trainings- und Übergangsheime (s. B. 3.4.1.1);

— Behindertenzentren (meist in Verbindung mit Wohnplätzen mit speziellen Fachdiensten) (s. B. 3.6);

— Wohnungen bei Pflege- oder Pensionsfamilien;

— Wohnplätze mit speziellen Fachdiensten (Diagnose-, Therapie und/oder Pflegediensten u. a.) integriert in andere Wohnstätten, verbunden (einzeln oder gruppenweise) mit anderen Facheinrichtungen (z. B. psychiatrische Einrichtungen, Altenpflegeheime u. a.) oder zentralisiert in überregionalen Spezialheimen.

Der Freizeit und Erholung dienen allgemeine und spezielle Freizeiteinrichtungen sowie Sport- und Begegnungsstätten, der Bildung allgemeine und spezielle Jugend- und Erwachsenenbildungsstätten.

f) Beratung

Die Beratung der Behinderten und ihrer Angehörigen soll in den bereits genannten Einrichtungen (versehen mit mobilen und ambulanten Diensten), in Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und allen in der Behindertenhilfe tätigen öffentlichen und privaten Institutionen erfolgen.

g) Krisenintervention

Für familiäre Notsituationen sollen mobile Dienste und Kurzzeitheime zur Verfügung stehen.

h) Einrichtungen für besondere Gruppen

Mehrfach Behinderte benötigen Sonderplätze oder Sonderabteilungen in den bereits genannten Institutionen sowie bei erhöhtem Bedarf an Spezialdiensten Sondereinrichtungen (s. B. 3.4.1.3).

Für geistig behinderte alte Menschen, die nicht mehr arbeiten, müssen Sonderplätze in den verschiedenen Wohnstätten, Sonderabteilungen und Sondereinrichtungen sowie Plätze in allgemeinen Alteneinrichtungen zur Verfügung stehen.

8.3.4 Beteiligte Berufsgruppen

Der Mangel an Personal, sei es im medizinischen, psychologischen, pädagogischen, Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich ist durchgehend. Bei der Betreuung geistig Behinderter sollten Angehörige neuer Berufsgruppen, insbesondere Sozial- und Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger und Heilerziehungshelfer sowie Sozialarbeiter vermehrt beteiligt werden. Auch der Einsatz von Freizeitpädagogen — einem noch nicht anerkannten Beruf — wäre dringend erforderlich.

8.3.5 Verteilung der Einrichtungen

In einem Standardversorgungsgebiet von 250 000 Einwohnern sollen für geistig Behinderte folgende Einrichtungen geschaffen bzw. in Anspruch genommen werden:

— Beratungs- und Behandlungsstellen mit mobilen Diensten (Aufgaben: Frühförderung, -erziehung, -beratung, Beratung geistig Behinderter und ihrer Angehörigen);

— Frühförderung (0 — 2;11 Jahre) etwa 0,28 ‰ der Gesamtbevölkerung;

— Sonderkindergärten und Sondergruppen in Kindergärten, sowie Möglichkeiten der Hausfrüherziehung (3;0 — 5;11 Jahre) bis zu 0,4 ‰ der Gesamtbevölkerung;

— Sonderschulen und Sonderklassen in allgemeinbildenden Schulen sowie Möglichkeiten für Hausunterricht (6;0 — 15;11 Jahre) bis zu 0,96 ‰ der Gesamtbevölkerung;

— für Jugendliche (16 und 17 Jahre) bis zu 0,16 ‰ der Gesamtbevölkerung;

— Werkstätten für Behinderte (s. B. 3.5.1.), Berufsbildungswerke (s. B. 3.5.4) und Berufsförderungswerke (s. B. 3.5.5) für geistig Behinderte im Grenzbereich zur Lernbehinderung, sowie beschützende Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Plätze für 200 Behinderte, jährliche Zuwachsrate 25).

— Wohnangebote verschiedener Art (s. B. 3.4);

— Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten;

— Kurzzeitheime und Kurzzeitplätze;

— Sonderplätze, Sonderabteilungen und Sondereinrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte (s. B. 3.6).

Im übergeordneten Versorgungsgebiet, das zwei bis drei Standardversorgungsgebiete umfassen soll, sind für geistig Behinderte vorzusehen

1. klinische Einrichtungen für Diagnostik und Frühtherapie, Sonderabteilungen an einer Kinderklinik oder an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrum;
2. ein Zentrum für Risikokinder und Sonderabteilung für schwerst- und mehrfachbehinderte Säuglinge und Kleinkinder, die einer multidisziplinären langfristigen Therapie, Pflege und Erziehung bedürfen;
3. ein Zentrum für Diagnostik, Therapie- und Sonderpädagogik, medizinisch-psychologische Therapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie, heilpädagogische Übungsbehandlung (Verhaltenstherapie, Sprachtherapie, Förderung des Sozialverhaltens und der praktischen Bildung);

(zu den Platzzahlen für die unter Nummer 1 bis 3 genannten Einrichtungen siehe auch Kapitel B. 3.7.1;)

4. ein Behindertenzentrum (s. B. 3.6);
5. Wohnheime mit speziellen Fachdiensten (Diagnose-, Therapie und/oder Pflegediensten) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie alte Menschen (s. B. 3.4.1.2).

6. Bildungs-, Ausbildungs- und Therapieeinrichtungen für Mehrfachbehinderte, bei denen die geistige Behinderung sekundär ist (diese Einrichtungen sollen in der Regel als Sonderabteilungen an Einrichtungen für die nachfolgend genannten Behinderungen angeschlossen werden),
   - für Sprach- und Hörbehinderte mit geistiger Behinderung,
   - für Behinderte mit zerebral-bedingten Bewegungsstörungen und geistiger Behinderung, Sehbehinderte mit geistiger Behinderung;
7. Einrichtungen für
   - Epilepsie-Kranke mit geistiger Behinderung (s. B. 3.9.4),
   - psychotische und autistische Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung;
8. Einrichtungen für lern- und geistig behinderte Rechtsbrecher;
9. lernbehinderte Kinder und Jugendliche, die Verhaltensstörungen aufweisen, sollen soweit als möglich in ambulanten und teilstationären Bereichen Hilfe erfahren. Das wäre z. B. dadurch möglich, daß
   - die Sonderschulen für Lernbehinderte kinder- und jugendpsychiatrisch, psychologisch und heilpädagogisch unterstützt werden (durch schulpsychologische Dienste, mobile Dienste der kinder- und jugendpsychiatrischen Zentren und Erziehungsberatungsstellen),
   - die Sonderschulen mit sozialpädagogischen Fachdiensten verbunden werden für Wochenendmaßnahmen, Freizeitgestaltung, wirksame Hilfen bei der Umschulung in Normalschulen oder bei der Berufsausbildung,
   - Beratungsdienste sich der Eltern und der Kinder und Jugendlichen außerhalb des schulischen Bereiches annehmen;

   falls eine ambulante Hilfe familien- und schulorientiert nicht ausreicht, sind für lernbehinderte Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen in aller Regel die erzieherischen Hilfen, Maßnahmen und Einrichtungen der öffentlichen Erziehung, zuständig. Zahlenangaben finden sich in den Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates und sind in unserem Bericht nicht enthalten.

Sondereinrichtungen für grenzbegabte verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche sollten in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe geführt werden.

9 Dienste für spezielle Patientengruppen

9.1 Suchtkranke

9.1.1 Alkohol- und Drogenabhängige

9.1.1.1 Definition und Abgrenzung des Aufgabenbereichs

Für die Planung therapeutischer und präventiver Maßnahmen auf dem Gebiet der Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind exakte Begriffsbestimmungen von besonderer Bedeutung. Die verbreitete Tendenz zu unscharfen Definitionen (z. B. das Gleichsetzen von Drogenkonsumenten, die periodisch Mißbrauch treiben, mit rauschgiftsüchtigen Jugendlichen) stiftet Verwirrung und behindert den Einsatz therapeutischer und präventiver Maßnahmen.

9.1.1.2 Droge

Als Droge wird jede Substanz bezeichnet, die im lebenden Organismus eine oder mehrere Funktionen zu ändern vermag. Insbesondere werden unter Drogen solche Substanzen verstanden, die eine Wirkung auf das Zentralnervensystem ausüben (psychotrope Drogen). Nach dieser Definition gehört auch Alkohol zu den Drogen. Dennoch ist aus praktischen Gründen eine Differenzierung der Drogen tunlich. Häufig wird eine Einteilung in „Alkohol" und „sonstige Drogen" vorgenommen, wobei bei den Drogen noch zwischen „Arzneimitteln" und „Rauschmitteln" unterschieden wird. Gerade diese Unterteilung bietet aber gewisse Schwierigkeiten, vor allen Dingen bei der Eingliederung der Stimulantien. Dennoch kann streckenweise nicht völlig auf diese Differenzierung verzichtet werden. In diesem Bericht wird unterteilt in Alkohol, Arzneimittel und Rauschmittel. Beim Gebrauch der Mittel wird unterschieden zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit.

9.1.1.3 Mißbrauch

Unter Mißbrauch versteht man den Gebrauch einer Substanz, der sich von dem üblichen Gebrauch in quantitativer oder qualitativer (zweckentfremdeter) Hinsicht unterscheidet. Drogenmißbrauch ist jegliche Art der Verwendung von Drogen ohne medizinische Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung. Die Gefahr des Mißbrauchs besteht besonders bei Verwendung von Drogen ohne ärztliche Anordnung (Selbstmedikation). Man kann unterscheiden zwischen

1. *gelegentlichem Mißbrauch:* einmalige oder nur gelegentliche Einnahme der Drogen;
2. *kontinuierlichem Mißbrauch* über längere Zeit, jedoch ohne Zeichen einer physischen oder psychischen Abhängigkeit (siehe B 3.9.1.1.4). Allerdings ist hier die Gefährdung, abhängig zu werden, wesentlich größer als bei gelegentlichem Mißbrauch.

Unter *Alkoholmißbrauch* kann einmal ein gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhter Konsum von Alkohol verstanden werden. Als Alkoholmißbrauch ist aber auch jeglicher Alkoholkonsum zu unüblicher Gelegenheit zu verstehen, also während der Arbeit, bei der Teilnahme am Straßenverkehr usw. Alkoholmißbrauch betreibt auf jeden Fall derjenige, der sich mit Alkohol in einen Rauschzustand mit vorübergehenden sichtbaren Veränderungen der psychischen und physischen Funktionen versetzt.

Alkohol- und Drogenmißbrauch stellen ein Fehlverhalten dar und sind als Zustand der Gefährdung anzusehen. Sie sind aber nicht einem Krankheitsprozeß gleichzusetzen. Deswegen sind sie nur insoweit Gegenstand therapeutischer Maßnahmen, als das

zum Mißbrauch führende Fehlverhalten auf krankhaften Störungen beruht oder/und durch den Mißbrauch Schäden auf körperlichem, psychischem oder sozialem Gebiet entstanden sind. Der Mißbrauch von Alkohol und Drogen ist in erster Linie Zielpunkt präventiver Maßnahmen, da der Mißbrauch häufig die Vorstufe der Abhängigkeit von Alkohol und Drogen darstellt und ein großer Prozentsatz von Arbeits- und Verkehrsunfällen, Straftaten und Selbstmordhandlungen sowie von körperlichen und psychischen Krankheiten auf die weite Verbreitung dieses Mißbrauchs zurückzuführen ist.

9.1.1.4 Abhängigkeit

Abhängigkeit ist ein Prozeß, der aus sich heraus die Tendenz zum Fortschreiten hat. Die vielfach gebrauchte Bezeichnung „Suchtkrankheit" ist mit dem Begriff „Abhängigkeit" gleichzusetzen. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist mit Abhängigkeit vornehmlich psychische Abhängigkeit gemeint, die in jedem Fall vorhanden ist. Man versteht darunter einen Zustand krankhafter Beziehung (pathological interaction) zwischen einem Individuum und einer psychotropen Substanz. Dieser Zustand ist charakterisiert durch Verhaltensänderungen, durch ein unbezwingbares gieriges Verlangen nach Selbstverwandlung, durch Verlust der Konsumkontrolle bzw. durch das Vorrangigwerden der psychotropen Substanzen im Leben der Betroffenen. Diese psychische Abhängigkeit kann sich im Initialstadium periodisch in bestimmten Konstellationen manifestieren. Je nach Struktur des betroffenen Individuums und der pharmakologischen Eigenschaft der verwendeten Substanz kommt es früher oder später zu einer kontinuierlichen psychischen Abhängigkeit. Ob eine psychische Abhängigkeit von einem psychotropen Stoff vorhanden ist oder nicht, läßt sich von einem erfahrenen Untersucher meist mit hoher Wahrscheinlichkeit feststellen. Ein Individuum kann von einer, aber auch von mehreren psychotropen Substanzen abhängig werden. Rückfälle nach langdauernder therapeutisch bewirkter Abstinenz sind immer auf eine psychische Abhängigkeit zurückzuführen.

Je nach Art der mißbrauchten Drogen kann zur *psychischen Abhängigkeit* eine *körperliche Abhängigkeit* hinzukommen. Von körperlicher Abhängigkeit spricht man, wenn nach Absetzen der betreffenden Substanz Entzugserscheinungen auftreten, die für den Betreffenden mehr oder minder unangenehm sind. Sie können in manchen Fällen auch den Charakter schwerer Krankheitserscheinungen annehmen und zum Tode führen. Diese Abstinenzerscheinungen bei körperlicher Abhängigkeit können durch Zufuhr der bisher eingenommenen Droge oder einer ähnlich wirkenden Substanz aufgehoben werden. Körperliche Abhängigkeit stellt die wesentliche Ursache für das Phänomen des Nichtmehr-aufhörenkönnens mit dem Konsum von bestimmten Suchtmitteln (z. B. Alkohol) dar im Sinne der Unfähigkeit zur Abstinenz.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, daß pharmakologische Eigenschaften einer psychotropen Substanz den durch sie erzeugten Abhängigkeitsprozeß weitgehend prägen, wurden von der Weltgesundheitsorganisation verschiedene Abhängigkeitstypen herausgestellt und definiert.

Dabei kommt auch der Alkoholabhängigkeit eine Eigenständigkeit im Rahmen der verschiedenen Abhängigkeiten zu. In der Kategorie der Alkoholabhängigkeit wird die Barbituratabhängigkeit wegen vieler Gemeinsamkeiten eingeordnet.

Ein weiterer Abhängigkeitstyp ist vor allem der des Morphins, bei dem es ebenso wie beim Alkohol und bei Barbituraten rasch zur Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit kommt. Als Kategorien ohne oder mit nur sehr geringer körperlicher Abhängigkeit werden der Kokain-Typ, der Cannabis-Typ, der Amphetamin-Khat-Typ und der Halluzinogen-Typ unterschieden. Jugendliche Drogenabhängige verwenden in einem hohen Prozentsatz mehrere dieser Substanzen. Auch Drogenabhängige anderer Art gebrauchen häufig eine Mischung psychotroper Substanzen (Polytoxikomanie), (vgl. hierzu den im Anhang abgedruckten Bericht über das von W. Wanke durchgeführte Projekt).

9.1.2 Umfang des Problems

9.1.2.1 Alkoholismus

Genaue Zahlen über die Häufigkeit des Alkoholismus existieren weder in der Bundesrepublik Deutschland noch in anderen Ländern, da es nirgends eine streng durchgeführte gesetzliche Meldepflicht für Alkoholkranke gibt. Die mitgeteilten Zahlen beruhen daher größtenteils auf Hochrechnungen, wobei von dem Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken, von der Zahl der Todesfälle an Leberzirrhose oder von Fallzahlen ausgegangen wird, die in bestimmten Behandlungsinstitutionen oder von Gerichten und Polizeiorganen erfaßt werden. Die zuverlässigsten Angaben wären aus Feldstudien bzw. Repräsentativerhebungen zu gewinnen, über die aber bisher in der Bundesrepublik nur Teilergebnisse vorliegen.

Die epidemiologische Untersuchung der Häufigkeit des Alkoholismus begegnet besonderen Schwierigkeiten: Die begriffliche Abgrenzung der Formen des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit ist nicht ganz eindeutig und in den letzten Jahren erneut umstritten. Die Diagnose ist besonders in Frühfällen schwierig, und die Erfassung der Alkoholkranken begegnet bei der Bevölkerung, zum Teil auch bei den Fachleuten, erheblichen Tabus. Über das *Trinkverhalten* der Deutschen wurde 1967 eine umfangreiche Repräsentativerhebung durchgeführt. Daraus ergibt sich, daß 5 % der Erwachsenenbevölkerung täglich (umgerechnet) mehr als 100 ml reinen Alkohol trinken. Eine solche Menge ist enthalten in ca. 2,5 l Bier oder 1 l Weißwein oder ¼ l 40 %igem Weinbrand. 0,75 % der Erwachsenenbevölkerung trinken sogar täglich mehr als 200 ml reinen Alkohol. Andere Berechnungen kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Aus diesen Zahlen läßt sich aber noch nicht mit Sicherheit ein Rückschluß auf die Häufigkeit der Alkoholabhängigkeit gewinnen,

da sie nichts über solche Kriterien aussagen, die für die Diagnose entscheidend sind.

Was die *Häufigkeit des Alkoholismus* an einem bestimmten Stichtag oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode betrifft, so wurde die Anzahl der Alkoholkranken im Jahre 1969 von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren auf mindestens 600 000 (ca. 1 % der Bevölkerung) geschätzt. Diese Zahl geht auf Unterlagen zurück, die aus Aufnahmeziffern von Nervenkrankenhäusern, von Heilstätten für Alkoholkranke und ambulanten Beratungsstellen gewonnen worden sind. Nach dem Ergebnis einer im Sommer 1973 in Bremen durchgeführten Repräsentativerhebung kann die Häufigkeit des Alkoholismus auf 2 bis 3 % der Gesamtbevölkerung geschätzt werden. Diese Untersuchung bezog sich allerdings nur auf Alkoholmengen und soziale Schäden, aber nicht auf somatische oder psychische Folgeerscheinungen. Die Erhebungsmethoden waren nicht geeignet, zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit zu differenzieren. Wenn man annimmt, daß regionale Unterschiede im Trinkverhalten zwischen den einzelnen Bundesländern nicht in nennenswertem Umfang bestehen, wie dies aus früheren Untersuchungen zu entnehmen ist, wäre diese Zahl von 2 bis 3 %, das sind 1,2 bis 1,8 Millionen Alkoholkranke, als für das gesamte Bundesgebiet gültig anzusetzen. Damit hat die Bundesrepublik Deutschland Häufigkeitsziffern erreicht, wie sie aus anderen europäischen und außereuropäischen Ländern bekannt sind (Schweiz, Österreich, Tschechoslowakei). In den USA stieg die Häufigkeit des Alkoholismus von 2 % im Jahre 1958 inzwischen auf 4,6 % im Jahre 1971 an. Wegen der Unterschiedlichkeit der Erhebungsmethoden muß aber offenbleiben, ob die für die Bundesrepublik gültigen Zahlen gegenüber den Ziffern aus dem Jahre 1969 eine echte Zunahme von 1 bis 2 % darstellen.

Eine Zunahme läßt sich aber auch aus dem Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol ablesen. Dieser betrug im Jahre 1950 in der Bundesrepublik 3,2 l reinen Alkohols und stieg im Jahre 1973 auf 12,22 l an. Im Vergleich mit 11 anderen Ländern ist die Zuwachsrate in der Bundesrepublik am stärksten ausgeprägt. Auch die Zahl der Aufnahmen in medizinischen Institutionen wegen schwerer Folgen des Alkoholismus hat mit Sicherheit zugenommen. In psychiatrischen Krankenhäusern sind die Aufnahmeziffern von Alkoholkranken innerhalb der letzten Jahre um ein Mehrfaches gestiegen. Im Bundesdurchschnitt machen die Aufnahmen wegen Alkoholismus oder Abhängigkeit von Drogen in den großen psychiatrischen Krankenhäusern annähernd 30 % sämtlicher Aufnahmen aus. Allein die Zahl der Alkoholdelirien in den gleichen Institutionen hat innerhalb weniger Jahre um etwa 700 % zugenommen. Unter den Patienten von psychiatrischen Polikliniken sind Alkoholkranke mit einem Anteil von 7 bis 11 % vertreten. Jüngere Menschen und Frauen sind zunehmend gefährdet. In einer gesonderten Umfrage der Sachverständigen-Kommission wurde versucht, alle ambulanten und stationären Einrichtungen zur Behandlung und Fürsorge Suchtkranker zu erfassen. Nicht alle Institutionen haben geantwortet. Am Stichtag, dem 1. März 1974, befanden sich in 192 erfaßten stationären Einrichtungen 9 497 Alkoholkranke. Auf das Jahr 1972 bezogen wurden dort insgesamt 27 848 Alkoholkranke stationär aufgenommen, während in ambulanten Einrichtungen im Zeitraum eines Jahres 45 589 Alkoholkranke betreut worden sind. Die erfaßten ambulanten Einrichtungen hatten 122 165 Alkoholkranke in ihrer Kartei. In den genannten Zahlen sind auch diejenigen Patienten enthalten, die außer Alkohol noch andere Suchtmittel mißbrauchten (vgl. hierzu den im Anhang wiedergegebenen Bericht über das von W. Keup durchgeführte Projekt).

9.1.2.2 Rauschmittelabhängigkeit

Epidemiologische Untersuchungen über Mißbrauch und Abhängigkeit von Rauschmitteln begegnen erheblichen, spezifischen methodischen Schwierigkeiten, die u. a. mit der Poenalisierung des Rauschmittelgebrauchs und mit der Expansionstendenz des Mißbrauchs im Sinne einer sozialen Ansteckung zusammenhängen. Dazu kommt die gegenüber dem Alkoholismus viel größere Schwierigkeit, exakte repräsentative Befragungen durchzuführen, da gerade die Gruppe der am meisten Betroffenen (der „drop-out"-Existenzen) sich weitgehend der Erfassung entzieht. Der Überblick über die Verbreitung der Abhängigkeit in den einzelnen Ländern und im Laufe der letzten Jahrzehnte zeigt beträchtliche regionale und epochale Unterschiede, die viel stärker sind als beim Alkoholismus.

Über die Verbreitung der Rauschmittelabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland existieren eine Reihe von zuverlässigen Untersuchungen, darunter zwei Wiederholungsumfragen aus dem Jahre 1973. An Hand dieser Untersuchungsergebnisse lassen sich folgende Aussagen über den Trend der Entwicklung des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Rauschmitteln machen:

1. Die absolute Zahl der Konsumenten nimmt ab (z. B. von 18 auf 9 % bei der Wiederholungsumfrage unter Hamburger Schülern). Nachgelassen hat jedoch nur der Probier- und Gelegenheitskonsum. Der harte Kern derjenigen, die bereits abhängig sind oder wegen eines Mißbrauchs als schwer suchtgefährdet bezeichnet werden müssen, nahm eher zu als ab. Die im Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission genannten Zahlen von etwa 10 000 jugendlichen Suchtkranken und etwa 40 000 Rauschmittel-Dauerkonsumenten liegen sicher nicht zu hoch.
2. Der gleichzeitig süchtige Gebrauch verschiedener Drogen nimmt zu. Bedeutsam ist weiter das Anwachsen des kombinierten Gebrauchs von Rauschmitteln mit Alkohol. Der Konsum „harter" Drogen steigt an, besonders der von Heroin; hingegen ist der Mißbrauch von Halluzinogenen nahezu überall im Rückgang.
3. Der Mißbrauch hat von den Kreisen der Schüler und Studenten auf Lehrlinge und Arbeiter und insgesamt auf jüngere Jahrgänge übergegriffen. Parallel dazu geht ein Abbau der Ideologisierung und der subkulturellen Begleiterscheinun-

gen des Rauschmittelkonsums. Die Zahl der Abhängigen, die in ihren Familien verbleiben, nimmt zu.

Außerdem ist festzustellen:

1. die immer wieder festgestellte Drogensequenz, die mit dem Konsum „harter" Rauschmittel endet; am Anfang stehen häufig Tabak, ferner Cannabis, organische Lösungsmittel, Schlafmittel und Alkohol;
2. Härtere und intensivere Abwehrmaßnahmen haben die Drogenszene in den Untergrund verlagert.

Aus all diesen Untersuchungen geht hervor, daß die Gefahr des Drogenmißbrauchs und der Drogenabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren keineswegs an Aktualität verloren hat, obwohl sich ihre Manifestationen ständig wandeln. So sind neue, bisher ungelöste Probleme wie der zunehmende Mißbrauch von Heroin hinzugekommen.

Im Rahmen der gesonderten Umfrage der Sachverständigen-Kommission wurde ebenfalls versucht, alle ambulanten und stationären Einrichtungen zur Behandlung und Fürsorge von Rauschmittelabhängigen zu erfassen. Am Stichtag, dem 1. März 1974, befanden sich in den erfaßten Einrichtungen 892 Rauschmittelabhängige in stationärer Behandlung. Auf das Jahr 1972 bezogen wurden dort insgesamt 3 578 Rauschmittelabhängige aufgenommen. Im Zeitraum eines Jahres wurden in den in der Umfrage erfaßten ambulanten Einrichtungen, deren Daten verwertbar vorliegen, 12 480 Rauschmittelabhängige betreut. In den Karteien dieser Einrichtungen befanden sich 19 936 Abhängige verzeichnet. Die Patientengruppen stellen jedoch fast regelmäßig eine Mischung von Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen dar.

9.1.2.3 Arzneimittelabhängigkeit

Über den Arzneimittelmißbrauch im engeren Sinne gibt es verhältnismäßig wenig genaue Angaben. Versteht man darunter die gelegentliche oder regelmäßige Anwendung eines Arzneimittels bei sich selbst ohne Einschaltung eines Arztes (Selbstmedikation), so beläuft sich nach den Schätzungen der Umsatz an diesen Arzneimitteln auf jährlich 1 bis 2 Mrd. DM. Zum Vergleich: 1971 betrug der Arzneimittelumsatz in den Aphoteken insgesamt etwa 6,8 Mrd. DM.

Die Arzneimittelabhängigkeit betrifft in erster Linie Menschen im mittleren Lebensalter, mehr Frauen als Männer, die ursprünglich vom Arzt verordnete, dann aber unkontrolliert, Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel in Form von Kombinationspräparaten mißbräuchlich weiter nehmen. Zwischen dem Arzneimittelmißbrauch in der Durchschnittsbevölkerung und dem Rauschmittelkonsum Jugendlicher bestehen nur entfernte Ähnlichkeiten. Der Arzneimittelmißbrauch ist überwiegend iatrogen bedingt; eine umfangreiche Aufklärung der Ärzte über die Notwendigkeit der limitierten Verschreibung von Sedativa und eine Unterrichtung der Bevölkerung über die Gefährlichkeit der phenazetinhaltigen Kombinationspräparate erscheint dringend erforderlich. Diese Formen der Arzneimittelabhängigkeit vermischen sich immer häufiger mit einem Alkoholmißbrauch. So betreiben ca. 60 % der arzneimittelabhängigen Männer und 30 % der von Arzneimitteln abhängigen Frauen gelegentlich zusätzlich Alkoholmißbrauch. Auf der anderen Seite benutzten 30 bis 40 % alkoholabhängiger Frauen und 8 bis 10 % vom Alkohol abhängige Männer gleichzeitig mißbräuchlich sedierende Substanzen. Der Übergang von einer Alkoholabhängigkeit zu Formen der Arzneimittelabhängigkeit ist in jüngster Zeit immer häufiger nachzuweisen.

Nach einer im Jahr 1973 vorgenommenen Repräsentativerhebung unter 12 bis 24jährigen in Bayern nehmen 6 % gelegentlich Stimulantien, die überwiegende Zahl ohne ärztliches Rezept. 10 % von ihnen verwenden Schlafmittel und Beruhigungsmittel, davon fast die Hälfte ohne ärztliche Verordnung.

Von zwei Dritteln der Konsumenten schwerer Schlaf- und Schmerzmittel sowie Anregungsmittel werden diese Präparate in der Absicht genommen, ein Rauscherlebnis zu erzeugen, wobei die Applikationsweise dieser Mittel entsprechend verändert wird. Hier zeigt sich die Tendenz einer Verlagerung des Mißbrauchs von Rauschmitteln auf die im legalen Handel befindlichen Arzneimittel.

Im Rahmen des bereits erwähnten, gesonderten Projektes der Sachverständigen-Kommission wurden in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Bundesrepublik folgende Zahlen ermittelt: Am Stichtag, dem 1. März 1974, befanden sich 540 Arzneimittelabhängige in stationärer Behandlung. Auf den Zeitraum 1972 bezogen, sind in diesen stationären Einrichtungen 2 472 Arzneimittelabhängige aufgenommen worden. In den erfaßten ambulanten Diensten sind im Verlauf eines Jahres 2 479 Arzneimittelabhängige betreut worden. Die genaue Anzahl der in den Karteien erfaßten Arzneimittelabhängigen ließ sich nicht sicher von derjenigen der rein Rauschmittelabhängigen trennen. Beide Patientengruppen zusammengenommen sind mit 19 936 Fällen in den Karteien vertreten. Eine zuverlässige Auftrennung von Rauschmittel- und Arzneimittelkonsumenten oder von Alkoholkranken und Arzneimittelkonsumenten ist durch den zunehmend zu beobachtenden gemischten Mißbrauch der genannten Suchtmittel kaum mehr möglich.

9.1.2.4 Zusätzliche Gefahren des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Alkohol und Drogen

Unter den Alkoholkranken bestimmter Altersklassen (vor allem jüngerer und mittlerer Jahrgänge) ist die Sterblichkeit drei- bis fünfmal höher als unter gleichaltrigen Personen der Gesamtbevölkerung. Bei Opiatabhängigen ist sie bis zu zehnmal höher. Alkohol- und Drogenabhängige werden oft von lebenslangen Schädigungen betroffen, die sich auch mittelbar auf deren Familien auswirken.

Die volkswirtschaftlichen Schäden sind erheblich. So kostet ein mit 45 Jahren invalidisierter Alkoholkranker die Gesellschaft ca. 350 000 bis 400 000 DM. Bei Annahme einer nur mittleren Rente von monatlich 600 DM und zehnjährigem Bezug der Rente und der Annahme, daß nur 1 % der Suchtkranken, berechnet auf die sicher zu niedrig geschätze Zahl von 600 000 Alkoholkranken, von einer frühzeitigen Invalidisierung betroffen sind, ergibt dies für den Staat eine Rentenbelastung von ca. 50 Millionen DM im Jahr.

Bei etwa 25 % aller tödlich verlaufenden Verkehrsunfälle stand mindestens einer der Beteiligten unter massivem Alkoholeinfluß.

9.1.3 Entstehungsbedingungen

Die Ursachen der Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind vielschichtig. Es sind drei Hauptfaktoren herauszustellen:

1. Die spezifische Wirkung der psychotropen Substanzen,
2. die Besonderheiten des Individuums,
3. die Art des sozialen Umfeldes.

9.1.3.1 Die spezifische Wirkung der psychotropen Substanzen

Die einzelnen psychotropen Substanzen besitzen eine unterschiedliche suchterzeugende Potenz. Diese ist besonders groß bei denjenigen Stoffgruppen, die bereits bei der Beschreibung der Abhängigkeitstypen genannt wurden (z. B. Alkohol, Morphin, Stimulantien). Alle diese Drogen führen u. a. zu einer Veränderung der Stimmungslage und des Antriebs.

9.1.3.2 Die Besonderheiten des Individuums

Für die Entstehung einer Suchtdisposition des Individuums können psychoanalytische, anthropologische und verhaltens- sowie lerntheoretische Anschauungen herangezogen werden. Unter den Suchtkranken werden bestimmte prämorbide Wesenszüge häufiger angetroffen; nach psychoanalytischen Erfahrungen sind dabei depressiv strukturierte Persönlichkeiten besonders oft vertreten. Dennoch kann derzeit nicht vereinfacht von einer für Abhängige spezifischen Charakterstruktur gesprochen werden. Ein erheblicher Anteil der Drogenabhängigen und Polytoxikomanen wächst in einem frühkindlichen Milieu mit negativen Erziehungseinflüssen auf. Untersuchungen über die Heredität ergaben, daß bei vielen Drogenabhängigen und Alkoholkranken Alkoholismus, Toxikomanie, Suicidhandlungen sowie abnorme Persönlichkeiten in der Aszendenz gehäuft vorkommen. Durch neuere Forschungen gewinnen genetische Aspekte wieder an Bedeutung.

9.1.3.3 Die Art des sozialen Umfelds

Die Gewohnheit, Alkohol und andere psychotrope Substanzen zu konsumieren, wechselt in den einzelnen Ländern sehr stark. Dementsprechend ist auch die Einstellung zu diesen Drogen regional unterschiedlich und vielfach durch jahrhundertelange Tradition geprägt. Kurzfristige Aufklärungs- und Erziehungsprogramme sind aus diesen Gründen nur von beschränktem Wert. Unter den Sozialfaktoren, die das Abhängigkeitsverhalten beeinflussen, spielt besonders die Herkunftsfamilie eine große Rolle. Jugendliche, deren Eltern Alkohol, Tranquilizer, Barbiturate oder Stimulantien benutzen, suchen häufiger als andere Zugang zu Haschisch, Opiaten, Medikamenten, Alkohol und Tabak. Von großer Bedeutung für das Zustandekommen der Abhängigkeit sind auch Sub- und Gegenkulturen, die das Trinkverhalten und den Drogenkonsum aktivieren und eine Gegen-Ethik positiver Bewertung von Risikoverhalten wie hartem Trinken, fortgesetzter Einnahme von Drogen trotz möglicher Schäden, Autofahren unter Alkoholeinfluß usw. beinhalten. Besonders der Rauschmittelmißbrauch von Jugendlichen wurde in den letzten Jahren meist in der Motivation begonnen, eine Gegenkultur zu gründen, die als Alternative zur Etablierung in der dominanten Kultur galt. Der Einstieg in den Drogen- und Alkoholmißbrauch erfolgt in kleinen kohäsiven Gruppen von hoher interner Konformität und gegenseitiger Abhängigkeit. Das Ingangkommen ist dem äußeren Ablauf nach vergleichbar der Ausbreitung einer infektiösen Erkrankung. Nicht der Drogenabhängige, der durch die bereits erkennbaren gesundheitlichen und sozialen Folgen seines Suchtverhaltens abstoßend wirkt und häufig isoliert ist, wirkt ansteckend, sondern der Experimentierer und Drogenkonsument der frühen Phasen. So beruhte z. B. ein Präventivprogramm des amerikanischen Verteidigungsministeriums auf dem Leitgedanken, diese Form der sozialen Ansteckung zu unterbinden.

Die soziale Umwelt beeinflußt die Entstehung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit auch durch die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen („Griffnähe").

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol in den verschiedenen Ländern und der Zahl der Alkoholabhängigen. Die Verteilungskurve des Alkoholverbrauchs zeigt dabei einen unimodalen Verlauf, das heißt es besteht keine klare Trennungslinie zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Alkoholabhängigen. Da also der durchschnittliche Verbrauch einer psychotropen Substanz in der Bevölkerung in den meisten Ländern eng mit der Zahl der von dieser Substanz Abhängigen korreliert, kann dem Alkohol- und Drogenmißbrauch durch eine Senkung des allgemeinen Konsums entgegengewirkt werden. Die Überwachung und Einschränkung der Versorgungswege und der Verbreitung eines Suchtmittels stellen also eine Möglichkeit der Prävention dar, mit der die Gefährdung zumindest vermindert werden kann. Dies gilt gerade auch für psychotrope Medikamente, deren Verfügbarkeit durch Werbemaßnahmen der pharmazeutischen Industrie und durch ärztliche Verschreibung oft in unverantwortlicher Weise erleichtert wird.

9.1.4 Therapeutische Möglichkeiten

9.1.4.1 Alkoholabhängigkeit

Das Ziel der Behandlung besteht in der körperlichen und psychischen Genesung, darüber hinaus in der Stabilisierung der Persönlichkeit und Herstellung der sozialen Selbständigkeit. Voraussetzung hierfür ist die absolute Abstinenz vom Suchtmittel, das heißt auch von anderen potentiellen Suchtmitteln. Es wäre jedoch eine Illusion, von der Annahme auszugehen, alle Alkoholabhängigen seien erfolgreich zu behandeln; stets ist mit einer größeren Zahl nicht behandlungsfähiger Abhängiger zu rechnen. Die Therapie der Alkoholabhängigkeit begegnet vielen *Schwierigkeiten;* ein Blick auf die multikonditionale Entstehung der Alkoholabhängigkeit läßt eine einheitliche „kausale" Therapie von vornherein aussichtslos erscheinen. Hinzu kommt noch, daß die Einstellung des Alkoholkranken gegenüber der Therapie in der Regel zunächst ablehnend ist und auch im Laufe der weiteren Betreuung meist zwiespältig bleibt. Schließlich wird die Behandlung noch durch die Tatsache erschwert, daß ärztliche und psychologische Therapeuten dem Suchtproblem oft keineswegs wertfrei und objektiv gegenüberstehen und eine moralisierende oder ablehnende Einstellung gegenüber dem Patienten an den Tag legen. Bei der Betrachtung der sozialpsychologischen Situation in der Therapie des Alkoholismus ergibt sich weiter, daß sich einerseits die traditionell positive Einstellung zum Alkohol als Genußmittel und andererseits die Abwertung des Alkoholkranken mit einer moralischen und sozialen Ächtung negativ auf die Behandlungsergebnisse auswirken muß.

Das heutige Behandlungsangebot erfordert angesichts der multikonditionalen Entstehung des Alkoholismus ein *komplexes therapeutisches Programm,* das nur durch Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten verschiedener Fachrichtungen (insbesondere Psychiater, Neurologen, Internisten, Psychologen und Sozialarbeiter) ermöglicht werden kann. In der Regel beginnt die Therapie des Alkoholkranken mit einer Behandlung der akuten Intoxikationserscheinungen (Entgiftungsbehandlung). Hieran schließt sich die Entwöhnungsbehandlung an, die durch die gleichzeitige Anwendung medikamentöser, sozialtherapeutischer und psychotherapeutischer Verfahren gekennzeichnet ist. Die besten Resultate versprechen gegenwärtig Gruppentherapien, die konfliktzentrierte Einzelberatung, sozialtherapeutische Aktivitäten, sowie vor allem die Beteiligung an Selbsthilfeorganisationen.

Im ganzen gesehen ist für den Behandlungserfolg mehr die Indikationsstellung als die konsequente Anwendung bestimmter Behandlungsverfahren maßgeblich. Als wichtigste Erkenntnis gilt heute, daß für den Ausgang einer Therapie *prognostische Kriterien* bedeutsamer sind als eine spezielle therapeutische Technik. Dabei ist die vorhandene oder fehlende Motivation von seiten des Patienten nur eines dieser prognostischen Merkmale. Eine ausschlaggebende Rolle für die Erfolgsaussichten der Therapie spielt auch das soziale Milieu, aus dem der jeweilige Patient kommt und in das er in der Regel wieder zurückkehren muß. Desolate Familienverhältnisse bei Jugendlichen, zerrüttete Ehen, Einsamkeit bei älteren Menschen u. a. verschlechtern meist die Prognose. Es ist auch nicht gleichgültig, ob der Patient etwa aus dem Erlebnis eines Scheiterns oder aus einem Rest echter Krankheitseinsicht freiwillig zur Aufnahme kommt, oder ob er zwangsweise eingewiesen wird. Bei der großen Bedeutung solcher prognostischer Kriterien für den Therapieerfolg, der geringen Zahl verfügbarer Behandlungsplätze und dem erheblichen Kostenaufwand jeder längerdauernden stationären Therapie ist eine besondere Sorgfalt bei der Auswahl der für einen Patienten am besten geeigneten Behandlungseinrichtung notwendig. Eine von der BfA veranlaßte Untersuchung aus dem Jahre 1970 ergab, daß drei Jahre nach Abschluß einer stationären Behandlung von 253 Alkoholkranken in offenen Fachkliniken 53 % weiterhin abstinent geblieben waren und weitere 20 % nach vorübergehendem Rückfall wieder abstinent waren. 71 % dieser Gesamtgruppe von 253 Patienten befand sich noch in regelmäßiger Nachsorge (Ambulanz oder Selbsthilfegruppen). Die Behandlungsergebnisse in psychiatrischen Krankenhäusern — die eine regionale Aufnahmeverpflichtung haben und darüber hinaus überwiegend prognostisch ungünstige Fälle aufnehmen — sind wesentlich schlechter (z. B. in einem großstadtnahen psychiatrischen Krankenhaus 73 % totale Rückfälle nach sechs Monaten). Unvollständige Behandlungsprogramme ohne gezielte Diagnostik und Indikationsstellung vermindern darüber hinaus den Behandlungserfolg. Nicht minder wichtig ist eine angemessene Nachsorge. Von ambulant behandelten Alkoholkranken, die in Nachsorge standen, blieben doppelt so viele nach drei bis vier Jahren abstinent wie von den vergleichbaren Probanden ohne Nachsorge. Bei der Beurteilung des Wertes von Nachsorgemaßnahmen ist eine Differenzierung angezeigt. Qualität und Frequenz der Nachsorge sind von großer Bedeutung. Die Integration der nach stationärer Behandlung entlassenen oder der ausschließlich ambulant behandelten Patienten in Nachsorgegruppen erhöht die Wirksamkeit der gesamten Suchtkrankennachsorge; (vgl. hierzu insbesondere den im Anhang abgedruckten Bericht über das von W. Feuerlein durchgeführte Projekt).

Die vergleichende Beurteilung von Behandlungsergebnissen gehört zu den schwierigsten Aufgaben in Praxis und Forschung. Jede derartige Untersuchung muß auch den Anteil der spontanen Remissionen in einer Alkoholkranken-Population berücksichtigen. Verbindliche Aussagen über therapeutische Erfolge sind davon abhängig, daß die Auswahlkriterien der zu untersuchenden Population berücksichtigt werden, geeignete Kontrollgruppen zur Verfügung stehen und vernünftige Meßinstrumente zur Beurteilung des Behandlungserfolges gewählt werden. Außerdem kann das Therapieresultat frühestens nach Ablauf von zwei Jahren beurteilt werden. Es gibt erst wenige Untersuchungen, die diesen Ansprüchen ge-

nügen. Der Behandlungsstil hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Die Kranken werden nicht mehr grundsätzlich für viele Monate in teilweise entlegene Spezialkliniken eingewiesen, sondern ein großer Teil der Behandlung kann in Wohngemeinden und hier in Ambulanzen, Beratungsstellen und halbstationären Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen stattfinden. Die Bearbeitung der den Mißbrauch auslösenden psychischen Konflikte wird so erleichtert. Diese moderne Behandlungsform hat den Vorteil, die Integration in die Gesellschaft zu fördern und damit dem sozialen Ausgliederungsprozeß entgegenzuwirken. Insgesamt sind die neuen Behandlungsformen differenzierter als früher. Der Grad der Differenziertheit einer therapeutischen Methode bedeutet aber nicht gleichzeitig eine entsprechende Effektivität. Das gilt zum Beispiel für eine Reihe bisher nicht genügend überprüfter randständiger Behandlungsverfahren (Akupunktur, Psychochirurgie von Suchtkranken, Training zu einem „kontrollierten Trinken").

Die ambulante Therapie ist als eine notwendige Vor- und Nachphase der stationären Behandlung erkannt worden, kann aber in vielen Fällen diese nicht völlig ersetzen. Dies um so weniger, als die Abhängigkeit häufig durch ungünstige Milieueinflüsse oder durch eine pathogene Sub- oder Gegenkultur gefördert wird, so daß in diesen Fällen eine längerfristige Herauslösung des Patienten aus pathogenen Gruppenbeziehungen durchaus erwünscht sein kann.

9.1.4.2 Drogenabhängigkeit

Die Prinzipien der Therapie von Alkoholabhängigen und die dort herausgestellten Einschränkungen gelten grundsätzlich auch bei Drogenabhängigkeit. Auch bei der Behandlung von Arzneimittel- und Rauschmittelabhängigen kann die Therapie nicht durch einen Therapeuten oder eine einzige Institution durchgeführt werden. Wie bei Alkoholkranken ist eine Behandlungskette angezeigt. Beim körperlich abhängigen Drogenkonsumenten muß die Therapie mit einer Entgiftungsbehandlung beginnen, die eine spezielle klinische Einrichtung voraussetzt. Die Entwöhnungsbehandlung sollte gleichzeitig einsetzen und erfordert einen langen Zeitraum, wobei zumindest in schweren Fällen eine längerdauernde stationäre Behandlung zur Stabilisierung der Persönlichkeit und zur Erlernung der Selbstkontrolle nicht zu umgehen ist. Das Programm der Behandlungsmethoden ist im Vergleich zu dem beim Alkoholismus noch umfangreicher. Die Schwerpunkte liegen, besonders bei Jugendlichen, auf pädagogisch-psychologischem und psychotherapeutischem Gebiet. Gruppentherapie in ihren verschiedenen Formen sowie sozial-therapeutische Maßnahmen, besonders im Bereich der Rehabilitation, haben sich am meisten bewährt. Mehr als bei Alkoholabhängigen muß bei Drogenabhängigen eine leistungsfähige fortlaufende chemische Suchtmittelkontrolle gewährleistet sein. Die medikamentöse Therapie tritt zurück und ist — wenn überhaupt — nur in Verbindung mit sozialpädagogischen rehabilitativen Maßnahmen indiziert. Dies gilt besonders für die in den USA und später in wenigen anderen Ländern durchgeführte Methadon-Substitution. Nach dem gegenwärtigen Stand zeigt die Substitutionsbehandlung keine wesentlichen Erfolge; sie enthält aber große Gefahren, daher ist sie nicht zu vertreten.

Über Therapieerfolge bei Drogenabhängigkeit können allgemein gültige Angaben noch nicht gemacht werden. Ebenso fehlen noch exakt überprüfte prognostische Kriterien. Im Vergleich mit den prognostischen Kriterien beim Alkoholismus spielen bei Arzneimittel- und Rauschmittelabhängigen zusätzlich die Art der Droge, ihre Anwendungsform, die spezielle Motivation und das Sozialverhalten eine wesentlich stärkere Rolle.

9.1.5 Prävention

Die Problematik der Prävention auf dem Gebiet des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von chemischen Substanzen zeigt viele Überschneidungen mit der Prävention psychischer Störungen überhaupt (vgl. Kapitel E). Über die in Kapitel E angegebenen Gesichtspunkte hinaus sollen hier nur Hauptrichtungen spezieller Aktivitäten herausgestellt werden.

9.1.5.1 Ersatzaktivitäten und Ersatzvorbilder

In unserer Zeit der Wertumschichtung ist der Jugendliche besonders gefährdet, da er noch keine festen Normvorstellungen besitzt. In dieser Situation bietet der chemische Stoff Lustempfindung, Pseudoproblemlösungen und Zugang zu Gruppen. Statt dieser „Weltsicht" sind wirklichkeitsbezogene Formen des Engagements zu entwickeln, die als eigentlicher Inhalt an die Stelle der Motivation für den Suchtmittelgebrauch treten und präventiv wirksam werden.

9.1.5.2 Vermittlung von Kenntnissen über Suchterkrankungen

Diese weitgespannte Aktivität erstreckt sich von einer allgemeinen Aufklärung und Information in der Schule bis zur speziellen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Fachkräften. Bei der Auswahl der Instrumente dieser Wissensvermittlung sind bisherige Erfahrungen mit Medien und anderen Publikationsmitteln zu berücksichtigen.

9.1.5.3 Verfügbarkeit der Substanzen

Inhalt, Handhabung und Vollzug gesetzlicher Regelungen müssen den jeweiligen Erfordernissen elastisch angepaßt werden. Ein Ausweichen auf andere Substanzen ist zu verhindern. Dabei ist internationale Zusammenarbeit nötig und zu gewährleisten. Eine Einschränkung der „Griffnähe" von Alkohol und Arzneimitteln ist unbedingt anzustreben. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen müssen voll ausgeschöpft werden. Werbung für potentielle Suchtmittel sollte kontrollierbar sein und bestimmten Einschränkungen unterliegen.

9.1.5.4 Sekundärprävention

Außer den vorgenannten Maßnahmen der Primärprävention sind bei eingetretenem Mißbrauchverhalten Früherkennung, Frühbehandlung, letztlich alle Maßnahmen zur Verhütung einer prozeßhaften Verschlimmerung anzustreben. Als Träger derartiger Bemühungen könnten Elternschulen, therapeutische Ehepaargruppen und Verantwortliche in den Betrieben dienen.

9.1.5.5 Forschung auf dem Gebiet der Prävention und Bereitstellung von Mitteln

Auf dem Gesamtgebiet des Mißbrauchs psychotroper Stoffe besteht ein ausgesprochener Bedarf an Forschung. Dieser Bedarf erstreckt sich sowohl auf langfristig angelegte prospektive Untersuchungen präventiver Maßnahmen als auch auf Grundlagenforschung, therapeutisches Vorgehen und Effizienzkontrollen.

9.1.6 Rechtsfragen auf dem Gebiet der Suchterkrankungen

Eine Gesamtdarstellung der geltenden Rechtsverhältnisse auf dem Gebiet der Suchtkrankheiten ist hier nicht beabsichtigt. Dennoch müssen einige Rechtsprobleme erörtert werden, die bisher nicht genügend klar und nicht im Sinne der größtmöglichen therapeutischen Hilfe geregelt sind.

9.1.6.1 Rechtliche Stellung des therapeutischen Personals

Der Rechtsstatus des auf dem Gebiet der Therapie von Suchtkranken in leitender Stellung bzw. selbständig tätigen oder auch nur mitwirkenden Personals erscheint ungenügend. Infolge des Mangels an ärztlichen Therapeuten werden zur Zeit eine große Zahl von Suchtfachkliniken und darüber hinaus fast sämtliche ambulanten Einrichtungen für Suchtkranke von Nichtärzten geleitet. Zahlreiche Nicht-Ärzte sind darüber hinaus als Therapeuten mit Suchtkranken selbständig und ohne ausreichende Kontrolle befaßt. In den letzten Jahren zeigen sich außerdem bedrohliche Fehlentwicklungen. Nicht wenige unqualifizierte, für ihre besondere Tätigkeit nicht ausgewiesene Personen haben inzwischen private Spezialeinrichtungen zur Suchtkrankenbehandlung eröffnet oder in ähnlicher Weise eine ambulante Tätigkeit aufgenommen. Diese Fehlentwicklungen sind durch die derzeitige Gesetzgebung nicht voll einzudämmen. Ein in Vorbereitung befindlicher Gesetzentwurf beabsichtigt daher, den Kreis der zur Heilbehandlung zugelassenen Personen auf klinische Fachpsychologen auszudehnen. Die vorgesehene gesetzliche Regelung vermag nicht alle Probleme zu lösen, da die Zahl der ärztlichen und psychologischen Therapeuten mit staatlich anerkannter Qualifikation in absehbarer Zeit nicht ausreichen wird, den vorhandenen und den erwarteten Bedarf zu decken. Andererseits muß für Fachkräfte mit langjähriger Spezialerfahrung, wie bereits erwähnt, die Fortführung ihrer Tätigkeit im bisherigen Umfang sichergestellt werden.

Als Voraussetzungen für eine Tätigkeit auf dem Gebiet der Suchtkrankenbehandlung sind bestimmte Qualifikationsmerkmale zu fordern:

1. Persönliche Eignung,
2. langjährige Bewährung auf dem Gebiet der Suchtkrankheiten,
3. erfolgreicher Abschluß einer Zusatzausbildung.

Die weitere Tätigkeit bestehender zahlreicher ambulanter und stationärer Beratungs- und Behandlungsstellen könnte beim Fehlen hauptamtlicher qualifizierter Kräfte in der Form gesichert werden, daß die faktische Leitung und Kontrolle der Therapie verantwortlich von nebenamtlich tätigen Fachkräften, die über die gesetzlich geforderte Qualifikation verfügen, geleistet wird.

9.1.6.2 Aufklärungspflicht über die Rechtsstellung von Mitgliedern gruppentherapeutischer Veranstaltungen

Die Ausdehnung des Rechtsschutzes, insbesondere des Schweigerechts, auf Teilnehmer von gruppentherapeutischen Veranstaltungen ist kaum zu verwirklichen. Eine große Zahl von Alkohol-, von Arzneimittel- oder Rauschmittelabhängigen nehmen aus therapeutischen Gründen an derartigen Veranstaltungen teil. Dieser Personenkreis ist nicht selten durch strafbare Handlungen belastet. Dies gilt insbesondere für Rauschmittelabhängige. Stets besteht die Gefahr, daß im Kreise der Teilnehmer von gruppentherapeutischen Veranstaltungen derartige strafbare Handlungen offen zur Sprache kommen, ohne daß hierbei die rechtlichen Konsequenzen einer derartigen Geheimnisoffenbarung bedacht werden. Eine Klärung der Rechtsverhältnisse erscheint daher notwendig.

9.1.6.3 Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Alkoholismus

Der erste Senat des Bundesarbeitsgerichtes hat im Jahre 1972 entschieden, daß die Trunksucht als eine selbstverschuldete Erkrankung im Sinne des Lohnfortzahlungsgesetzes anzusehen ist. Das Urteil wird damit begründet, daß der Betroffene längere Zeit hindurch übermäßig Alkohol zu sich nehmen müsse, bevor überhaupt ein Alkoholismus entstehe. Der „verständige Mensch" wisse, daß übermäßiger Alkoholkonsum zur Trunksucht führen kann. Das genannte Urteil widerspricht zwar nicht im Formalen, aber im Inhaltlichen den Urteilen des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 1968, durch das der Alkoholismus als Krankheit anerkannt worden ist. Vor allem werden in dem genannten Urteil des Bundesarbeitsgerichtes wesentliche medizinische und psychologische Erkenntnisse nicht berücksichtigt, so zum Beispiel 1. die besondere psychische Struktur der meisten „süchtigen" Alkoholiker mit einer für sie selbst nicht wahrnehmbaren Disposition zur Suchtkrankheit; 2. der „schleichende" Beginn eines Alkoholismus, der entsprechend den Feststellungen der Weltgesundheitsorganisation weder vom Betroffenen noch von seiner Umgebung wahrgenommen werden kann; 3. der Mangel an Kenntnissen in der Bevölkerung über die tatsächlichen Gefahren des Alkoholkonsums und des Alkoholismus.

Das erwähnte Urteil erscheint auch insofern einseitig ausgefallen zu sein, als bei anderen Erkrankungen eine Lohnfortzahlung nicht in Frage gestellt ist,

bei deren Verursachung zumindest ebenso stark ein Selbstverschulden diskutiert werden müßte wie beim Alkoholismus. Die von diesem korrekturbedürftigen Urteil letztlich Betroffenen sind die Mitglieder von Krankenkassen, auf die die Kosten für das Krankengeld abgewälzt werden, da nunmehr die Kassen anstelle der Arbeitgeber für das Krankengeld aufzukommen haben. Eine gegenteilige Entscheidung des Bundesarbeitsgerichtes hätte die Wirkung haben können, die Aktivitäten der Arbeitgeber zur Bekämpfung des Alkoholismus in ihren Betrieben zu fördern. Durch geeignete juristische Maßnahmen sollte daher rasch eine Änderung der durch das erwähnte Urteil herbeigeführten rechtlichen Verhältnisse erfolgen.

9.1.6.4 Leistungspflicht der Privatkrankenkassen bei Suchterkrankungen

Alkoholismus und auch andere Suchterkrankungen werden von vielen Privatkrankenkassen grundsätzlich von der Leistungspflicht ausgenommen. Eine derartige Diskriminierung, die früher psychisch Kranke ganz allgemein betroffen hat, widerspricht den medizinischen Erkenntnissen ebenso wie dem Fortschritt des Sozialrechts. Durch die Urteile des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1968 wurde der Alkoholismus als Krankheit anerkannt. Dieses Urteil gilt bisher offenbar nur für die gesetzlichen Krankenkassen. Die Mitglieder der Privatkrankenkassen sind hierbei, soweit sie entsprechend formulierte Verträge haben, gegenüber den Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen eindeutig schlechter gestellt. Dies bedeutet für viele Patienten eine soziale Härte. Eine Angleichung der Bestimmungen der Privatkrankenkassen in bezug auf die Übernahme der Behandlungskosten bei Suchterkrankungen sollte daher unbedingt herbeigeführt werden.

9.1.7 Gegenwärtiger Stand der Suchtkrankenversorgung

9.1.7.1 Stationärer Bereich

Die stationäre Behandlung erfolgt auch heute noch in den frühen Entwicklungsstadien der Abhängigkeit vorwiegend auf internistischen Abteilungen. Die notwendige psychiatrische und psychotherapeutische Frühbehandlung wird versäumt. Der Behandlungsbeginn in medizinischen Abteilungen fällt vielfach zusammen mit einem Prädelir oder Delir oder bestimmten internistischen Alkoholfolgekrankheiten. Der Facharzt für Psychiatrie wird vom Internisten in der Regel nur dann und so lange konsiliarisch zugezogen (wenn überhaupt), wie der Patient akute psychotische Störungen bietet. Sind diese abgeklungen, trägt der Internist die weitere Behandlung. Dies erfolgt insofern zu Recht, als bei solchen Patienten die Leberschädigung meist im Vordergrund der Behandlung steht. Nach dieser mehr oder minder kurzfristigen Phase der Entgiftungsbehandlung und der Therapie körperlicher Störungen wird der Patient entlassen, ohne daß versucht wird, die zugrunde liegende Abhängigkeit und die Ursachen, die hierzu geführt haben, therapeutisch zu beeinflussen. In der Regel setzt der Patient den Mißbrauch fort, der „Kreislauf" beginnt von vorne.

Auch in späteren Stadien der Abhängigkeit erfolgt die stationäre Behandlung zunächst häufig in nichtpsychiatrischen Einrichtungen, wobei das Ausmaß der körperlichen und psychischen Schäden und vor allen Dingen die bestehende psychische Abhängigkeit oft nicht richtig eingeschätzt werden. Eine psychiatrische Fachbehandlung wird vielfach nur im Rahmen von gerichtlichen Einweisungsverfahren durchgeführt. Dann aber ist die Alkoholschädigung mit ihren psychopathologischen Folgeerscheinungen in der Regel schon so weit fortgeschritten, daß der therapeutische Erfolg überhaupt in Frage gestellt wird. Polizei und Gerichte neigen im allgemeinen nicht dazu, eine Einweisung zur Entziehung und Entwöhnung anzuordnen (auch wenn dies für die Gesundheit des Kranken die förderlichste Maßnahme wäre), solange die „öffentliche Ordnung und Sicherheit" noch nicht gefährdet ist. Die sozialen Bezugspartner, etwa die Ehepartner, scheuen ebenfalls in der Regel vor drastischen Maßnahmen zur Einleitung der Behandlung zurück.

In den großen psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Bundesrepublik bilden Suchtkranke eine völlig inhomogene Krankengruppe. Es bestehen erhebliche Unterschiede in der Behandelbarkeit und in der Prognose der Fälle je nach der psychischen Grundstruktur, dem benutzten Suchtmittel, der Tendenz zur Polytoxikomanie, der Schwere der Organschäden, dem Stadium der Suchtkrankheit, ihrer jeweiligen Verlaufsform und der Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens besonders gravierender psychischer Grundstörungen wie Neurosen, Psychopathien, Psychosen. Durch ein negatives soziales Milieu werden die Möglichkeiten und die Erfolgsaussichten der Therapie außerordentlich verringert. Die Effizienz der therapeutischen Bemühungen ist oft von der Art des Aufnahmemodus abhängig. Dabei ist es nicht gleichgültig, ob der Patient etwa aus dem Erlebnis einer Niederlage oder aus einem Rest echter Krankheitseinsicht heraus freiwillig zur Aufnahme kommt oder ob er zwangsweise eingewiesen wird.

Günstigere Behandlungsaussichten bieten für eine bestimmte Gruppe von Abhängigen die insgesamt 31 Fachkliniken (ehemalige Heilstätten), die von freien Trägern unterhalten werden und zusammen etwa 3 000 Betten umfassen. Außerdem sind inzwischen an insgesamt 46 öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern Spezialabteilungen zur Behandlung von Abhängigen eingerichtet worden. Diese 46 Suchtfachabteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern umfassen nach einer 1973 durchgeführten Erhebung insgesamt 3 227 Betten. An 27 psychiatrischen Krankenhäusern haben inzwischen solche Abteilungen den Umfang mehrerer Stationen erreicht. Die meisten der erwähnten Suchtfachabteilungen sind ausschließlich Alkoholkranken vorbehalten. Lediglich in vier der erfaßten Krankenhäuser mit Suchtfachabteilungen befindet sich auch jeweils eine Station für Rauschmittelabhängige. Die Tendenz zur Einrichtung von mehr oder minder selbständigen Suchtfachabteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern hat sich vor allem in der letzten Zeit ver-

stärkt. Von den 46 erwähnten Fachabteilungen sind allein 21 erst in den letzten zwei Jahren entstanden. Die Ergebnisse der stationären Behandlung in Suchtfachabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser sind vor allem dort, wo noch differenzierte Behandlungsprogramme und auch eine ausreichende Nachsorge fehlen, bisher nicht sehr gut.

9.1.7.2 Ambulanter Bereich

Die Situation im ambulanten Bereich der Suchtkrankenversorgung erscheint noch wesentlich ungünstiger im Vergleich mit den Verhältnissen im stationären Bereich. Besonders nachteilig wirkt sich der Mangel an Fachambulanzen aus. Die ambulante Nachsorge nach stationärer Behandlung obliegt neben den niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen staatlicher und freier Träger, vor allem Selbsthilfeorganisationen wie den Anonymen Alkoholikern und den Ehemaligenklubs in Verbindung mit den bestehenden Fachkliniken. Die Nachsorge bei Alkohol-, Arzneimittel- oder Rauschmittelabhängigen, die aus stationärer Behandlung entlassen worden sind, hat sich, wie die entsprechenden Projektberichte zeigen, als weitgehend unzureichend erwiesen.

9.1.7.3 Teilstationärer Bereich

Dem hohen Bedarf an teilstationären Einrichtungen für Suchtkranke steht ein fast ebenso großer Mangel an derartigen Versorgungsinstrumenten für Suchtkranke gegenüber. Spezielle Tageskliniken für Suchtkranke erübrigen sich. Auf eine tagesklinische Betreuung angewiesene Suchtkranke sind verhältnismäßig selten. Derartige Patienten können in der Regel in allgemeinen psychiatrischen Tageskliniken und Tagesstätten betreut werden. Besondere Nachtkliniken für Suchtkranke existieren, soweit bekannt, nicht. Für die Versorgung von Suchtkranken, insbesondere von Alkohol- und Arzneimittelabhängigen, erscheinen zudem Übergangsheime sowohl aus therapeutischer Sicht wie auch aus Gründen der Kostenersparnis besser geeignet. Übergangsheime haben wesentlich niedrigere Unterbringungssätze.

9.1.8 Leitprinzipien für die bedarfsgerechte Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen

Bei der Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen ist von folgenden Gesichtspunkten auszugehen:

1. Die heutigen Erkenntnisse über Entstehungsbedingungen, Verlauf, Symptomatologie und Krankheitscharakter der Abhängigkeit haben zu einer Änderung des methodischen Ansatzes sowohl der stationären als auch der ambulanten Suchtkrankenbetreuung geführt. Der Schwerpunkt bei der Behandlung der Abhängigkeit liegt heute auf der ambulanten Betreuung, die insbesondere der Vorbereitung einer stationären Behandlung, der Nachsorge und Rehabilitation dient. Bei zahlreichen Alkoholikern, aber auch bei manchen Drogenabhängigen genügt allein eine intensive ambulante Behandlung. Die stationäre Behandlung wird heute als ein Glied in der Behandlungskette gesehen. Sie stellt allerdings eine sehr behandlungsintesive Phase der Therapie dar. Sie hat andererseits den Nachteil, daß sie in der Regel in einem künstlichen Milieu abläuft und damit ungünstigere Voraussetzungen für die Erzielung einer dauerhaften Abstinenz darstellt. Dem könnte durch die Errichtung von zweckmäßigen Übergangseinrichtungen, vor allem durch Übergangsheime mit einem besonderen therapeutischen Programm für Suchtkranke, abgeholfen werden. Alle diese Behandlungsmaßnahmen gehen allgemein von dem Grundsatz aus, daß ein abnormes süchtiges Verhalten im wesentlichen nur dann korrigiert werden kann, wenn der Patient — eventuell nach einer durch eine kurz- oder mittelfristige stationäre Behandlung erreichten zeitlichen Zäsur — in seinem normalen sozialen Umfeld verbleibt und mit den hierbei auftretenden Spannungen, Problemen und Konflikten konfrontiert wird.
2. Die wichtigste Rolle bei der Betreuung von Abhängigen soll daher in Zukunft eine gemeindenah gelegene Fachambulanz spielen, die eng mit allen anderen Trägern der nichtstationären Suchtkrankendienste, vor allem niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen sowie Selbsthilfeorganisationen zusammenarbeitet („regionales Verbundsystem").
3. Es muß eine enge Integration dieser ambulanten Dienste mit sämtlichen in die Versorgung von Abhängigen eingeschalteten stationären Einrichtungen gewährleistet sein.
4. Die zahlreichen körperlichen Folgekrankheiten der Alkohol- und Drogenabhängigkeit machen neben der psychiatrischen Betreuung auch intensive diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf allgemeinmedizinischem und internistischem Gebiet notwendig. Aus der Sicht der Versorgung von Suchtkranken ist deshalb die Isolierung psychiatrischer Krankenhäuser aus der medizinischen Versorgungskette außerordentlich nachteilig. Die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser wäre vor allem deswegen wünschenswert, weil durch eine psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung internistischer Patienten sicher manche Fälle einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit früher als bisher erkannt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden könnten.
5. Die stationäre Spezialbehandlung von Abhängigen soll deshalb vor allem in Suchtkliniken oder Suchtfachabteilungen von psychiatrischen Krankenhäusern erfolgen. Es soll sich dabei um offene, nur fakultativ in Teilbereichen geschlossene Einrichtungen handeln, die auf Grund ihrer inneren Gliederung auch für die Spezialbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie für Drogenabhängige geeignet sein sollen. Die Größe solcher Fachkliniken für alle Suchtformen soll etwa 80 Betten betragen. Die Behandlung soll nicht nach einem starren, gleichförmigen

Programm durchgeführt werden. Vor allen Dingen kann und soll die Dauer des Aufenthaltes in stationären Behandlungseinrichtungen in der Regel nicht für alle Patienten von vornherein einheitlich festgelegt werden.

Auch die Diagnose Alkoholismus stellt keine einheitliche Krankheitsbezeichnung dar. Sie subsumiert eine Fülle verschiedener Befunde. Die Zusammenfassung von Suchtkranken allgemein wie auch die Zusammenfassung von Alkoholkranken verschiedenartigster Krankheitsstadien und -zustände in einer Behandlungsinstitution dürfte eine der Ursachen für die mangelnde Effektivität der Suchtkrankenbehandlung, für den verbreiteten therapeutischen Nihilismus, für hohe Rezidivquoten und für andere Nachteile sein, bei denen finanzieller und personeller Aufwand in krassem Mißverhältnis zum erreichten Ergebnis stehen. Im Rahmen des vorgeschlagenen Versorgungssystems müssen daher spezialisierte Behandlungsinstitutionen bzw. Einrichtungen mit einem differenzierten Angebot und auch bestimmten Behandlungsschwerpunkten geschaffen werden. Die Zuordnungskriterien zwischen den Syndromen (den Krankheitsbildern) und den Institutionen bzw. den Behandlungsverfahren müssen in Zukunft noch besser erarbeitet werden. Wichtige Kriterien für eine Differentialindikation zur Auswahl der in Frage kommenden Behandlungseinrichtungen sind insbesondere Art und Dauer der konsumierten Suchtmittel, die Art und Schwere der somatischen und psychischen Intoxikationsfolgen, die genaue Beurteilung komplizierender organischer Erkrankungen, die Berücksichtigung des Lebensalters, der Persönlichkeitsstruktur, der Motivation und des Leidensdrucks des Kranken. Während auch bei rauschmittelabhängigen Jugendlichen bestimmte Persönlichkeitsprägungen häufiger vorkommen, bestimmen auch Art und Schwere einer neurotischen Entwicklung, die verschiedenen Typen eines Alkoholismus, die Reife (Ichstärke) und der Differenzierungsgrad der Persönlichkeit die Behandlungsaussichten. Dem geforderten differentialindikatorischen Filter müßten Einrichtungen mit spezialisierter Arbeitsweise entsprechen sowohl in der therapeutischen Zielsetzung wie dem angewandten psychologischen Behandlungsverfahren, dem Einsatz von Gruppen- oder Einzeltherapie, der Bevorzugung ambulanter oder stationärer Behandlung, der Festlegung der Dauer der jeweiligen Behandlungsabschnitte, der Entscheidung über eine asylierte Versorgung therapieresistenter Suchtkranker.

6. Die Grundprinzipien der Behandlung sind für alle Erscheinungsformen der Abhängigkeit gleich. Dies schließt nicht aus, daß für einige Suchtformen — beispielsweise für jugendliche Rauschmittelabhängige — gewisse Sondereinrichtungen erforderlich sind, vor allen Dingen am Beginn der Behandlung. Im allgemeinen soll aber die Art der ambulanten und stationären Dienste so flexibel gestaltet werden, daß sich die Einrichtungen wechselnden Bedürfnissen, wie sie beispielsweise durch Entwicklungen auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit bedingt sind, weitgehend anpassen können.

7. Gerade im Bereich des Alkohol- und Drogenmißbrauchs spielen Selbsthilfeorganisationen eine entscheidende Rolle bei der Stabilisierung der Kranken. So liegt z. B. für Alkoholabhängige oft die einzig wirksame Chance für einen dauerhaften Behandlungserfolg in dem Beitritt zu einer Gruppe von ehemals Alkoholabhängigen, die den Patienten in ihren Kreis aufnehmen und ihn zwingen, bestimmte Regeln einzuhalten. Es ist der enge Kontakt und die Identifizierung mit der „Antigruppe", die den Alkoholkranken zwar nicht heilt, ihn jedoch vom Alkohol fernhält und ihm ein einigermaßen erträgliches und nicht selten rückfallfreies Leben ermöglicht. Auch bei jüngeren Drogenabhängigen haben sich solche nicht im üblichen institutionellen Rahmen arbeitenden Gruppen — besonders in den USA — bewährt. Derartige Gruppen, gelegentlich auch in Form von therapeutischen Wohngemeinschaften, spielen auch in Deutschland eine zunehmende Rolle. Die tiefe Persönlichkeitsstörung, der Identitätsmangel, der den jugendlichen Drogenabhängigen charakterisiert, kann am besten überwunden werden, wenn er möglichst über mehrere Jahre in solchen Wohngemeinschaften verbleibt. Dort kann ihm ein Rollenleitbild vermittelt werden, mit dem er sich identifizieren kann. Die Gründung solcher Wohngemeinschaften und „Antigruppen" kann oft gefördert und unterstützt werden, sofern eine entsprechende fachliche Supervision gewährleistet ist. Eine Einordnung solcher Gruppen in das im folgenden skizzierte integrierte Versorgungssystem ist allerdings nicht immer möglich. Eine zu starke Strukturierung und Reglementierung sollte gerade in diesem Bereich vermieden und die Eigeninitiative der Erkrankten gefördert werden.

9.1.9 Umriß einer integrierten Versorgung

Wie im gesamten Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung ist auch für die Therapie Alkohol- und Drogenabhängiger oberstes Ziel, den Kranken zur Resozialisierung durch aktive Bewältigung bestehender Lebenskonflikte zu verhelfen, soweit dies irgend möglich ist. Diesem übergeordneten Ziel haben alle ineinandergreifenden Einrichtungen zu dienen. Ein Teil dieser Einrichtungen muß allerdings jenen Schwerstbehinderten vorbehalten bleiben, bei denen sich das oben angeführte Behandlungsziel nicht mehr erreichen läßt. Die im folgenden angeführten Elemente eines Versorgungssystems sind von Fall zu Fall elastisch und so flexibel wie möglich zu strukturieren und miteinander zu koordinieren.

9.1.9.1 Elemente der integrierten Versorgung

Eine integrierte Versorgung muß folgende Elemente enthalten:

1. Eine Fachambulanz;

2. Einrichtungen zur kurzfristigen stationären Behandlung
   a) Intensivpflegeeinheit,
   b) Aufnahmestation für Alkohol-, Arzneimittel- und Rauschmittelabhängige;
3. Einrichtungen zur vorwiegend mittelfristigen stationären Behandlung
   a) Suchtklinik in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft,
   b) Suchtfachabteilung am psychiatrischen Krankenhaus bzw. psychiatrischen Behandlungszentrum,
   c) Suchtklinik in freier Trägerschaft;
4. Einrichtungen zur langfristigen stationären Behandlung
   a) geschlossene Station eines psychiatrischen Krankenhauses oder eines psychiatrischen Behandlungszentrums,
   b) geschlossenes Pflegeheim;
5. Übergangsbereich und andere ergänzende Einrichtungen (Übergangsheim, Wohnheim).

9.1.9.2 Beziehung dieser Einrichtungen zu den Standardversorgungsgebieten

In jedem Standardversorgungsgebiet müssen eine Fachambulanz sowie Einrichtungen zur kurzfristigen stationären Behandlung (Intensivpflegeeinheit und Aufnahmestation für Alkohol-, Arzneimittel- und Drogenabhängige) zur Verfügung stehen. Die übrigen Einrichtungen können überregional lokalisiert sein, müssen aber bestimmten Standardversorgungsgebieten zugeordnet werden. Jedes Glied innerhalb der Behandlungskette muß für den betreffenden Patienten leicht erreichbar sein, und zwischen den ambulanten und stationären Diensten eines Standardversorgungsgebietes und den überregionalen Diensten sowie mit den niedergelassenen Ärzten, den örtlichen kommunalen Behörden, den Freiwilligen-Organisationen und den Wohlfahrtsverbänden müssen enge Beziehungen bestehen.

9.1.9.3 Ambulanter Bereich

Die ambulante Versorgung soll durch die Errichtung einer *Fachambulanz* gewährleistet werden. Diese Fachambulanz hat folgende *Aufgaben* zu erfüllen:

1. Sie dient der Erfassung und soll den Kranken gegebenenfalls motivieren, später freiwillig eine entsprechende stationäre Einrichtung aufzusuchen.
2. Sie soll den betreffenden Patienten ein ambulantes Therapieangebot machen, wenn die stationäre Aufnahme nicht unmittelbar erreicht werden kann oder im Augenblick noch nicht erforderlich erscheint. Hierbei sollte immer versucht werden, schon durch das ambulante Behandlungsangebot Abstinenz zu erreichen. Psychotherapeutische Gruppenarbeit im Rahmen von sogenannten Vorbereitungs- und Informationsgruppen kann hier besonders nützlich sein. In dieser Zeit soll der Patient für eine stationäre Behandlung motiviert werden. Die Fachambulanz übernimmt die Behandlung Suchtkranker, bei denen sich eine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung als nicht indiziert erweist. Der Vorteil solcher Arbeit liegt darin, daß der Abhängige in seinem Milieu verbleibt und aktiv Konflikte, die er dort nicht bewältigt, in die Gruppenarbeit einbringen kann. Bei anderen Suchtkranken ist jedoch ein Zäsur-Erlebnis zur Vorbereitung der ambulanten Nachsorge besser wirksam. Die Entscheidung, ob ein Suchtkranker ausschließlich ambulant behandelt werden soll oder nicht, muß nach genauer Diagnose und Analyse der Persönlichkeitsstruktur, Feststellung der bereits eingetretenen Schäden, sowie Beurteilung der jeweiligen Umweltbedingungen vom Team der ärztlich geleiteten Ambulanz getroffen werden.
3. Die Fachambulanz dient weiterhin der nachgehenden Versorgung solcher Suchtkranker, die aus der stationären Behandlung entlassen wurden. Bei allmählich gelockerter Kontrolle muß sich die nachgehende Betreuung über Jahre erstrecken. Während dieser Zeit stehen die Psychotherapie in Gruppen und die Einzeltherapie im Vordergrund. In vielen Fällen ist über längere Zeiträume eine Psychopharmakotherapie erforderlich. Während dieses Therapieabschnittes ist die psychotherapeutische Führung der nahen Bezugspersonen des Suchtkranken in Form von Information und konfliktzentrierter Beratung, Ehepaartherapie oder Familientherapie notwendig.

Die Fachambulanz kann die vielfältigen Aufgaben nur dann erfüllen, wenn sie in engem Kontakt mit allen anderen Trägern der Suchtkrankenfürsorge steht; hierbei ist vor allem an die niedergelassenen Ärzte, an alle bereits vorhandenen öffentlichen und privaten Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und freiwilligen Mitarbeiter zu denken. Auch mit den Angehörigen, Behörden und Betrieben, Arbeitsstätten und Schulen soll eine enge Fühlungnahme angestrebt werden.

Besonders wichtig ist außerdem die Verbindung zu stationären und ergänzenden Einrichtungen.

Zur Ergänzung der medizinischen Diagnostik sollen nach Möglichkeit benachbarte Allgemeinkrankenhäuser herangezogen werden. Die Fachambulanz soll einen engen Kontakt zu der für die betreffende Region zuständigen Suchtklinik bzw. zur Suchtfachabteilung des jeweiligen psychiatrischen Krankenhauses oder Behandlungszentrums pflegen; wo dies möglich ist, sollte für Suchtklinik und Fachambulanz der gleiche Träger zuständig sein.

Das *Personal* der Fachambulanz muß sich aus Vertretern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzen; neben Psychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern sollte auch ein Arzt für Allgemeinmedizin oder ein Internist zur Verfügung stehen. Dabei ist davon auszugehen, daß die Mehrzahl der Mitarbeiter ihre Tätigkeit in der Fachambulanz nur im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung aus-

übt. Während eine Fachambulanz in der Regel für ein Standardversorgungsgebiet mit durchschnittlich 250 000 Einwohnern zuständig ist, können in Gebieten mit größerer Bevölkerungsdichte und nachgewiesenem hohen Bedarf an Behandlungsplätzen für Abhängige, z. B. in Großstädten und Industriegebieten, mehrere kleine Fachambulanzen zu einer größeren Schwerpunktambulanz zusammengeschlossen werden. Auch in Gebieten, wo die Errichtung selbständiger Fachambulanzen aus personellen Gründen zunächst noch nicht möglich ist, kann der Aufbau einer Schwerpunktambulanz auf überregionaler Ebene zunächst eine vertretbare Übergangslösung darstellen.

9.1.9.4 Stationärer Bereich

9.1.9.4.1 Einrichtungen zur kurzfristigen Behandlung

Die beiden stationären Einrichtungen zur kurzfristigen Behandlung von Abhängigen sind Teile einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder eines psychiatrischen Behandlungszentrums. Es handelt sich hierbei um eine Intensivpflegestation und um eine Pflegeeinheit zur Aufnahme und kurzfristigen Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen.

Intensivpflegeeinheit

Auf einer solchen Station, die ohnehin in jedem psychiatrischen Behandlungszentrum vorhanden ist, wird die Entziehungsbehandlung von Alkohol-, Arzneimittel- oder Rauschmitteldelirien durchgeführt. Auch schwere akute Alkoholintoxikationen können hier aufgenommen werden. Inwieweit auch schwere Arzneimittelintoxikationen auf einer solchen Station behandelt werden, hängt von den örtlichen Gegebenheiten ab. Das Schwergewicht der psychiatrischen Intensivpflegeeinheit liegt auf internistischen Maßnahmen. Nach erfolgter Detoxikation ist der Patient auf eine andere Pflegeeinheit innerhalb des psychiatrischen Behandlungszentrums oder der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus zu verlegen.

Aufnahmestation für Alkohol- und Drogenabhängige

Diese fakultativ oder in einem Teilbereich geschlossene Station, die ebenfalls Teil eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung ist, hat alle Suchtkranken aufzunehmen, bei denen keine akute exogene Psychose besteht. Zu dieser Patientengruppe gehören erfahrungsgemäß zahlreiche Abhängige, die primär keine hinreichende Behandlungsmotivation aufweisen, jedoch körperlich, psychisch und sozial stark geschädigt sind und auch weiterhin akut gefährdet bleiben. Zur Unterbringung solcher Patienten ist eine geschlossene Station oft unvermeidlich. Der Aufenthalt auf einer solchen Station dient zunächst dazu, Art und Umfang der Abhängigkeit sowie der körperlichen Folgeerscheinungen der Suchtkrankheit zu klären. Außerdem soll im Verlauf der stationären Beobachtung versucht werden, trotz der zunächst festgestellten Behandlungsunwilligkeit, die Bereitschaft des Patienten zur Therapie zu wecken, die Behandlung dann in der entsprechenden Form durchzuführen oder den Kranken nach erzielter Krankheitseinsicht in eine angemessene andere offene Behandlungsstätte zu verlegen.

Während des stationären Aufenthalts sollte dem Patienten ein intensives Informationsprogramm geboten werden, das eine Aufklärung über den Krankheitscharakter des Alkoholismus und der Drogenabhängigkeit ermöglicht, Wege der Therapie aufzeigt und Kontakte zu ambulanten Diensten und Selbsthilfeorganisationen herstellt. Gleichzeitig muß für einen geregelten Tagesablauf auf der Station, für Beschäftigungs-, Arbeits- und Gruppentherapie und für den Kontakt zu Sozialarbeitern und Berufsberatern gesorgt werden. Während des stationären Aufenthaltes sollte Verbindung mit der Familie des Suchtkranken aufgenommen werden. Zusammen mit den Angehörigen ist das weitere therapeutische Programm zu entwickeln. Der Aufenthalt auf dieser Aufnahmestation soll möglichst kurz sein und eine Zeitspanne von drei bis vier Wochen nicht überschreiten. Diese Zeitspanne reicht erfahrungsgemäß für die Aufstellung eines Behandlungsprogramms aus; danach wird der Patient entweder in ambulante Behandlung entlassen oder in eine stationäre Einrichtung zur mittel- bzw. langfristigen Behandlung überwiesen.

9.1.9.4.2 Einrichtungen zur vorwiegend mittelfristigen stationären Behandlung

Suchtklinik in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft

Die Suchtklinik ist eine stationäre Einrichtung, die meist in engem lokalem Verbund mit anderen psychiatrischen Krankenhausabteilungen oder Kliniken arbeitet und für die kurz- und mittelfristige klinische Behandlung von Suchtkranken geeignet ist. Sie wird psychiatrisch geleitet und als offene Institution geführt, kann aber fakultativ in Teilbereichen geschlossen sein. Eine Suchtklinik sollte durchschnittlich über etwa 80 Betten verfügen und sämtliche medizinischen Einrichtungen vorhalten, die angesichts der Häufigkeit von internistischen Komplikationen für die Diagnostik und Therapie dieses Personenkreises erforderlich sind. Eine Suchtklinik sollte auch für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige eingerichtet sein und auch für die Spezialbehandlung von Kindern und Jugendlichen vorbereitet sein, solange geeignetere jugendpsychiatrische Versorgungsmöglichkeiten fehlen.

Bei der Milieugestaltung ist großer Wert auf die Mitarbeit der Kranken zu legen. Die Stationen sollen nach Art einer therapeutischen Gemeinschaft geführt werden, wobei auch die Angehörigen — wenn sie erreichbar sind — in diese therapeutische Gemeinschaft einbezogen werden können. Die Mitarbeiter der Klinik halten ständig Kontakt mit den örtlichen Behörden sowie mit allen Personen und Organisationen, die sich im weitesten Sinne mit der Behandlung und Betreuung von Suchtkranken befassen. Insbesondere muß eine Verbindung zur Fachambulanz bestehen, in der die weitere ambulante Betreuung durchgeführt wird. Neben dem Prinzip der allgemeinen Aktivierung und der Selbsthilfe orientiert sich die Behandlung vorwiegend an

gruppentherapeutischen und psychagogischen Gesichtspunkten.

Suchtabteilung am psychiatrischen Krankenhaus

Die Fachabteilung verfolgt prinzipiell die gleichen therapeutischen Zwecke wie die Suchtklinik, sollte eine ähnliche Gliederung und Größe aufweisen und nach den gleichen therapeutischen Grundsätzen arbeiten. Derartige spezielle Suchtabteilungen sollten möglichst an allen psychiatrischen Krankenhäusern bzw. an den vorgeschlagenen psychiatrischen Behandlungszentren vorgehalten werden. Dabei sollten aber nach Möglichkeit Suchtfachabteilungen und Aufnahmestation für Alkohol- und Drogenabhängige organisatorisch miteinander verbunden werden, da die auf den Aufnahmeabteilungen durchzuführende Beurteilung der Prognose besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der Suchtkrankenbetreuung voraussetzt und die Betreuung von behandlungswilligen und behandlungsunwilligen Patienten der gleichen Diagnosekategorie durch zwei unterschiedliche Teams von Ärzten und Therapeuten sachlich nicht gerechtfertigt ist. Das therapeutische Personal der Suchtabteilung bzw. der Suchtklinik sollte zur Entlastung der großen psychiatrischen Krankenhäuser stets deren — in der Regel geschlossene — Stationen für chronisch Suchtkranke mitversorgen.

Suchtklinik in freier Trägerschaft

Es handelt sich hierbei um eine „Fachklinik für Suchtkranke" (ehemalige Heilstätte), die von freien Trägern unterhalten wird. Diese Fachkliniken haben die gleichen Funktionen wahrzunehmen wie die bereits genannten Suchtkliniken. Die Leitung solcher Einrichtungen wird häufig von Nicht-Medizinern wahrgenommen. Hiergegen bestehen auch in Zukunft keine Einwände, sofern es sich hierbei um eine in der Suchtkrankenbehandlung qualifizierte und nach allgemein anerkannten Kriterien für die Leitung ausgewiesene Persönlichkeit handelt. Es muß auf jeden Fall eine ausreichende allgemeinärztliche und psychiatrische Versorgung der Patienten gewährleistet sein. Fachkliniken der genannten Art verfügen bereits seit langer Zeit über sehr enge Beziehungen zu bestimmten Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen oder Nachsorgeeinrichtungen. Diese Bindungen sollten auch in Zukunft erhalten bleiben. Diese Fachkliniken können, zum Teil aus geografischen Gründen, zum Teil aus Besonderheiten ihrer Patienten (bestimmte Häufungen von Persönlichkeitsstörungen) nicht in der gleichen Weise wie die, in engem Verbund mit psychiatrischen Krankenhäusern tätigen, Suchtkliniken und Suchtfachabteilungen in ein nach regionalen Gesichtspunkten gegliedertes integriertes Versorgungssystem eingefügt werden. Sie beteiligen sich dann aber zumindest an den Aufgaben der überregionalen Versorgung.

9.1.9.4.3 Einrichtungen zur langfristigen stationären Behandlung

Geschlossene Station am psychiatrischen Krankenhaus

Es ist damit zu rechnen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen auf längere Sicht behandlungsunwillig und auf absehbare Zeit nicht rehabilitationsfähig ist. Dabei handelt es sich häufig um Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen, die körperlich und psychisch bereits erheblich geschädigt sind, weiterhin akut gefährdet bleiben und deshalb der Unterbringung auf einer geschlossenen Station bedürfen. Ein gewisser Teil dieses Personenkreises bleibt krankenhausbedürftig, weil entweder schwere körperliche Begleit- und Folgekrankheiten vorhanden sind oder derart ausgeprägte psychische Störungen (hochgradiger geistiger Abbau, chronische Alkoholpsychosen) bestehen, daß eine anderweitige Unterbringung außerhalb des Krankenhauses nicht in Betracht kommt.

Die geschlossene psychiatrische Station für Langzeitbehandlung legt den Schwerpunkt auf die Bewahrung mit einem therapeutischen Mindestprogramm: Aufklärung über Krankheitscharakter des Alkoholismus und der Drogen- oder Arzneimittelabhängigkeit, Arbeits- und Sozialtherapie, soweit die dem Kranken verbliebene Aktivität und sein körperlicher Zustand solche Behandlungsmaßnahmen erlauben. Das unter dieser Indikation aufgestellte Mindestprogramm ist erforderlich, weil erfahrungsgemäß auch bei Schwerkranken, zum Beispiel Kranken mit einem Ausfall des Gedächtnisses (Korsakow-Psychose), oft noch nach sehr langer Zeit, gelegentlich nach zwei bis drei Jahren, eine Restitution, zumindest eine Teilrestitution, beobachtet werden kann. Bei derartigen Fällen ist jedoch ohne die beschriebene Form der stationären Betreuung Abstinenz nicht zu erzielen; außerhalb der geschlossenen Station wären diese Kranken im allgemeinen einem raschen Verfall ausgesetzt. Ferner wird die geschlossene psychiatrische Station für Suchtkranke benötigt, die primär ohne hinreichende Behandlungsbereitschaft erschienen, jedoch körperlich und psychisch sehr geschädigt sind und auch weiterhin akut gefährdet bleiben. Akute Gefährdung bedeutet hier, daß ein weiterer Mißbrauch des Suchtmittels in kurzer Zeit zu einem irreversiblen Zustand führen würde. Diese Station muß daher über angemessene Möglichkeiten gezielter therapeutischer Verfahren verfügen. Trotz der zunächst festgestellten Behandlungsunwilligkeit bleibt oberstes Ziel, die Bereitschaft zur Behandlung zu wecken, die Behandlung dann in entsprechender Form durchzuführen oder den Kranken nach erzielter Krankheitseinsicht in eine offene Station oder in eine andere angemessene offene Behandlungsstätte zu verlegen. Sicherzustellen sind hierbei die Voraussetzungen zur Schaffung einer therapeutischen Gemeinschaft, zur Anwendung gruppentherapeutischer Verfahren in der klinischen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und schließlich auch die Möglichkeiten für eine zweckmäßigere Freizeitgestaltung. Notwendig ist ein Rehabilitationsprogramm unter Einschaltung von Sozialarbeiter und Berufsberater. Mit der Familie des Suchtkranken muß auch in dieser Zeit bereits ein therapeutisch wirksamer Kontakt aufgenommen werden. Die Institution sollte ständig in Verbindung zu allen mit der regionalen Nachsorge befaßten Personen und Einrichtungen stehen.

Geschlossene Pflegeheime

Der größere Anteil chronisch pflegebedürftiger Suchtkranker bedarf nicht mehr der Dienste eines Krankenhauses. Da eine Bettenverminderung im Bereich der großen psychiatrischen Krankenhäuser unerläßlich ist und diese sich nicht zu Suchtkranken-Einrichtungen entwickeln dürfen, muß der nichtkrankenhausbedürftige Anteil chronisch Suchtkranker in geeignete Pflegeheime verlegt werden. Dabei wird es sich in der Regel um überregionale Spezialeinrichtungen handeln. Eine ausreichende therapeutische Betreuung muß aber auch in derartigen Heimen gewährleistet sein, weil sogar noch bei diesen Patientengruppen nach mehr oder weniger langer Zeit zumindest Besserungen möglich sind.

9.1.9.5 Übergangsbereich und weitere ergänzende Einrichtungen

Neben den eben genannten Pflegeheimen, die der langfristigen Unterbringung von bestimmten Suchtkranken dienen, sind gerade auch auf dem Sektor der Alkohol- und Drogenabhängigkeit Übergangseinrichtungen erforderlich, durch die die stationäre Behandlung verhindert oder verkürzt und die Wiedereingliederung des Patienten in sein soziales Bezugsfeld erleichtert werden können. Hierzu gehören vor allem Übergangsheime, Wohngemeinschaften, Wohnheime und beschützende Arbeitsplätze. Hierbei sollte es sich in der Regel um Spezialeinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige handeln. Die gemeinsame Unterbringung von Suchtkranken mit anderen psychisch Kranken stellt in der Regel weder für die eine noch für die andere Gruppe eine gute Lösung dar.

9.1.9.6 Einleitende Maßnahmen zur Verwirklichung des Verbundsystems

1. Abgesehen von der Notwendigkeit einer generellen Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken, kommt der Forderung nach Einrichtung von mehreren Modellfachkliniken Priorität zu. Diese Modellfachkliniken müßten die Anwendung und Evaluation unterschiedlicher therapeutischer Methoden gewährleisten.
2. Nachdem bereits in 46 psychiatrischen Krankenhäusern Suchtfachabteilungen eingerichtet wurden, sollten auch in allen anderen psychiatrischen Krankenhäusern, die von ihrer Kapazität her dazu in der Lage sind, derartige Abteilungen für Suchtkranke mit ausreichender Bettenzahl vorgehalten werden.
3. Gleichzeitig sollte im organisatorischen Zusammenhang mit der Suchtklinik oder der Suchtfachabteilung am psychiatrischen Krankenhaus in jeder Standardversorgungsregion eine Ambulanz für Suchtkranke eingerichtet werden. Gerade die Ausstattung der extramuralen Dienste hat für die Effizienz des gesamten Versorgungssystems für Suchtkranke besonderes Gewicht.
4. Unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten kann auch ein Trägerverband einzelne Suchtkliniken und andere Einrichtungen für Suchtkranke unterhalten. Im Kuratorium dieses Trägerverbandes sind die mit der Suchtkrankenbehandlung und Finanzierung betrauten Behörden, Organisationen und Personen vertreten. Eine solche Trägerschaft kann unter Umständen eine sonst nicht erreichbare Flexibilität der therapeutischen Bemühungen und die optimale Erschließung der materiellen und personellen Hilfsquellen sichern. Diese Form der Trägerschaft kann darüber hinaus die Neugründung von Einrichtungen erleichtern und die Effizienz bestehender Institutionen fördern.

9.2 Suicidgefährdete

Bei den Selbstmordgefährdeten handelt es sich um eine Sondergruppe von Hilfsbedürftigen. Suicidgefährdete suchen Hilfe nicht nur bei Ärzten und Angehörigen anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens, sondern wenden sich oft z. B. auch an Geistliche, Lehrer, Bewährungshelfer, aber auch an irgendeine vertraute Person oder schließlich auch gar nicht so selten an völlig unbekannte Personen. Deswegen muß die *Information über Selbstmordgefährdete in der gesamten Bevölkerung verbessert* werden.

Zuverlässige Zahlen über die Häufigkeit Suicidgefährdeter sind naturgemäß nicht zu erhalten. Man muß jedoch davon ausgehen, daß es in der Bundesrepublik Deutschland alljährlich etwa bei 110 000 Menschen zu Suicidhandlungen kommt.

In der Bundesrepublik Deutschland starben im Jahre 1959 9 888 Personen durch *Suicid,* im Jahre 1971 waren es 12 838. Die Selbstmordziffer (Zahl der Suicide pro 100 000 Einwohner) ist seit 1951 von 18,5 auf 21,0 im Jahre 1971 angestiegen. Die Suicidziffer in der Bundesrepublik Deutschland hat heute somit eine Größenordnung erreicht, die der Zahl der Verkehrsopfer sehr nahe kommt.

Internationale Vergleiche sind aus methodischen Gründen auf diesem Gebiet fragwürdig. Die vorliegenden Zahlen legen aber die Vermutung nahe, daß die Bundesrepublik Deutschland mit einer auch im internationalen Vergleich beträchtlichen Suicidziffer belastet ist.

Die Zahl der Selbstmord*versuche* ist wesentlich höher, sie läßt sich nur schätzen. In den zahlreichen Untersuchungen des In- und Auslands über Selbstmorde und Selbstmordversuche liegt das Verhältnis von Suiciden zu Suicidversuchen zwischen 1 : 5 bis 1 : 15. Realistisch erscheint es, das Verhältnis auf 1 : 8 bis 1 : 10 einzuschätzen. Daraus ergibt sich, daß man in der Bundesrepublik Deutschland in jedem Jahr mit mindestens 110 000 Selbstmordhandlungen (rd. 12 000 Selbstmorde und rd. 100 000 Selbstmordversuche) rechnen muß.

Die Häufigkeit der Suicide und Suicidversuche ist in den letzten Jahren gestiegen. Durch die Entwicklung der Intensivmedizin sind die Voraussetzungen dafür geschaffen worden, daß wesentlich mehr Patienten als früher nach Suicidhandlungen (insbesondere nach suicidalen Vergiftungen) überleben. Die Überlebenschance des einzelnen ist noch da-

durch besser geworden, weil Selbstmordgefährdete heute viel häufiger zu Tabletten greifen anstatt zu sicher tödlichen Selbstmordmitteln.

Suicidhandlungen können verschiedenartige Motive und Intentionen zugrunde liegen. Neben dem Ziel, sich selbst zu vernichten, sich selbst aufzugeben, steht der Appell, der Ruf nach Hilfe in einer ausweglos erscheinenden Situation und oft auch der Wunsch nach einer nur vorübergehenden Unterbrechung des Lebensweges, um anschließend unter neuen Bedingungen das Leben weiterzuführen. In jeder Selbstmordhandlung sind diese verschiedenen Tendenzen jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt; ihre genaue Erfassung ist von erheblicher therapeutischer Bedeutung.

Eine Suicidhandlung ist oft Abschluß einer längeren krankhaften Entwicklung; dennoch erfolgen endgültiger Entschluß und Ausführung der Tat häufig in kürzester Frist aufeinander.

Die Ursachen, Motivationen und Bedingungsfaktoren für Suicidhandlungen sind zumeist vielfältig. Dennoch lassen sich bestimmte Risikofaktoren abgrenzen:

Bei Männern finden wir mehr Suicide als bei Frauen, bei Frauen mehr Suicid*versuche* als bei Männern. Mit dem Lebensalter steigt die Zahl der Suicide. Im Greisenalter verschiebt sich die Relation von Suiciden zu Suicidversuchen erheblich in Richtung der Suicide. Die Erkennung, Behandlung und Betreuung suicidaler Patienten ist im Rahmen der gerontopsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung ein besonders wichtiges, aber auch schwieriges Gebiet.

Weitere Risikofaktoren sind:

Vereinsamung, chronische körperliche Leiden und Defekte, Randgruppenzugehörigkeit.

Das Suicidrisiko ist erhöht bei Menschen, die an endogenen Psychosen, Alkoholismus und anderen Suchtformen leiden. Bei bestimmten Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (mit den Kennzeichen Selbstunsicherheit, depressiver Stimmung, Bindungsschwäche) kommt es unter dem Einfluß äußerer Belastungen, insbesondere in Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Konflikten, zu Suicidhandlungen.

Einfluß auf die Suicidhäufigkeit haben u. a. noch folgende Faktoren:

Industrialisierung, Bevölkerungsverdichtung (Ballungsräume), Änderungen der Wirtschaftsstruktur (einschl. Arbeitslosigkeit), persönliche Isolation, Kinderlosigkeit.

Prophylaxe und Therapie

1. Eine *Primärprophylaxe* muß gegen die Risikofaktoren gerichtet sein. Sie ist nur sehr begrenzt wirksam, weil die Zusammenhänge im Einzelfall sehr komplex sind. Dennoch sind durch Änderungen der Einstellung zu speziellen suicidfördernden Faktoren gewisse Erfolge zu erzielen (z. B. Veränderung der Beurteilung der unehelichen Schwangerschaft; Verbesserung der allgemeinen Altenhilfe). Generell sind alle Maßnahmen zur allgemeinen Psychohygiene und zur verbesserten psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung auch suicidverhütend.

2. Eine *Sekundärprophylaxe* (Früherfassung und vorbeugende Behandlung von Suicidgefährdeten) ist möglich. In diesem Zusammenhang sind zwei Punkte besonders beachtenswert:

   a) Viele Gefährdete suchen in den letzten Wochen vor der Suicidhandlung einen Arzt auf. Die Gefährung wird dennoch oft nicht erkannt. Durch gezielte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte kann die Situation wesentlich verbessert werden.

      Nicht nur Ärzte sind häufig mit Suicidgefährdeten befaßt, sondern auch Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, Lehrer, Seelsorger, Pflegepersonen, Polizeibeamte, Beamte im Strafvollzug. Auch bei diesen Personengruppen ist eine gezielte Unterrichtung über Erkennung von Suicidalität und Information über den Umgang mit Selbstmordgefährdeten erforderlich.

   b) Breite Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, weil die Mehrzahl der Selbstmordgefährdeten verbale und nonverbale Hinweise auf ihre Gefährdung geben, die oft von den Adressaten — auch von den professionellen — verkannt oder nicht ernst genommen werden. Verhängnisvoll ist die Meinung, daß derjenige keinen Suicid unternehme, der von einer solchen Absicht redet. Alle Untersuchungen weisen nämlich darauf hin, daß die meisten Suicidgefährdeten ihre Suicidhandlung verbal oder nonverbal ankündigen. Es muß erreicht werden, daß den Motiven und der Entwicklung sowie den Folgen von Suicidhandlungen mehr Ernst und Verständnis entgegengebracht wird und daraus mehr Hilfsbereitschaft erwächst.

3. Angesichts einer hohen Rate von Wiederholungsversuchen, mit nicht selten tödlichem Ausgang, ist die *Tertiärprophylaxe*, die Behandlung und Nachbetreuung der Suicidgefährdeten mit dem Ziel der Verhütung weiterer Suicidhandlungen sehr wichtig.

   Die gegenwärtige Situation der Behandlung und Nachbetreuung von Patienten nach Suicidversuchen ist weitgehend dadurch gekennzeichnet, daß nur die somatischen Folgen behandelt werden, eine Klärung und Behandlung der Grundstörung jedoch weitgehend nicht durchgeführt wird oder in Ansätzen stecken bleibt. Jeder Patient nach Suicidhandlung sollte unbedingt einem Psychiater vorgestellt werden, der die notwendigen weiteren Maßnahmen abschätzen und einleiten kann. Nur in einem Teil der Fälle bedarf es jedoch einer spezialisierten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung; dagegen ist es in der Regel immer erforderlich, das Verständnis und die Mitarbeit der Angehörigen

und der sonstigen Bezugspersonen zu wecken und zu aktivieren. Darüber hinaus ist oft Hilfe von Sozialarbeitern und von Angehörigen anderer Berufsgruppen erforderlich (Beratungsstellen, Seelsorger, Juristen, Arbeitsvermittler u. a.), um diese Aufgaben erfolgversprechend lösen zu können. Es ist erforderlich, an jedem größeren Krankenhaus, in dem Patienten mit Suicidversuchen behandelt werden, einen ständigen psychiatrischen Konsiliardienst einzurichten. Nur bei einem relativ geringeren Teil der Patienten ist eine Verlegung in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus erforderlich.

Die Nachbetreuung von Patienten nach Suicidversuchen kann in der überwiegenden Zahl der Fälle ambulant durch entsprechend geschulte Fachkräfte erfolgen. In den letzten 20 Jahren haben sich im Ausland hierbei spezialisierte Einrichtungen (z. B. Kriseninterventionszentren, Lebensmüden-Beratungsstellen) bewährt. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es inzwischen auch einige derartige Einrichtungen (z. B. die „Arche" in München). Die Zahl dieser Einrichtungen sollte vermehrt, ihre Arbeit sollte unterstützt werden.

Seit vielen Jahren bemühen sich — vor allem in den größeren Städten — Telefonseelsorger darum, den Suicidgefährdeten in Notsituationen durch anonyme Aussprachen am Telefon Hilfe anzubieten. Die Effizienz dieser Telefonseelsorge wäre zu verbessern, wenn Beratungsstellen angegliedert würden. Diese Kombination der Telefonseelsorge mit einer Lebensmüden-Beratungsstelle ist an einigen Orten bereits verwirklicht worden. In kleinstädtischen und ländlichen Bereichen könnte versucht werden, durch besondere Telefonschaltungen zu gewährleisten, daß die Telefonseelsorge auch aus anderen Ortsnetzen im Rahmen eines zeitlich nicht limitierten Ortsgespräches in Anspruch genommen werden kann.

Im Gegensatz zu anderen Ländern wird systematische Suicidforschung in der Bundesrepublik Deutschland kaum öffentlich gefördert. Ein Wandel ist dringend wünschenswert.

9.3 Psychisch kranke Straftäter *)

9.3.1 Derzeitige Rechtslage

Die 2. Strafrechtsreform hat für die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Straftäter neue Wege gewiesen. Mit den Exkulpierungsmerkmalen der §§ 20 und 21 wurde nunmehr auch in der forensischen Psychiatrie die Abkehr von einem ausschließlich am Somatischen orientierten Krankheitsbegriff eindeutiger als bisher vollzogen; es kann damit kein Zweifel mehr bestehen, daß aufgrund der neuen Rechtslage auch Neurosen, Triebanomalien und die unter dem Sammelbegriff „Psychopathie" zusammengefaßten Zustandsbilder unter bestimmten Voraussetzungen in die Minderung oder den Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit einbezogen werden können. Der das Strafrechtsreformgesetz durchziehende Resozialisierungsgedanke bietet die Möglichkeit, psychisch gestörte Delinquenten einer aktiven psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zuzuführen und wird sich vermutlich nachhaltig auf die Einstellung von Richtern und Sachverständigen gegenüber bestimmten Täterpersönlichkeiten auswirken. Sowohl die programmatische Überschrift für den 6. Teil des 2. Strafrechtsreformgesetzes „Maßnahmen der *Besserung* und Sicherung" gegenüber „Maßnahmen der *Sicherung* und Besserung" im alten Strafgesetzbuch als auch die Bestimmung des § 67 über die Vorwegvollstreckung der Maßregel läßt die dezidierte Absicht des Gesetzgebers erkennen, bestimmten Straftätern vorrangig ärztliche und soziale Hilfen zukommen zu lassen, wenn diese notwendig und erfolgversprechend sind. Die Maßregel der Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt soll darüber hinaus auch einer besonderen Gruppe überwiegend schuldfähiger Rechtsbrecher die Möglichkeit der Therapie und Resozialisierung verschaffen.

Mit diesem gesetzlichen Rahmen ist die Chance gegeben, auch solche devianten Persönlichkeiten in die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit einzubeziehen, die bisher innerhalb dieses Versorgungsbereichs eine absolute Schlußlichtposition eingenommen haben. Die Sachverständigen-Kommission begrüßt diese Entwicklung und setzt sich mit Nachdruck dafür ein, daß die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten wirklich realisiert und ausgeschöpft werden.

9.3.2 Betroffener Personenkreis

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung wird sich in der Zukunft auf einen größeren Kreis von Delinquenten zu erstrecken haben. Es ist damit zu rechnen, daß auch psychisch abnorme Persönlichkeiten („Psychopathen"), sexuell schwer abnorme Delinquenten („Triebtäter") sowie Personen, die unter den Begriff der „neurotischen Delinquenz" fallen, häufiger als bisher exkulptiert oder teilexkulptiert und in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen werden. Darüber hinaus bezieht sich aber der therapeutische Auftrag des Gesetzgebers an die Psychiater und die Psychotherapeuten auch auf solche schuldfähigen Straftäter, „bei denen die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der sozialtherapeutischen Anstalt sowie die nachgehende Betreuung durch Fachkräfte den Untergebrachten befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen" (§ 110 RegEVollzG) und die deshalb in solche Anstalten eingewiesen werden. Behandlungsbedürftigkeit und Schuldfähigkeit schließen sich also nach der künftigen gesetzgeberischen Entwicklung nicht gegenseitig aus.

In den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung werden in Zukunft folgende Personen fallen:

1. in einem psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachte gem. § 63 StGB (am 31. Dezember 1973: 3 437 — davon 184 weibliche Personen);

*) s. Sondervotum von Prof. Dr. R. Degkwitz, Prof. Dr. H. Hippius, Dr. G. Sautter und Dr. J. Schmitz-Formes, S. 418.

2. in einer Entziehungsanstalt Untergebrachte gem. § 64 StGB (am 31. Dezember 1973: 147 — davon 7 weibliche — Personen);
3. in einer sozialtherapeutischen Anstalt Untergebrachte gem. § 65 StGB;
4. Beschuldigte, die gem. § 126 a StPO in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt einstweilig untergebracht sind (am 31. Dezember 1973: 514 — darunter 45 weibliche — Personen).
5. Personen, die in psychiatrischen Abteilungen an Vollzugskrankenhäusern untergebracht sind.

9.3.3 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB

9.3.3.1 Zuständigkeit

Die Frage nach der Zuständigkeit für die Versorgung psychisch kranker Straftäter ist bis in die jüngste Zeit Gegenstand unergiebiger Auseinandersetzungen gewesen. Dabei wurde vielfach die Meinung vertreten, daß die Betreuung dieses Personenkreises im Rahmen des Maßregelvollzugs in justizeigenen Sonderanstalten zu erfolgen habe, da das Vorhandensein gefängnisähnlicher „fester Häuser" inmitten von psychiatrischen Krankenhauskomplexen und die in diesen Häusern notwendigen Überwachungs- und Sicherungsfunktionen nicht mit den Aufgaben eines liberalen, humanen und gegenüber der Gesellschaft offenen Behandlungssystems vereinbar sei. Die Sachverständigen-Kommission hatte sich bei der Abfassung des Zwischenberichts noch nicht ausführlicher mit diesem Fragenkomplex beschäftigt und daher zunächst in Anlehung an den Rahmenplan des Landschaftsverbandes Rheinland ebenfalls die Auffassung vertreten, daß der Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus für das Ansehen psychisch Kranker in der Gesellschaft nicht zumutbar sei.

In der Zwischenzeit hat sich eine Gruppe von psychiatrischen Experten aus dem ganzen Bundesgebiet in mehreren Arbeitstagungen mit den aktuellen Problemen der Unterbringung psychisch kranker Straftäter befaßt. Die Sachverständigen-Kommission schließt sich der Meinung dieses Gremiums an und stellt fest, daß die Durchführung des Maßregelvollzugs prinzipiell in den allgemeinen Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung gehört. Bei dem betroffenen Personenkreis handelt es sich doppelt um stigmatisierte Menschen, weil sie sowohl psychisch krank als auch delinquent sind; dies rechtfertigt aber nicht, sie einfach aus diesem Grund aus dem psychiatrischen Versorgungssystem auszugliedern. Die mit der Betreuung und Behandlung dieser Kranken verbundenen Funktionen der Überwachung und Sicherung sind zwar oft schwierig und undankbar, gehören aber zu den Aufgaben, die der Psychiater — allerdings meist in geringerem Umfange — auch bei anderen Patientenkategorien zu beachten hat. Darüber hinaus ist durch das 2. Strafrechtsreformgesetz für die Krankenhauspsychiatrie die Möglichkeit geschaffen worden, sich gerade bei dem Personenkreis der psychisch kranken Delinquenten auf ihren primär-therapeutischen Auftrag zu konzentrieren und die an vielen Stellen dieses Berichts hervorgehobenen Gesichtspunkte der Sozialtherapie, Rehabilitation und Resozialisierung soweit wie irgend möglich auch auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs anzuwenden. Die frühere Forderung, psychisch kranke Straftäter in justizeigenen Anstalten unterzubringen, muß auch deshalb als überholt gelten, weil die zu diesem Personenkreis gehörenden Patienten nach dem in Vorbereitung befindlichen Strafvollzugsgesetz ausschließlich die Rechtsstellung von psychisch Kranken haben werden (§ 125 RegEVollzG). Diese Entscheidung entspricht dem rechtsstaatlichen Prinzip, daß dem Schuldunfähigen keine strafrechtlichen Sanktionen zugefügt werden dürfen und mit der Unterbringung keine schwereren Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte erfolgen sollen, als aus Krankheitsgründen notwendig.

9.3.3.2 Rechtsstellung des Untergebrachten

Die Praxis der strafrichterlichen Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus leidet bekanntlich bis heute überall unter der bereits angesprochenen Schlußlichtposition im Versorgungsbereich. Hier kommt es weitgehend darauf an, überhaupt erst einmal dem heutigen Justizvollzug vergleichbare Mindestbedingungen einer menschenwürdigen Unterbringung zu gewährleisten. Der Regierungsentwurf eines Strafvollzugsgesetzes will die Details der Durchführung in diesem Bereich weiterhin dem Recht der einzelnen Bundesländer überlassen (§ 25 RegEVollzG). Gerade weil das Bundesrecht mithin zu keiner grundsätzlichen Partizipation der nach § 63 StGB Untergebrachten an der Rechtsstellung der Strafgefangenen führen wird, werden die Bundesländer in ihrer einschlägigen Gesetzgebung auch die Rechtsstellung der Untergebrachten detaillierter regeln müssen.

9.3.3.3 Standort

Da es sich bei den psychisch kranken Straftätern um eine Gruppe von erheblich verhaltensgestörten, manifest oder latent gefährlichen und daher besonders sicherungsbedürftigen Patienten handelt, sind für die Unterbringung überregionale Einrichtungen erforderlich, die eine besondere bauliche Sicherung aufweisen. Als beste Lösung erscheint unter den heutigen Verhältnissen die institutionelle und administrative Angliederung solcher Sonderabteilungen an einzelne psychiatrische Krankenhäuser. Dabei ist zwar eine räumliche Nachbarschaft anzustreben; die Errichtung gesicherter Häuser innerhalb des Krankenhauskomplexes sollte aber auf alle Fälle vermieden werden. Der Vorteil eines funktionellen Verbundes liegt in der Möglichkeit einer geregelten — unter Umständen turnusmäßigen — ärztlichen und pflegerischen Versorgung, einer Mitbetreuung durch Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten und der Einbeziehung in das gesamte sozialtherapeutische Programm des Krankenhauses. Eine solche Lösung bietet außerdem die Möglichkeit der Verlegung von Patienten auf halboffene und offene

Stationen und ihre Weiterbetreuung durch halbstationäre Einrichtungen, Außenfürsorge oder ambulante Nachbehandlung. Ein weiterer Vorteil ist in den hierdurch gegebenen Ausbildungsmöglichkeiten in forensischer Psychiatrie für Ärzte, Krankenpflegepersonal und andere in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen zu sehen.

Als Alternative eines solchen Angliederungsmodells wird von einigen Seiten auch heute noch die Errichtung von Sonderanstalten mit der ausschließlichen Aufgabe der Unterbringung psychisch kranker Delinquenten empfohlen. Ob solche Sonderanstalten den künftigen Erfordernissen gerecht werden, erscheint zweifelhaft. Es besteht die Gefahr, daß die volle räumliche Ausgliederung des forensisch-psychiatrischen Funktionsbereichs aus dem psychiatrischen Krankenhaus die Wahrnehmung der ärztlich und gesetzlich gebotenen therapeutischen Aufgaben erheblich erschwert und daß bei der augenblicklichen Personalsituation derartige Einrichtungen über viele Jahre nur unzureichend personell besetzt werden könnten.

9.3.3.4 Größe

Zur Frage der Zahl der in den forensisch-psychiatrischen Sondereinrichtungen vorzuhaltenden Betten ist zu bemerken, daß gesonderte Therapie- und Rehabilitationsprogramme nur von einer bestimmten Größe der Einrichtung an in ausreichend differenzierter Form realisiert werden können, daß andererseits aber eine Überdimensionierung der Einrichtung einer intensiven Behandlung und Rehabilitation der dort untergebrachten Patienten entgegensteht. Die praktikabelste Lösung dürfte darin bestehen, je nach Größe und Bevölkerungsdichte in jedem Bundesland ein bis etwa drei solcher Funktionsbereiche vorzusehen, deren Belegung die Zahl von 100 bis 150 Patienten in der Regel nicht überschreiten sollte.

9.3.3.5 Therapeutisches Angebot

Welche therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung kommen, richtet sich nach dem Grundleiden und dem jeweiligen Zustand des zu Behandelnden. Es bedarf keiner besonderen Betonung, daß den nach § 63 StGB untergebrachten Psychosekranken die gleichen pharmakotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Behandlungsverfahren zuteil werden müssen wie anderen Patienten mit einer Psychose. Für strafrechtlich untergebrachte geistig Behinderte müssen spezielle Rehabilitationsprogramme erarbeitet werden. Besondere therapeutische Probleme geben die strafrechtlich Untergebrachten auf, bei denen eine Neurose oder eine sogenannte Psychopathie vorliegt. Die Entwicklung von Therapieverfahren, die für diesen Personenkreis geeignet sind, steckt bei uns noch in den Anfängen. Es kann hier aber auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in ausländischen sozialtherapeutischen Anstalten gesammelt wurden.

Bei der Behandlung Straffälliger sind neben der Einzelbehandlung gruppentherapeutische Methoden von besonderem Wert. Die Therapie im engeren Sinn muß durch eine Reihe weiterer Maßnahmen gestützt werden. Hierzu gehören in erster Linie gestufte Arbeits- und Unterrichtsangebote. In besonderen Programmen sollten Techniken der Freizeitgestaltung vermittelt werden, da ein mangelhaftes Angebot in dieser Richtung zur Verfestigung delinquenten Verhaltens beitragen kann. Für die Resozialisierung ist wichtig, daß während der Zeit der Unterbringung die Kontakte zu den Familienangehörigen erhalten bleiben; wo dies erforderlich ist, sollten nach Möglichkeit neue soziale Verankerungen geschaffen werden.

Für die therapeutische Atmosphäre in den forensisch-psychiatrischen Funktionsbereichen ist es wichtig, alle dort Arbeitenden mit den bisher bekannten Ursachen kriminellen Verhaltens unter Einschluß der Psychodynamik psychogener Delinquenz vertraut zu machen und ihnen das Verständnis für die zwischen ihnen und den Straftätern ablaufenden Interaktionen zu ermöglichen. Das Personal wird dadurch am ehesten einen Zugang zu den psychisch kranken Straftätern bekommen und die Angst vor deren Delinquenz überwinden. Das scheinbar Unverständliche muß zunächst einmal für das Personal verstehbar und damit zugänglich gemacht werden. In diesem Zusammenhang ist auf die notwendige Supervision der Mitarbeiter hinzuweisen. Eine Ausbildung und Fortbildung in dem traditionellen Sinn reicht hierfür nicht aus. Vielmehr muß jeder Mitarbeiter nicht nur über hinreichende Kenntnisse von den zu erwartenden Reaktions- und Verhaltensweisen des Delinquenten verfügen, sondern auch seine eigenen Reaktionsweisen und seinen eigenen Anteil an den Interaktionen mit den Patienten erkennen. Das Behandlungspotential der Anstalt wird hauptsächlich bestimmt durch das Maß an Geübtheit des Personals auf diesem Gebiet. Auf diese Weise wird am ehesten der Abbau von Vorurteilen und Ängsten ermöglicht, eine unerläßliche Voraussetzung für eine therapeutische Gemeinschaft auch in diesem Bereich psychiatrischer Tätigkeit geschaffen und den Mitarbeitern ein begründetes Gefühl der Sicherheit vermittelt.

Aus der Unterbringung Entlassene werden seit dem 1. Januar 1975 der Führungsaufsicht unterstellt. Enge Zusammenarbeit der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Führungsaufsichtsstellen bzw. mit dem Bewährungshelfer, der die Betreuung des Probanden übernimmt, ist anzustreben.

9.3.3.6 Bauliche Gestaltung und Sicherheitsfragen

Die Errichtung forensisch-psychiatrischer Abteilungen ist mit besonderen baulichen Problemen verbunden. Einerseits sollen Entweichungen verhindert werden, andererseits wird die Wahrung eines therapeutischen Milieus gewünscht. Die heute in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern bestehenden „festen Häuser" erfüllen meist weder die eine noch die andere Forderung. Die auf die Verhinderung von Entweichungen gerichteten Sicherheitsvorkehrungen sollten so angelegt sein, daß eine ständige Überwachung des Verhaltens der Untergebrachten innerhalb der Anstalt weitgehend

entbehrlich wird. Letzten Endes ist allerdings die nötige Sicherheit nicht allein durch technisches Raffinement und durch Personalvermehrung zu erreichen.

Die forensisch-psychiatrischen Funktionsbereiche bedürfen dringend einer Entflechtung und müssen eine Untergliederung in eine größere Zahl von überschaubaren Wohneinheiten ermöglichen. Dabei muß — soweit dies für die Behandlung erforderlich ist — eine Trennung der Patienten nach Art und Umfang der Behinderung und nach dem Grad der erreichten Resozialisierung gewährleistet sein. Eine besonders gesicherte Beobachtungseinrichtung für Gutachten-Patienten ist ebenso erforderlich wie die Schaffung gestufter Übergangseinrichtungen und die Möglichkeit zur differenzierten Arbeitstherapie. Die Wohneinheiten müssen von ihrer baulichen Gestaltung her dazu geeignet sein, verschiedene Methoden der Sozialtherapie wie auch andere Behandlungsmaßnahmen systematisch durchzuführen. Zu diesem Zweck sollten die forensisch-psychiatrischen Funktionsbereiche nach Möglichkeit mit geeigneten wissenschaftlichen Institutionen eng zusammenarbeiten.

9.3.3.7 Personalbedarf

Für den forensisch-psychiatrischen Funktionsbereich ist von folgendem Personalbedarf auszugehen:

Etwa 1 : 10 bis 1 : 15 für Psychiater, Psychotherapeuten und klinische Psychologen,

etwa 1 : 1,5 für Krankenpflegepersonal,

dazu eine ausreichende Zahl von Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Werkmeistern, Pädagogen, Sportlehren etc.

Diesen Personalbedarf in absehbarer Zeit zu decken, wird sicher außerordentlich schwierig sein. Die vielfältigen Arbeitsbereiche der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bieten den ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen heute eine große Zahl von attraktiven Aufgaben. Demgegenüber stellt die Betreuung psychisch kranker Delinquenten eine Tätigkeit dar, die vielfach noch mit einem geringen Sozialprestige verbunden ist und sich unter eindeutig schwierigen Arbeitsbedingungen, größeren emotionalen Belastungen und besonderen Gefährdungen vollzieht. Wenn daher bei dem allgemeinen Personalmangel nicht eine Abwanderung der Mitarbeiter in weniger belastende psychiatrische Funktionsbereiche folgen soll, so ist die Schaffung eines einheitlichen Systems von Sonderzulagen erforderlich, die im BAT, KRT und im Beamtenbesoldungsrecht tariflich zu verankern sind.

9.3.3.8 Finanzierung

Der aus ärztlichen und rechtlichen Gründen dringend erforderliche Ausbau des Maßregelvollzuges im psychiatrischen Krankenhaus wird in den nächsten Jahren erhebliche personelle und bauliche Investitionen erforderlich machen, die nicht über den üblichen Pflegesatz abgedeckt werden können. Die psychiatrischen Krankenhäuser können den vom zweiten Strafrechtsreformgesetz gegebenen Rahmen nur dann ausfüllen und sowohl ihre therapeutischen Aufgaben gegenüber dem psychisch kranken Delinquenten als auch ihre Sicherungsaufgaben gegenüber der Gesellschaft nur dann erfüllen, wenn die Justizbehörden ihre finanzielle Verantwortung erkennen und sich in weit größerem Umfang als bisher an den Kosten beteiligen.

9.3.4 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

In der Bundesrepublik existieren zur Zeit nur sehr wenige leistungsfähige „Entziehungsanstalten", die zur Unterbringung von alkohol- und suchtkranken Tätern und damit zum Maßregelvollzug nach § 64 StGB geeignet wären. Es ist daher zu befürchten, daß alkohol- und drogensüchtige Rückfalltäter und therapeutisch aussichtslose Fälle auch weiterhin in psychiatrische Krankenhäuser kommen oder daß in solchen Fällen von vornherein die Maßregel aus § 63 StGB wegen einer „krankhaften seelischen Störung" angeordnet wird. Aus der Durchmischung von alkohol- und suchtkranken Patienten mit anderen seelisch und geistig Behinderten können sich auch für forensisch-psychiatrische Sonderabteilungen erhebliche Probleme ergeben. Es ist daher erforderlich, daß die Suchtkrankenabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser auch über Unterbringungsmöglichkeiten nach § 64 StGB verfügen, es sei denn, daß wirklich funktionsfähige Entziehungsanstalten vorhanden sind.

9.3.5 Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt gemäß § 65 StGB

Die gesetzlichen Bestimmungen über die sozialtherapeutische Anstalt sollten ursprünglich bereits am 1. Oktober 1974 in Kraft treten. Dieser Termin ist nun auf den 1. Januar 1978 verschoben worden. Bis dahin werden die sozialtherapeutischen Bemühungen im Justizvollzug noch experimentellen und modellbildenden Charakter haben.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt hierzu folgende Auffassung:

1. Aus ärztlicher Sicht ist die neue Maßregel als dringend erwünscht zu bezeichnen. Für die psychiatrischen Krankenhäuser ist dabei der Personenkreis nach § 65 Abs. 3 von besonderem Interesse, d. h. jene ganz oder teilweise exkulpierten Täter, von denen die meisten nicht zur traditionellen Klientel des psychiatrischen Krankenhauses nach § 63 StGB gehören. Vor allem aber können sozialtherapeutische Anstalten zu einer ersten ernsthaften und zugleich aussichtsreichen Behandlung auch solcher schuldfähiger Delinquenten finden, die bisher innerhalb des Regelvollzugs therapeutisch unversorgt blieben. Namentlich in den Niederlanden (im Rahmen der dortigen strafrichterlich angeordneten Verwahrung), aber auch in Dänemark, England und den USA werden bereits seit längerer Zeit entsprechende Erfahrungen gesammelt. Diese medizinisch-therapeutisch konzipierten Anstalten

stehen dort in der Regel unter ärztlicher Leitung, wie dies § 65 Abs. 2 StGB auch für die deutschen Anstalten vorsieht.

2. Bis zum Inkrafttreten des § 65 StGB wird es trotz erkannten Bedarfs an sozialtherapeutischen Einrichtungen weitgehend fehlen. Diese Lage wird es vermutlich nötig machen, die entsprechende Personengruppe vorerst im Rahmen der psychiatrischen Krankenhäuser zu versorgen. Hieraus können sich zwar u. U. wertvolle Erfahrungen und Erkenntnisse auch für die Behandlung der anderen hier untergebrachten psychisch kranken Delinquenten ergeben. Es ist aber andererseits zu befürchten, daß der Aufbau eines ausreichenden Netzes von sozialtherapeutischen Anstalten noch viele Jahre in Anspruch nimmt und daß bis dahin, bei erkennbarer Behandlungsmöglichkeit von an sich schuldfähigen Straftätern, vermehrt auf die Teilexkulpierung und die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten zurückgegriffen wird. Vor einer solchen Entwicklung muß dringend gewarnt werden, da die psychiatrischen Krankenhäuser selbst bei einem Ausbau ihrer forensisch-psychiatrischen Funktionsbereiche einem solchen Zustrom von Patienten nicht gewachsen wären und eine derartige Praxis auch zu einer Verwischung der vom Gesetzgeber gesetzten Grenzen zwischen Schuldfähigkeit und verminderter bzw. aufgehobener Schuldfähigkeit führen würde.
3. Die Einrichtung einer ausreichenden Zahl von sozialtherapeutischen Anstalten wird wesentlich davon abhängen, daß in diesen Anstalten in ausreichendem Umfang therapeutisch geschultes Personal zur Verfügung steht. Für die Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter gilt hier das gleiche, was bereits in Abschnitt 3 Punkt 5 gesagt wurde. Es erscheint unter diesen Umständen besorgniserregend, daß auf dem Sektor der Aus- und Fortbildung des Strafvollzugspersonals, speziell im Hinblick auf die Aufgaben der sozialtherapeutischen Anstalt, bisher zuwenig getan wurde.

9.3.6 Psychiatrische Abteilung an Vollzugskrankenhäusern

Für Straf- und Untersuchungsgefangene, die im Vollzug psychisch erkranken oder bei denen eine psychische Erkrankung erst im Vollzug festgestellt wird, sind die gleichen diagnostischen und therapeutischen Hilfen sicherzustellen wie für andere kranke Gefangene. Dem sollten in erster Linie psychiatrische Abteilungen in Vollzugskrankenhäusern dienen. Nach Ausbau der sozialtherapeutischen Anstalten könnte es sich zu einem späteren Zeitpunkt empfehlen zu erproben, ob die diesen Anstalten gegebenenfalls zugeordneten diagnostischen Abteilungen zugleich psychiatrisch und psychotherapeutische Aufgaben wahrnehmen können.

9.3.7 Schlußbemerkungen

Das Strafrechtsreformgesetz stellt eine bedeutende gesetzgeberische Tat dar. Die Verwirklichung der damit gesetzten Intentionen hängt nicht nur von dem Vorhandensein der hierfür erforderlichen finanziellen Mittel ab, sondern auch ganz entscheidend von der Bereitschaft aller beteiligten Berufsgruppen, sich für diese Aufgabe zu engagieren. Auf diesem Gebiet wird noch eine jahrelange beharrliche Arbeit erforderlich sein, die sich von einem therapeutischen Nihilismus ebenso frei hält wie von einem unrealistischen Optimismus oder utopischen, oft gesellschaftskritisch motivierten Erwartungen.

9.4 Epilepsie-Kranke

Die 1973 erschienene Denkschrift „Epilepsie" der Deutschen Forschungsgemeinschaft enthält Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Anfallskranken, auf die sich die Sachverständigen-Kommission bei Erarbeitung ihrer Empfehlungen stützen konnte.

9.4.1 Personenkreis

An Epilepsie erkrankte Menschen leiden unter Anfällen. Bestimmte Reize in extremer Dosierung können bei jedem Menschen einen epileptischen Anfall auslösen. Akute Epilepsie liegt vor, wenn die Anfälle nur vereinzelt auftreten (nach Streßsituationen, bei Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, akuten Hirnschädigungen).

Bei chronischer Epilepsie wiederholen sich die Anfälle.

9.4.2 Aufgaben

Die Versorgung der Epilepsie-Kranken besteht in der Durchführung von *präventiven*, therapeutischen und *rehabilitativen* (habilitativen) Maßnahmen.

Sie erfordern die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Psychiatern, Neurologen, Sozialarbeitern, Psychologen und Rehabilitationsfachleuten.

Kenntnisse in Epileptologie müssen nicht nur Medizinstudenten und Ärzten in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung vermittelt werden, sondern auch im sozialmedizinischen Unterricht Schwestern und Pflegern, Sozialarbeitern und Beschäftigungstherapeuten, Psychologen und Lehrern, Sozial- und Heilpädagogen. Bei allen Berufen, die mit Epilepsie-Kranken zu tun haben, sollen Kurse für Epilepsieprobleme in die Grundausbildung aufgenommen werden. Entsprechende Themen sollten auch in der Weiterbildung pädagogischer und sozialer Berufe regelmäßig behandelt werden.

Die Diskrepanz zwischen den therapeutischen Möglichkeiten und ihrer praktischen Verwirklichung geht auf die mangelhaften Kenntnisse über Epilepsie und auf die institutionellen Probleme in der Langzeitbehandlung zurück.

9.4.2.1 Prävention von Epilepsie

Prävention umfaßt alle Maßnahmen, die geeignet sind, Epilepsie und ihre Folgen zu verhüten. Sie

gliedert sich in präventive Vorsorge, präventive Behandlung und präventive Nachsorge.

Präventive Vorsorge (Primärprävention) hat das Ziel, den Ausbruch von Epilepsie zu verhüten. Sie setzt die Kenntnis aller für die Entstehung von Epilepsie wesentlichen Risiko-Faktoren und Dispositionen voraus.

Präventive Behandlung (Sekundärprävention) hat das Ziel, das Wiederauftreten von Anfällen zu verhüten, setzt also die Kenntnis aller die Wiederholung von Anfällen fördernden und hemmenden Faktoren voraus.

Präventive Nachsorge (Tertiärprävention) hat das Ziel, psychische, soziale und ökonomische Komplikationen zu vermindern und muß daher sowohl gegen krankheitsbedingte wie gegen umweltbedingte schädigende Einflüsse gerichtet sein.

Präventive Vorsorge erfordert die Erforschung ihrer Bedingungen, so z. B. die Erforschung von epileptischen Dispositionen durch systematische Vorsorgeuntersuchungen. Notwendig ist vor allem die praktische Anwendung unseres heute vorhandenen Wissens, so z. B. die Verhütung von traumatischer Epilepsie durch Verhütung von Unfällen, die zu Gehirnverletzungen führen. Besonders wichtig sind alle Bemühungen, Anfallskranke überhaupt für eine Betreuung zu gewinnen.

9.4.2.2 Habilitation/Rehabilitation

Habilitation umfaßt alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Eingliederung von Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie in den Kindergarten, in die Schule, in die Lehre zu ermöglichen. — Rehabilitation umfaßt solche Maßnahmen, die dazu dienen, eine Wiedereingliederung von Menschen mit Epilepsie in den Beruf, in die Familie, in die Gesellschaft zu erreichen.

Es besteht ein dringender Bedarf an Nachsorge. Damit ist jene medizinisch-soziale Aktivität gemeint, die sich unmittelbar auf die Umgebung bezieht, in der der Kranke lebt. Die nachsorgenden Personen, Sozialarbeiter, Rehabilitationsberater, Psychologen, Sozialpädagogen oder Ärzte haben die Aufgabe, die menschliche Umgebung des Kranken in einem positiven, d. h. die freie Entfaltung des Kranken ermöglichenden Sinne zu verändern. Denn aus dem Vorurteil gegenüber Epilepsie, mit dem sie sich oft identifizieren, resultiert für die Kranken eine Benachteiligung ihrer gesellschaftlichen und beruflich-ökonomischen Stellung.

Für etwa 15 % aller über 16 Jahre alten Patienten sind Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation dringend angebracht. Das sind ca. 20 000 Personen. Darin sind die Patienten nicht einbezogen, bei denen eine berufliche Förderung einen sozialen Aufstieg ermöglichen und damit gesundheitsstabilisierend wirken könnte, auch nicht die große Zahl von anfallskranken Kindern und Jugendlichen, die in Sonderschulen und Berufsbildungswerken auf ein Erwerbs- und Berufsleben vorbereitet werden müssen.

Infolge der wirksameren Behandlungsverfahren werden heute weit mehr Anfallskranke soziabel und damit in soziale Probleme verstrickt als früher. Der Effekt der medizinischen Therapie ist weitgehend von sozialen Umständen abhängig; so etwa bei Kindern vor allem von der Familienstruktur und den schulischen Anforderungen; bei Jugendlichen und Erwachsenen von der Art der privaten Kommunikation, der beruflichen Qualifikation, von der Art und Gleichmäßigkeit der Leistungsanforderung u. a. m.

So wie soziale Konflikte eine wirksame Therapie verhindern können, so führen Mißerfolge in der Therapie wieder zu sozialen Konflikten. Manche Probleme entstehen dadurch, daß der Erfolg der Therapie begehrte soziale Ziele wie Spiele, Sport, Heiraten, Führerschein, Beamtenlaufbahn usw. erst erreichbar macht. Andererseits können Anfallsrezidive, psychische Beeinträchtigungen und Anpassungsstörungen oft erst durch ihre soziale Relevanz für den Kranken bedrohlich werden.

Die Möglichkeit der Rehabilitation ist weit weniger von der Art und Schwere der Anfälle abhängig als von der Wesensart der Anfallskranken. Deswegen kann ein nicht unbeträchtlicher Teil nicht auf normalem Wege und auch nicht ohne eine längere intensive Vorbereitung über die angebotenen Rehabilitationseinrichtungen in eine Aus- und Weiterbildung geführt werden.

Für etwa zwei Drittel aller Epilepsie-Kranken sind die bereits vorhandenen oder im Aufbau begriffenen Einrichtungen zur Ausbildung, zur beruflichen Bildung oder zur beruflichen Förderung geeignet:

Bildungsmöglichkeiten für anfallskranke Kinder gibt es in den Sonderkindergarten der „Lebenshilfe", in Sonderschulen für lernbehinderte und bildungsschwache Kinder, Vorschulklassen und Schulkindergärten. Bei weitgehender Anfallskontrolle und altersentsprechender körperlich-geistiger Reife steht dem Besuch eines normalen Kindergartens und von Normal-Schulen nichts im Wege, außer den gelegentlichen Vorurteilen von Lehrern und Erziehungspersonen.

Ein Drittel aller Epilepsie-Kranken bedarf jedoch besonderer rehabilitativer Maßnahmen in Spezialeinrichtungen, die ganz auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.

Bereits in den Epilepsie-Ambulanzen (s. B. 3.2.2.2.1.) muß ein breiter Fächer von Angeboten zur Habilitation oder Rehabilitation von Patienten mit Epilepsie vorhanden sein. Diese Angebote beziehen sich sowohl auf den sozialen Bereich — Bezugspersonen, Familie, Gesellschaft — als auch auf Ausbildung, Umschulung und Berufsausübung.

Die Ambulanzen übernehmen außerdem beratende und begleitende Vermittlerfunktionen für Patienten an anderen Institutionen.

In den Epilepsie-Abteilungen (s. B. 3.2.2.2.2.) sind bereits — integriert in die Einrichtungen des angeschlossenen Bereiches (psychiatrische, neurologische, pädiatrische Kliniken, Krankenhäuser oder Fachabteilungen von Krankenhäusern oder kinder- und jugendpsychiatrischen Zentren) — Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Soziotherapie und

für Kinder Klinikschulen notwendig. Schließlich sind die Epilepsiezentren (s. B. 3.2.2.2.3.) besonders ausgestattete Rehabilitations-Zentren für Menschen mit Epilepsie. Ein umfassendes Sozialtraining soll den besonders behinderten Patienten mit Epilepsie die Eingliederung oder Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtern. Die berufsbezogenen Angebote gehen vom Belastungstraining und der Arbeitstherapie über Berufsfindung und Arbeitserprobung, Anlernung, Fort- und Weiterbildung bis zur Anpassung an bestimmte Arbeitsplatzsituationen.

Jugendliche Patienten mit Epilepsie, die so behindert sind, daß sie keine normale Berufsausbildung durchlaufen können, sollen in Berufsbildungswerken zur beruflichen Erstausbildung aufgenommen werden. Neben der beruflichen Ausbildung erfahren sie hier eine besondere ärztliche, psychologische und soziales Verhalten fördernde Betreuung.

Zur Vermeidung ungünstiger psychosozialer Folgen einer Segregation ist eine gemeinsame Ausbildung von Jugendlichen mit Epilepsie und solchen mit anderen Behinderungen geboten. Um jedoch zugleich die notwendige epileptologische Betreuung zu gewährleisten, sollten einige Berufsbildungswerke bevorzugt epileptische Jugendliche aufnehmen und in bezug auf deren besondere Bedürfnisse eingerichtet sein.

Berufsförderungswerke für erwachsene Behinderte sollen neben der praktischen und theoretischen Ausbildung in zukunftsgerichteten Berufen eine ausbildungsbegleitende Behandlung anbieten und über Fachkräfte für eine soziale, psychologische und sportliche Betreuung verfügen. Auch hier können Anfallskranke aufgenommen werden, wenn sie weitgehend anfallsfrei und ohne behinderte psychische Störungen sind. Sie kommen dann wie andere Behinderte nach Eignung und Neigung für eine Berufsausbildung im Rahmen der angebotenen Ausbildungsprogramme in Frage.

9.4.3 Versorgungssystem

9.4.3.1 Der Bedarf

Fünf Prozent aller Menschen erleiden mindestens einmal im Laufe des Lebens einen epileptischen Anfall. Fünf bis sechs pro Tausend leiden unter einer chronischen Epilepsie, d. h., daß in der Bundesrepublik Deutschland mit ca. 340 000 Kranken gerechnet werden muß, von denen etwa 115 000 unter 16 Jahre alt sind. Mindestens die Hälfte der Anfallskranken wird medizinisch unzureichend oder überhaupt nicht versorgt. Man schätzt darüber hinaus, daß etwa 30 % der Kranken nie einen Arzt aufsuchen und daß von den verbleibenden Patienten nicht alle in fachärztliche Behandlung kommen.

9.4.3.2 Umriß des Versorgungssystems (Institutionen)

9.4.3.2.1 Niedergelassene Ärzte

Die Mehrzahl aller Epilepsie-Kranken kann nach differenzierter Diagnostik bei angemessener Behandlung und sozial-medizinischer Betreuung ein normales oder nahezu normales Leben führen. In diesen Fällen kommt den Hausärzten zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten eine wichtige Rolle in der Langzeitbetreuung zu.

Sinnvoll wäre es, wenn sich einige Gemeinschaftspraxen auf die Betreuung von Epilepsie-Patienten konzentrierten, weil solche Teams, besonders wenn sie mit den lokalen heilpädagogischen und sozialtherapeutischen Institutionen kooperieren, besonders effektiv sein können.

9.4.3.2.2 Spezialeinrichtungen

Etwa ein Drittel aller Epilepsie-Patienten weist besondere diagnostische, therapeutische und soziale Probleme auf. Die Betreuung dieser Gruppe setzt spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraus, erfordert zeitaufwendige Explorationen, Untersuchungen und Beobachtungen, psychotherapeutische und soziotherapeutische Bemühungen sowie Untersuchungstechniken, wie sie an den üblichen Fachkliniken nicht gegeben sind. Um die Mängel an ambulanten und stationären, medizinischen und sozialmedizinischen Diensten für Anfallskranke zu beheben, sind spezielle Einrichtungen notwendig. Auf regionaler Ebene sollen daher Epilepsie-Ambulanzen und auf überregionaler Ebene Epilepsie-Abteilungen und Epilepsie-Zentren eingerichtet werden.

Epilepsie-Ambulanzen

Epilepsie-Ambulanzen sind regionale Schwerpunkte zur ambulanten Diagnostik, Behandlung und sozialfürsorgerischen Betreuung von Problemfällen. Sie dienen der ambulanten Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge (siehe Adnex Epilepsie). Darüber hinaus haben sie Aufklärungs- und Ausbildungsfunktionen. Nach den Ermittlungen der Denkschrift „Epilepsie" sind in der Bundesrepublik Deutschland ca. 76 Ambulanzen mit einem ärztlichen Zweier-Team und 16 Ambulanzen mit einem ärztlichen Dreier-Team erforderlich. Bisher entsprechen nur 12 bzw. 6 der bestehenden 27 Epilepsie-Ambulanzen dieser Forderung. Das bedeutet, daß auf etwa 1,2 Millionen Einwohner je eine Ambulanz für Erwachsene und für Kinder kommen soll. Die Ambulanz für Erwachsene sollte entweder einer neurologischen oder psychiatrischen Abteilung im Schwerpunktkrankenhaus (Zentralversorgung) oder einer Universitätsklinik, die Ambulanz für Kinder und Jugendliche entweder einer pädiatrischen Klinik oder einem kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrum angegliedert sein. Im Interesse einer kontinuierlichen Patienten-Betreuung auf lange Sicht müssen die Stellen des leitenden Arztes, des Psychologen und des Sozialarbeiters Dauerpositionen sein.

Da Epilepsie-Ambulanzen die kostenintensiven diagnostischen und konsiliarischen Möglichkeiten eines Fachkrankenhauses bieten, ohne Betten in Anspruch zu nehmen, ergeben sich erhebliche Einsparungen sowohl bei den laufenden Betriebskosten als auch bei den Investitionsmitteln.

Epilepsie-Ambulanzen müssen als Institutionen zur medizinischen und sozial-medizinischen Versorgung von Anfallskranken rechtlich beauftragt sein. Nur so kann die ambulante Betreuung auch bei einem

Wechsel von Personen ohne Unterbrechung weitergeführt werden.

Epilepsie-Abteilungen

Epilepsie-Abteilungen sind überregionale Schwerpunkte zur ambulanten und stationären Diagnostik und Behandlung. Sie sind gegliedert in eine Epilepsie-Ambulanz und eine Betten-Abteilung für kurz- und mittelfristige diagnostisch-therapeutische Maßnahmen. Sie dienen einer besonders umfassenden und intensiven, multidisziplinären stationären Betreuung von differential-diagnostisch, therapeutisch, psychologisch und sozial schwierigen Fällen, die einer mittelfristigen Beobachtung und Untersuchung, medikamentöser Einstellung und rehabilitativer Bemühungen bedürfen. Sie sind Schwerpunkte für Aufklärung, Beratung, Lehre.

Nach den Ermittlungen der Denkschrift „Epilepsie" sind in der Bundesrepublik Deutschland acht Epilepsie-Abteilungen für Erwachsene und acht Epilepsie-Abteilungen für Kinder erforderlich. Das bedeutet, daß auf etwa 7,5 Millionen Einwohner eine Abteilung für Erwachsene einer psychiatrischen oder einer neurologischen Abteilung im Schwerpunkt-Krankenhaus (Zentralversorgung) oder einer Universitätsklinik angegliedert ist und eine Abteilung für Kinder mit einer pädiatrischen Klinik oder einem kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrum verbunden ist.

Durch die Kombination mit einer Ambulanz genügen ca. 40 Betten für eine klinische Abteilung.

Die stationäre Beobachtung und Behandlung von Patienten mit Epilepsie erfordert eine längere Verweildauer, als sie an Fachkliniken üblich ist. Psychiatrische Anstalten oder Landeskrankenhäuser verfügen oft nicht über spezielle Einrichtungen zu Diagnostik und Therapie(-Kontrolle). Auch reichen die psychiatrischen, pädiatrischen und neurologischen Fachabteilungen in der Bundesrepublik Deutschland bei weitem nicht für den Teil der jährlich 42 000 Neuerkrankungen aus, bei dem eine stationäre Untersuchung angezeigt ist.

Epilepsie-Zentren

Epilepsie-Zentren sind überregionale Einrichtungen, die der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie, der Rehabilitation sowie der Forschung und Lehre dienen. Sie bestehen aus zwei Komponenten: einer Epilepsie-Abteilung (mit Ambulanz und Bettenstation) und einem Rehabilitationsbereich mit Internat.

Epilepsie-Zentren für Erwachsene sollen als „Rehabilitationszentrum für spezielle Krankheits- und Behinderungsarten" die Lücke zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation schließen, indem zugleich mit der medizinischen Behandlung die berufliche Rehabilitation eingeleitet wird. Die Behinderten sollen dabei soweit gefördert werden, daß sie entweder nahezu ins Erwerbsleben zurückkehren oder eine Ausbildung bzw. Umschulung beginnen können. Angepaßt an die Art und den Grad der jeweiligen Leistungsminderung sollen dabei insbesondere ein Sozial- und ein Arbeitstraining durchgeführt werden, Begabungsreserven mobilisiert und künftige berufliche Tätigkeiten erprobt werden. Darüber hinaus ist durch Maßnahmen der beruflichen Fortbildung und der Weiterbildung eine Anpassung an bestimmte Arbeitsplatzsituationen zu ermöglichen. Wo sich dann eine Ausbildung bzw. eine Umschulung als möglich und notwendig erweist, soll die Reife für ein auf die Bedürfnisse Epilepsie-Kranker besonders eingestelltes Berufsbildungs- bzw. Berufsförderungswerk erlangt werden.

Epilepsie-Zentren für Kinder müssen pädagogisch-psychologische Sondereinrichtungen enthalten. Zusammen mit qualifizierten, diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen müssen in Sonderkindergärten und in familienähnlichen Internatsgruppen die soziale Integration, die vorschulische Entwicklung und in Sonderschulen und Sonderberufsschulen eine spätere Integration in eine allgemeine Schule oder eine normale Berufsausbildung vorbereitet werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollte die Reife für ein auf die Bedürfnisse von Anfallskranken eingestelltes Berufsbildungswerk erreicht werden. Nach den Ermittlungen der Denkschrift „Epilepsie" sind in der Bundesrepublik Deutschland vier Zentren für Kinder erforderlich. Zum Vergleich sei angegeben, daß in England und Wales zunächst fünf bis sechs, in Norwegen vier und in Belgien zwei Epilepsie-Zentren konzipiert wurden. In Holland existieren zwei Epilepsie-Zentren. Epilepsie-Zentren sollen mit Universitäten assoziiert werden, um den nahtlosen Zusammenhang von Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Epilepsie-Kranken in die Ausbildung von ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Berufen einbringen zu können.

Die Größenordnung soll sich nach der Denkschrift „Epilepsie" in einem Rahmen von 120 bis 200 Internatsplätzen und ca. 40 Betten für die klinische Abteilung bewegen. Damit stünden in allen Epilepsie-Abteilungen der BRD zusammen im Verhältnis zu den Niederlanden erst die Hälfte an Betten zur Verfügung.

Ca. 15 % (50 000) aller Anfallskranken bedürfen spezieller pädagogischer oder beruflicher Maßnahmen, weil sie infolge psychischer Auswirkungen oder infolge der negativen Einstellung ihrer Umgebung an einer normalen Entfaltung ihrer Kräfte gehindert sind. Doch nur einem Fünftel der Bedürftigen stehen in der Bundesrepublik Deutschland Plätze in Zentren mit moderner Therapie und Rehabilitation zur Verfügung. Anfallskranke können weder mit geistig noch mit körperlich Behinderten zusammen rehabilitiert werden. Denn abgesehen vom Erfordernis besonderer medizinisch-therapeutischer Methoden ist es vor allem die meist sekundär entstandene, oft rückbildungsfähige Wesensänderung vieler Anfallskranker, die die Notwendigkeit spezieller Rehabilitationseinrichtungen begründet. Allerdings sollten dort auch Rehabilitanden mit verwandten Behinderungsarten, wie z. B. Hirnverletzte, aufgenommen werden.

Selbständige Sondereinrichtungen für Epilepsie-Kranke

Nach dem „Gesamtverzeichnis der Einrichtungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Psychotherapie, Psychosomatik, Psychohygiene, Heilpädagogik, Geriatrie" *) befanden sich in der Bundesrepublik Deutschland 21 sogenannte Sondereinrichtungen für Epilepsie-Kranke, in denen am 15. Juni 1971 12 589 Patienten lebten. Darunter waren nur 1 689 (= 13,5 %) Epilepsie-Kranke. Diese Einrichtungen können deswegen zum großen Teil nicht mehr als Sondereinrichtungen für Epilepsie-Patienten bezeichnet werden, weil einige davon nur wenige und einige überhaupt keine Anfallskranke aufnehmen. Die mangelhafte Ausstattung im Hinblick auf eine differenzierte Epilepsie-Betreuung kommt in der geringen Zahl von Fachärzten und von Einrichtungen zur Diagnostik, Behandlung und Nachbehandlung, Fürsorge, schulischer Habilitation und beruflicher Rehabilitation zum Ausdruck.

Nur sieben Institutionen könnten auf Grund der Tatsache, daß sie über 15 % bzw. über 120 Patienten mit Epilepsie betreuen, als Sondereinrichtungen für Epilepsie gelten. Doch fehlt es selbst diesen Institutionen weitgehend oder völlig an apparativen diagonostischen Möglichkeiten, an klinischen Abteilungen und Anfalls-Ambulanzen zur therapeutischen Einstellung und Nachsorge, an Sonderschulen, Lehrwerkstätten für zeitgemäße Berufe und Werkstätten für Behinderte zur Rehabilitation.

Notwendig wäre es daher, einige dieser Institutionen, in denen die Zahl der Epilepsie-Patienten über 100 oder ihr Anteil unter anderen Behindertengruppen mindestens ein Drittel beträgt, zu klinischen Abteilungen zur Beobachtung und therapeutischen Einstellung von Anfallskranken auszubauen und sie durch moderne Rehabilitationseinrichtungen pädagogischer oder beruflicher Art (Sonderschule, Sonderberufsschule, Lehrwerkstätten, Werkstätten für Behinderte), durch teilstationäre Einrichtungen und Anfalls-Ambulanzen für medizinische und soziale Nachbetreuung zu ergänzen.

Ähnlich sollten an je einem von drei bis vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern (auf der Ebene von mehreren Standardversorgungsgebieten) Funktionsbereiche für Epilepsie-Patienten eingerichtet werden, um auch die jetzt in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern verstreut lebenden Patienten gezielt und konzentriert betreuen und fördern zu können.

9.4.3.2.3 Langzeitbereich

2,5 % aller Anfallskranken sind dauernd hospitalisiert. Für Kranke, die vorwiegend einer pflegerischen Betreuung bedürfen, sollten hinreichend Institutionen im Sinne von Übergangsheimen, „Heimat ersetzenden Häusern", „beschützenden Pensionen" und „beschützenden Siedlungen" zur Verfügung stehen, in denen sie zusammen mit Personen, die infolge anderer Erkrankungen pflegebedürftig sind, betreut werden.

*) Herausgeber: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main 1969.

Da die Dauerunterbringung vorwiegend aus sozialen und weniger aus medizinischen Gründen erfolgt, sollten die entsprechenden Häuser und Siedlungen regional angelegt und belegt werden. Auf diese Weise kann der menschlich notwendige Kontakt mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen aufrechterhalten und damit zusätzlichen Hospitalisierungsschäden vorgebeugt werden.

9.4.3.3 Prioritäten beim Aufbau des Versorgungssystems

Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung der Betreuungssituation gliedern sich in den Ausbau vorhandener und den Aufbau neuer Einrichtungen. Beim Ausbau bestehender Epilepsie-Ambulanzen, Epilepsie-Abteilungen und Epilepsie-Zentren ist die Erweiterung der Kapazitäten für habilitative und rehabilitative Maßnahmen, sowie für mittelfristig-stationäre Behandlung besonders dringlich. An neuen Einrichtungen werden sofort 20 Epilepsie-Ambulanzen, zwei Epilepsie-Abteilungen und ein Rehabilitationszentrum für Erwachsene gefordert. Die Denkschrift „Epilepsie" enthält ein Programm zum Aufbau der 2. und 3. Stufe. Das Stufenprogramm geht davon aus, daß einer Verbreiterung der Basis zur Betreuung der Patienten durch Aus- und Aufbau von Ambulanzen Priorität zukommt. Es berücksichtigt auch die finanzielle Realisierbarkeit, indem davon ausgegangen wird, daß manche Einrichtungen nur ausgebaut werden müssen, wie etwa Ambulanzen an Universitätskliniken zu Abteilungen oder Sondereinrichtungen zu Zentren.

Die notwendige Intensivierung von Lehre, Unterricht und Aufklärung macht die Einrichtung entsprechender Planstellen für Epileptologie an Universitätskliniken dringlich. Ebenso dringend sind sofortige Maßnahmen zur Förderung der Ausbildung und Weiterbildung von qualifizierten Mitarbeitern in praktischer und wissenschaftlicher Epileptologie, wie in der Denkschrift „Epilepsie" der DFG näher ausgeführt wird.

Was zur Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Anfallskrankheiten getan werden soll, wird ebenfalls in der Denkschrift eingehend dargestellt (s. Adnex Epilepsie).

Um Fehlplanungen zu vermeiden und die erwähnten Maßnahmen zu initiieren wie zu koordinieren, sollte ein ständiges Epilepsie-Kuratorium bestellt werden, das die zuständigen Bundes- und Länderministerien, die Parlamentsausschüsse, die Arbeitsverwaltung, die Fachgesellschaften und andere Institutionen des Gesundheitswesens berät.

9.5 Hirnverletzte

Nach vorsichtigen Schätzungen überleben in der Bundesrepublik Deutschland etwa 10 000 Personen schwere Schädelhirnverletzungen. Die dringend notwendige Rehabilitation dieser Behindertengruppe kann gegenwärtig nur sehr unvollkommen durchgeführt werden.

Möglichkeiten, die Lage der Schädelhirnverletzten zu verbessern, sind schon gegeben mit dem allge-

mein geforderten Ausbau und der Vereinheitlichung des *Rettungswesens* in der Bundesrepublik Deutschland. Um die frühzeitige Erkennung und Behandlung vitaler Komplikationen bei allen schwer Hirnverletzten zu ermöglichen, ist eine Vermehrung der Zahl der *neurochirurgischen Abteilungen,* vor allem in den bisher gänzlich unterversorgten Gebieten, zu fordern. Die größte Lücke in der Behandlung Schädelhirnverletzter liegt aber zweifellos in der Weiterbehandlungsphase sowie in der medizinischen *Frührehabilitation* wie auch in der *Langzeitrehabilitation.* Zur Zeit gibt es kaum Behandlungsstätten, die die Weiterbehandlung schwer Schädelhirnverletzter nach abgeschlossener neurochirurgischer Behandlung übernehmen und die auch die notwendigen Behandlungsaktivitäten und Trainingsmaßnahmen anbieten können (Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, berufsvorbereitende Arbeitstherapie, Leistungsüberprüfung, psychologische und sozialfürsorgerische Betreuung). Daher kann auch an dieser Stelle nicht eindringlich genug auf die Einrichtung von *Rehabilitationsabteilungen* hingewiesen werden, *die in das Akutkrankenhaus integriert sind.* In derartigen allgemeinen Rehabilitationsabteilungen könnte ein großer Teil Schädelhirnverletzter mit weitgehend rückbildungsfähigen Ausfallserscheinungen nach einer Trainingsbehandlung in den Beruf zurückgeführt werden. Eine empfindliche Lücke besteht aber auch in der medizinischen Langzeitrehabilitation für Hirnverletzte mit schwerwiegenden neurologischen und psychischen Schäden, die nach allgemeiner Ansicht in *Spezialinstituten für Hirngeschädigte,* den sogenannten Einrichtungen der Stufe 2, erfolgen sollte. Die bestehenden Spezialinstitute zur Rehabilitation Hirnverletzter reichen in ihrer Kapazität nicht aus und entsprechen in den angebotenen Leistungen und der personellen Besetzung vielfach noch nicht den Anforderungen, wie sie heute an Rehabilitationseinrichtungen zu stellen sind. Hier ist ein Ausbau dringend notwendig. Neben der medizinischen Rehabilitation sollten in diesen Einrichtungen auch vorberufliche und berufsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, um auch von hieraus schwer Hirnverletzte in eine berufliche Tätigkeit zurückführen zu können.

Nur ein kleiner Teil Hirnverletzter wird in den modernen *Berufsförderungswerken,* wie sie zur Zeit strukturiert sind, umgeschult werden können. Es sei denn, daß die Berufsförderungswerke sich in Zukunft in ihren Ausbildungsprogrammen auch auf die schwer Hirnverletzten einstellen.

Werkstätten für Behinderte kommen für Schwergeschädigte vorübergehend zum Training oder auch als Dauerarbeitsplatz in Betracht, vor allem für jugendliche Hirnverletzte. Für Behinderten-Werkstätten besteht eine Bedarfsplanung für alle Behinderten, so daß eine gesonderte Planung für Hirnverletzte nicht erforderlich ist.

Für *Kinder und Jugendliche* sind wegen der Notwendigkeit schulischer, pädagogischer und vorberuflicher Hilfen für Schwergeschädigte spezielle *Rehabilitationseinrichtungen* zu fordern.

Ein großes Problem werfen die Pflegefälle auf, die, weiter zunehmend, im Gefolge der modernen Intensivtherapie gesehen werden. Jedem Großklinikum mit einer neurochirurgischen Abteilung und Intensivstation sollte eine *Pflegebettstation* angegliedert sein, die die pflegebedürftigen Patienten im Anschluß an die akute neurochirurgische Behandlungsphase übernehmen kann, einschließlich der Kranken mit apallischem Syndrom. Auf die Problematik der Ansammlung von Patienten mit apallischem Syndrom in einer Spezialpflegeabteilung, wie sie für das Land Nordrhein-Westfalen geplant ist, wurde hingewiesen. Für schwer Hirnverletzte, die für dauernd bettlägerig sind oder auf den Rollstuhl angewiesen bleiben, werden Pflegeabteilungen benötigt, die wegen der notwendigen ärztlichen Betreuung und der Konsiliardienste am besten an ein Akutkrankenhaus angegliedert sind. Die Angliederung von Pflegeabteilungen an die Spezialinstitute für Hirngeschädigte, die Einrichtungen der Stufe 2, ist keine empfehlenswerte Lösung. Für schwergeschädigte Verletzte, die noch in der Lage sind, in Werkstätten für Behinderte zu arbeiten, sollten vermehrt „beschützende Wohnplätze", wie auch für andere Behinderte, in Form von Wohnheimen in Verbindung mit den *Werkstätten für Behinderte* geschaffen werden.

Nachdem von seiten der *Gesetzgebung* — nach Inkrafttreten der vom Bundestag bereits verabschiedeten Gesetze: das Harmonisierungsgesetz, das Gesetz zur Verbesserung des Schwerbeschädigtenrechts, die 3. Novelle zum Bundesozialhilfegesetz und das Gesetz über den Sozialversicherungsschutz Behinderter — alle Voraussetzungen für eine nahtlose und zügige medizinische und berufliche Rehabilitation geschaffen worden sind, gilt es jetzt, auch die dafür notwendigen Rehabilitationsdienste und Einrichtungen bereitzustellen. Auf die sich daraus ergebenden Probleme der personellen Besetzung mit sachkundigen *ärztlichen und nicht-ärztlichen Rehabilitationsfachkräften* und damit auf die Frage der Ausbildung dieses Fachpersonals kann hier nur hingewiesen werden.

Aber auch die Gesellschaft muß durch vermehrte *Öffentlichkeitsarbeit* immer wieder auf die Probleme der Behinderten aufmerksam gemacht werden. Denn nur, wenn auch die Gesellschaft bereit ist, die schwer Hirnverletzten in ihren Reihen aufzunehmen, ist es möglich, eine echte Reintegration des Verletzten zu erreichen (nähere Einzelheiten über die Versorgung und Rehabilitation der Hirnverletzten in der Bundesrepublik Deutschland, ihren gegenwärtigen Stand und notwendige Maßnahmen s. Gutachten von I. Pampus im Anhang).

9.6 Nichtseßhafte

Die Bundesarbeitsgemeinschaft schätzt die Zahl der Nichtseßhaften auf z. Z. 70 000. Im Jahr 1974 registrierte die Bundesarbeitsgemeinschaft über ihr zentrales Meldeverfahren zur Erfassung nichtseßhafter Personen 30 % mehr Neuauftritte als im Jahr davor, wobei unter Neuauftritten Personen zu

verstehen sind, die zum ersten Mal Nichtseßhaftenhilfe in Anspruch genommen haben. Aus dem genannten Zwischenbericht, der Teilergebnisse einer im Winter 1974/75 durchgeführten Fragebogenerhebung bei 520 Nichtseßhaften an 18 Orten und Einrichtungen der Nichtseßhaftenhilfe im Bundesgebiet enthält, geht hervor, daß nach den eigenen Angaben der Befragten 1970 4,8 % nichtseßhaft wurden, 1971 5,2 %, 1972 8,1 %, 1973 8,6 % und 1974 22 %. In diesen Zahlen ist der enge Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Krisen und der Nichtseßhaftigkeit belegt, in diesem Fall die Auswirkung der Wirtschaftskrise, in dem Anteil von 35 bis 40 % Flüchtlingen, Vertriebenen und Aussiedlern immer noch die Auswirkungen des Krieges. Der Altersdurchschnitt der Nichtseßhaften liegt bei 40 Jahren; 30 bis 45 Jahre alt sind 52 %. Deutlich jünger sind die, die neu in die Gefahrenzone der Nichtseßhaftigkeit geraten. Bei ihnen ist die Gruppe der 20- bis 24jährigen mit 21 % am stärksten vertreten. Etwa 41 % waren unter 30 Jahre alt.

Obwohl gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen und Eingangsbedingungen der Nichtseßhaftigkeit, unter denen gesellschaftliche Krisen nur ein Faktor sind, noch nicht vorliegen und eine wissenschaftliche Diskussion auf der Grundlage umfassender empirischer Untersuchungen gerade erst beginnt, zeichnen sich doch einige grundsätzliche Überlegungen ab, die es bei der Behandlung dieses Problems und bei der Hilfe für den einzelnen zu berücksichtigen gilt.

In der Diskussion über das, was Nichtseßhaftigkeit sei, scheint jene Auffassung zu überwiegen, die die Nichtseßhaftigkeit als eine generell in der gesellschaftlichen Struktur vorhandene Existenzform, als eine soziale Beziehung versteht, in der der Nichtseßhafte existiert, und zwar so, daß der prinzipielle Aufforderungscharakter dargestellter Armut und Hilfsbedürftigkeit in dieser sozialen Beziehung als Existenzmittel Verwendung findet und die Existenz- und Erscheinungsweise der Nichtseßhaftigkeit bestimmt. Dieser Erklärungsansatz, der in der Bezeichnung „Prostitution der Armut" plastisch zum Ausdruck kommt, läßt die häufig als unvergleichbar angesehenen Phänotypisierungen der „Landstreicherei" und „Stadtstreicherei" als unterschiedliche Erscheinungstypen ein und derselben Existenzweise begreifen.

Neben dem Aufforderungscharakter dargestellter Armut als grundlegendes Element der sozialen Beziehung „Nichtseßhaftigkeit" ist die Unverbindlichkeit dieser sozialen Beziehung ihr zweites wesentliches Merkmal. Diese Unverbindlichkeit wird als das entscheidende Problem angesehen. Sie ist das Symptom für die ursächlichen Zusammenhänge des Nichtseßhaftwerdens, und sie erweist sich in der Nichtseßhaftigkeit als ihre Bedingung.

Als Symptom weist sie auf einen komplexen Ursachenkatalog individueller und sozialer Faktoren hin, aus denen Bindungsunfähigkeit, Bindungsstörungen und -ängste, sowie für das betroffene Individuum unersetzbare Bindungsverluste entstehen können. Mag hier der Ursachenherd der Nichtseßhaftigkeit vermutet und durch Sozialisationsprozesse erklärt werden können, so reiht sich darum ein Kranz weiterer, sich gegenseitig beeinflussender Faktoren, die als somatische und psychische Störungen, Krankheiten und Behinderungen — häufig in Verbindung mit Alkoholismus und Kriminalität — Entfremdungs- und Ausgliederungsprozesse verstärken und die soziale Isolation und das Scheitern in verbindlichen sozialen Beziehungen des Erwerbs- und Privatlebens manifestieren. Bringt man in diese Überlegungen den Faktor der sozialen Stigmatisierung ein, so erscheint die Nichtseßhaftigkeit schließlich als negative Freisetzung, die zur materiellen und psychischen Verelendung führt und sich in der Nichtseßhaftigkeit, die den Grundkonflikt der Bindungsstörung in ihrer Unverbindlichkeit aufhebt, fortsetzt.

Diese gedrängte Darstellung soll mit einer Skizzierung des gegenwärtigen Diskussionsstandes über Nichtseßhaftigkeit weniger das Problem erklären als andeuten, welche komplexen Ursachenzusammenhänge, wieviel an Krankheit und Behinderung es bei der Nichtseßhaftigkeit zu berücksichtigen gilt und somit in der Nichtseßhaftenfamilie zu beachten ist.

Im krassen Gegensatz zu dem nötigen Aufwand, der sich damit für eine angemessene Behandlung der Nichtseßhaftigkeit andeutet, stehen die Zahlen, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtseßhaftenhilfe über die vorhandenen Hilfskapazitäten veröffentlicht werden.

Danach stehen ca. 12 500 Plätze in rd. 130 Einrichtungen zur Verfügung, von denen schon etwa 30 % Alten- und Dauerheimplätze sind für alte, gebrechliche und pflegebedürftige Personen. Der durchschnittliche Pflegekostensatz in diesen Einrichtungen liegt bei 22,00 DM. Die Auswirkung dieser eindeutigen Unterversorgung sieht die Bundesarbeitsgemeinschaft in der mobilen Hospitalisierung dieses Personenkreises und in einem Ansteigen der Nichtseßhaftigkeit.

Da eine differenzierte Bedarfsanalyse erst mit den Ergebnissen der laufenden Forschungen zu erwarten ist, können hier z. Z. nur globale Richtlinien für den notwendigen Ausbau der Nichtseßhaftenhilfe gegeben werden.

Angesichts der Steigerungsrate der Nichtseßhaftigkeit, die in den letzten Jahren, vor allem aber 1974 zu verzeichnen war, erscheint ein Ausbau der Platzkapazitäten im stationären Bereich von vordringlicher Bedeutung, denn der derzeit vorhandene Platzmangel beschleunigt die Fluktuation dieses Personenkreises und wird damit noch zu einem Verstärker der Nichtseßhaftigkeit. Als vorläufiger Mindestbedarf ist eine Ausweitung auf 25 000 Heimplätze anzustreben.

Bei dem Ausbau der Nichtseßhaftenhilfe ist vor allem auf eine strukturelle und personelle Verbesserung des Hilfsangebotes zu achten. So erscheint es von besonderer Wichtigkeit, gleichzeitig mit der stationären Hilfe die ambulante Therapie durch die Schaffung spezieller Beratungsstellen, vor allem in Großstädten, zu intensivieren.

Völlig unzulänglich ist der quantitative und qualitative Bestand an kommunalen Obdachlosenunterkünften, die im Vorfeld der stationären Nichtseßhaftenhilfe für die ordnungsbehördliche Unterbringung zur Verfügung stehen. Es wird allgemein angenommen, daß viele Personen, die zunächst nur Obdachlosenhilfe brauchen, aus Mangel an örtlichen Unterbringungsmöglichkeiten abgeschoben und so dem Zugriff einer wirksamen und rechtzeitigen Hilfe quasi behördlicherseits entzogen werden. Weiterhin ist das therapiefeindliche Milieu der anonymen Massenunterkünfte zu beachten, die vielfach noch Asylcharakter haben und die aufgenommenen Personen sich selbst überlassen. Für die Größe dieser Unterkünfte und für ihre personelle und räumliche Ausstattung sollten Standardnormen entwikkelt werden, an denen sich die Gemeinden orientieren können.

Um verläßliche Kriterien für den notwendigen personellen und therapeutisch-methodischen Ausbau der Nichtseßhaftenhilfe zu gewinnen, sollten in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden der Nichtseßhaftenhilfe Modellversuche unternommen werden, und zwar einer für den stationären und ein anderer für den ambulanten Bereich.

B.4 Psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste *)

1 Krankheitskonzepte, Versorgungsprinzipien und Aufgaben im Bereich psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste

1.1 Die Versorgung mit Psychotherapie/Psychosomatik

Seitdem sich in den letzten Jahrzehnten auch in der Bundesrepublik die Erkenntnis verbreitet hat, daß zahlreiche Störungen des Erlebens und Verhaltens sowie eine Fülle an seelisch bedingten körperlichen Symptombildungen in ein umfassendes medizinisches System psychosozialer Prävention, Therapie und Rehabilitation aufgenommen werden müssen, hat man dafür das neue Fach Psychotherapie/Psychosomatik geschaffen, das ergänzend zur Psychiatrie sowie in Zusammenarbeit mit dieser und mit anderen medizinischen Disziplinen sowie mit der klinischen Psychologie die Aufgabe hat, psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen zu erforschen und angemessen zu versorgen. Deshalb wird z. B. der angehende Arzt nach der neuen Approbationsordnung außer in Psychiatrie auch in Psychotherapie/Psychosomatik theoretisch und praktisch ausgebildet, um seine Kompetenz für die bislang medizinisch unterversorgten großen Gruppen von neurotisch und psychosomatisch Kranken zu erweitern.

1.2 Die Krankheitskonzepte der Psychotherapie/Psychosomatik und Formulierung zweier Prinzipien der Versorgung

Psychisch bedingte Erkrankungen sind aus der lebensgeschichtlichen Entwicklung verstehbar. Die jeweilige Umwelt, Interaktionen mit den Beziehungspersonen in der Kindheit, Erfahrungen in der Familie und das Wechselspiel des Kindes und Jugendlichen mit seiner sich allmählich erweiternden Umwelt prägen das Verhalten.

Diese Prägung erfolgt nach psychoanalytischen Vorstellungen über die Bildung intrapsychischer Strukturen, in welche die Erfahrungen der frühen Interaktionsprozesse eingehen. Auf diese Weise formt sich, unter dem Einfluß der Umwelt und den Wechselwirkungen mit Anlagefaktoren, im Zuge eines Sozialisationsprozesses die Persönlichkeitsstruktur.

Unter ungünstigen Bedingungen der Frühentwicklung können unlösbare angstbesetzte Konflikte entstehen, bei denen es vornehmlich um die Bewältigung von Triebbedürfnissen und um die Regulierung des Selbstwertgefühls geht. Diese Konflikte werden wegen ihrer Unlösbarkeit vedrängt; in ihrer Auswirkung kommt es zu Entwicklungsbehinderungen, die sich z. B. in Fixierungen auf frühe Stufen der Triebentwicklung und in Einschränkungen von Ich-Funktionen darstellen und die zu psychischer Erkrankung disponieren. Werden verdrängte Konflikte (der Triebbewältigung und der Regulierung des Selbstwertgefühls) durch spezifische Belastungen mobilisiert, dann kommt es unter der Einwirkung der verdrängten angstbesetzten Erlebnisinhalte und einer dagegen gerichteten unzureichenden Abwehr zu Krankheitssymptomen. Solche Symptome können sich in Form von Psychoneurosen darstellen; sie können sich unter Mitwirkung von spezifischen körperlichen Dispositionen auch in Form psychosomatischer Erkrankungen auswirken.

Unter weitgehendem Verzicht auf solche Modellvorstellungen über innerpsychische Strukturen, bestimmte Triebkonstellationen und spezifisch unbewußte Konflikte, wurden — orientiert an experimental-psychologischen und sozialpsychologischen Untersuchungen — auch lernpsychologische Theorien zur Symptombildung und Behandlung psychischer Störungen entwickelt. Sie werden anhand empirischer Untersuchungen fortlaufend weiter spezifiziert. Der Einsatz solcher lern- und sozialpsychologisch fundierter Behandlungsmaßnahmen wird als

*) Das Kapitel B.4 wurde von den an der Enquete mitwirkenden Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik verfaßt und gemäß den Vereinbarungen (s. Tätigkeitsbericht) nur zwischen dem erweiterten Vorstand der Sachverständigen-Kommission und dem Koordinationsgremium dieser Arbeitsgruppen abgestimmt.

Verhaltenstherapie bezeichnet. Diese hat bei der Behandlung von bestimmten Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Störungen sowie von geistig Behinderten an Bedeutung gewonnen.

Aus dem von der Psychoanalyse entwickelten Konzept der Entstehung neurotischer und psychosomatischer Erkrankungen ergibt sich als erstes therapeutisches Prinzip, das auch bei der Organisation einer funktionierenden Versorgung eine Rolle spielt, das folgende:

Beratung und Behandlung müssen an den Entwicklungsbedingungen der Persönlichkeit und an den erfolgten Einschränkungen der Entwicklung, den konfliktbedingten Fixierungen und Abwehrformen orientiert sein, die die Symptombildung bestimmen.

Das therapeutische Vorgehen im Bereich psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste wird durch die genannten Krankheitskonzepte bestimmt. Andere Konzeptionen wurden im Zusammenhang mit dem autogenen Training (I. H. Schultz), der Gesprächstherapie (C. Rogers), der Gestalttherapie (F. Perls) und dem Psychodrama (Moreno) entwikkelt.

Die Anwendung der genannten Verfahren sollte auf sorgfältigen diagnostisch-prognostischen Überlegungen beruhen. Die Indikationsstellung im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik sollte immer die heute verfügbaren verschiedenen Methoden, ihre Ansatzpunkte und speziellen Möglichkeiten berücksichtigen.

Ein weiteres Prinzip der Behandlung neurotischer und psychosomatischer Erkrankungen lautet:

Beratung und Therapie müssen so früh wie möglich einsetzen, um der Chronifizierung von Krisen und Krankheiten und ihren ungünstigen individuellen und sozialen Folgen vorzubeugen.

In der Psychotherapie sind in den letzten Jahrzehnten therapeutische Kurzverfahren entwickelt worden, die in vielen Situationen ein rasches Eingreifen erlauben. Damit verlieren die länger- und langfristigen psychotherapeutischen Verfahren nicht an Bedeutung. Ihre Wirksamkeit erweist sich vor allem bei schweren neurotischen Erkrankungen.

1.3 Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Formulierung eines dritten Prinzips der Versorgung

In der weiteren von der Psychoanalyse bestimmten Entwicklung der Psychotherapie setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, daß seelisch bedingte Erkrankungen sich oft nicht als Merkmale eines individuellen Trägers abgrenzen lassen, daß sie vielmehr häufig als Interaktionsstörungen zu begreifen sind, an denen mehrere eng aufeinander bezogene Individuen in unterschiedlichen Funktionen gleichzeitig beteiligt sind.

In Familien z. B. erkranken oft ein oder mehrere Mitglieder trotz schwerer unbewältigter innerer neurotischer Spannungen so lange nicht selbst an manifesten Symptomen, solange in Auswirkung interpersoneller Konfliktverarbeitung andere Mitglieder die Funktion der Konfliktentlastung übernehmen und dadurch zum Träger klinischer Symptome werden. In Familien und anderen Gruppen mit eng aufeinander bezogenen Mitgliedern ist es daher möglich, daß die Symptome eines einzelnen lediglich greifbare Manifestation eines krankmachenden Gruppenkonfliktes darstellen. In solchen Fällen erweist sich die isolierte Behandlung des erkrankten Gruppenmitgliedes entweder als erschwert oder sogar als vergeblich, weil der latent beteiligte Andere dahin tendiert, den „Patienten" in seiner Rolle festzuhalten. Es kann aber auch zur scheinbaren Gesundung des „Patienten" kommen mit der Folge, daß die in der Gruppe vorhandenen Konflikte nun zur Erkrankung anderer Mitglieder führen.

Krankheitserzeugende Gruppenkonflikte („Familienneurosen") machen es deshalb notwendig, die an dem Interaktionskonflikt unmittelbar beteiligten Mitglieder gemeinsam zu behandeln. Das bedeutet die Bemühung, solche latent gestörten Individuen, die an Stelle eigener neurotischer Symptome eine krankhafte Dekompensation bei ihrem dazu disponierten familiären Partner mobilisieren und in Gang halten, dazu zu motivieren, sich auch als behandlungsbedürftig zu begreifen und nicht nur als Rat suchende Angehörige. Würde man ihnen bei Durchführung der Therapie irgendeine therapeutische Sonderrolle einräumen, würde man sie eher daran hindern, ihre zwecks eigener Konfliktabwehr übernommene Rolle gegenüber ihrem abhängigen, manifest erkrankten Partner aufzugeben.

Die Krankheitskonzepte der Psychotherapie/Psychosomatik umfassen also nicht nur die in frühen Interaktionsprozessen erworbenen, sondern auch die gruppenbezogenen aktuellen Konfliktstrukturen. Damit ist der psychosoziale Gesichtspunkt in den Vordergrund der Entwicklung der psychologischen Medizin gerückt.

Der psychosozialen Dimension der Krankheitskonzepte der Psychotherapie/Psychosomatik entspricht somit ein weiteres wichtiges Prinzip der Versorgung:

Psychisch Kranke müssen häufig in ihrem psychosozialen Konfliktfeld beraten und behandelt werden, um die krankheitserzeugenden psychosozialen Konflikte bearbeiten zu können. Die Behandlung wendet sich dabei nicht nur an die manifest Kranken, sondern auch an Gruppen, insbesondere Paare und Familien mit Kindern und Jugendlichen mit krankheitserzeugenden interpersonellen Konflikten.

1.4 Versorgungsmißstände im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik bzw. Mißstände in der Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken

Gegenwärtig reicht das psychotherapeutische Angebot bei weitem nicht aus, um den psychoneurotischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Bevölkerung nach den oben formulierten Grundsätzen der Frühbehandlung und der Versorgung im psychosozialen Konfliktfeld adäquat zu begegnen.

Nur ein sehr beschränkter Teil der neurotisch Kranken gelangt in eine fachgerechte Behandlung. Darin besteht ein großer Unterschied zu anderen medizinischen Disziplinen, deren Behandlungskapazität wesentlich weiter entwickelt ist. Hier sind drei Tatbestände zu unterscheiden:

1. In weiten, vor allem ländlichen Teilen der Bundesrepublik sind die psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste so unterentwickelt, daß neurotisch oder psychosomatisch Kranke kaum eine Gelegenheit zu einer fachgerechten Versorgung in ihrem Wohngebiet haben. Sie müssen sich an weit entfernt liegende Dienste wenden, die aber meistens durch eine Klientel aus dem eigenen sozialen Umfeld ausgelastet sind. So kommt es, daß aus solchen regionalen Bereichen Neurosen oder psychosomatische Krankheiten wenn überhaupt, dann erst in besonders schwerer Ausprägung und in einem chronifizierten Stadium in eine Fachpsychotherapie durchzudringen pflegen.

2. Unabhängig von dem regionalen Angebot psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste besteht in der Bevölkerung eine sehr unterschiedliche Bereitschaft und Fähigkeit, bei seelisch bedingten Erkrankungen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mangelhafte Gesundheitsaufklärung läßt viele Kranke glauben, sie müßten mit seelisch bedingten Krankheitserscheinungen unbedingt selbst fertig werden und den Besuch von Beratungs- bzw. Behandlungsinstitutionen vermeiden. Hier wirkt sich auch weitgehend das traditionelle Vorurteil aus, daß psychogene Krankheiten im Gegensatz zu körperlichen von ihren Trägern oder zumindest von ihren Familien persönlich verschuldet seien. Schuld- und Schamgefühle führen zu dem Schluß, man müsse mit derartigen Krankheiten allein, durch „Willensanstrengung" fertig werden bzw. die jeweiligen Beschwerden solange wie möglich ertragen, unterdrücken oder verheimlichen (z. B. bei der Alkoholkrankheit).

   Eine andere Gruppe von psychisch Kranken findet den Weg zum Berater oder Therapeuten deshalb nicht, weil die Art ihrer Erkrankung, etwa eine neurotische Depression, die Aktivität lähmt, sich Hilfe zu verschaffen. Auch neurotische Ängste oder Kontaktschwierigkeiten können einen Kranken daran hindern, einen beraterischen oder therapeutischen Dienst aufzusuchen. Schließlich ist auch der Informationsstand hinsichtlich psychotherapeutischer Hilfemöglichkeiten vielfach unzureichend.

   Unterschiede im Krankheitsverhalten spielen ebenfalls eine wichtige Rolle: Alte Leute, insbesondere männlichen Geschlechtes, und soziale Randgruppen weisen beispielsweise ein erhöhtes Risiko für bestimmte seelische und körperliche Erkrankungen und eine geringere Bereitschaft auf, Beratung und Behandlung zu suchen. Einige der sozial schwächsten Teile unserer Bevölkerung entbehren weitgehend der präventiven und therapeutischen Hilfen, die ihnen nur durch ein Angebot, das auf ihre besonderen Lebensbedingungen eingeht, vermittelt werden könnten.

3. Eine einseitige Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung und vor allem auch eine einseitige Schulung der Ärzte über einen langen Zeitraum haben bewirkt, daß unser Gesundheitssystem viele, eigentlich seelisch Kranke in unangemessener Weise auf die Angebote der Körpermedizin hin umdirigiert. Da sehr viele psychische Erkrankungen mit körperlichen Begleiterscheinungen einhergehen, werden diese Körpersymptome vielfach fälschlich in den Vordergrund der medizinischen Betrachtung gerückt und sowohl von den Patienten wie von den Ärzten als der eigentliche Behandlungsgegenstand organisiert. Der bereitstehende technisch hochentwickelte Apparat für Diagnostik und Therapie fördert die Versuchung, die aus seelischen Konflikten und Belastungen hervorgegangenen körperlichen Beschwerden und Funktionsstörungen so zu versorgen, als stellten diese die eigentliche Krankheit dar. Daraus ergeben sich aufwendige Fehlbehandlungen, die, weil sie an der eigentlichen Krankheitsursache vorbeizielen, obendrein zu einer Verfestigung und Verschlimmerung der Symptome beitragen.

   Zahlenmäßig läßt sich über den Umfang und die ökonomischen Konsequenzen dieser Fehlversorgung sehr vieler psychisch bedingter Krankheiten nichts Sicheres aussagen. Allerdings ist zu vermuten, daß die Fehlbehandlung von psychisch bedingten Krankheiten zu weitreichenden volkswirtschaftlichen Kosten führt, die durch eine psycho-diagnostisch und -therapeutisch adäquate Versorgung verringert werden könnten. *Häufig ist hier durch eine frühzeitig einsetzende Psychotherapie, z. B. eine Kurz- oder Fokal- oder Gruppentherapie, eine solche Entwicklung zu vermeiden und können jene über die Jahre anfallenden volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch erhöhte Arbeitsausfälle, kostspielige Krankheitsdiagnostik, wiederholte Kuraufenthalte, Medikamentenmißbrauch und vorzeitige Berentung anfallen.*

Katamnestische Untersuchungen (Dührssen und Jorswick) über psychotherapeutisch behandelte Patien im Vergleich zu unbehandelten Patienten mit psychoneurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen belegen diesen Sachverhalt, indem die Patienten nach einer Psychotherapie signifikant weniger stationäre Behandlung benötigten.

Die Einbeziehung des psychosozialen Gesichtspunktes hat den Psychotherapeuten eine weitere Dimension der Begriffsbildungen und der Behandlungstechniken erschlossen. Trotzdem bedürfen bestimmte Individuen und Gruppen mit erhöhtem psychischen Erkrankungsrisiko, beispielsweise ehemalige Alkoholkranke, vereinsamte alte Menschen und soziale Randgruppen einer Hilfe, die Psychotherapeuten vielfach nicht oder jedenfalls nicht allein zu geben vermögen. Es bedarf hierzu der Kooperation mit Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, deren Tätigkeit sich nicht mehr in administrativen Hilfsfunk-

tionen und sozialfürsorgerischen Maßnahmen erschöpft. Die Entwicklung geht dahin, die Klienten oder Klientengruppen nicht ausschließlich passive Empfänger von Hilfsmaßnahmen, sondern aktive Partner bei der Auseinandersetzung mit den psychologischen und sozialen Gegebenheiten ihrer Situation werden zu lassen. Ein Staat, der sich als Sozialstaat versteht, wird diese Entwicklung fördern und wird den Tätigkeitsfeldern der Sozialarbeit und Sozialpädagogik einen hohen, dem Versorgungssystem der Körpermedizin, der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gleichwertigen Rang einräumen müssen. Freilich bedarf dazu die Sozialarbeit und Sozialpädagogik neuer Inhalte und Zielbestimmungen und des Nachweises einer auf einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung basierenden Kompetenz.

So wichtig und vordringlich die Einrichtung psychosozialer Dienste ist, die der Behebung von Folgeschäden dienen, so sollte das geforderte Umdenken auch die Prävention einbeziehen, so z. B. die Städteplanung. Dieses Umdenken sollte sich ebenso auf die industrielle Arbeitsplatzsituation erstrecken und hier die zur Vermeidung psychosozialer Schäden so wichtigen Maßnahmen der Psychohygiene ermöglichen.

1.5 Aufgabenbereiche

Die im folgenden dargestellten Aufgabenbereiche sind Schwerpunkte psychotherapeutischer Tätigkeit, die sich mit der Zuständigkeit von Psychiatern und Psychologen vielfältig überschneiden.

1. Therapie

(Je nach Schwere des Krankheitsbildes und spezieller Indikation entweder ambulant oder stationär)

— Psychotherapie akuter und chronischer neurotischer Störungen und Erkrankungen (z. B. Angstneurose, Zwangsneurose, neurotische Depressionen, Hysterien),

— Psychotherapie von funktionellen Organstörungen (z. B. funktionelle Herz-Kreislaufstörungen, funktionelle Magen-Darmstörungen, funktionelle Kopfschmerzen, Frigidität, Impotenz) und von psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Dickdarmentzündung, Pubertätsmagersucht, Migräne, chronische Ekzeme),

— Psychotherapie von neurotischen Verhaltensstörungen (Lernstörungen, Arbeitsstörungen, Kontaktstörungen, Sucht, abweichendes Verhalten z. B. neurotische Delinquenz),

— Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen (schwere Charakterneurosen, sog. borderline-Fälle),

— Psychotherapie von Fehlentwicklungen, Verhaltensstörungen und Neurosen im Kindes- und Jugendlichenalter,

— Psychotherapeutische Hilfen bei Krisen in der zweiten Lebenshälfte,

— Psychotherapie bei bestimmten Formen und Verlaufsstadien funktioneller Psychosen, wobei vor allem stützende und verhaltenstherapeutische Methoden in Frage kommen,

— Psychotherapeutische Hilfe bei der Rehabilitation von körperlich schwer Erkrankten sowie ihren Angehörigen,

— Psychotherapeutische Hilfe für körperlich Kranke in Extremsituationen (z. B. Patienten mit Hämodialyse, Herzschrittmacher, Querschnittslähmung, unheilbarer Krankheit) und ggf. ihrer Angehörigen.

2. Beratung

— Fachpsychotherapeutische Beratung in entsprechenden Institutionen (z. B. Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen, Beratung in psychotherapeutischen Polikliniken und Ambulanzen),

— Beratung von sozialen Gruppen und Institutionen: Familien, Wohngemeinschaften, Schulen, Kindergärten, Kontaktstellen für Suchtkranke und anderweitig gefährdete Jugendliche usw.,

— Beratung von Berufsgruppen, die mit psychosozialen Konflikten und psychischen Erkrankungen zu tun haben (z. B. Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter, Lehrer, Seelsorger, Kindergärtnerinnen, Bewährungshelfer, Heimerzieher, Personal im Strafvollzug, im Strafrecht sowie im Familienrecht tätige Staatsanwälte und Richter).

3. Kooperation

— Konsiliarische Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachrichtungen,

— Mitarbeit in interdisziplinären Teams und integrierten Beratungsstellen,

— Kooperation in der Sozialtherapie (Sozialtherapeutische Anstalten, Sonderschulen, Heime, d. h. Heime für Kinder und Jugendliche sowie Altenheime).

4. Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung

— Zahlreiche Funktionen einerseits zur Sicherstellung des Bedarfs an Fachkräften, andererseits — so besonders in Fortbildungsprogrammen — zur Schulung von Angehörigen anderer Berufsgruppen bestehen darin, psychosoziale Zusammenhänge besser wahrzunehmen und darauf besser zu reagieren.

5. Prävention

— Beteiligung und Mitarbeit bei der Planung im Bereich der Umweltgestaltung (z. B. Wohnungs- und Städteplanung, Psychohygiene am Arbeitsplatz),

— Mitarbeit und Beratung bei Präventionsmodellen (z. B. Tagesmütter, Mütterschulen, einschlägige Gesetzgebung wie § 218),

— Mitbeteiligung an der Aufklärungsarbeit z. B. der Medien (Presse, Fernsehen, Rundfunk) und in der Erwachsenenbildung.

2 Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutisch/psychosomatischen Funktionen

2.1 Gliederung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungsbereiche

Psychisch bedingte und psychisch mitbedingte Störungen, Leiden und Krankheiten entstehen im sozialen Feld. Eine psychotherapeutische Versorgung muß deshalb von den Konfliktsituationen der psychisch Kranken und Gefährdeten im Bereich dieses sozialen Feldes ausgehen. Diesem Bereich (natürlicher Lebensraum, Arbeits-, Lehr- und Ausbildungsstätten) kommt eine entscheidende Bedeutung deswegen zu, weil in ihm die Störungen nicht nur auftreten, sondern auch oft von den betreffenden Bezugspersonen (Eltern, Ehegatten, Vorgesetzte, Lehrer etc.) erstmals als solche und damit als einer Abhilfe bedürftig erkannt werden. Dies beinhaltet nicht selten eine Motivation solcher Bezugspersonen für eine Zuweisung des Betroffenen zu Beratung oder Hilfe gebenden Stellen, die häufig — zumindest zunächst — keine ärztliche Instanzen sind. Eine Reihe von Personen und Gruppen, die auf dieser ersten Zugangsebene tätig sind, beispielsweise hierfür vorgebildete Psychologen — etwa in schulpsychologischen Diensten —, Pädagogen und Sonderpädagogen, Mitarbeiter in sozialen Diensten (s. B.2.1), vor allem aber die Beratungsstellen verschiedenster Art (s. B.2.2), sind wesentliche Bezugspartner in diesem *Vorfeld* der spezifischen psychotherapeutischen Versorgung.

Für die medizinisch-psychotherapeutischen Aufgaben im Vorfeld sollten vor allem die Ärzte für Allgemeinmedizin zuständig sein. In erheblichem Umfang sollten solche Aufgaben auch von Ärzten anderer medizinischer Fachgebiete wahrgenommen werden. Im begrenzten Umfang sind ferner die hauptsächlich in den ambulanten Diensten tätigen Psychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung in diesem primären Bereich beteiligt. In ihm werden sowohl therapeutische Aufgaben wie Beratungs- und Aufklärungsfunktionen wahrgenommen.

An das Vorfeld schließt sich die *ambulante psychotherapeutische Versorgung* an, die spezialisierte fachpsychotherapeutische und psychosomatische Dienste umfaßt. Die Wahrnehmung dieser Dienste erfordert eine spezielle, d. h. durch einen speziellen Weiterbildungsgang erworbene, fachliche Qualifikation. Die Aktivitäten innerhalb dieser Versorgung vollziehen sich ebenso wie diejenigen im Vorfeld *ambulant*, also in psychotherapeutischen Praxen und Polikliniken. Das Schwergewicht innerhalb dieses sekundären Versorgungsbereichs liegt auf der Durchführung fachpsychotherapeutischer Behandlungen. Darüber hinaus fallen ebenso wie im Vorfeld in begrenztem Ausmaß auch Beratungs- und Aufklärungsfunktionen an.

Eine weitere Versorgungsebene ist überwiegend durch *stationäre Dienste* gekennzeichnet, wovon die meisten regional und einige in spezifischen Fachaufgaben überregional angesiedelt sind.

2.2 Die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung im Bereich des Vorfelds spezifischer psychotherapeutischer Versorgung

2.2.1 Ärzte für Allgemeinmedizin

Ein großer Teil der in den Sprechstunden der Ärzte für Allgemeinmedizin oder praktischen Ärzte behandelten Patienten leiden an psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen und Krankheiten. Ein größerer Anteil davon (ca. 2 % der Gesamtbevölkerung) bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung (s. A.2). Um diesen Patienten in optimaler Weise helfen zu können, müssen Ärzte für Allgemeinmedizin über die folgenden Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen (s. B.2.3):

1. Hinweise auf die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheitssymptomen *zu erkennen,*
2. zu entscheiden welche *spezielle Form psychotherapeutischer Hilfe* angezeigt ist,
3. zu erkennen, daß die Krankheit des Patienten auch Ausdruck eines *Familienkonfliktes* sein kann,
4. in der Lage zu sein, in gewissem Umfang auch *selbst psychotherapeutisch tätig* zu werden.

Gegenwärtig verfügt nur ein sehr geringer Teil der Ärzte für Allgemeinmedizin über diese psychotherapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten. Deshalb ist es notwendig, dem künftigen Arzt sowohl während seines Grundstudiums als auch im Rahmen seiner Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin solche Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln (s. B.2.3; C.2).

2.2.2 Ärzte anderer medizinischer Fachgebiete

Das für die Ärzte für Allgemeinmedizin oder praktische Ärzte Ausgeführte gilt auch für (Fach-)Ärzte für Innere Medizin, für Kinder-, Frauen-, Haut- und Geschlechtskrankheiten und für Urologie. Viele der bei ihnen Hilfe suchenden Patientinnen und Patienten leiden (s. auch Gutachten für Kinderheilkunde [Biermann] und für Frauenheilkunde [Prill], im Anhang) überaus häufig an — meist körperlichen — Krankheitserscheinungen, deren Haupt- oder Teilursache auf psychischem Gebiet liegt. Zur optimalen Wahrnehmung ihrer therapeutischen Aufgaben müssen deshalb alle Ärzte, die mit Patienten zu tun haben, ebenfalls über eine Grundqualifikation zur Wahrnehmung und psychotherapeutisch-beratenden Handhabung psychischer Krankheitsursachen und der daraus entstandenen Krankheiten sowie darüber hinaus über Spezialkenntnisse der psychosomatischen Krankheiten ihres jeweiligen Fachgebietes verfügen.

2.2.3 Nervenärzte

Nervenärzte werden überwiegend von Patienten aufgesucht, die an psychischen Krankheitserschei-

nungen leiden. Bei vielen dieser Erkrankungen liegt die Annahme einer psychischen Verursachung näher als bei den psychisch bedingten Erkrankungen mit körperlicher Symptomatik. Bei der Behandlung dieser Kranken werden die verursachenden, mitverursachenden und auslösenden psychischen Konflikte aber nicht immer ausreichend berücksichtigt; es findet dann keine ausreichende konfliktorientierte Beratung statt bzw. es wird, sofern dies erforderlich ist, keine ausreichende Psychotherapie durchgeführt. Zwar werden in der Praxis neben speziellen medizinisch-psychiatrischen, insbesondere medikamentösen Behandlungsarten, durchaus auch eine Reihe pragmatischer Behandlungsmethoden (stützende Psychotherapie, autogenes Training etc.) angewandt. Die psychotherapeutische Wirksamkeit der in eigener Praxis tätigen Psychiater könnte aber noch wesentlich gesteigert werden, wenn ihre Fähigkeiten zur Wahrnehmung krankmachender, innerseelischer, zwischenmenschlicher und sozialer Konflikte und ihre psychotherapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten durch die psychotherapeutischen Weiterbildungsbestandteile, wie sie bereits in den bestehenden Weiterbildungsordnungen vorgesehen, aber bislang unzureichend verwirklicht worden sind, vermehrt würden (s. B.3.2.1; C.3).

2.2.4 Koordinations- und Kooperations-Aufgaben im Vorfeld spezifischer psychotherapeutischer Versorgung

Die dargestellten Grundprinzipien der Entstehung psychisch verursachter Krankheiten aus den innerpsychischen und den zwischenmenschlichen Konflikten innerhalb des sozialen Feldes und die daraus abgeleiteten Folgerungen für die Aufgaben des Arztes im Vorfeld haben deutlich gemacht, daß Therapie und Beratung nicht scharf voneinander getrennt werden können. Meist ist Beratung gleichzeitig auch (Psycho-)Therapie. Die optimale Nutzung vorhandener psychotherapeutischer Hilfsangebote macht es deshalb notwendig, daß die im Vorfeld der spezifischen Versorgung' tätigen Personen und Institutionen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Beratungsstellen usw.) diejenigen Personen und Institutionen ihres Ortsgebietes kennen und mit ihnen zusammenarbeiten, welche spezielle Beratungs- und Behandlungsfunktionen bei psychisch Kranken und Gefährdeten ausüben. Wesentliche Elemente dieser Zusammenarbeit sind:

1. Information

Die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter usw. informieren und beraten ihre Patienten und Klienten über die Möglichkeiten und die Funktionen der am Ort befindlichen Fachleute und Institutionen, z. B. Schulpsychologen, Ehe- und Erziehungsberatungsstellen usw. Zum Beispiel bieten die im Gesundheitspaß einzutragenden Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern eine gute Gelegenheit, daß die Ärzte den Angehörigen der Kinder solche Informationen geben.

2. Zuweisung

Die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter usw. weisen die in Frage kommenden Patienten und Klienten einer solchen fachkompetenten Person oder Institution zu. Die Überweisung an Fachpsychotherapeuten der ambulanten Versorgungsdienste und die *Einweisung* in spezielle psychotherapeutisch/psychosomatische Institutionen der stationären Versorgung, die auch in den Bereich dieser wichtigen koordinierenden Funktion gehören, sind insbesondere den Ärzten in der Regel vertrauter als die Möglichkeiten und die Notwendigkeit der Information.

3. Kooperation

Die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter usw. nehmen gegenseitig persönlichen Kontakt mit den anderen im Bereich des Vorfeldes tätigen Personen oder Institutionen auf, um z. B. in gemeinsamen Fallbesprechungen optimale Hilfsangebote für die betreffenden Personen zu erarbeiten und zu verwirklichen.

2.3 Ambulante Dienste der fachpsychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung

2.3.1 Die von Fachpsychotherapeuten zu behandelnden psychischen Störungen und Krankheiten

Es bedürfen alle diejenigen Erwachsenen und Kinder einer Behandlung durch Fachpsychotherapeuten, die an psychisch verursachten oder mitverursachten Krankheiten leiden, deren Schweregrad so erheblich ist, daß sie nicht mehr mittels der psychotherapeutischen (und Beratungs-)Maßnahmen durch die im Vorfeld der spezifischen Versorgung tätigen Personen behoben werden können. Es handelt sich dabei um Psychoneurosen, um neurotische Charakterveränderungen und psychisch bedingte körperliche Krankheiten (= psychogene Organfunktionsstörungen und psychosomatische Krankheiten).

2.3.2 Die fachpsychotherapeutischen Berufsgruppen

Die fachpsychotherapeutischen Aufgaben im Bereich der ambulanten therapeutischen Dienste werden von folgenden Berufsgruppen wahrgenommen:

1. Psychotherapeuten mit medizinischer Grundausbildung

Diese können ihre zusätzliche Qualifikation nach abgeschlossenem Medizinstudium auf zwei verschiedenen Wegen erwerben:

a) durch eine berufsbegleitende Weiterbildung an einem der zur Zeit bestehenden achtzehn Instituten, die ihre Weiterbildung nach einheitlichen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPPT) durchführen,

b) durch Ableistung einer klinischen Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz von den Fachgesellschaften erarbeiteter inhaltlicher Weiterbildungsrichtlinien wird die Berechtigung, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" auf dem Praxisschild zu führen, bis heute unter regional sehr unterschiedlichen Voraussetzungen erworben. Die Verleihung der Berechtigung erfolgt durch die Landes- bzw. Bezirksärztekammern.

Während der nach a) weitergebildete Arzt vorwiegend analytische Behandlungsverfahren ausübt (Psychoanalyse und analytische Psychotherapie), ist die methodische Schulung des nach b) weitergebildeten Arztes unterschiedlich akzentuiert. Infolgedessen kommen in seiner Praxis vielfach auch andere psychotherapeutische Verfahren (stützende Psychotherapie, autogenes Training, gelegentlich auch Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie etc.) zur Anwendung.

2. *Psychotherapeuten mit psychologischer Grundausbildung*

Psychologen können eine Zusatzqualifikation als Psychotherapeuten erwerben, indem sie — ebenso wie die Ärzte und zusammen mit diesen — an der im vorigen Absatz unter a) beschriebenen berufsbegleitenden Weiterbildung teilnehmen.

Daneben beginnen sich seit einiger Zeit Weiterbildungsgänge für Psychologen in anderen psychotherapeutischen Verfahren, insbesondere in den Methoden der Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie, zu entwickeln.

3. *Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)*

Die Angehörigen dieser Berufsgruppe sind auf Grund ihrer speziellen beruflichen Grundausbildung als Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Lehrer u. a. sowie ihrer zusätzlichen berufsbegleitenden Weiterbildung in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Beratung von deren Eltern und anderen Beziehungspersonen qualifiziert. Da nur sehr wenige psychotherapeutisch weitergebildete Ärzte und Psychologen neben erwachsenen Patienten auch Kinder und Jugendliche behandeln, wird deren fachpsychotherapeutische Versorgung zum weitaus größten Teil von Psychagogen getragen.

Die berufsbegleitende Weiterbildung, durch welche Psychagogen ihre Qualifikation erlangen, wird an denjenigen Weiterbildungsinstituten für Psychotherapeuten absolviert, die einen besonderen Weiterbildungsgang für Psychagogen haben. Diese Weiterbildungsstätten sind außerdem anerkannt von der „Ständigen Konferenz der Ausbildungsstätten für Psychagogen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)". Die z. Z. gültigen Weiterbildungsrichtlinien sind von dieser Ständigen Konferenz und von der „Vereinigung Deutscher Psychagogen e. V." festgelegt worden (s. auch C 4).

2.3.3 Organisationsformen der ambulanten fachpsychotheraupeutischen Versorgung

2.3.3.1 Fachpsychotherapeutische Praxen

Die Mehrzahl der einer fachpsychotherapeutischen Behandlung bedürftigen Erwachsenen wird in selbständigen Praxen von Fachpsychotherapeuten versorgt. Ein weiterer Teil wird von den in Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten befindlichen Ärzten und Psychologen behandelt, welche in ihrer Weiterbildung soweit fortgeschritten sind, daß sie über die Qualifikation zur selbständigen Durchführung fachpsychotherapeutischer Behandlungen unter Kontrolle (Supervision) verfügen. In der bewährten Organisationsform der fachpsychotherapeutischen Praxis können auch die meisten der neueren psychotherapeutischen Anwendungsformen, wie analytische Kurz- und Fokalpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Ehepaarpsychotherapie und Familientherapie durchgeführt werden. Die fachpsychotherapeutische Praxis wird deshalb auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil der fachpsychotherapeutischen Versorgung bleiben.

2.3.3.2 Praxisgemeinschaften

Die Gründung von Praxisgemeinschaften, welche aus einer organisatorischen Verbindung örtlich benachbarter Praxen verschiedener medizinischer Fachrichtungen bestehen (z. B. Allgemeinmedizin, Frauenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Röntgenologie) beginnt sich immer stärker durchzusetzen und wird von vielen ärztlichen Organisationen befürwortet. Praxisgemeinschaften ermöglichen eine Erhöhung der fachmedizinischen Behandlungskapazität und arbeiten ökonomischer als gegenseitig sich zuweisende Einzelpraxen. Die Einbeziehung von Fachpsychotherapeuten in solche Praxisgemeinschaften bietet besonders deswegen Vorteile, weil sie die in ärztlichen Praxen so dringend benötigten psychotherapeutischen Funktionen bei der Diagnostik und Therapie sowohl psychischer als auch organischer Krankheiten ermöglicht bzw. sicherstellt. Außerdem ermöglicht sie die Erweiterung der medizinischen Basis bei gemeinsamen Fallbesprechungen um den psychischen und psychosozialen Bereich.

2.3.3.3 Gruppen-Praxen

Initiativen zu einem organisatorischen Zusammenschluß mehrerer Fachpsychotherapeuten in einer Gruppen-Praxis sind bisher nur vereinzelt ergriffen worden. Ähnlich wie in klinischen und poliklinischen Einrichtungen beinhaltet der Zusammenschluß mehrerer — heute meist nach der gleichen Methode arbeitender — Fachpsychotherapeuten in einer Gruppen-Praxis Möglichkeiten für eine gegenseitige Konsultation und — sofern die in ihr tätigen Therapeuten verschiedene Methoden anwenden würden — für eine Bereicherung der Verfahren und kommt damit sowohl den Erfordernissen der Therapie als auch den Bedürfnissen der Psychotherapeuten entgegen. Sie kann auch den nachteiligen Wirkungen einer Isolierung des nur allein in

eigener Praxis tätigen Fachpsychotherapeuten entgegenwirken. Außerdem bietet die Gruppen-Praxis durch ihre besseren Möglichkeiten der Rationalisierung des Praxisbetriebes (gemeinsames Sekretariat, Vertretungsmöglichkeiten im Urlaub usw.) sowohl ökonomische als auch persönliche Vorteile für die in ihr tätigen Fachpsychotherapeuten.

In einzelnen Fällen kann sich auch die Einrichtung solcher fachpsychotherapeutischer Gruppen-Praxen als sinnvoll erweisen, in welchen selbständig tätige Psychotherapeuten mit unterschiedlichen zusätzlichen Qualifikationsschwerpunkten (z. B. Gruppen- und Familien-Psychotherapie) gemeinsam arbeiten. Auch eine Einbeziehung von Psychiatern in solche psychotherapeutischen Gruppen-Praxen kann sinnvoll sein, um das Behandlungsspektrum auf die Gesamtheit aller psychischen Erkrankungen zu erweitern.

Da die Effektivität der Gruppen-Praxen bisher nicht erwiesen ist, sollten sie zunächst als Modellversuche angesehen und in diesem Sinne gefördert werden.

2.3.3.4 Psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken

Ein nicht geringer Teil der fachpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung vollzieht sich in Polikliniken, welche überwiegend universitären und nicht-universitären psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkliniken oder Abteilungen oder psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten angegliedert sind, während andere allein, d. h. ohne Verbindung mit einer stationären Einrichtung oder einem Weiterbildungsinstitut selbständig arbeiten. Da diese Einrichtungen neben ihren besonders guten Möglichkeiten zu vielfältigen psycho-diagnostischen und psychotherapeutischen Dienstleistungen zusätzliche Möglichkeiten der Wahrnehmung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben bieten, ist der Ausbau bereits bestehender und die Schaffung neuer psychotherapeutischer Polikliniken öffentlich zu fördern. Die Trägerschaft und die Organisationsformen dieser poliklinischen Einrichtungen (z. B. Anbindung an stationäre Einrichtungen oder an psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute) werden bei der Darstellung der stationären psychotherapeutischen Versorgung (s. B.4.2.4) und im Zusammenhang von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung (s. C.4) beschrieben.

Bei der Ermittlung der gegenwärtigen Möglichkeiten stellte sich ein besonders eklatanter Mangel an psychotherapeutischen und psychosomatischen institutionalisierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für die Versorgung neurotischer und verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher heraus. Die Errichtung neuer institutionalisierter ambulanter Einrichtungen zur psychotherapeutisch/psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie der Ausbau vorhandener derartiger Einrichtungen ist deshalb als eine besonders vordringliche Aufgabe anzusehen.

Zu diesen Einrichtungen gehören einmal Polikliniken für Kinder und Jugendliche, die Bestandteil einer psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilung an einem Kinderkrankenhaus sind (s. B.3.7.1); weiterhin gehören dazu selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche an Weiterbildungsinstituten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In diesen Weiterbildungsinstituten ist die Poliklinik für den Praxisbezug der Weiterzubildenden ein unverzichtbarer Bestandteil. Schließlich gehören die im folgenden beschriebenen, zunächst als Modelle zu errichtenden ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen (s. B.4.2.3.5) dazu.

2.3.3.5 Beratungsstellen mit begrenzten fachpsychotherapeutischen Behandlungsaufgaben

Unabhängig von der Tatsache, daß jede Beratung, welche an einer Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Lebensberatungsstelle durchgeführt wird, bereits einen (psycho-)therapeutischen Anteil enthält, werden an Beratungsstellen auch fachpsychotherapeutische Behandlungen im engeren Sinne durchgeführt (s. B.2.2). Der Ausbau dieser meist von Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und von Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) geleistete Arbeit ist aus den gleichen Gründen und in gleicher Weise zu fördern, wie derjenige der psychotherapeutisch/psychosomatischen Polikliniken, denen sie auch hinsichtlich ihrer Aufgabenstellung und ihrer Organisationsform bezüglich des therapeutischen Bereiches nahestehen.

2.3.4 Effektivitätssteigerung der psychotherapeutischen Versorgung durch Verbesserung der Koordination und Kooperation

Der gegenwärtige Notstand in der fachpsychotherapeutischen Versorgung spiegelt sich einmal quantitativ, d. h. im Fehlen einer ausreichenden Zahl von Behandlungsplätzen wider (s. A.4.2.3).

Darüber hinaus besteht ein weiterer Notstand in regionaler Hinsicht. Infolge der Ansammlung von Fachpsychotherapeuten in städtischen Ballungsräumen gibt es eine hochgradige psychotherapeutische Unterversorgung bis Nullversorgung in ländlichen und kleinstädtischen Wohngebieten. Dieser Notstand ist nicht allein auf das Fehlen einer ausreichenden Zahl von Psychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zurückzuführen, sondern findet darüber hinaus seine Erklärung darin, daß die einzelnen in einer Region tätigen Psychotherapeuten und Institutionen gar nicht oder völlig ungenügend miteinander kooperieren. Deshalb ist es dringend notwendig, daß die in den unter B.4.2.4.3 genannten Organisationsformen tätigen Fachpsychotherapeuten mit allen Diensten und Praxen der Versorgungsregion zukünftig besser kooperieren, damit eine optimale Nutzung der vorhandenen psychotherapeutischen Kapazitäten erreicht werden kann.

So können z. B. Fachpsychotherapeuten mit den Ärzten für Allgemeinmedizin und den Ärzten anderer medizinischer Fachrichtungen in der Weise kooperieren, daß sie psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen bei Patienten durchführen, die ihnen von diesen Ärzten überwiesen werden. Auch

können sie Supervisionen von psychotherapeutischen Behandlungen durchführen, welche diese Ärzte bei ihren Patienten selbst ausüben. Weiterhin kann eine Zusammenarbeit von Psychotherapeuten mit *Beratungsstellen* zu einer Effektivitätssteigerung psychotherapeutischer Maßnahmen und zur Verbesserung psychosozialer Versorgungs-Kapazitäten beitragen. Sie spielt sich in Form einer Wechselbeziehung ab. Einerseits werden dem Fachpsychotherapeuten Patienten aus den Beratungsstellen zur Konsultation und Behandlung zugewiesen. Andererseits kann der Fachpsychotherapeut hierfür geeignete Patienten seiner Praxis den Beratungsstellen zur Durchführung ergänzender psycho-diagnostischer und psychologischer Beratungsaufgaben zuweisen. Drittens kann er Supervisionsaufgaben an den Beratungsstellen wahrnehmen, indem er die dort tätigen Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter bei der Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen berät.

Im Hinblick auf die Auslastung der Fachpsychotherapeuten und der in Beratungsstellen oder ähnlichen Diensten tätigen Fachleute ist es unrealistisch anzunehmen, daß die im Interesse der zu versorgenden Patienten notwendige Kooperation von allein zustande kommt. Dies geschieht, wie die Erfahrung zeigt, nur in Ausnahmefällen. Und zwar nur dann, wenn von einzelnen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern oder Beratungsstellen ein besonders intensives Engagement entwickelt wird und selbständige Initiativen zur Zusammenarbeit ergriffen werden. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Kooperation und der Wille zur Zusammenarbeit ist zwar bei vielen Beteiligten vorhanden, jedoch bedarf es in den meisten Fällen einer Anregung sowie einer ideellen Unterstützung und einer materiellen Absicherung von außen, damit solche Bereitschaften umgesetzt werden können.

Es muß deshalb die Aufgabe der öffentlichen Stellen sein, diejenigen regionalen Initiativen nachhaltig zu fördern, welche eine Kooperation der fachpsychotherapeutischen und der Beratungsdienste zum Ziel haben. Um die Verwirklichung solcher regionaler Kooperationsbedürfnisse zu erleichtern, erscheint es notwendig, *Kooperationseinrichtungen von Modellcharakter* zu entwickeln. An diesen Kooperationseinrichtungen können sich die zu einer regionalen Zusammenarbeit motivierten Stellen beteiligen. In welcher Weise derartige Einrichtungen aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, muß nach den jeweiligen örtlichen Gegegebenheiten geprüft werden. Diese Kooperationseinrichtungen müssen möglichst flexibel sein, um sich auf die unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten einstellen zu können. Unterschiede bestehen sowohl hinsichtlich der sozialen Struktur der jeweiligen regionalen Bevölkerung als auch im Hinblick auf das Vorhandensein oder Fehlen, auf die Aufgabenstellung, die personelle Ausstattung und die Kompetenz der kooperationsbereiten Stellen.

Wenn sich die im folgenden beschriebene Organisationsform eines Kooperationsmodells über einen längeren Zeitraum hin bewährt haben sollte, kann zu einem späteren Zeitpunkt — in Auswertung der inzwischen gesammelten Erfahrungen und sodann konsequent in größerem Umfang — an die allgemeine Einrichtung solcher Kooperationseinheiten herangegangen werden. Auch eine Regelung der wirtschaftlich-finanziellen und der administrativen Beziehungen zwischen den Kooperationseinrichtungen einerseits und den sie fördernden öffentlichen Stellen andererseits ist selbstverständlich notwendig. Diese Beziehungen müssen aber aus den vorher genannten Gründen zunächst ausreichend flexibel gehalten werden, so daß sie die konkrete Arbeit der kooperierenden Organisationen und Personen nicht an einer fruchtbaren Entwicklung hindern.

Es sind daher regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen als flexible Orientierungsmodelle zu empfehlen, von denen eine auf Integration abgestimmte Entwicklung ausgehen kann. Sie dienen einerseits der Orientierung für die Weiterentwicklung schon bestehender psychotherapeutisch/psychosomatischer Einrichtungen in einer Region, ermöglichen andererseits die Initiierung von Neueinrichtungen in solchen Regionen, die bisher psychotherapeutisch weitgehend oder völlig unterversorgt sind.

2.3.5 Ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen

Die ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtung stellt ein Modell dar, dessen Entwicklung überall dort gefördert werden sollte, wo eine ausgeprägte Unterversorgung zu verzeichnen ist.

Bei der Entwicklung eines derartigen Versorgungsmodells kann von einer Erziehungsberatungsstelle, von der Praxis eines niedergelassenen Fachpsychotherapeuten oder von der Ambulanz einer eigenständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilung eines Krankenhauses ausgegangen werden. Um diesen Kern könnte sich eine psychosoziale Initiativgruppe, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (z. B. aus Fachpsychotherapeuten und Sozialarbeitern bestehend) oder eine Arbeitsgemeinschaft (mit speziellen psychotherapeutischen Aufgabenschwerpunkten) bilden. Im Zuge des Ausbaues der psychosozialen Versorgungseinrichtung gliedern sich weitere Elemente an den Ausgangskern an. Diese Entwicklung kann dann als abgeschlossen betrachtet werden, sobald die auf diese Weise konstituierte ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtung in der Lage ist, folgende fachpsychotherapeutische Angebote zu verwirklichen:

1. *Angebote der ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinheit für psychotherapeutische Aufgaben bei Erwachsenen*

Die Versorgungseinheiten führen psychotherapeutische Beratungen und in begrenztem Umfang auch Behandlungen durch. Darüber hinaus stellt das Team der Einrichtung kooperativ seine Dienste den Ärzten der ersten Versorgungsebene, den Beratungsstellen, den Schulen, Haftanstalten und sozialen Diensten zur Verfügung.

Eine weitere wesentliche Aufgabe besteht in der Kooperation mit den Nachsorgeeinrichtungen der

psychiatrischen Versorgung. Sie unterhalten Kontakte mit Krankenhäusern und Weiterbildungsinstituten, und zwar sowohl unter dem Gesichtspunkt der Patientenversorgung (Überweisung) als auch im Sinne der Zusammenarbeit („Ausleihen" von Supervisoren). Besondere Beziehungen bestehen zur Vorfeldarbeit, zumal den psychosozialen Versorgungseinheiten zunächst und in der ersten Phase ihres Arbeitens viel *Erkundungsarbeit* zufallen wird; es handelt sich dabei konkret darum, die informellen und die (in vielen Regionen nur sehr wenig vorhandenen) formellen psychosozialen Dienste auszumachen und zu unterstützen.

Eine weitere Verbindung wird sich zu den bestehenden stationären psychotherapeutischen Einrichtungen in der jeweiligen Region ergeben.

Dort, wo sich eine derartige Modelleinrichtung in der Verwirklichung befindet, sollte es zu einer Kooperation mit den verschiedenen im gleichen Gebiet arbeitenden Institutionen, insbesondere den extramuralen Diensten, kommen. Hierbei ist sowohl eine Abgrenzung wie Koordination der Aufgaben von Bedeutung. Identische Aufgaben können von den jeweiligen Diensten wechselseitig übernommen werden.

2. *Angebote der ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*

Diese Angebote beziehen sich vor allem auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in ihrem jeweiligen Umfeld, also insbesondere auf die Arbeit mit Familien. Einbezogen in die Angebote sind auch Heime und alle Einrichtungen der sekundären Sozialisation (Kindergärten, Schulen usw.). In dichtbesiedelten Wohngebieten mit zahlreichen Spezialeinrichtungen werden die Angebote weniger vielfältig sein müssen als in dünnbesiedelten Gegenden. Sie umfassen eine Diagnostik in den Dimensionen sozialer Konflikte und breite fachpsychotherapeutische Angebote: Beratung, Krisenintervention, analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Familien- und Paartherapie, Kindertherapie, begleitende Therapie der Eltern von Kindern, die in stationärer Behandlung sind, sowie nicht-analytische und verhaltenstherapeutische Verfahren.

Weitere Angebote liegen im Bereich der Supervision, z. B. für Mitarbeiter anderer psychosozialer Einrichtungen.

Selbstverständlich können die ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinheiten auch im Bereich der *Prävention* Angebote bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stellen, z. B. bei der Elternberatung bezüglich Fragen der Familienplanung, der Kindererziehung usw. Enge Kontakte werden sich zu kinder- und jugendpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen, zu Ärzten, vor allem Kinderärzten, zu niedergelassenen Psychologen, zu Gesundheitsämtern und Jugendämtern ergeben. Eine besonders enge Kooperation wird mit Kindertagesstätten und Wohnheimen für Jugendliche erforderlich sein, um die wenig wünschenswerte Entfernung von Kindern und Jugendlichen aus dem häuslichen Milieu nach Möglichkeit auszugleichen. Weiterhin ergehen kooperative Angebote an Schulen, Sonderschulen und schulpsychologische Dienste.

3. *Angebote der ambulanten regionalen psschosozialen Versorgungseinrichtungen hinsichtlich einer allgemeinen psychosozialen Prävention*

Ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen mit besonders guter Personalausstattung können in begrenztem Umfange auch im Bereich der über den einzelnen und die Familie hinausgreifenden psychosozialen *Prävention* Angebote machen, z. B. bei der Beratung von Institutionen für Strukturveränderungen und Kommunikationsveränderungen, bei der Planung von Wohnbauten, Schulen, Kindertagesstätten, Altenheimen usw., sowie bei der Förderung des Problembewußtseins der Öffentlichkeit der betreffenden Region hinsichtlich der Bewältigung psychosozialer Konflikte.

4. *Personalausstattung der ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen*

Die sich modellhaft aus kleinen Anfängen allmählich entwickelnden und anreichernden ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen werden ihren Personalbestand langsam ausbauen. Doch auch in der Aufbauphase sind derartige Einrichtungen bereits funktionsfähig und bedürfen deshalb der öffentlichen Unterstützung.

Die *personelle Ausstattung* der ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen wird je nach den örtlichen Gegebenheiten sowohl quantitativ als auch qualitativ, d. h. hinsichtlich der Schwerpunkte im Beratungsangebot einerseits und im Behandlungsangebot andererseits, gestaltet werden müssen.

Eine optimal ausgebaute ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtung, die das volle Angebot an beraterischen und psychotherapeutischen Dienstleistungen verwirklichen kann, sollte über *12 Vollzeit-Mitarbeiter* verfügen. Diese könnten sich nach ihren Qualifikations- und Tätigkeitsmerkmalen etwa folgendermaßen unterteilen:

4 Fachpsychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung,

davon 2 Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und

2 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten),

4 Mitarbeiter, die sich in der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten befinden,

davon 2 Mitarbeiter in der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und

2 Mitarbeiter in der Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten),

3 Sozialarbeiter,

1 Psychologe (ohne psychotherapeutische Weiterbildung) für psychodiagnostische Aufgaben.

Einer der Ärzte im Mitarbeiterteam sollte über psychiatrische Erfahrungen und ein weiterer über kinder- und jugendpsychiatrische Erfahrungen verfügen.

Die großen Unterschiede in den örtlichen Gegebenheiten werden es mit sich bringen, daß die Schwergewichte in der personellen Ausstattung jeweils variabel und den Bedürfnissen angemessen gesetzt werden müssen.

2.3.6 Kooperation fachpsychotherapeutischer mit psychiatrischen Diensten

Bei bestimmten Patienten ist neben einer fachpsychotherapeutischen eine gleichzeitige psychiatrische Versorgung passager oder für längere Zeit notwendig. Das gilt z. B. für neurosekranke Patienten mit akuter Suicid-Gefährdung oder mit psychotischen Reaktionen. Aber auch für solche neurotischen und psychosomatisch kranken Patienten, die einer langfristigen psychischen und sozialen Rehabilitation bedürfen, ergibt sich des öfteren die Notwendigkeit einer Inanspruchnahme von psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere von Übergangsstätten wie Tages- und Nachtkliniken, sowie von psychiatrischen Rehabilitationsstätten. Umgekehrt ist es des öfteren bei der Betreuung von Psychosekranken oder infolge organischer Hirnerkrankungen psychisch veränderter Patienten sowie von deren Angehörigen sinnvoll oder notwendig, Fachpsychotherapeuten hinzuzuziehen. Dies gilt insbesondere für solche Patienten dieser Kategorie, die frühzeitig aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassen worden sind.

Eine enge Zusammenarbeit der Fachpsychotherapeuten mit den niedergelassenen Psychiatern sowie mit psychiatrischen Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen ihrer Region ist deshalb unumgänglich.

2.4 Die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre psychotherapeutische und psychosomatische Dienste) *)

Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen stellen einen notwendigen Bestandteil des psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungsbereiches dar, wenn dieser auch seinen Schwerpunkt im ambulanten Bereich hat.

Neben der unmittelbaren Krankenversorgung im eigenen Bereich bzw. über den Konsiliardienst fällt vor allem den angegliederten Abteilungen folgende Aufgabe zu: Die von der Approbationsordnung eingeleitete *Einbringung psychologischer Zusammenhänge in die Medizin im sozialen Feld des Krankenhauses* zu fördern, z. B. durch die Wahrnehmung einer inneren Ambulanz und durch Teilnahme an Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben.

Bei der Erhebung des Ist-Zustandes an stationärer Kapazität mittels einer im Mai 1974 durchgeführten Fragbogenaktion wurde aufgrund einer durchschnittlichen Wartezeit von über sechs Monaten und vielfältiger Neubau- bzw. Erweiterungspläne ein großer *ungedeckter Bedarf an stationärer Kapazität* festgestellt (s. A. 4.2.3).

Auch wenn bei künftig steigendem Angebot ambulanter Dienste sich die Notwendigkeit, grundsätzlich auch ambulant behandelbare Patienten in psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser oder Abteilungen einzuweisen deswegen, weil es in der Nähe ihres Wohnortes keine Fachpsychotherapeuten gibt, allmählich verringern wird (die sog. regionale Indikation), ist ein festes Indikationsspektrum für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlungen gegeben (s. Indikationskatalog B. 4.2.4.2.1.1).

Es ist darüber hinaus damit zu rechnen, daß mit einer verbesserten diagnostischen Fähigkeit der Ärzte gegenüber psychischen und sozialen Krankheitsursachen in Zukunft ein weiterer Anstieg der stationär psychotherapeutisch zu behandelnden Kranken einhergehen wird. Diese Voraussage schließt die Annahme mit ein, daß Patienten, die bisher im stationären Bereich von Institutionen der Körpermedizin und der Psychiatrie inadäquat versorgt wurden, zunehmend mehr den psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen zugewiesen werden.

Das kann aber nicht heißen, daß die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken in Zukunft ausschließlich in solchen Einrichtungen erfolgt; die Entwicklung muß vielmehr dahin gehen, den psychotherapeutischen Anteil der psychiatrischen Weiterbildung zu verstärken und damit die in stationären Einrichtungen tätigen Psychiater zu einer besseren Versorgung dieser Kranken zu befähigen. Grundsätzlich überschneiden sich die Aufgaben der psychotherapeutischen und psychiatrischen stationären Dienste.

2.4.1 Allgemeine Grundsätze und Empfehlungen für die Struktur, Organisation und Arbeitsweise stationärer psychotherapeutisch/psychosomatischer Einrichtungen sowie Hinweise zur Verwirklichung

1. Es wird der Aufbau einer *differenzierten stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung*, die je nach der Struktur der einzelnen Einrichtungen unterschiedliche Aufgaben erfüllen kann, empfohlen.

   Die spezielle Form der zu errichtenden stationären Einrichtungen — eigenständige Abteilungen und Modellstationen bzw. Krankenhäuser — muß sich vorrangig an den regionalen Gegebenheiten orientieren. Bei ihrer Realisierung muß nachdrücklich die Möglichkeit zu einer exemplarischen praxisbegleitenden Forschung der jeweiligen stationären Einrichtung sichergestellt werden, welche die vorzugsweise an den Universitäten betriebene Grundlagenforschung ergänzt.

   Die stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sollen — ebenso wie die psychiatrischen — in der Regel mit einer je nach Aufgabenstellung *unterschiedlich ausgebauten*

*) s. Sondervotum von Prof. Dr. Dr. H. Häfner, S. 416.

Ambulanz kombiniert werden. Entsprechend der qualifizierten Aufgabenstellungen dieser Institutionen soll der *Leiter* ein Arzt sein und die Qualifikation eines Fachpsychotherapeuten bzw. eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" haben.

2. Es ist klar, daß die Verwirklichung der im folgenden gegebenen speziellen Empfehlungen für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgungseinrichtungen wegen ihres außerordentlichen Umfanges und der zur Zeit äußerst begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen nur langfristig zu erfüllen ist. Wenn bei einzelnen Einrichtungen das erforderliche Personal angegeben wird, dann nicht deswegen, um den Leser zu verleiten, kurzschlüssige Hochrechnungen vorzunehmen, sondern um eine Vorstellung darüber zu vermitteln, in welcher Weise derartige Einrichtungen, die es in dieser Form noch kaum gibt, optimal auszustatten wären.

   Bei der langfristigen Verwirklichung dieses Programms sollte schrittweise vorgegangen werden. Vorrangig sollte jeweils dort, wo sich die Möglichkeit anbietet, mit der Einrichtung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Krankenhäusern begonnen werden. Daneben sollte — entsprechend der überregionalen und regionalen Erfordernisse und Gegebenheiten — der Ausbau bestehender und in weiteren Schritten die Einrichtung neuer psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser erfolgen.

   Dabei ist zu bedenken, daß der eigentliche Schwerpunkt der fachpsychotherapeutischen Versorgung bei den ambulanten Diensten liegt und daß bei der Planung ein Überangebot an stationären Behandlungsplätzen zu vermeiden ist, die in einem angemessenen Umfang gleichwohl zur Verfügung stehen müssen, um die Behandlung jener psychisch Kranken zu gewährleisten, die — zumindest in bestimmten Phasen ihrer Krankheit — ambulant nicht behandelbar sind.

2.4.2 Spezielle Empfehlungen für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgungseinrichtungen

Der Angliederung von eigenständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an psychiatrische und Allgemeinkrankenhäuser wird gegenüber der Neugründung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern Vorrang eingeräumt, da diese am ehesten in das soziale Feld des Krankenhauses hineinwirken können und zudem eine gemeindenahe ambulante Nachbehandlung ermöglichen.

2.4.2.1 Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an bestehende körpermedizinische und psychiatrische Einrichtungen

Die Abteilungen müssen auf Grund ihrer speziellen Aufgabenstellungen *selbständige Funktionsbereiche* sein. Zur Durchführung der unten erläuterten Funktionen ist ihre Angliederung an die Gesamtinstitution notwendig.

Die Abteilungen bestehen jeweils aus einer *Ambulanz und einer angegliederten Bettenstation,* deren Größe und personelle Ausstattung sich am Umfang der Gesamtinstitution orientieren soll. Entsprechend der unterschiedlichen Aufgabenstellung von der Gesamtsituation her ergeben sich verschiedene Gewichtungen bezüglich der ambulanten und stationären Anteile einer Abteilung.

2.4.2.1.1 Aufgabenstellungen der angegliederten eigenständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen

Die Abteilungen sollen durch ihre Ausstattung in der Lage sein, folgende Schwerpunktaufgaben zu übernehmen, die neben der Krankenbehandlung auf die Einbringung psychosozialer Gesichtspunkte in die Krankenhaus-Medizin abzielen:

1. *Stationäre Behandlung* von Patienten entsprechend den aufgeführten *Indikationen* unter besonderer Berücksichtigung der bisher im organklinischen bzw. engeren psychiatrischen Nachbarbereich inadäquat versorgten Patienten. Dazu gehören: *Indikationskatalog:*

   a) *Psychosomatisch und psychoneurotisch Kranke und borderline-Patienten, die aufgrund ihrer Unzulänglichkeit und ihrer Ich-Schwäche* nicht in der Lage sind, in einer ambulanten Behandlung eine therapeutische Beziehung zum Psychotherapeuten aufzunehmen und sie aufrechtzuerhalten. Sie benötigen das Milieu des Krankenhauses, das ihnen jenes Maß an Sicherheit vermitteln kann, das sie für die Einleitung eines psychotherapeutischen Prozesses brauchen. Ist diese Sicherheit gegeben, dann sind sie in der Lage, von den vielfältigen Anregungen des psychosozialen Milieus eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung, sowie von den vielfältigen Psychotherapieformen, vor allem averbaler und halb-verbaler Art, zu profitieren, die für eine erfolgreiche Behandlung dieser psychischen Erkrankungen und Störungen meist erforderlich sind.

   b) *Psychosomatisch Kranke mit gravierender körperlicher Symptomatik,* die neben den unter a) genannten Bedingungen eine Einbeziehung einer organ-medizinischen Diagnostik notwendig machen, und die eine nur im stationären Rahmen durchführbare ausreichende organ-medizinisch orientierte Behandlung, Pflege und Überwachung brauchen.

   c) Patienten mit bestimmten Neurosen, die auf Grund ihrer *speziellen Symptomatologie* die Durchführung einer ambulanten Behandlung nicht zulassen, wie beispielsweise schwere Agoraphobien, psychogene Gangstörungen und bestimmte Formen von Zwangsneurosen. Patienten dieser Gruppe sind auf Grund ihrer Symptomatik nicht in der Lage, den ambulant tätigen Psychotherapeuten in seiner Praxis aufzusuchen.

   d) *Akute Dekompensationen* bei psychosomatischen und psychoneurotischen Erkrankun-

gen mit dem Ziel einer akuten Krisenintervention bis zur Erreichung einer für die ambulante Fortsetzung der Behandlung ausreichenden Stabilität.

e) *Die regionale Indikation* umfaßt psychoneurotisch und psychosomatisch kranke Patienten, die in psychotherapeutisch unversorgten oder unterversorgten Wohngebieten leben.

2. Die Aufgabe der *inneren Ambulanz*, d. h. die konsiliarische Versorgung der im Gesamtkrankenhaus behandelten Patienten mit unterschiedlichen Methoden. Dabei wird der team-zentrierten Arbeit mit dem Ziel der *Verbesserung des therapeutischen Milieus* auf einer Krankenstation der Vorrang gegeben. Nur durch ein verstärktes Engagement des Faches Psychotherapie und Psychosomatik im konsiliarischen Dienst kann verhindert werden, daß andere Disziplinen gezwungen wären, unter unzureichenden methodischen Voraussetzungen psychotherapeutische Angebote im eigenen Bereich zu machen.

3. Die Aufgaben der *äußeren Ambulanz*, d. h. die Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung. Diese umfaßt Diagnostik, vor allem Abklärung der Indikation für stationäre Psychotherapie, Beratung und Prävention. Die derzeitig noch eklatante Unterversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie legt es nahe, daß im Rahmen der äußeren Ambulanz auch Behandlungsaufgaben übernommen werden. Sofern die betreffenden psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen im Bereich der Weiterbildung tätig sind, zum Beispiel durch Koordinierung mit einem psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitut, ist die Einbeziehung von Behandlungsaufgaben auch im Hinblick auf die im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung durchzuführenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erforderlich.

   Weiterhin gehört zu den Aufgaben der äußeren Ambulanz die Teilnahme an einem kooperierenden regionalen psychotherapeutisch/psychosomatischen und psychiatrischen Versorgungsverbund. Je nach örtlichen Gegebenheiten kann auch eine Kooperation mit ambulanten regionalen psychosozialen Versorgungseinrichtungen (s. B.4.2.3.5) stattfinden.

4. *Wahrnehmung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben.* Die Abteilungen sind Stätten der Ganztagsweiterbildung zu Fachärzten, Fachkrankenschwestern und Fachpflegern des Bereiches Psychotherapie und Psychosomatik. Darüber hinaus werden anderen Fachdisziplinen berufsgruppen-zentrierte Fortbildungsangebote gemacht. Eine Beteiligung an der Schwestern- bzw. Pflegergrundausbildung, gegebenenfalls auch eine Beteiligung an der Ausbildung von Studenten, ist notwendig.

Die unter 2. und 4. aufgeführten Aufgabenschwerpunkte intendieren eine *konsequente Weiterführung der von der Approbationsordnung eingeleiteten Einbringung psychosozialer Gesichtspunkte* in die medizinische Praxis. Auf diese Weise kann eine wesentliche Voraussetzung dafür geschaffen werden, daß die zukünftigen niedergelassenen Ärzte in der Lage sind, psychische und psychosoziale Gesichtspunkte in ihrer eigenen Tätigkeit zu berücksichtigen und besser als bisher mit den Einrichtungen des Faches Psychotherapie/Psychosomatik zu kooperieren. Durch die Schaffung von eigenständigen Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik können auch Mitarbeiter des Pflegepersonals in einer Weise ausbildungsmäßig erreicht werden, wie es in einer Poliklinik nicht möglich wäre. Im Rotationsverfahren kann Ärzten und Pflegekräften anderer Fachdisziplinen eine zeitlich limitierte Mitarbeit angeboten werden, so daß die Abteilungen durch ihren Modellcharakter insgesamt stilbildend für die Entwicklung neuer stationärer Behandlungsformen sein können, wie es zum Beispiel mit der therapeutischen Gemeinschaft angestrebt wird.

5. Die Aufgabe der *Forschung* im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik kann nicht ausschließlich den Universitäten obliegen, da die dortigen Behandlungsbedingungen mit denen an außer-universitären Einrichtungen in der Regel nicht vergleichbar sind. Die Erforschung bestimmter Krankheitsbilder und die Entwicklung entsprechender Therapiemethoden wird weiterhin schwerpunktmäßig Aufgabe von Modellstationen an Universitäten sein. Die Erforschung der jeweiligen speziellen Gegebenheiten für eine Psychotherapie, ferner die Erforschung der interdisziplinären Kooperation wie beispielsweise der Interaktionsprozesse beim Konsiliardienst, muß auch an außer-universitären Einrichtungen erfolgen. Die Abteilungen sollen in der Lage sein, anknüpfend an die Fragestellungen der Organmediziner und Psychiater, mit diesen bei der Erforschung bestimmter Fragestellungen aus dem Gebiet der Psychotherapie und Psychosomatik zusammenzuarbeiten.

2.4.2.1.2 Empfohlene Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an stationäre Einrichtungen der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und Aufgabenschwerpunkte

1. Angliederung eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an *psychiatrische Fachkrankenhäuser.* In diesen Krankenhäusern ist zur Zeit ein Prozeß im Gange, der eine Umwandlung bestehender Bettenkapazitäten in derartige Abteilungen intendiert. Da in diesen Krankenhäusern eine beachtliche Zahl von psychotherapiebedürftigen Kranken versorgt wird, ist die psychotherapeutische Weiterbildung der dort tätigen Psychiater eine vordringliche Aufgabe.

2. Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an *Krankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung.* Dadurch kann vor allem den Erfordernissen einer sinnvollen Versorgung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete entsprochen werden.

Die unter 1. und 2. aufgeführten Abteilungen sollen folgende Ausstattung erhalten:

Die Krankenstationen sollen 15 bis 20 Betten haben. Dieses Bettenkontingent kann je nach Größe des Einzugsgebietes und des angegliederten Krankenhauses nach oben erweitert werden. Ausreichende Räumlichkeiten für die Realisierung der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sind vorzusehen. Entsprechend der psychotherapeutisch/psychosomatischen Tätigkeitsmerkmale muß die Abteilung personalintensiv ausgestattet sein. Vorgesehen ist ein leitender Arzt, der zunächst mindestens eine Weiterbildung gemäß der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, später — nach einer allmählichen Erfüllung des personellen Zusatzbedarfes — die Qualifikation als Fachpsychotherapeut hat bzw. Facharzt für analytische Psychotherapie und Psychosomatik ist. Ferner insgesamt sieben Assistenten (zwei Assistenten für die Bettenstation, drei Assistenten für die äußere Ambulanz, zwei Assistenten für die innere Ambulanz), von denen mindestens drei die Zusatzbezeichnung Psychotherapie haben sollen. Unter den Assistenten sollen drei Psychologen sein. Die Relation von Pflegepersonal bzw. Spezialtherapeuten (= Spezialisten für Psychodrama, Musiktherapie, Gestaltungs- und Beschäftigungstherapie, Heilgymnastik u. a.) zu Patienten soll 2,5 : 1 betragen. Ferner sind fünf Sozialarbeiter vorgesehen.

Auch bei der *langfristigen Verwirklichung* unserer Empfehlungen wurde davon ausgegangen, daß in jedem der 240 Standardversorgungsgebiete nur *eine* psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilung eingerichtet werden soll, die entweder an ein Krankenhaus der Organmedizin oder an ein psychiatrisches Fachkrankenhaus angegliedert werden kann. Ihre Einrichtung soll weitgehend unabhängig von der Schaffung der im folgenden unter den Punkten 3. bis 6. aufgeführten Abteilungen erfolgen (Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an größere Kurkliniken, an Rehabilitationskrankenhäuser, an Kinderkrankenhäuser und als Modellabteilungen an Universitäten).

3. Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an bestehende größere *Kurkliniken* d. h. solche von mindestens 200 Betten. Dadurch können die umfangreichen stationären Kapazitäten der modernen Einrichtungen der Rentenversicherungsträger in Ausrichtung auf Rehabilitationsziele besser genutzt werden. Mit Hilfe der Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Kurkliniken können auch Patienten aus unteren Sozialschichten erreicht werden, die bisher nachgewiesenermaßen kaum ambulante psychotherapeutische Hilfe erhalten haben. Eine eventuelle Umwandlung einer Kurklinik in eine psychotherapeutisch/psychosomatische Kurklinik kann angestrebt werden.

4. Angliederung psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an *Rehabilitationskrankenhäuser.*

   Patienten, die wegen der Auswirkungen von körperlicher oder geistig-seelischer Leistungseinbuße auf ihre familiäre, berufliche und soziale Situation der Rehabilitation in einem entsprechenden Krankenhaus bedürfen, leiden erfahrungsgemäß an vielfältigen psychischen Konflikten. Für eigenständige psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen, die den Rehabilitationskrankenhäusern angegliedert werden sollten, ergeben sich im Sinne der zuvor beschriebenen inneren Ambulanz entsprechend vielfältige Aufgaben. Weitere psychotherapeutische Hilfen in Rehabilitationskrankenhäusern betreffen die Anpassung an das verminderte Leistungsniveau und die Ermutigung zum Erlernen und Einüben neuer Fähigkeiten. Vereinzelt bereits bestehende Abteilungen für die psychotherapeutische Rehabilitation in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern haben in bezug auf solche Einrichtungen Modellcharakter.

Für die unter 3. und 4. aufgeführten Abteilungen ist neben einer angemessenen räumlichen Ausstattung ein leitender Arzt vorgesehen (Psychotherapeut mit Facharztqualifikation oder Träger der Zusatzbezeichnung Psychotherapie), zwei bis fünf Assistenten, von denen einer die Zusatzbezeichnung Psychotherapie haben soll. Mindestens einer der Assistenten soll Psychologe sein. Die Relation der Pflegekräfte bzw. Spezialtherapeuten zu Patienten soll 1 : 2,5 betragen. Drei Sozialarbeiter sind geplant. Die Bettenkapazität ist mit 15 bis 20 zu veranschlagen.

5. Angliederung eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an *Kinderkrankenhäuser:* Die Aufgaben psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an Kinderkrankenhäusern decken sich zum Teil mit denjenigen solcher Abteilungen an Krankenhäusern für Erwachsene (s. Indikationskatalog unter B.4.2.4.2.1.1). Darüber hinaus ergeben sich jedoch *weitere Indikationen für die stationäre Psychotherapie von Kindern, die später bei der Beschreibung* der psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche aufgeführt werden (s. B.4.2.4.2.2.3).

A u s s t a t t u n g : Der Leiter der Abteilung sollte ein analytischer Psychotherapeut mit abgeschlossener Weiterbildung sein. Für die 20 Kinder und Jugendlichen der Abteilung werden weiterhin benötigt: Ein ärztlicher Fachpsychotherapeut, ein Psychologe, drei weitere Psychotherapeuten bzw. Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut). Dieser verhältnismäßig hohe Personalbedarf resultiert aus der besonderen Situation der Kinder und Jugendlichen. Diese bedürfen neben der Psychotherapie sozialer Lernprozesse, die durch pädagogische und heilpädagogische Maßnahmen zu fördern sind. Dabei beeinflussen sich die pädagogischen Maßnahmen und die psychotherapeutisch angestrebten Umstrukturierungsprozesse wechselseitig, da Kinder und Jugendliche sich, anders als Erwachsene, noch in einem intensiven somatopsychischen Entwicklungsprozeß befinden. Aus dieser besonderen Situation resultieren auch für die mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Berufs-

gruppen (Sozialarbeiter, Erzieher und Krankenschwestern) spezielle Aufgaben, so daß eine besonders intensive Fortbildung und Weiterbildung dieser Fachkräfte notwendig ist.

6. *Einrichtung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Universitäten und Weiterbildungsinstituten*

Diese sollen vor allem an den psychotherapeutisch/psychosomatischen *Einrichtungen der Universitäten,* ferner gegebenenfalls als integrierte Abteilungen im Bereich der universitären Organmedizin oder an psychotherapeutisch/psychosomatischen Weiterbildungsinstituten geschaffen werden. Sie dienen schwerpunktmäßig einmal der intensiven Grundlagenforschung auf dem Gebiet der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenbehandlung, z. B. der Erforschung bestimmter neurotischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und der Entwicklung dazugehöriger Therapiekonzepte. Weiterhin dienen sie jedoch auch der Verwirklichung von Forschungsvorhaben, die sich auf das gesamte Gebiet der Psychotherapie/Psychosomatik beziehen und von grundsätzlicher Bedeutung für diesen Wissenschaftsbereich sind. Hierzu gehört zum Beispiel die Erforschung bestimmter Konzepte psychologischer Strukturen, zwischenmenschlicher Interaktionen und solche von Gruppenprozessen. Ferner gehören dazu Forschungen über die körperlichen Begleitvorgänge (gesunder sowie krankhaft veränderter) psychischer Vorgänge (= psychophysiologische Forschungen). Ebenso fallen in den Aufgabenbereich dieser universitären Modellabteilungen Forschungen über die Schichtspezifität bestimmter neurotischer und psychosomatischer Erkrankungen, über deren Epidemiologie, sowie schließlich auch die Erstellung einer umfassenden Statistik, Dokumentation und Katamnestik im genannten Wissenschaftsbereich.

Die Abteilungen müssen so ausgestattet sein, daß sie ihre Forschungen in Form geschlossener, über längere Zeit laufender Programme realisieren können. Hierzu gehört auch eine entsprechende Spezialisierung, wissenschaftliche Qualifikation und Lehrbefähigung der verantwortlichen Mitarbeiter und eine ständige Kooperation mit Wissenschaftlern anderer Fachgebiete.

Die Aufgaben der den Modellabteilungen zugehörigen *Polikliniken* decken sich im wesentlichen mit denjenigen, die schon für die Polikliniken der den organmedizinischen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern angegliederten eigenständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen beschrieben wurden (s. B.4.2.4.2.1.1). Wegen des institutionellen Umfeldes der universitären Modelleinrichtungen und wegen ihres universitären Ausbildungsauftrages werden aber die interdisziplinäre Konsiliartätigkeit in der inneren Ambulanz und die Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben ein besonderes Schwergewicht haben gegenüber den Aufgaben der ambulanten psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenbehandlung.

Die Ständige Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik/Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (HPPS) hat für die Neufassung der „Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten aus dem Jahre 1968" am 6. Januar 1975, ausgehend von der bisherigen Praxis der Etablierung dieser neuen Lehrfächer an den bundesdeutschen Universitäten, hinsichtlich der psychotherapeutisch/psychosomatischen Bettenabteilungen folgende Vorschläge unterbreitet, denen wir uns voll anschließen:

Die Bettenabteilungen sollen, da der Schwerpunkt auf psychotherapeutisch/psychosomatischem Gebiet im ambulanten Bereich liegt, klein gehalten werden. Die Bettenzahl sollte maximal zwischen 16 und 24 liegen. Die klinisch-psychotherapeutische Ausrichtung der Bettenabteilung kann in zwei Richtungen gehen:

Typus A: Behandelt werden vor allem *akute psychosomatisch-internistische Krankheiten* (Magersucht, Colitis, Asthma, Ulcus etc.) und akute neurotische Störungen (Herzphobien, Angstneurosen, Suicidpatienten etc.). Patienten dieser Art kommen vor allem bei baulich integrierten Krankenabteilungen in Großkliniken zur Aufnahme, oft als Notfallaufnahme; die Station hat überwiegend diagnostische Aufgaben und die therapeutische Funktion von Kriseninterventionen.

Typus B: Bettenabteilungen mit ausgesprochen *psychotherapeutischer Ausrichtung,* die als therapeutische Gemeinschaft geführt werden, Einzel- und Gruppentherapie, Gestaltungstherapie etc. verwirklichen. Sie sind nicht für akut bettlägerige Patienten bestimmt, sondern stellen bei einer Aufenthaltsdauer von mehreren Wochen bis Monaten einen Lebensraum, ein Entwicklungs- und Experimentierfeld für eine neue psychosoziale Entwicklung dar. Der kommunikative Charakter der Therapie erfordert ein Minimum an Beweglichkeit für die Patienten. Behandlungsformen dieser Art sind in einer Krankenabteilung im Rahmen eines modernen Hochhauses nicht zu realisieren, sie sind baulich besser außerhalb von Großkliniken zu placieren.

Personalausstattung: Entsprechend dem unterschiedlichen Gewicht psychotherapeutisch/psychosomatischer Fachbereiche an den Universitäten (Typus A oder B) wird die Ausstattung der darin anzusiedelnden (oder bereits angesiedelten) Modellabteilungen unterschiedlich sein. Zur Wahrnehmung der beschriebenen Versorgungs-, Forschungs- und Ausbildungsaufgaben ist jedoch folgende Mindestausstattung unerläßlich:

Der Leiter soll ärztlicher Fachpsychotherapeut sein. Er soll, ebenso wie zwei bis drei weitere Mitarbeiter, über wissenschaftliche und Lehrqualifikation verfügen.

Außer dem Leiter sind an ständigen Kräften notwendig: vier Ärzte bzw. Psychologen in Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten, ein bis zwei wei-

tere Diplompsychologen, ein Sozialarbeiter, vier Fachkrankenschwestern bzw. Fachpfleger für Psychotherapie/Psychosomatik, zwei Schwestern bzw. Pfleger in Weiterbildung zur Fachschwester bzw. zum Fachpfleger für Psychotherapie/Psychosomatik, eine Krankengymnastin, zwei Spezialtherapeuten (für Psychodrama, Gestaltungstherapie u. ä.) und ein Spezialist für Dokumentation und Statistik.

Diese Personalausstattung berücksichtigt nicht die Fachkräfte für die ausgedehnten Aufgaben der inneren und äußeren Ambulanz. Letztere erfordern, ebenso wie die weitergehenden Ausbildungs- und Forschungsaufgaben, je nach dem örtlich gegebenen Umfang dieser Aufgaben zusätzliche Fachkräfte.

Die Einrichtung analog zu strukturierender Modellabteilungen an psychotherapeutisch/psychosomatischen Weiterbildungsinstituten und als integrierte Abteilungen im Bereich der Organmedizin sollte dort, wo die örtlichen Gegebenheiten für eine solche Einrichtung sprechen und wo diesbezügliche regionale Initiativen ergriffen werden, öffentlich gefördert werden.

Bei der Neueinführung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen an Universitäten sollte die Beziehung zu den von der neuen Approbationsordnung gleichfalls vorgeschriebenen Fächern der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie (und in Zukunft möglicherweise auch der Medizinischen Sozialpsychologie) in der Weise berücksichtigt werden, daß alle diese Fächer nach Möglichkeit zu eigenständigen Zentren im Rahmen der klinischen Medizin zusammengeschlossen werden. Nur hierdurch ist der Kontakt der Medizinischen Soziologie zur klinischen Forschung und Praxis gewährleistet. Um die Eigenständigkeit der neu eingeführten Fächer der psychologischen Medizin zu sichern, sollten diese in Form von H 4-Stellen vertreten sein.

2.4.2.2 Ausbau und Neueinrichtung eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser

2.4.2.2.1 Größere psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser

Eine größere Zahl der im Indikationskatalog für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlungen genannten Patienten (s. B. 4.2.4.2.1.1), die zwar an schweren, psychotherapeutisch aber noch behandelbaren Persönlichkeitsstörungen leiden, wie zum Beispiel borderline-Patienten, schwere Charakterneurosen, aber auch bestimmte Formen von Zwangs- und Angstneurosen, benötigen nicht nur ein ausreichendes Maß an Sicherheit und Geborgenheit im Klinikmilieu als Voraussetzung für eine therapeutisch fruchtbare Beziehung, sondern sie können nur dann gesunden, wenn ihnen ein ausreichendes Maß von unterschiedlichen psycho- und somatotherapeutischen Angeboten gemacht werden kann. Dadurch wird es möglich, daß — entsprechend der Art der neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung — nicht nur durchgehend über die Dauer des stationären Aufenthalts e i n e Psychotherapieform, z. B. stationäre Gruppenpsychotherapie in der Anwendungsform der Stationsgruppe oder der therapeutischen Gemeinschaft, eingesetzt, sondern daß auch — bei gegebener Indikationsstellung — von vornherein eine Kombination m e h r e r e r Psychotherapieformen eingeleitet werden kann. Dazu gehören stationäre Einzelpsychotherapie und Psychodrama. Entsprechend der psychosozialen Entwicklung des Patienten unter der stationären Psychotherapie können im zeitlichen Ablauf die Therapieformen auch gewechselt werden. Z. B. Beginn mit stationärer Einzelpsychotherapie, später Übergang zu stationärer Gruppenpsychotherapie, vor der Entlassung Einschaltung von Arbeitsversuchen außerhalb der Klinik als eine bei diesen meist schwer gestörten Patienten häufig notwendige psychosoziale Rehabilitationsmaßnahme. — Bei allen psychosomatischen Erkrankungen, einigen Neurosen mit körperlich-funktionellen Symptombildungen und bei einzelnen Psychoneurosen kann in der Klinik die zusätzliche Anwendung der dabei notwendigen körper-medizinischen, insbesondere medikamentösen Behandlungsmaßnahmen fachkompetent angeordnet, durchgeführt und überwacht, sowie mit den psychotherapeutischen Maßnahmen integriert werden. Die größeren psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser sollen deshalb Mehrzweckkliniken sein, die durch die Konzentration von Fachkräften mit unterschiedlicher Spezialisierung eine *Vielfalt von Behandlungsmethoden* anbieten können und somit ein umfangreiches therapeutisches Angebot für ein breit gefächertes Patientengut mit speziellen Indikationskriterien zur Verfügung haben. Eine der Größe solcher Kliniken angemessene funktionstüchtige, integrierte psychologische, internistische und psychiatrische Diagnostik und Therapie soll eine mehrdimensionale, patienten-zentrierte Spezialbehandlung möglich machen.

Je nach örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnissen kann dem psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhaus eine *Poliklinik* angeschlossen werden. Sie soll vor allem diagnostische Aufgaben wahrnehmen, insbesondere soll in ihr die Indikation für die stationäre Psychotherapie (Vorschaltambulanz) abgeklärt werden. Darüber hinaus kann sie — in Absprache mit den an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Personen und Stellen — in begrenztem Umfange auch Nachbehandlungen einzelner aus dem Krankenhaus entlassener Patienten durchführen. Weiterhin kann die Poliklinik gegenüber niedergelassenen Ärzten und benachbarten Krankenhäusern auch konsiliarische Angebote zur Verfügung stellen.

Das psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhaus und die ihm gegebenenfalls angegliederte Poliklinik soll neben den schwerpunktmäßig im Vordergrund stehenden Gesichtspunkten der Versorgung (= Krankenhausbehandlung entsprechend dem Indikationskatalog und Wahrnehmung konsiliarischer Dienste) auch Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben gegenüber Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und dem Pflegepersonal wahrnehmen.

A u s s t a t t u n g : Bei einer Bettenzahl von durchschnittlich 120 ist unter Berücksichtigung der poliklinischen Aufgaben eine Therapeuten-Patienten-Re-

lation von 1 : 5 geplant. Von den 24 Therapeuten sollen fünf über die Qualifikation als analytischer Psychotherapeut bzw. Fachpsychotherapeut im Sinne einer angestrebten Facharzt-Qualifikation bzw. über die Zusatzbezeichnung Psychotherapie verfügen; ferner sollen zwei Psychiater und ebenso viele Internisten zur Wahrnehmung einer integrierten fachspezifischen Diagnostik und Therapie, zwei Psychologen zur Wahrnehmung ergänzender psychodiagnostischer Aufgaben und weitere 14 in Weiterbildung befindliche Ärzte und Psychologen tätig sein. Der Schwesternbedarf beträgt bei einer Relation von drei Patienten auf 1 Schwester 40, von denen die Hälfte eine fachspezifische Weiterbildung haben soll. Die restlichen 15 Mitarbeiter sind Spezialtherapeuten (Gestaltungstherapeuten, Psychodramatherapeuten, Musiktherapeuten usw.) und Sozialarbeiter.

2.4.2.2.2 Kleinere psychotherapeutische/psychosomatische Kliniken

Die Einrichtung derartiger Kliniken bis zu 50 Betten ist von der Sache her deshalb wünschenswert, da sie als *Spezialkliniken besonderer ausgesuchter Krankheitsbilder* dienen. Sie haben darüber hinaus den Vorteil von größenmäßig leicht überschaubaren Settings. Die bisherige Entwicklung in diesem Bereich hat gezeigt, daß auf Grund spontaner Initiativen sehr engagierter Trägerorganisationen und befähigter Fachpsychotherapeuten gerade solche kleineren Kliniken entstanden sind. Deshalb sollten derartige Initiativen, falls sie entstehen, auch in Zukunft unterstützt werden. Da diese kleineren Kliniken auf die apparative Diagnostik konventioneller Krankenhäuser angewiesen sind, sollen sie in räumlicher Nähe von diesen angesiedelt werden. Eine angegliederte *Poliklinik* sowie die Teilnahme an Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben sind wünschenswert.

Ausstattung: ein Leiter (Fachpsychotherapeut bzw. Facharzt für analytische Psychotherapie und Psychosomatik), ein Facharzt (je nach Aufgabenstellung Psychiater oder Internist), vier Ärzte bzw. Psychologen in Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten, zehn Fachkrankenschwestern für Psychotherapie, zehn weitere Krankenschwestern, fünf Spezialtherapeuten, zwei Sozialarbeiter.

Dieser Personalbedarf orientiert sich an der personellen Besetzung der vorher beschriebenen größeren Kliniken. Die Therapeut/Patienten-Relation beträgt 1:5, diejenige der Pflegekräfte und Spezialtherapeuten zu den Patienten 1:3.

2.4.2.2.3 Neueinrichtung selbständiger stationärer Dienste für die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Nach allgemeinen Erfahrungen von Beratungsstellen sind 3 bis 5 % der vorgestellten Kinder und Jugendlichen mit neurotisch bedingten Störungen so krank, daß eine langfristige stationäre Behandlung unumgänglich ist. Wenn ein Krankenhausplatz fehlt — was heute noch die Regel ist —, bleibt die zu diesem Zeitpunkt noch gut behandelbare Krankheit der Kinder unbehandelt und führt dazu, daß irreparable Schädigungen eintreten. Ausgehend von den vorliegenden Erfahrungen, haben sich folgende Institutionen zur stationären psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen als geeignet und notwendig erwiesen:

1. Psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche (s. auch B. 3.7.1),
2. psychagogische Heime (psychotherapeutische Heime für Kinder und Jugendliche),
3. Spezialeinrichtungen für verwahrloste, drogenabhängige oder straffällig gewordene Jugendliche und Kinder (s. B. 3.7.1).

Ad 1. **Psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche**

Die *Aufgaben* dieser Fachkrankenhäuser sind folgende:

a) Langfristige Behandlung schwerer gestörter Kinder und Jugendlicher. Die Indikationen zur stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen in psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäusern decken sich zum Teil mit denjenigen, die auch für Erwachsene gültig sind. Darüber hinaus ergeben sich jedoch die folgenden *weiteren Indikationen für die stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:*

   1. *Schwere Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (narzißtische Neurosen),* die sich vor allem durch Rückzugsneigung oder durch unkontrollierte und inadäquate aggressive Durchbruchshandlungen auszeichnen.
   2. Neurotische Erkrankungen bei Kindern, die in einer besonders *schwer gestörten Familienatmosphäre* leben, und die nur im Schutz eines Krankenhauses die Möglichkeit zu korrigierenden Erfahrungen im Umgang mit anderen haben.
   3. Neurotische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern aus Randgruppenfamilien. Diese Kinder und Jugendlichen haben in den Fällen, bei denen die notwendige langfristige Weiterbehandlung in einem psychagogischen Heim sichergestellt werden kann, die Möglichkeit zu einer erfolgreichen Sozialisierung.

b) Eine weitere Aufgabe der psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche besteht in der konsiliarischen Versorgung von Kinderkrankenhäusern bzw. Kinderabteilungen an Krankenhäusern der Haupt- und Schwerpunktversorgung.

c) Erforschung der psychisch und psychosozial bedingten Krankheitsbilder und -verläufe bei Kindern und Jugendlichen sowie die Entwicklung neuer psychotherapeutischer Methoden.

d) Teilnahme an der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung der in diesem Bereich tätigen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte.

Ausstattung zu 1. psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche:

Bettenzahl 50.

Vier Fachpsychotherapeuten bzw. Kinderpsychotherapeuten (Psychagogen). Vier Mitarbeiter, die in Weiterbildung zum Fachtherapeuten bzw. Kinderpsychotherapeuten stehen. Drei Sozialarbeiter. Vier psychotherapeutische Fachkrankenschwestern. Vier weitere in Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychotherapie befindliche Schwestern. Acht Erzieher(innen).

Bei der Errichtung der empfohlenen psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachkrankenhäuser für Kinder und Jugendliche sollen bisher gemachte Erfahrungen berücksichtigt werden, wonach diese Institutionen entweder räumlich unabhängig, allenfalls im Verbund mit Krankenhäusern oder Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. B. 3.7.1) oder mit Kinderkrankenhäusern, geplant werden sollten. Eine Integration in Großkrankenhäuser mit Erwachsenenabteilungen wird nicht empfohlen, da sie erhebliche strukturelle Schwierigkeiten mit sich bringt und eine kinderbezogene Arbeit behindert.

Ad 2. **Psychagogische Heime (Psychotherapeutische Heime für Kinder und Jugendliche)**

Die *Aufgaben* der psychagogischen Heime bestehen in der langfristigen Betreuung und Versorgung, in der speziellen kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Behandlung sowie in der Organisation und Förderung der schulischen und beruflichen Ausbildung der in diesen Heimen untergebrachten neurotischen, psychosomatisch erkrankten oder verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen. Das meist nur langfristig zu erreichende Ziel des Heimaufenthaltes ist die psychische und soziale Gesundung des Kindes oder Jugendlichen, so daß es/er wieder in seinen natürlichen (persönlichen und schulisch-beruflich-sozialen) Lebensraum zurückgeführt werden kann (s. B. 3.7.1).

Ausstattung der psychotherapeutischen Heime für Kinder und Jugendliche.

Zahl der Heimplätze: 30 bis 40.

Vier Fachpsychotherapeuten bzw. Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), vier in der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten befindliche Mitarbeiter, acht Erzieher(innen), zwei Sozialarbeiter, zwei Spezialtherapeuten (d. h. Therapeuten für Musiktherapie, Gestaltungs- und Werktherapie, Heilgymnastik usw.).

Ad 3. **Spezialeinrichtungen für verwahrloste, drogenabhängige oder straffällig gewordene Jugendliche**

Bezüglich der Arbeitsweise in diesen Spezialeinrichtungen, die in Kapitel B. 3.7.1 und B. 3.9.3 beschrieben werden, muß sichergestellt werden, daß in ihnen auch nach psycho- und soziodynamischen Gesichtspunkten gearbeitet wird.

2.4.3 Kooperation und Koordination der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen mit anderen Institutionen der stationären Versorgung

Neben der Kooperation mit Einrichtungen der Organmedizin wird eine besonders intensive Zusammenarbeit mit den stationären psychiatrischen Fachkrankenhäusern notwendig sein. Dazu gehören die psychiatrischen Kliniken, die sozialtherapeutischen Anstalten, Erziehungsheime, Spezialkliniken für Alkoholkranke und Drogenabhängige, ferner Übergangsheime und Tages- und Nachtkliniken. Diesen Einrichtungen können konsiliarische Dienste sowie team- und patientenzentrierte Supervisionen angeboten werden. Eine Kooperation der stationären Einrichtungen mit den fachpsychotherapeutischen Diensten soll durch die Teilnahme an den im Zusammenhang von Koordination und Planung beschriebenen regionalen Arbeitsgemeinschaften sichergestellt werden (s. B. 6).

B.5 Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geografischen Bereichen

1 Standardversorgung

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

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

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

Kapazität und Gliederung der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen — leicht erreichbaren — Einrichtungen eines Standardversor-

Abbildung 1

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

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

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

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

KOORDINATION — Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft — PLANUNG

gungsgebietes sollen sicherstellen, daß alle Einwohner dieses Gebietes, die keiner regional übergeordneten Spezialversorgung bedürfen, dort versorgt werden können.

In einer summarischen Übersicht lassen sich die Angebote für Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation in einem Standardversorgungsgebiet zusammengefaßt darstellen (s. hierzu Abbildung 1). Nähere Einzelheiten, vor allem auch die funktionelle Verzahnung der einzelnen Dienste untereinander sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen.

2 Übergeordnetes Versorgungsgebiet

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

Folgende Einrichtungen sind der übergeordneten Versorgung zuzuordnen:

- psychiatrische Krankenhäuser (mit 500 bis 600 Betten),
- selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser,
- psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an größeren Kurkliniken, Rehabilitations- und Kinderkrankenhäusern (langfristig geplant),
- selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche,
- psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik,
- Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, mit dissozialem Verhalten usw.,
- teilstationäre und stationäre Einrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche,
- Suchtkliniken,
- Suchtfachabteilungen,
- Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Behindertenzentren,
- Epilepsiezentren, Epilepsieabteilungen, Epilepsieambulanzen,
- Zentren für Risikokinder,
- Spezialinstitute zur Rehabilitation von Hirnverletzten,
- Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter,
- Berufsbildungswerke,
- Berufsförderungswerke.

Ferner nehmen an der Versorgung teil:

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

B.6 Koordination und Planung

1 Einleitung

Stärker als alle anderen medizinischen Fächer sind Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit nicht-medizinischen Einrichtungen und Diensten, beispielsweise auf den Sektoren der Beratung, Sozialarbeit und Rehabilitation verflochten. Die Wahrnehmung der Aufgaben von Gesundheitsvorsorge und -fürsorge auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit ist nur im Rahmen einer engen, partnerschaftlichen Kooperation möglich, die heute vielfach noch ungenügend ist. Eine pluralistisch organisierte Gesellschaft bringt es mit sich, daß eine große Anzahl von Trägern, Initiativen, Gruppierungen und Diensten auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wirksam ist. Die Vielfältigkeit der weitgehend ungestreuten Tätigkeitsformen führt häufig genug zu einem Nebeneinander der Aktivitäten, zu unklaren Aufgabenbegrenzungen, gegenseitigen Behinderungen und damit insgesamt zu einer Effizienzminderung der Versorgungsleistungen. Überdies entwickelt sich das Versorgungsniveau sowohl quantitativ als auch qualitativ, je nach den Zufälligkeiten örtlicher Verhältnisse, im Bundesgebiet äußerst unterschiedlich. Von Experten als sinnvoll und notwendig anerkannte Innovationen lassen sich schließlich in einem derart gewachsenen System nur schwer zum Durchbruch bringen.

2 Koordination und Planung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete

2.1 Koordination der im Standardversorgungsgebiet tätigen Dienste

2.1.1 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

a) Zunächst ist festzustellen, daß die in den beratenden und therapeutischen Diensten tätigen Personengruppen aufgrund vorgefundener Aufgabenkataloge in eine zu starke Selbstisolierung zu geraten pflegen und die Möglichkeit einer Steigerung ihrer Effizienz durch enge Zusammenar-

beit mit benachbarten Diensten zu wenig ausschöpfen. Wenn Ziel jeder Beratung und Behandlung sein soll, das Leben freier und befriedigender gestalten zu können, dann müssen auch die Berater und Therapeuten selbst sich bei ihrer Arbeit wohlfühlen können. Wie sollen sie Prozesse der aktiven Selbstverwirklichung fördern, wenn ihnen selbst nicht ausreichend Freiräume zugestanden werden, welche die Selbstorganisation ihrer Arbeit ermöglichen. Deswegen ist dafür Sorge zu tragen, daß innerhalb des kommunalen Raumes der für die notwendigen Innovationen erforderliche Spielraum gesichert wird, da neue Entwicklungen, insbesondere in ihrer Anfangsphase, besonders störbar sind.

Wir empfehlen zur Bewältigung der vielfachen Aufgaben der Integration, Kooperation und Koordination sowie im Bereich der Planung *psychosoziale Arbeitsgemeinschaften* in Form einer Selbstorganisation, an der sämtliche psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychologischen Beratungs- und Behandlungsdienste eines Standardversorgungsgebietes beteiligt sind. Darüber hinaus sollten die am Rande und im Vorfeld psychischer Erkrankungen zuständigen sozialen Dienste in solche Arbeitsgemeinschaften einbezogen werden.

b) Größere psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, die relativ viele einzelne Dienste zusammenfassen, werden gegebenenfalls ihre Aufgaben besser erfüllen können, wenn sie sich in *Untergruppen* gliedern. Für solche Untergruppen bieten sich Stellen mit ähnlichen Aufgabenmerkmalen an, zum Beispiel mehrere in dem Standardversorgungsgebiet wirkende Randgruppen-Arbeitskreise, oder eine Vereinigung der im Kinder- und Jugendlichen-Sektor tätigen Dienste oder der psychiatrischen Dienste im engeren Sinne. Die Bildung solcher Untergruppen kann dazu dienen, daß die Koordination in den enger fachbezogenen Spezialbereichen intensiviert werden kann, während für die übergreifenden Interessen eine Zusammenarbeit im Plenum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wichtig bleibt.

Nach einschlägigen, modellhaften Erfahrungen läßt sich davon ausgehen, daß bei den beteiligten Personengruppen ein erhebliches spontanes Bedürfnis zur Bildung solcher Arbeitsgemeinschaften besteht. Dieses Bedürfnis resultiert aus gemeinsamen Interessen, welche sich an folgenden Aufgaben beschreiben lassen:

— Erfahrungsaustausch

Indem die Mitarbeiter aus den verschiedenen Stellen sich im Verlauf von Seminaren und Gruppenarbeit besser kennenlernen, werden sie angeregt, sich in ihren Institutionen eher auf ergänzende Schwerpunkte hin zu entwickeln, anstatt untereinander in den gleichen Schwerpunktfeldern zu rivalisieren. Außerdem wird so die Motivation zu einer engeren, wechselseitigen Unterstützung nach und nach verstärkt.

— Wechselseitige fachliche und institutionelle Unterstützung zur solidarischen Bewältigung der besonders risikobehafteten gemeinsamen Versorgungsaufgaben.

Speziell für gewisse, besonders schwierige und risikobehaftete Behandlungsdienste, etwa im Bereich von Drogengefährdeten, Obdachlosen oder Delinquenten, ist ein politischer Rückhalt in einer Arbeitsgemeinschaft wichtig, da diese als Eigenkontrollinstanz eine fachliche Mitverantwortung übernehmen und in Konfliktfällen gegenüber Trägern beziehungsweise Ämtern abschirmend vermitteln kann.

Die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft sollte auch eine Aufgabe darin sehen, gerade auf diesem Gebiet Anstöße für Planungsinitiativen zu vermitteln, die aus der Erkenntnis von Mängeln und Unzulänglichkeiten resultieren, welche abzustellen ihre eigenen Möglichkeiten überschreitet.

— Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsaktivitäten

Ein spontanes Interesse an Fortbildungsaktivitäten kann nach aller Erfahrung vorausgesetzt werden, da auf den üblichen Tagungen und entsprechenden Kursen an praktischen örtlichen Bedürfnissen orientierte Hilfen nicht hinreichend vermittelt werden. Bereits der intensivierte Erfahrungsaustausch gibt den einzelnen Gruppen Gelegenheit, bei anderen Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet Arbeitseinsätze und -methoden kennenzulernen, die ihnen selbst bisher nicht vertraut waren und sich unter Umständen für eine Ergänzung und Verbesserung der eigenen Tätigkeit anbieten. Ein Bedarf an Supervision, der innerhalb der eigenen Institutionen auch nicht hinreichend erfüllt werden kann, vermag vielfach im Austausch mit anderen Einrichtungen einer solchen Arbeitsgemeinschaft besser abgedeckt zu werden. Dabei ermöglicht die kritische Diskussion der Tätigkeitsberichte der einzelnen Gruppen zugleich wechselseitig in einem gewissen Grade unterstützende Hilfen, die man neuerdings als Institutionsberatung zu bezeichnen pflegt. Dabei handelt es sich um Hilfen bei Problemen, die sich nicht bei einzelnen Beratungen oder Behandlungen, sondern aus der Strukturierung der Gesamtarbeit bestimmter Einrichtungen ergeben.

Wichtig erscheint ferner die Kooperation mit Weiterbildungsinstitutionen der verschiedenen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Berufsgruppen.

Wenn in erreichbarer Nähe entsprechende Weiterbildungsinstitutionen noch fehlen, sollen die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf ihre Einrichtung hinwirken.

Ein ganz wesentlicher Anreiz für die Bildung und Weiterbildung der beschriebenen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist die zweckgebundene Vergabe von Finanzierungsmitteln. Für Super-

visions- *) und Fortbildungsaufgaben im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft sowie für deren Geschäftsbedürfnisse — insbesondere Personal — sollten öffentliche Mittel bereitgestellt werden.

2.2 Koordination der Träger im Standardversorgungsgebiet

Genauso wie die einzelnen beteiligten Dienste sollten sich auch die Vertreter der Träger, sofern noch nicht geschehen, im Standardversorgungsgebiet koordinativ organisieren. Denn es ist bekannt, daß mangelnde oder gar fehlende Kooperation zwischen verschiedenen Trägern einerseits zu Mangelsituationen und Unzulänglichkeiten in bestimmten Versorgungsbereichen führt, andererseits Doppel- oder gar Mehrfachangebote dort gemacht werden, wo gar kein entsprechender Versorgungsbedarf besteht. Bei guter Koordination der Träger untereinander dürfte sich zwangsläufig deren Hinwendung zu den Aufgabenstellungen der unmittelbar im sozialen Feld Tätigen ergeben. Daraus erwüchse ein koordinatives Zusammenwirken beider Gruppen, nämlich der im Feld Tätigen einerseits und der Vertreter der Träger andererseits, im Sinne der Zielsetzungen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

2.3 Koordination im Bereich der kommunalen Körperschaften im Standardversorgungsgebiet

Alle übergreifende Koordination und Planung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit berühren die Verantwortung der Parlamente und Behörden. Bekanntlich findet zunächst innerhalb der Behörden vielfach nur eine ungenügende Kooperation zwischen den diversen, mit psychosozialer Gesundheit befaßten Ressorts statt. Die Verfolgung einschlägiger Planungsarbeiten leidet oft darunter, daß die Ressorts für Gesundheit, Soziales, Jugend und Schulwesen zu wenig ihre Konzepte aufeinander abstimmen und isoliert nebeneinander herarbeiten. Sicher sind Bestrebungen nützlich, eine Zersplitterung des öffentlichen Gesundheitsdienstes dadurch zu vermeiden, daß das Gesundheitsamt in den Mittelpunkt der künftigen Gesundheitsfachverwaltung gestellt wird. Dennoch ist es notwendig, daß von den Parlamenten und Ämtern her engere Kontakte zu den Trägern und vor allem zu den unmittelbar an der Basis tätigen Arbeitsgruppen gesucht werden, so wie man auch umgekehrt von der Basis her vermehrte Initiativen über die Mitwirkung an gesundheitspolitischen Planungen zu fordern hat.

Die in der Regel von den kommunalen Körperschaften eingerichteten Ausschüsse, wie der Gesundheitsausschuß, der Sozialausschuß und der Jugendwohlfahrtsausschuß, decken zwar Teile, aber nicht das gesamte Aufgabengebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ab. Deswegen erscheint es auch hier erforderlich, Formen der Koordination zu entwickeln. Die Kommunen werden unter Nutzung der ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten des Selbstverwaltungsrechts zu prüfen haben, auf welche Weise die anstehenden Aufgaben der Koordination und Planung am besten zu erfüllen sind.

2.4 Der psychosoziale Ausschuß

Neben notwendiger übergreifender Koordination zwischen Diensten, Trägern und den kommunalen Körperschaften fallen im Standardversorgungsgebiet vor allem Planungsaufgaben an. Der Planungsvorgang im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß flexibel sein. Das heißt, es müssen sinnvoll erscheinende, spontane Initiativen und Versorgungsmodelle in fördernder Weise berücksichtigt werden.

Im einzelnen muß auf der angesprochenen Ebene für die Erfüllung folgender Aufgaben Sorge getragen werden:

a) Ermittlung der Tätigkeitsfelder der einzelnen Dienste.

b) Erheben und Zusammenstellen von planungsrelevanten Daten aus dem Standardversorgungsgebiet nach den Richtlinien der obersten Gesundheitsbehörde des Landes.

   Weitergabe der Daten an die oberste Gesundheitsbehörde des Landes sowie an Einrichtungen und Träger im Standardversorgungsgebiet.

c) Aufstellung von Vorschlägen zur Abdeckung des Bedarfs (Bedarfsplanentwürfe) und der Verwertung der erhobenen Daten bei Beachtung der oben aufgeführten Planungsgrundsätze und Berücksichtigung der entsprechenden Richtlinien des Landes.

   Weitergabe dieser Vorschläge an die oberste Gesundheitsbehörde des Landes.

d) Abstimmung der Tätigkeitsfelder und Angebot von Koordinationshilfen für die einzelnen Dienste, soweit das nicht durch die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bereits geschieht.

e) Kontakte mit benachbarten Standardversorgungsgebieten zur gemeinsamen Erfüllung grenzüberschreitender und übergreifender Aufgaben, soweit diese nicht von den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wahrgenommen werden.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Bewältigung der obengenannten Aufgaben im Standardversorgungsgebiet die Einrichtung eines *psychosozialen Ausschusses,* in welchem die Dienste, gegebenenfalls auch Betroffene, die Träger *der Einrichtungen, die Leistungsträger,* die kommunale Verwaltung und kommunale Parlamentarier vertreten sein müssen. Bezüglich der Mitgliedschaft kommunaler Parlamentarier im psychosozialen Ausschuß sollte für ausreichend personelle Überschneidung mit dem Sozialausschuß, Gesundheitsausschuß und Jugendwohlfahrtsausschuß gesorgt werden.

2.4.1 Einfügung des psychosozialen Ausschusses in die kommunale Selbstverwaltung

a) Grundsätzlich sollte dem psychosozialen Ausschuß eine *möglichst selbständige Stellung* in den Kreistagen beziehungsweise in den Räten der

*) Ausgaben für Supervisionsaufgaben würden entfallen, wenn entsprechende Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet hauptamtliche Dienste hierfür anbieten.

kreisfreien Städte eingeräumt werden. Der Ausschuß erfüllt lediglich *beratende* Funktion. Die von ihm verabschiedeten Empfehlungen sind den Hauptausschüssen unmittelbar zur Beschlußfassung vorzulegen.

Die Erfahrungen mit den psychosozialen Ausschüssen werden zeigen, inwieweit ihnen, je nach örtlichen Verhältnissen, von den Räten der Städte und Kreise weitere Aufgaben delegiert werden können.

b)* Die dem psychosozialen Ausschuß korrespondierende *ausführende Verwaltung* wird federführend in der Regel bei den jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte liegen. Sie muß in angemessenem Umfang mit Personal ausgestattet werden, um die auf sie zukommenden Aufgaben sachgerecht erfüllen zu können.

2.4.2 Zur Geschäftsordnung des psychosozialen Ausschusses

Tätigkeit und Verfahrensweise der psychosozialen Ausschüsse werden durch eine Geschäftsordnung geregelt. Die Modalitäten ihrer Zusammensetzung (Wahl, Berufung, Benennung etc.), das Abstimmungsverfahren und andere Einzelheiten sollten in Übereinstimmung mit den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen, Ordnungen und Satzungen aus der Praxis der kommunalen Parlamente entwickelt werden.

Mitgliederstarke psychosoziale Ausschüsse können für einzelne Sachgebiete *Unterausschüsse* bilden (z. B. für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, geistig und seelisch Behinderten, Alterskranken, Suchtkranken und für Randgruppenprobleme etc.). Die Beratungsergebnisse der Unterausschüsse werden in die Plenarsitzung des psychosozialen Ausschusses eingebracht.

3 Koordination und Planung auf der Ebene der Länder

3.1 Allgemeines

Nach dem Grundgesetz sind die Länder für das Gesundheitswesen zuständig. Demzufolge ist konsequent, daß die Koordinations- und Planungsleistungen der Kreise und der kreisfreien Städte in Standardversorgungsgebiete auf der Länderebene zusammengefaßt werden.

Planung und Koordination auf Landesebene hängen in der Luft, wenn die damit befaßten Instanzen nicht durch einen beständigen und gut strukturierten Zufluß von Verbesserungsvorschlägen, Informationen und Daten aus den Kreisen und kreisfreien Städten (Standardversorgungsgebiete) versehen werden.

3.2 Referat für psychosoziale Versorgung

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, daß im zuständigen Ministerium jedes Landes ein Referat für psychosoziale Versorgung eingerichtet wird. Die Aufgaben dieses Referates umfassen die Versorgung von Kranken, Behinderten und Gefährdeten aus den Bereichen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Diese von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Struktur des Referates für psychosoziale Versorgung geht weit über die Aufgabenbereiche bestehender, sogenannter Psychiatrie-Referate hinaus. Deshalb wird eine angemessene personelle Erweiterung der schon bestehenden beziehungsweise eine entsprechend umfassende Ausstattung von neu einzurichtenden diesbezüglichen Referaten empfohlen.

Dem Referat für psychosoziale Versorgung werden Verbesserungsvorschläge, planungsrelevante Daten und sonstige Informationen aus den Kreisen und kreisfreien Städten (Standardversorgungsgebiete) zugeleitet. Der Referent hat seinerseits aktive Kontakte zu den einzelnen Standardversorgungsgebieten und ihren Diensten zu unterhalten.

Das Referat für psychosoziale Versorgung wertet die Informationen aus den Standardversorgungsgebieten aus, entwickelt daraus für sein Sachgebiet Rahmenbestimmungen, Standards, stellt Planungsgrundsätze auf und koordiniert die Tätigkeit der Kreise und der kreisfreien Städte in Angelegenheiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Es ist federführend bei der Aufstellung und Fortschreibung von Landesplänen für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

Entsprechend den vorgeschlagenen Koordinations- und Organisationsformen auf der Ebene der Kreise und der kreisfreien Städte sollte das Referat, unbeschadet einer klaren verwaltungsorganisatorischen Zuordnung, derart in die Geschäftsbereiche für *Gesundheit und Soziales* integriert werden, daß eine enge Verzahnung beider Gebiete gewährleistet ist. Ein Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß unter Berücksichtigung anderweitiger und übergreifender Zuständigkeiten sämtliche Sektoren umfassen, die für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter relevant sind.

Dem Referat für psychosoziale Versorgung kommt deswegen eine zentrale Position bei der Planung und Fortentwicklung des Versorgungsystems für psychisch Kranke und Behinderte in einem Lande zu.

3.3 Beirat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Auf Grund der geschilderten besonderen Aufgabenstellung, die dem Referat zufällt, ist es notwendig, daß die Länder einen Beirat berufen, der das Referat für psychosoziale Versorgung mit seinem Sachverstand unterstützt.

Bei der Zusammensetzung des Beirats sind insbesondere Experten aus folgenden Versorgungsbereichen zu berücksichtigen:

— niedergelassene Ärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten;

— stationäre, psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen;

— Sozial- und Jugendhilfe-Sektor.

3.4 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene

Zusammenschlüsse von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf Landes- oder regionaler Ebene sind zu fördern. Sie bieten sich insbesondere auch als Gesprächspartner des Referenten für die psychosoziale Versorgung an.

3.5 Die Einführung der Planungs- und Koordinationskompetenz auf Länderebene in die gegenwärtige Organisationsstruktur der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, Referate für psychosoziale Versorgung bei den Länderregierungen auszubauen beziehungsweise einzurichten, geht vereinfachend an der zur Zeit sehr unterschiedlichen Organisationsstruktur der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in den einzelnen Ländern vorbei. Der vorgeschlagene Weg läßt sich problemlos wohl nur in den beiden Stadtstaaten, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Saarland und teilweise Rheinland-Pfalz verwirklichen. Zu der Frage, ob und in welcher Weise sich die beiden Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen, der Hessische Landeswohlfahrtsverband, die sieben Bayerischen Bezirksverbände und der Bezirksverband Pfalz in das von der Sachverständigen-Kommission empfohlene System einer Verteilung von Planungs- und Koordinationskompetenz sinnvoll einfügen lassen, kann im Rahmen des Berichtes keine Stellung genommen werden. Es obliegt den Landtagen beziehungsweise Länderregierungen, eine den Erfordernissen auf diesem Gebiet angemessene organisatorische Lösung ins Werk zu setzen.

4 Gewährleistung von Informationen auf Bundesebene

Die bisherige Arbeit der Sachverständigen-Kommission hat mit großer Deutlichkeit gezeigt, daß die für eine Analyse der Versorgungssituation und für die Planung unerläßlichen Grunddaten zum überwiegenden Teil nicht greifbar sind. Die Sachverständigen-Kommission mußte sich daher über teuere und organisatorisch schwer zu bewältigende Erhebungsaktionen erst die notwendigen Kenntnisse verschaffen, um dem Auftrag des Bundestages beziehungsweise der Bundesregierung nachkommen zu können. Der Sachverhalt, daß es offensichtlich nirgendwo in der Bundesrepublik eine Stelle gibt, die, mit ausreichenden Informationen versehen, nur überhaupt fähig wäre, einigermaßen zu übersehen, was in diesem Lande auf dem weitverzweigten Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter geschieht oder nicht geschieht, was vorhanden ist oder fehlt, wird von der Sachverständigen-Kommission als grober Mißstand angesehen. Es ist bekannt, daß Stichtagserhebungen jeweils nur einen Querschnittsüberblick geben, welcher in Anbetracht der sich ständig ändernden Verhältnisse meist schon bei der Auswertung veraltet ist. Datenerfassungen von der Art und in der Weise, wie sie die Sachverständigen-Kommission vorgenommen hat, können nicht in kürzeren Abständen wiederholt werden.

4.1 Institution auf der Ebene der elf Bundesländer

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher eine *Institution auf der Ebene der elf Bundesländer,* die in die Lage versetzt wird, die unten des näheren bezeichneten Aufgaben zu erfüllen. Diese Institution sollte von den Ländern getragen, das heißt auf dem Wege über Staatsverträge errichtet werden, da die Kompetenz des Bundes nach Artikel 73 und 74 Grundgesetz für den Aufgabenbereich dieser Einrichtung nicht ausreicht. Es erscheint sinnvoll, die Länderreferenten für psychosoziale Versorgung als bestimmendes Gremium in die genannte Institution einzufügen *).

Die Sachverständigen-Kommission hält es für ratsam, daß diese Einrichtung nicht eine Behörde der allgemeinen Staatsverwaltung wird, sondern in gewissem Umfange mit Selbstverwaltungsrechten, das heißt mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet wird.

4.2 Aufgaben

Folgende Aufgaben sollen der oben genannten Einrichtung übertragen werden:

a) Einsammeln von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und geistig/seelisch Behinderter in der Bundesrepublik.

   Verarbeitung und Auswertung der Daten; Zusammenstellung der Auswertungsergebnisse; regelmäßige Veröffentlichungen der statistischen Dokumentationen.

b) Fortentwicklung der Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistiken auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und geistig/seelisch Behinderter in enger Zusammenarbeit mit den Länderregierungen, insbesondere den Statistischen Landesämtern und dem Statistischen Bundesamt.

c) Bearbeitung von speziellen Aufträgen durch die Länderregierungen und die Bundesregierung in Fragen der Statistik, Epidemiologie und Dokumentation auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und geistig/seelisch Behinderter.

d) Sammlung und Dokumentation aller für die Versorgung psychisch Kranker und geistig/seelisch

*) Die jetzigen Psychiatrie-Referenten der Länder sind bereits in einem ständigen Arbeitskreis zusammengeschlossen.

Behinderter relevanter gesetzlicher Bestimmungen und Erlasse.

Fortlaufende Prüfung der Rechts- und Gesetzgebungslage auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und geistig/seelisch Behinderter.

e) Zusammenarbeit mit staatlichen oder staatlich geförderten Institutionen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, so dem Bundesgesundheitsamt, dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Referat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.

f) Austausch von Daten mit internationalen Gesundheitsorganisationen (WHO etc.).

5 Referat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

Ebenso wie auf der Landesebene hält es die Sachverständigen-Kommission für unabdingbar, daß auch auf Bundesebene ein Referat im BMJFG für die Gesundheitshilfe für geistig und seelisch Gefährdete, Kranke und Behinderte einschließlich des Pflegebereichs zuständig ist. Das Referat hat neben den ihm üblicherweise obliegenden Aufgaben die Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Dachverbänden in seinem Zuständigkeitsbereich sicherzustellen, koordinierend wirksam zu werden und für eine ständige gegenseitige Unterrichtung zu sorgen. Zusätzlich dient es als Ansprechpartner im internationalen Bereich. Zur Wahrung seiner vielfältigen Aufgaben muß das Referat auf Bundesebene ebenso wie die Referate für die psychosoziale Versorgung auf Länderebene (B. 6.3.2) personell sachgerecht ausgestattet werden.

6 Gemischter psychosozialer Beirat am Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

Eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung des Versorgungssystems Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik erscheint nur dann gewährleistet, wenn bis auf Bundesebene hinauf eine fortlaufende Zusammenarbeit von Vertretern der Gesundheitsadministration und Experten stattfindet. Der Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission kann eine solche kontinuierliche Kooperation nicht ersetzen, da die hier vorgelegten Erkenntnisse und Vorschläge unablässig an weitere Fortschritte der Wissenschaft, insbesondere an die Verbesserung von Versorgungsmethoden sowie an quantitative wie qualitative Veränderungen des Versorgungsbedarfs angepaßt werden müssen.

Da es für viele Experten-Gremien erfahrungsgemäß sehr schwierig ist und längerfristiger Lernprozesse bedarf, ihre wissenschaftlichen Informationen und praxisbezogenen Erfahrungen in politisch relevante Planungskonzepte umzusetzen, halten wir es daher für sinnvoll, die sofortige Bildung eines vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zu bestellenden *gemischten Beirats* vorzuschlagen. In diesen Beirat sollten einschlägig eingearbeitete Mitglieder der Sachverständigen-Kommission bzw. ihrer Arbeitsgruppen hineindelegiert werden. Außerdem sollten einige kompetente Vertreter aus den Bereichen der Verwaltung und Gesundheitspolitik hinzugezogen werden, die einerseits mithelfen könnten, die Arbeit des Beirats stets an unmittelbar praxisbezogenen gesundheitspolitischen Zielen zu orientieren und die andererseits Erfahrungen aus dem internen Bereich der Gesundheitspolitik selbst einzubringen hätten. Diesem Gremium stellen sich folgende Aufgaben:

1. Sammlung und Auswertung von Informationen über den Fortgang der Realisierung der in diesem Enquete-Bericht gegebenen Empfehlungen sowie allgemeiner wichtiger Entwicklungen im Versorgungsbereich psychischer Krankheiten und Behinderungen überhaupt.
2. Angebot von Beratungen für die Realisierung von Empfehlungen, insbesondere von Modellvorschlägen an kompetente Instanzen der Länder und gegebenenfalls auch einzelner Standardversorgungsgebiete.
3. Anpassung der in der Enquete entwickelten Planungskonzepte an Veränderungen im Versorgungsfeld selbst und gegebenenfalls an verbesserte Möglichkeiten von Versorgungsangeboten.

Die Erfüllung dieser Aufgaben verlangt von dem Beirat eine regelmäßige Kooperation mit dem ständigen Arbeitskreis der Länderreferenten für psychosoziale Versorgung. Die von den elf Ländern getragene Institution zur Gewährleistung der Informationen auf Bundesebene soll ihre Daten dem gemischten Beirat jederzeit zur Verfügung stellen.

Um der Arbeit dieses Gremiums neben notwendiger Kontinuität auch hinreichende Flexibilität zu sichern, erscheint es wünschenswert, die Sachverständigen sukzessive in einem Turnus von drei Jahren auszuwechseln und bei personellen Ergänzungen auch fernerhin ehemalige Mitglieder der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen zu berücksichtigen.

C. Aus-, Weiter- und Fortbildung

C.1 Definitionen

Die Begriffe Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung werden zur Kennzeichnung verschiedener Stadien der beruflichen Bildung verwendet.

Ausbildung erfolgt an speziellen Ausbildungsinstitutionen (Berufsfachschulen, Fachschulen, Fachakademien, Fachhochschulen, Hochschulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen). Sie dient der Vermittlung des theoretischen Grundwissens des jeweiligen Faches sowie seiner Angrenzungen und in unterschiedlichem Ausmaß der Vermittlung praktischer Erfahrungen im Grundberuf. Sie führt damit zur beruflichen Erstqualifikation im Grundberuf oder als Zusatzausbildung zu einem weiteren Beruf.

Weiterbildung setzt die abgeschlossene Ausbildung in einem Grundberuf voraus. Sie führt zu einer bestimmten Ausübungsform des Berufes (z. B. Fachschwester für Psychiatrie oder Arzt für Psychiatrie). Sie wird berufsbegleitend an dafür legitimierten Weiterbildungsstätten (z. B. bestimmten Fachkliniken) oder in speziellen Sonderkursen absolviert. Weiterbildung braucht sich nicht unmittelbar an die Ausbildung anzuschließen, sondern kann auch später im Laufe der Berufstätigkeit aufgenommen werden. Sie schließt mit der Anerkennung einer Qualifikation ab, die zur Ausübung bestimmter, in den Weiterbildungszielen festgelegten beruflichen Tätigkeiten berechtigt.

Eine Form der Weiterbildung führt zur Berechtigung zum Führen einer sogenannten „Zusatzbezeichnung" bzw. „Teilgebietsbezeichnung" neben der eigentlichen Berufsbezeichnung (Beispiel: Arzt für Allgemeinmedizin — „Psychotherapie" —).

Fortbildung umfaßt alle berufsbegleitenden und sonstigen Bildungsmaßnahmen, die nach Abschluß der Ausbildung und ggf. Weiterbildung erfolgen. Sie dienen einmal der fortlaufenden Anpassung des Ausbildungsstandes an die beruflichen Erfordernisse (Auffrischung früher erworbenen Wissens; Vermittlung neuer Erfahrungen und Erkenntnisse; Erweiterung des fachlich begrenzten Horizontes usw.). Zum anderen dienen sie der kontinuierlichen Aufarbeitung von Erfahrungen und Problemen, die sich aus der täglichen Praxis ergeben. Fortbildung führt — im Gegensatz zur Ausbildung und Weiterbildung — zu keinem qualifizierenden Abschluß.

Empfehlung

Übersichtlich und konsequent ist diese *dreistufige Gliederung beruflicher Bildungsmaßnahmen* bereits für die ärztlichen Berufsbilder festgelegt worden. Die Sachverständigen-Kommission hält es für zweckmäßig, entsprechende Gliederungen für die Bildungsgänge auch für die anderen in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Berufsgruppen festzulegen. Die durch erfolgreiche Absolvierung von Weiterbildung erlangte größere fachliche Kompetenz muß zur Basis beruflicher Aufstiegsmöglichkeiten mit vergrößertem Verantwortungsbereich und entsprechenden besseren Verdienstmöglichkeiten werden. *Dem Auf- und Ausbau der Fortbildung muß eine gewisse Priorität zuerkannt werden;* denn verglichen mit den Bereichen Aus- und Weiterbildung ist der Bereich der Fortbildung bisher am weitestgehenden vernachlässigt worden.

C.2 Allgemeine Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung

1 Grundlegende Prinzipien

Bei der Versorgung der psychisch Kranken sowie der geistig und seelisch Behinderten arbeiten *viele Berufsgruppen* zusammen. Jede dieser Berufsgruppen bedient sich *verschiedener Methoden* der Behandlung, Beratung und Betreuung. Deswegen muß die *Integration* der verschiedenen Berufsgruppen und ihrer Methoden sowie die Integration der verschiedenen Versorgungsinstitutionen leitender Gesichtspunkt für die Bewältigung aller Versorgungsaufgaben sein. Diesem Gesichtspunkt muß in der Aus-, Weiter- und Fortbildung Rechnung getragen werden.

Die verschiedenen Behandlungsverfahren erfordern eine gesonderte Darstellung, da sie aufgrund verschiedener theoretischer Konzepte entwickelt worden und in sich schlüssig sind. Sie können bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter miteinander kombiniert, aber nicht vermengt werden. Außerdem muß das, was für die einzelnen Berufsgruppen relevant ist und gelernt werden muß, noch einmal differenziert werden, je nachdem, wo der Betreffende tätig ist; ob er z. B. in der „vordersten

Versorgungslinie" oder in einer Spezialeinrichtung arbeitet. Diese Tiefengliederung des Versorgungssystems muß bei den Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen viel stärker als bisher berücksichtigt werden.

In der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenversorgung Tätigen müssen — wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung — stets die *biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte psychischer Störungen und Behinderungen* sowie deren Beeinflussungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Für einzelne Berufe waren und sind die Aus-, Weiter- und Fortbildungen im Hinblick auf diese drei Dimensionen relativ einseitig ausgerichtet. Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter müssen diese Einseitigkeiten überwunden werden.

So bestand und besteht in verschiedenen Bereichen des gegenwärtigen Versorgungssystems ein beachtliches Defizit in der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Psychosoziale Faktoren müssen jedoch von allen Berufsgruppen, die für die Prävention von psychischen Störungen sowie für die Beratung, Behandlung und Nachsorge von psychisch Kranken zuständig sind, weit mehr als bisher berücksichtigt werden. Um die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu verbessern, müssen daher sämtliche einschlägigen Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge unter dem Gesichtspunkt entwicklungsbedingter und psychosozialer Krankheitszusammenhänge durch die bisher vernachlässigte psychische und soziale Dimension erweitert werden. Diese dringend notwendige Erweiterung darf allerdings nicht dazu führen, daß es zu einer Unterbewertung der das Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit der gesamten übrigen Medizin verknüpfenden biologischen Dimension kommt.

Das Ziel, Einseitigkeiten und Unausgewogenheiten in den Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen der verschiedenen Berufsgruppen zu überwinden, kann erreicht werden durch

a) Ergänzung der Lehrstoffe und

b) Schaffung gemeinsamer interdisziplinärer Anteile der beruflichen Bildung.

Im Zusammenhang hiermit ist es selbstverständlich, daß alle Berufsbilder auch bei Verwirklichung dieser beiden Grundsätze ihren berufsspezifischen Schwerpunkt nicht einbüßen dürfen.

Ziel der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist nicht nur die Vermittlung geeigneter Kenntnisse, sondern auch — in Verbindung mit einer Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung — die Vermittlung praktischer Fähigkeiten sowie die Schulung des Verhaltens und der Einstellung gegenüber dem psychisch Kranken und Behinderten. Die Qualität der Hilfe, die dem psychisch Kranken gegeben werden kann, hängt von der Qualifikation der einzelnen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Tätigen ab. Die persönliche Qualifikation, nicht die formal erworbene, setzt den Rahmen für Erkenntnis und Bearbeitung psychosozialer Konflikte, von Verhaltensstörungen, von psychischen Krankheiten und Behinderungen. Sie bestimmt die Möglichkeiten und Grenzen der beruflichen Tätigkeit.

2 Vermehrung des psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachpersonals

Der nahezu überall in der Bundesrepublik Deutschland anzutreffende Mangel an qualifiziertem Personal in Einrichtungen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist generell auf den Umstand zurückzuführen, daß bisher nicht nur die Schwere und der Ernst psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen, sondern ebenso sehr auch die Schwierigkeiten beim Erwerb von Kompetenz für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unterschätzt und verkannt worden sind.

Somit wird die künftige Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland entscheidend beeinflußt werden von der *Qualität* der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals in den verschiedenen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Berufsgruppen. Die Qualität von Aus-, Weiter- und Fortbildung ist auch abhängig davon, wieviel Gewicht auf das Gebiet der Bildungsforschung gelegt wird.

Außerdem sind Fragen der *Quantität* des Personalbedarfs sowie die Probleme der hieraus resultierenden Personalanforderungen grundlegend zu berücksichtigen. Selbst wenn für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter praktisch unbegrenzte finanzielle Mittel zur Verfügung stünden, wären dennoch alle Pläne hierzu zum Scheitern verurteilt, wenn sie nicht unter Berücksichtigung der Zahl der Berufstätigen entwickelt würden, von denen unter realistischer Einschätzung der Trends der künftigen Jahre erwartet werden kann, daß sie für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zur Verfügung stehen werden (s. G). Andererseits wäre es ein Irrtum, wenn man eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erwarten wollte, ohne mehr finanzielle Mittel als bisher und mehr Zeit für Ausbildung und insbesondere für Weiter- und Fortbildung zur Verfügung stellen zu wollen. Die Steigerung von Qualität und Quantität der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist nur dann zu erfüllen, wenn es gelingt, überhaupt mehr Menschen und dann gerade die für diesen Bereich geeigneten Personen zu motivieren, in eine Ausbildung einzutreten, die zu einer Tätigkeit im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik qualifiziert *). Es muß außerdem

*) In diesem Zusammenhang muß eine „überproportionale" Vermehrung des Personals aller einschlägigen Berufsgruppen für alle Bereiche der Versorgung psychisch Kranker angestrebt werden. Damit ist gemeint, daß — im Vergleich zur derzeitigen Situation — ein größerer Anteil der Absolventen der verschiedenen Ausbildungsgänge sich entweder direkt einer Tätigkeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker zuwendet oder in Weiterbildungsgänge eintritt, die zu

versucht werden, mehr Menschen als bisher zu einer nebenberuflichen oder auch zeitlich begrenzten vorberuflichen Tätigkeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu bewegen. Beiden Zielsetzungen kommt entgegen, daß in den letzten Jahren das Interesse an Berufen, die die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten tragen, erheblich gestiegen ist. Unter den heutigen Umständen wird dieses Interesse noch nicht richtig genutzt, bleibt oft sogar brach liegen. Diese Ziele sind zu erreichen durch

a) Aufklärung der gesamten Bevölkerung sowie bestimmter Zielgruppen im Rahmen einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit über Probleme psychisch Kranker und über die Möglichkeiten ihrer Bewältigung;

b) motivierende Information über klar umrissene Berufsbilder, die zur Tätigkeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter qualifizieren (u. a. auch in den Berufsberatungen der Arbeitsämter), über die jeweiligen Ausbildungsgänge und Ausbildungsangebote sowie die späteren Arbeitsmöglichkeiten und beruflichen Aufstiegschancen;

c) Vermehrung der Ausbildungsplätze und des Ausbildungspersonals für alle Berufsgruppen, die mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter befaßt sind;

d) Reform der Bildungsgänge für Fachpersonal zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, zu der in diesem Abschnitt ausführlich Stellung genommen wird;

e) Vermehrung der Arbeitsmöglichkeiten wie z. B. durch Stellenplan-Verbesserungen in der institutionalisierten Versorgung der psychisch Kranken oder durch Schaffung neuer Berufe, die Versorgungsaufgaben auch in der nicht-institutionalisierten Versorgung übernehmen können.

Es müssen alle Entwicklungen gefördert werden, die dazu führen, daß vermehrt auch Berufsgruppen, die nicht zum psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fachpersonal im engeren Sinne gehören, Aufgaben der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auch außerhalb des Bereichs der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik übernehmen. Diese *Übernahme von Versorgungsaufgaben durch andere Berufsgruppen* wird ermöglicht durch Vermehrung und Verbreiterung der psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Lehrinhalte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von vielen Berufsgruppen, deren Arbeitsfelder nicht unmittelbar im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter liegen.

In der ärztlichen Ausbildung wurde dieses Ziel angestrebt z. B. durch die in der neuen Approbationsordnung für Ärzte (AO) festgelegten Ausbildungsreform in der Medizin, zu deren hervorstechenden Merkmalen die starke Betonung der Gebiete Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und vor allem des bisher nur eine geringe Rolle spielenden „Nervenheilkundlichen Stoffgebiets" (umfassend u. a. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) gehört.

Entsprechende Ausbildungsreformen mit stärkerer Betonung der Lehrinhalte, die zu einer Verbesserung der Versorgung (einschließlich der Früherkennung) von psychisch Kranken und Behinderten und schließlich auch zur Verbesserung präventiver Maßnahmen entscheidend beitragen können, sind anzustreben für alle Ausbildungsgänge, die die Basis für Weiterbildungen zu psychiatrischem und psychotherapeutischem Fachpersonal bilden (z. B. allgemeine Krankenpflege, Sozialarbeit). Darüber hinaus muß versucht werden, psychiatrische und psychotherapeutische Lehrinhalte in verstärktem Umfang auch in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von solchen Berufsgruppen einzubringen, deren Angehörige nicht zum Fachpersonal gehören, deren berufliche Tätigkeit jedoch den Umgang mit psychisch Kranken und Behinderten umfaßt (z. B. Lehrer, Seelsorger, Juristen, Polizeibeamte).

Eine bessere Schulung im psychologischen Umgang mit Kranken in der gesamten Krankenversorgung ist dringend erwünscht, um das humanitäre Empfinden und Handeln in einer Medizin zu wahren, die durch ihre technischen Fortschritte Gefahr läuft, sich von den seelischen Problemen des Kranken zu entfernen.

3 Konsequenzen des Personalmangels

Wenn es gelingen soll, durch Reform von Bildungsmaßnahmen die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durchgreifend zu verbessern, müssen weitere Voraussetzungen geschaffen werden, die sich aus der Analyse der (z. B. im „Bildungsgesamtplan") niedergelegten Personalprognose-Zahlen für die nächsten Dekaden ableiten lassen. Selbst günstigste Entwicklungen hinsichtlich der beiden bereits genannten Voraussetzungen (1. Vermehrung des Fachpersonals; 2. Bewältigung von Versorgungsaufgaben außerhalb des engeren Bereichs der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) werden letztlich nichts daran ändern, daß *auch in Zukunft das Fachpersonal im Hinblick auf die zu bewältigenden Versorgungsaufgaben zahlenmäßig nicht ausreicht.*

Alle Überlegungen zu Neu- und Fortentwicklungen der Bildung von Fachpersonal müssen daher immer davon ausgehen, ob und wie es gelingen kann, *mit einem zahlenmäßig begrenzten Personal ein Maximum an Versorgungsleistung* zu erbringen.

Dazu gehört, daß das Ziel der *Verbesserung des fachlichen Bildungsstands des psychiatrischen und psychotherapeutischen Personals* erreicht werden muß unter gleichzeitiger *Rationalisierung und zeitlicher Straffung der Bildungsgänge.* Bei dieser zu fordernden Straffung der Bildungsgänge muß allerdings berücksichtigt werden, daß Voraussetzung für

einer Tätigkeit in diesem Bereich qualifizieren. So ist z. B. anzustreben, daß nicht nur wie bisher ca. 7 % der Absolventen des Medizin-Studiums, sondern ein höherer Prozentsatz der approbierten Ärzte eine Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie durchläuft.

Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auch eine zeitextensive und nicht beliebig verkürzbare Erfahrung im praktischen Umgang mit ihnen ist. Unangemessenes Heraufschrauben von Qualifikationskriterien (z. B. von Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen; von Abschluß- und Prüfungsanforderungen) wird zwar punktuell zu einer u. U. beeindruckenden Verbesserung der Versorgung führen, insgesamt gesehen jedoch keine Verbesserung erbringen. Die möglichst gleichmäßige und weitgehend lückenlose Anhebung des Niveaus der gesamten Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten muß gegenüber großen Qualitätsverbesserungen für bestimmte Einzelbereiche, unter Inkaufnahme von weitgehenden Vernachlässigungen anderer Bereiche, den Vorrang haben. Diese Empfehlung bedeutet nicht den Verzicht auf Prioritäten-Setzung, sondern soll nur der Gefahr vorbeugen, daß für Teilbereiche sehr aufwendige und personalintensive Versorgungskonzepte entwickelt werden, deren Realisierung jedoch zwangsläufig zu Personallücken in anderen, vielleicht weniger attraktiven Teilbereichen führt. Bei allen Planungen von Bildungsmaßnahmen für psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachpersonal muß also von vornherein immer auch der *ökonomische Aspekt (in finanzieller, in zeitlicher, vor allem aber auch in personeller Hinsicht)* berücksichtigt werden. Deswegen müssen in erster Linie die Bildungsgänge gefördert werden, durch die z. B. in personeller Hinsicht mit vergleichsweise geringem Personalaufwand ein Maximum an Versorgungsleistung erbracht werden kann.

4 Entwicklung von Kooperations-Modellen für Fachpersonal verschiedener Berufsgruppen

Wie in vielen Bereichen des beruflichen Lebens können auch in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten die umfangreichen Aufgaben durch eine zahlenmäßig nur begrenzte Personengruppe dann noch am besten bewältigt werden, wenn *klar definierte Kooperations-Modelle für die Zusammenarbeit der verschiedenen auf diesem Gebiet tätigen Berufsgruppen* bestehen.

Planung und Durchführung von Bildungsmaßnahmen (insbesondere in der Weiterbildung und Fortbildung) für die verschiedenen Berufsgruppen sollten daher in gewissem Umfang insoweit koordiniert werden, daß ein *interprofessioneller Bildungsanteil* ermöglicht wird (z. B. gemeinsame Ausbildungs-Seminare für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie Sozialarbeiter über Probleme der Suchtkranken-Versorgung; koordinierte Abschnitte in den Weiterbildungsgängen der Sozialarbeiter und des Krankenpflegepersonals für den Bereich der Versorgung psychisch kranker alter Menschen; koordinierte Fortbildung von Ärzten und Psychologen in Selbsterfahrungsgruppen).

Kooperationsmodelle dürfen allerdings nicht dazu führen, daß es zur Nivellierung der Kompetenzen und zur Verwischung der Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufsgruppen in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten kommt. „Rollendiffusion" macht Bildungsmaßnahmen unökonomisch, führt zur Vernachlässigung wichtiger berufsspezifischer Aspekte und weckt während der Aus- und Weiterbildung unangemessene Vorstellungen und Erwartungen, deren Nichterfüllung in der Berufsrealität in vielerlei Hinsicht ungünstige Konsequenzen haben kann.

Ausbildung und im steigenden Maße dann Weiter- und Fortbildung müssen zum Ziel haben, Zusammenarbeit im multiprofessionalen Team zu lernen, um auch auf diesem Wege zur *Verbesserung der Effizienz der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten* zu gelangen, für die nur eine begrenzte Zahl von Personen aus verschiedenen Berufsgruppen zur Verfügung steht.

5 Allgemeine Ziele der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Ziel der Aus-, Weiter- und Fortbildung muß neben der Vermittlung von Fachkenntnissen, dem Erwerb von psychologischem Verständnis und von praktischen Fähigkeiten auch eine Schulung der Selbstwahrnehmung und eine Kontrolle eigener Gefühlseinstellungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen sein — insbesondere gegenüber dem psychisch Kranken und seinen Bezugspersonen (Familien- und Betriebsangehörigen usw.), aber auch in der Zusammenarbeit mit Berufskollegen und Vertretern anderer Berufsgruppen. Gerade die Erfordernisse und die Voraussetzungen für eine reibungslose Zusammenarbeit innerhalb eines interprofessionellen Teams, das in der Versorgung psychisch Kranker eine besondere Rolle spielt, sind in der Aus-, Weiter- und Fortbildung besonders zu berücksichtigen.

Qualität und Praxisangemessenheit der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik tätigen Berufsgruppen bestimmen jetzt und in der Zukunft die Effizienz der Dienste zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Sie sind gebunden einerseits an eine zeitextensive und nicht beliebig verkürzbare Erfahrung und andererseits gleichzeitig an den Erwerb besonderer Fähigkeiten, die mit dem Erwerb persönlichkeitsneutraler Kenntnisse und Techniken nicht vergleichbar sind. Vielmehr sind sie im hohen Maße persönlichkeitsbezogen, um in spezifischer Weise bei Erkrankungen in diesen Versorgungsbereichen wirksam werden zu können. Selbstverständlich setzt die Qualifikation dabei auch Kenntnisse der Krankheitslehre — verbunden mit einer Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie — voraus.

Ziel der Aus-, Weiter- und Fortbildung muß von vornherein auch das „Lernen von Zusammenarbeit" im therapeutischen Team sein. An diesem Prinzip ausgerichtete Bildungsmaßnahmen verhindern, daß es in der Berufspraxis zu konkurrierenden Kompe-

tenzansprüchen verschiedener Berufsgrppen, zu „Rollendiffusionen" oder aber zu rigider Verfestigung eines zu engen Konzepts vom eigenen Beruf kommt.

Gerade in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik darf es aus der Absicht heraus, die Ausbildung zu rationalisieren und zu straffen, nicht zu einer „Verschulung" der Ausbildung kommen. Die in einer „verschulten" Ausbildung erworbenen Einstellungen des Personals würden später in der Berufstätigkeit gegenüber dem psychisch Kranken zum Tragen kommen. Nur das in der Ausbildung zur Entfaltung von eigenen Initiativen angeregte Personal wird für die spätere berufliche Arbeit die Voraussetzungen dafür mit sich bringen, Spontaneität und Initiative bei psychisch Kranken anzuregen.

6 „Praxisnähe" der Aus- und Weiterbildung

Die *Ausbildungsinstitutionen sollten möglichst eng mit Versorgungseinrichtungen verbunden sein*, um eine praxisnahe Ausbildung zu gewährleisten.

Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß diese enge Verknüpfung mit Versorgungseinrichtungen zu einer oft ausgeprägten Akzentuierung und damit zugleich zu einer Einengung der Ausbildung (und zum Teil auch der Weiterbildung) auf *die* Lehrinhalte führen kann, die für die institutionalisierte Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten am wichtigsten sind.

Das kennzeichnet z. B. die Weiterbildung in den Krankenpflegeberufen, die sich durch die — grundsätzlich begrüßenswerte — enge Anbindung der Krankenpflege- und Krankenpflegehelferschulen an die psychiatrischen Krankenhäuser weitgehend nach deren Bedürfnissen ausrichtet. Die Inhalte der Weiterbildung bei den Krankenpflegeberufen sollten so ergänzt werden, daß sie von vornherein auch zu Tätigkeiten in teilstationären Versorgungseinrichtungen, in sog. flankierenden Diensten und in gemeindepsychiatrischen Diensten qualifizieren.

Innerhalb des Ausbildungsganges einer Berufsgruppe sollten die Lehrangebote in den verschiedenen Fächern unter Berücksichtigung der Praxisbezogenheit eng aufeinander bezogen sein.

In der Ausbildung an den Hochschulen wird zwar der theoretische Anteil in den Unterrichtsplänen einen vergleichsweise größeren Raum einnehmen als in anderen Ausbildungsgängen. Er muß aber auch hier praxisverbunden bleiben.

Die Ausbildungsinstitutionen müssen in die Lage versetzt werden, die Qualität der Ausbildung anzuheben und gleichzeitig die skizzierten zusätzlichen Aufgaben zu übernehmen. Das erfordert eine bessere personelle und finanzielle Ausstattung der Ausbildungseinrichtungen.

7 Ausbildung und Ausbilder

Die *Ausbildung und fortlaufende Schulung der didaktischen Fähigkeiten des Lehrpersonals* wurde bisher vernachlässigt. Das trifft für alle Bereiche der Bildung zu und hat zweifellos zu den Schwierigkeiten an den Hochschulen und an den anderen Ausbildungseinrichtungen beigetragen. Beim künftigen Auf- und Ausbau der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sollte diesem Gesichtspunkt von vornherein gebührend Rechnung getragen werden.

In Zukunft müssen klare Vorstellungen und Pläne entwickelt werden, welche Voraussetzungen für eine spätere Lehrtätigkeit zu fordern sind. Didaktik muß systematisch und differenziert (entsprechend den künftigen Lehraufgaben) gelehrt werden. Außerdem muß für Lehrpersonal gewährleistet sein, daß es nicht den Kontakt zur Praxis verliert. Deswegen ist nach konzeptionellen Lösungen zu suchen, die von vornherein auch die Fortbildungsmöglichkeiten des Lehrpersonals (in der praktischen Tätigkeit *und* in Didaktik) berücksichtigen.

Bei der Ausbildungsgestaltung sind grundsätzlich alle Fortschritte auf dem Gebiet der Didaktik für den psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Unterricht zu nutzen. Die Definition und fortlaufende Weiterentwicklung von Lernzielen und der auf sie zugeschnittenen Lerninhalte, die Aufteilung des Lernprozesses in überschaubare Lernschritte und ihre Festlegung in Lehrplänen gehört ebenso dazu wie der Einsatz moderner Methoden des Lehrens und Lernens (z. B. in Kleingruppen, in Form der programmierten Instruktion) und geeigneten Lehrmaterials, besonders im sog. Medienverbund (z. B. audiovisuelles Anschauungsmaterial in Form von gefilmten Interviews).

8 Ausbildungsforschung

Alle Impulse und Initiativen zur Reform der Bildungsmaßnahmen für die in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufsgruppen werden letztlich nur dann zweckmäßig und wirksam sein, wenn sie mit einer speziell auf die Probleme der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ausgerichteten *Ausbildungsforschung* (besser: Bildungsforschung) verknüpft werden.

Zu den Aufgaben einer solchen Bildungsforschung gehören fortlaufende Erhebungen über vorhandene Aus-, Weiter- und Fortbildungseinrichtungen und -maßnahmen im In- und Ausland, wie sie im Rahmen der Arbeit der Sachverständigen-Kommission nur in geraffter Form durchgeführt werden konnten. Lehrpläne müßten gesammelt, miteinander verglichen und kritisch analysiert werden. Die theoretische Durchdringung des gesammelten Materials sowie die Entwicklung neuer Modellvorstellungen und die Anregung zu Innovationen auf dem Gebiet der Aus-, Weiter- und Fortbildung wären weitere Aufgaben dieser Forschungseinrichtung. Einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit müßte aber die *Evaluation* bilden, d. h. die wissenschaftliche Kontrolle der Ergebnisse von Aus-, Weiter- und Fort-

bildung und ihrer praktischen Auswirkungen sowie die Aufdeckung der Ursachen von Mißerfolgen. Hierfür eignen sich besonders Aus-, Weiter- und Fortbildungsexperimente unter kontrollierten Bedingungen, die an einzelnen Stellen in einzelnen Bereichen durchgeführt werden müßten, bevor in ihren Resultaten schwer vorhersehbare Bildungsreformen großen Stils in Angriff genommen werden. Im Rahmen einer fach- und theorieangemessenen Bildungsforschung muß die Effizienz der verschiedenen Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge fortlaufend kontrolliert und reflektiert werden. Daraus muß sich eine stetige Weiterentwicklung der Lernziele ergeben. Analyse und Vergleich verschiedener Lehrpläne dürfen aber nicht nur unter Effizienzgesichtspunkten durchgeführt werden; sie sind auch zum Zweck einer weiteren didaktischen Schulung der Ausbilder erforderlich. Ansätze hierzu, die sich in einzelnen Universitäten und Weiterbildungsinstitutionen finden, bedürfen entschiedener Förderung. Evaluations-Forschung zur Überprüfung der Wirksamkeit von Bildungsmaßnahmen kann und soll eng verknüpft werden mit der dringend notwendigen Evaluations-Forschung (Effizienz-Überprüfung) der Versorgungsmaßnahmen, der Versorgungseinrichtungen und der therapeutischen Verfahren.

9 Vereinheitlichung der Aus-, Weiter- und Fortbildung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die Bildungsmaßnahmen und Bildungsgänge für alle auf dem Gebiet der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufe sollten innerhalb der Bundesrepublik Deutschland vereinheitlicht werden und sich außerdem an den allgemeinen Rahmenplanungen des Bundes und der Länder orientieren.

Alle Planungen für Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik müssen ausgehen von den gesetzlichen Gegebenheiten auf Landes- und Bundesebene. Wenn es sich aber als notwendig erweist, müssen zur Verbesserung bzw. zur Ermöglichung von Bildungsmaßnahmen gesetzgeberische Initiativen auf Landes- und/oder Bundesebene eingeleitet werden (wie z. B. das in Vorbereitung befindliche sog. Psychologen-Gesetz, das u. a. die Grundlage für die Integration von Psychologen in die psychotherapeutische Versorgung schaffen wird).

Ziel muß eine weitgehende Vereinheitlichung der Bildungsmaßnahmen (einschließlich der Einstiegsvoraussetzungen, der Lehrinhalte und der Qualifikationskriterien) und der daraus resultierenden tariflichen Konsequenzen für die verschiedenen Berufsgruppen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der gesamten Bundesrepublik Deutschland sein.

10 Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung im internationalen Rahmen

Die Entwicklung der für eine Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung notwendigen Bildungsmaßnahmen für alle Berufsgruppen sollte dem *in anderen Ländern* bereits erreichten und empirisch bewährten Standard angepaßt werden. Außerdem sollte die Angleichung an internationale Maßstäbe dazu führen, daß für die Länder der EG die Bildungsgänge soweit vereinheitlicht werden, daß innerhalb dieser Länder ein Personalaustausch nicht an fundamental unterschiedlichen Berufsbildern und Bildungsgängen scheitert. Vor allem sollte dem für die Ausbildungsgestaltung in unserem Lande verantwortlichen Personenkreis das Kennenlernen der Verhältnisse in unseren Nachbarländern (insbesondere Großbritannien, den Niederlanden, der Schweiz und den skandinavischen Staaten) erleichtert werden.

11 Fortbildung

Die Aufgaben der psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Gesundheitsfürsorge und -vorsorge haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich geändert und werden sich auch in Zukunft weiterhin wandeln und differenzieren. Diesen Entwicklungen muß dadurch Rechnung getragen werden, daß

a) alle *Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge* den sich wandelnden Aufgaben und Bedürfnissen fortlaufend angepaßt werden und

b) von vornherein auf die *Fortbildung* besonderes Gewicht gelegt wird.

Selbst wenn es gelingt, den großen Personalbedarf (siehe Kapitel „Personalbedarf") in der Zukunft zu decken, würde die Vernachlässigung dieser Gesichtspunkte die Wirksamkeit aller organisatorischen Reformen der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten beträchtlich schmälern. Im Gesamtbereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kommt der Fortbildung eine besondere Bedeutung zu, weil der tägliche Umgang mit Konflikten und abweichendem Verhalten nur zu bewältigen ist, wenn Austausch- und Supervisionsmöglichkeiten gegeben sind. Fortbildung erschöpft sich hier daher nicht darin, verschüttete Berufskenntnisse wieder verfügbar zu machen und neu zu erwerben.

Die schwierige Situation in vielen Bereichen der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten (wie z. B. in den psychiatrischen Krankenhäusern) resultiert nicht nur aus der personellen Unterbesetzung, sondern vor allem auch aus der *unzureichenden beruflichen Bildung eines großen Teils des Personals*. Eine Änderung dieser Situation lediglich durch eine künftige Verbesserung der Ausbildung erreichen zu wollen, bedeutet weitgehenden Verzicht auf Verbesserung der Situation in überschaubaren Zeiträumen. Deswegen muß es ein vor-

dringliches Ziel sein, für alle bereits jetzt in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen, wirksame berufsbegleitende *Fortbildung* zu organisieren. Vergleicht man den Entwicklungsstand der verschiedenen Stufen der beruflichen Bildung, so zeigt sich, daß im Bereich der Fortbildung gegenüber den Bereichen Aus- und Weiterbildung bei allen Berufsgruppen der größte Nachholbedarf besteht. Dem *Auf- und Ausbau der Fortbildung muß daher im jetzigen Zeitpunkt und auch auf lange Sicht eine gewisse Priorität* zuerkannt werden.

Das wird sich in mehrfacher Hinsicht günstig auswirken:

a) Es wird vermieden, daß die Niveau-Unterschiede zwischen bereits tätigem Personal und dem in Zukunft nach moderneren Richtlinien aus- und weitergebildeten jüngeren Personal hinsichtlich der beruflichen Qualifikation zu kraß werden;

b) die für die Versorgung durch Verbesserung der Ausbildung und Weiterbildung des künftigen Personals erzielten Fortschritte können auf lange Sicht gehalten werden;

c) von einer an der Berufsrealität orientierten differenzierten Fortbildung können wesentliche Einflüsse auf die jeweilige Praxis der Ausbildung und der Weiterbildung ausgehen. Auf diesem Wege bekommen die Durchführung und die Inhalte dieser Bildungsstufen Impulse, die der Berufsrealität entsprechen.

Wenn *Fortbildung* von vornherein in bestimmten Anteilen *berufsübergreifend* organisiert wird, sollte sie in diesem Teil vor allem auch dem „Lernen der Zusammenarbeit" dienen.

12 Zur Verwirklichung der allgemeinen Gesichtspunkte (Zusammenfassung)

Die Verwirklichung dieser allgemeinen Grundsätze setzt eine *Planung unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte* voraus. Derartige Berechnungen werden zweifellos dazu zwingen, Aus- und Weiterbildung nicht möglichst rasch in einzelnen Berufen oder an einzelnen Stellen auf ein überragendes Niveau zu bringen, sondern statt dessen den Aus- und Weiterbildungsstandard gleichzeitig in den verschiedenen einschlägigen Berufssparten und Aus- und Weiterbildungsgängen schrittweise anzuheben und dabei eine breite Streuung des Aus- und Weiterbildungsangebots anzustreben.

Ökonomische Überlegungen werden auch zeigen, wie nachteilig sich womöglich die Anhebung der Einstiegsbedingungen für bestimmte Ausbildungsgänge auf die Bedarfsdeckung im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auswirken könnte, indem durch solche Maßnahmen ein großer Anteil von Interessenten von vornherein ausgeschaltet würde. Man sollte praktische Erfahrung und Bewährung in anderen Berufen unter Umständen höher bewerten als rein schulische Voraussetzungen.

Die *Aus- und Weiterbildungsplanung* (Curriculumplanung) muß in enger Zusammenarbeit zwischen den Aus- und Weiterbildungsinstitutionen, den Versorgungseinrichtungen und ihren Trägern, den Berufsorganisationen und den zuständigen staatlichen und kommunalen Stellen erfolgen. Dabei sind Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung festzulegen und klar gegeneinander abzugrenzen. Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung darf nicht — auch nicht vorübergehend — zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten führen. Diese Gefahr besteht z. B. dann, wenn wachsende zeitliche Inanspruchnahme für Weiterbildungsmaßnahmen zu einer fortschreitenden Reduzierung des Zeitaufwands für die Betreuung der Kranken führt. Es wird erforderlich sein, einzelne der lokalen Ausbildungseinrichtungen zu übergeordneten regionalen Ausbildungszentren zu machen, an denen in Kursen auch das Personal anderer Einrichtungen geschult wird. Insbesondere müßten die Ausbilder hier fachlich und didaktisch auf einen möglichst einheitlichen Standard gebracht werden.

In jeder größeren Aus- bzw. Weiterbildungseinrichtung sollten deshalb Aus- bzw. Weiterbildungsleiter ernannt werden, die einerseits an der Gestaltung solcher Kurse mitwirken bzw. die Teilnahme an ihnen mit organisieren und die andererseits für die Aus- und Weiterbildung in der eigenen Institution verantwortlich sind. Gegebenenfalls wird es auch zweckmäßig sein, daß Vertreter mehrerer Berufsgruppen ein Aus- bzw. Weiterbildungsgremium mit einem hauptverantwortlichen Leiter bilden.

Die Ausbildungsgänge sind so zu gestalten, daß eine rationelle und intensive Ausbildung angeboten werden kann, die es ermöglicht, Berufsbewerber alsbald der Berufsfähigkeit zuzuführen. Das setzt ein weitgefächertes, reiches Angebot an Weiterbildung voraus, durch die zusätzlich erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden können.

Die *finanziellen Auswirkungen* dieser Vorschläge können nur im Zusammenhang mit konkreten Planungen geprüft werden. Es sei aber ausdrücklich darauf hingewiesen, daß bei allen Reformbestrebungen auf dem Gebiet der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten auch die durch Bildungsmaßnahmen anfallenden Kosten in Rechnung gestellt werden müssen.

Schließlich ist besonders darauf hinzuweisen, daß die Qualität der Hilfe, die psychisch Kranken und Behinderten gegeben werden kann, nicht allein abhängt von der Qualifikation der einzelnen im Bereich der Versorgung Tätigen. Sie hängt ebenso ab von einer fortlaufenden Verbesserung der Organisationsstrukturen der Versorgungseinrichtungen. Eine hochqualifizierte berufliche Bildung führt auch zu der Fähigkeit, differenziertere und wirksamere Versorgungseinrichtungen zu schaffen und sie fortlaufend weiterzuentwickeln. Die Planung, Organisation und Fortentwicklung der notwendigen Versorgungseinrichtungen dürfen nicht allein den vom Praxisfeld weit entfernten Träger-Instanzen überantwortet werden.

Vorbemerkungen zu den Kapiteln C.3 und C.4

Die im Kapitel C.2 „Allgemeine Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung" dargestellten Grundsätze müssen erläutert werden. Das geschieht einmal im Kapitel 3 im Hinblick auf die Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten aus einem allgemeinen Blickwinkel heraus; im darauffolgenden Kapitel 4 werden sodann die besonderen Gesichtspunkte der Psychotherapie und Psychosomatik in deren Perspektive erläutert. Diese Darstellung in zwei getrennten Kapiteln nimmt Wiederholungen in Kauf.

C.3 Aus-, Weiter- und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

1 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten

Alle Ärzte, insbesondere alle niedergelassenen Ärzte, bei denen der größte Teil psychisch Kranker erstmals Rat und Hilfe sucht, müssen für die damit verbundenen Aufgaben besser gerüstet werden. Dazu ist eine stärkere Berücksichtigung psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Wissens im Rahmen der Ausbildung des Medizinstudenten und im Rahmen der Weiterbildung vor allem zum Arzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde notwendig. Die Gesamtheit aller Ärzte spielt neben dem Nervenarzt, dem Arzt für Psychiatrie, dem Kinder- und Jugendpsychiater und dem ärztlichen Psychotherapeuten eine wichtige Rolle in der ärztlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

Ziel der Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik während des Medizinstudiums muß es sein zu erreichen, daß in Zukunft *jeder* Arzt in der Lage ist, die wichtigsten psychischen Krankheiten zu erkennen und diejenigen davon selbst zu behandeln, die mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versorgt werden können. Zu diesem Zweck müssen Wissen und therapeutische Kompetenz eines jeden Arztes für das Gebiet der psychischen und psychosomatischen Krankheiten sowie seelischer und geistiger Behinderungen so weit reichen, daß er in der Lage ist, in einem für jeden Patienten individuell festzulegenden Behandlungsplan, somatotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Jeder Arzt muß also beispielsweise einerseits zweckmäßig mit den heute für die Versorgung bestimmter großer Gruppen der psychisch Kranken und Behinderten unentbehrlichen modernen Psychopharmaka umgehen können; er muß andererseits in der Lage sein, das ärztliche Gespräch in seinen psychotherapeutischen Auswirkungsmöglichkeiten zu reflektieren und zu handhaben.

Ziel der Ausbildung ist es fernerhin, daß in Zukunft jeder Arzt dazu befähigt wird, nicht nur bei psychischen Störungen, sondern auch bei allen körperlichen Krankheiten und Störungen deren psychische und soziale Dimension zu erkennen und zu berücksichtigen. Jeder Arzt muß es lernen, sich bei psychischen Krisensituationen angemessen zu verhalten. Aufgrund der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten muß jeder Arzt aber schließlich auch in der Lage sein, zum rechten Zeitpunkt die Grenzen seiner Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen, um dann entscheiden zu können, welcher diagnostischen oder Behandlungseinrichtung psychisch Kranke und Behinderte zuzuführen sind, wenn er deren Störungen nicht mehr diagnostizieren oder behandeln kann.

Somit darf der Unterricht in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der künftigen Ausbildung der Medizinstudenten nicht nur als ein fachspezifischer Unterricht neben dem in anderen Fächern der klinischen Medizin aufgefaßt werden. Die Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik muß dem Studenten mit fachübergreifenden Methoden und Perspektiven vertraut und ihm die Medizin insgesamt bedeutungsvoller machen. Jeder Arzt soll die Methoden der biografischen Anamnestik und der systematischen Bewertungen der Persönlichkeit erlernen und fähig gemacht werden, emotionale Störungen der interpersonalen Beziehungen zu erkennen.

Vorbildungsvoraussetzung für das Medizinstudium ist das Abitur. Wegen der Zulassungsbeschränkungen an den meisten Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland wird zusätzlich das Erreichen eines bestimmten Mindestdurchschnitts der Schulnoten (berechnet aus den Noten *aller* Fächer) gefordert. Gegen das derzeitige Auswahlverfahren ist vieles einzuwenden. Vermutlich haben Schulleistungen nur einen geringen Aussagewert für eine spätere Bewährung in der praktischen Berufsausbildung als Arzt.

Zudem sind für den Arzt Grundkenntnisse in der Biologie, den exakten Naturwissenschaften und in sozialkundlichen Fächern wichtiger als solche auf anderen Gebieten wie z. B. Mathematik und Erdkunde. Wollte man die Zulassung weiterhin vom Erreichen eines bestimmten Notendurchschnitts abhängig machen, so müßte zumindest eine bessere Gewichtung vorgenommen werden. Ein weiterer Vorschlag wäre, den bereits zur Ausbildung zählenden Krankenpflegedienst zur Vorbildungsvoraussetzung zu machen, ihn (auf mindestens drei Monate) zu

verlängern, um auf diese Weise Interessenten Gelegenheit zu geben, ihre Motivation und Eignung noch einmal kritisch zu überprüfen. Dieser Krankenpflegedienst sollte zudem auch vermehrt in Einrichtungen der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung abgeleistet werden.

1.1 Ausbildung

Die *Ausbildung* war bisher durch die Bestallungsordnung für Ärzte von 1953 geregelt. Diese Regelung ist durch die 1970 erlassene *Approbationsordnung für Ärzte* (ÄAppO) ersetzt worden (BGBl. vom 28. Oktober 1970; I, S. 1458). Durch die ÄAppO ist die Ausbildung in Psychiatrie entscheidend erweitert und zu einer Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verbreitert worden. Sie wird an einer Hochschule (an den Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen der Universitäten und an Medizinischen Akademien bzw. Medizinischen Hochschulen) vermittelt.

Die *Lehrinhalte* für die obligatorische psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Ausbildung jedes Medizinstudenten im zweiten klinischen Studienabschnitt werden durch den Prüfungsstoffkatalog (Anlage 16 zur ÄAppO) sowie den Lernzielkatalog und den „Gegenstandskatalog — GK 3 — für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung" des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (Mainz, 1974) bestimmt. Es wird eine ständige Aufgabe sein, diese Kataloge dem jeweils neuesten Stand wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik anzupassen und entsprechend den Notwendigkeiten der Praxis der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter weiterzuentwickeln.

Die neue ÄAppO bildet die Grundlage dafür, daß die bislang einseitig naturwissenschaftlich ausgerichtete Ausbildung der Medizinstudenten jetzt in einem ganz entscheidenden Umfang auch verhaltenswissenschaftlich orientiert ist. Im sog. vorklinischen Studium (vor Ablegen der ärztlichen Vorprüfung) sind die Lehrfächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Prüfungsstoffkatalog: Anlage 10 zur ÄAppO; „Gegenstandskatalog — GK 1 — für die Ärztliche Vorprüfung" des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz, 1973) neben die naturwissenschaftlichen Basisfächer getreten. Im sog. klinischen Studium (nach bestandener ärztlicher Vorprüfung) sollen Psychiatrie sowie Psychotherapie und Psychosomatik im Rahmen des „Nervenheilkundlichen Stoffgebiets" jetzt das ihrer Bedeutung angemessene Gewicht und entsprechenden Raum bekommen.

Die Schaffung von Instituten, Abteilungen, Lehrstühlen und weiteren Hochschullehrer-Positionen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in den Medizinischen Fakultäten und Fachbereichen der Hochschulen ist noch nicht abgeschlossen. Für das Fach Medizinische Psychologie waren 1974 in der Bundesrepublik Deutschland nur an elf Universitäten selbständige Abteilungen vorhanden; das Fach Medizinische Soziologie ist gegenwärtig noch keineswegs an allen Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen institutionalisiert worden. Es ist notwendig, daß die institutionellen und personellen Voraussetzungen für die Ausbildung in diesen beiden Grundlagenfächern an allen Medizinischen Fakultäten und Fachbereichen beschleunigt geschaffen und so ausgebaut werden, daß die Medizinstudenten bereits in den ersten zwei Abschnitten des Studiums (bis zur ärztlichen Vorprüfung) eine hinsichtlich einerseits naturwissenschaftlicher und andererseits verhaltens- sowie sozialwissenschaftlicher Lehrinhalte ausgewogene Ausbildung erfahren. Die Ausbildung in Medizinischer Psychologie und in Medizinischer Soziologie sollte im übrigen von vornherein inhaltlich und von der Durchführung her in interdisziplinärer Zusammenarbeit so gestaltet werden, daß die engen Verknüpfungen dieser beiden Fächer untereinander sowie ihr Verhältnis zu den anderen Fächern der sog. vorklinischen Ausbildung deutlich werden. Vor allem muß der Unterricht in Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie aber bereits auf die spätere sog. klinische Ausbildung (im dritten bis sechsten Ausbildungsjahr nach Ablegen der ärztlichen Vorprüfung) ganz allgemein, insbesondere auf die Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ausgerichtet sein. Für die jetzt sich vollziehende Umgestaltung der Ausbildung der Medizinstudenten im Sinne der ÄAppO liegt hier eine große Chance, die zu Recht beklagte, viel zu starre Grenze zwischen „vorklinischer" und „klinischer" Ausbildung für diesen Bereich der Ausbildung durchlässig zu machen und zu überwinden. Für die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie wurde auf diesem Wege auch die Gefahr gebannt, zu rein abstrakt-theoretischen Lehrfächern reduziert zu werden (s. C.4.2.4).

Die Vorbereitung der künftigen Ärzte, später Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu übernehmen, wird schließlich auch noch durch die entsprechend den Richtlinien der ÄAppO verstärkte Betonung sozialmedizinischer Lehrinhalte verbessert. Das geschieht einmal durch die Ausbildung in Sozialmedizin im Rahmen des „ökologischen Stoffgebiets"; zum anderen sind sozialmedizinische Sachverhalte bereits auch Lehrstoff im ersten klinischen Studienabschnitt im Unterricht über „Allgemeine Krankheitslehre" (vgl. Anlage 13 zur ÄAppO und Gegenstandskatalog GK 2 für den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz, 1973) berücksichtigt; und schließlich werden im Unterricht der verschiedenen klinischen Disziplinen des nicht-operativen, des operativen und des nervenheilkundlichen Stoffgebiets entsprechend den Richtlinien der ÄAppO vermehrt fachbezogene sozialmedizinische Aspekte berücksichtigt.

An den Hochschulen muß jetzt dafür Sorge getragen werden, daß der durch die ÄAppO festgelegte Rahmen der Ausbildung der Medizinstudenten möglichst unverzüglich verwirklicht wird. Erst wenn das geschehen ist, enthält das nach der ÄAppO geregelte Medizinstudium bis zum Abschluß des 2. klinischen Studienabschnitts die notwendigen Voraussetzungen dafür, daß alle Ärzte in Zukunft eine breitere und bessere Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik haben werden, als es bisher der Fall war.

Weiterhin wird sich ein allgemeines Grundprinzip der ÄAppO voraussichtlich förderlich für die Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik auswirken. Die ÄAppO sieht vor, daß neben der bisher vorwiegend theoretisch-wissenschaftlichen Ausbildung der praxisbezogene Unterricht dadurch mehr Gewicht bekommt, daß der obligatorische Kern des klinischen Unterrichts in Zukunft patientenbezogen in Kursgruppen durchgeführt werden soll.

So begrüßenswert diese Regelungen aus der Sicht der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind, so darf dennoch nicht übersehen werden, daß die angestrebte Reform der Unterrichtsgestaltung in verschiedener Hinsicht schwierige Probleme aufwirft.

So ist es zur Zeit noch offen, ob und in welchem Umfang die nach der ÄAppO durchzuführende Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in den Universitätskliniken tatsächlich als „Unterricht am Krankenbett" durchgeführt werden kann. Wahrscheinlich wird sich ein so erhebliches Mißverhältnis zwischen der Zahl der für diesen Unterricht benötigten und der Zahl der hierzu sich bereitfindenden Patienten ergeben, daß es nur in beschränktem Umfang möglich sein wird, patientenbezogenen Unterricht in kleinen Gruppen durchzuführen. Die steigende, jedoch gerade den psychisch Kranken und Behinderten nur in beschränktem Umfang zumutbare Beanspruchung in den psychiatrischen Ausbildungsinstitutionen durch Unterricht kann in vertretbaren Grenzen gehalten werden durch

1. Einbeziehung ambulanter Patienten;
2. Heranziehung von psychiatrischen Krankenhäusern zu Ausbildungsaufgaben;
3. Ausbau audiovisueller Methoden für den Unterricht in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Die Heranziehung der psychiatrischen Krankenhäuser einerseits und die Einbeziehung ambulanter Patienten würde zu einer Verbesserung des Unterrichts deswegen beitragen, weil dann Krankheitsbilder (einerseits von ambulanten Patienten und andererseits von chronisch Kranken) im Unterricht berücksichtigt werden könnten, die bisher im Rahmen der Ausbildung vernachlässigt wurden, obwohl sie unbedingt Gegenstand einer wirklichkeitsgerechten Ausbildung in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sein müssen.

Aus der Umgestaltung der Ausbildung der Medizinstudenten im Sinne der neuen ÄAppO werden schließlich auch einige *Nachteile und Behinderungen* für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik erwachsen:

a) Die bisher üblichen klinischen Famulaturen fallen weg. Nach den neuen Bestimmungen für die *Famulatur* zwischen der ärztlichen Vorprüfung und dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung steht dem Medizinstudenten nur noch in Einzelfällen zu, die Famulatur in einem Arbeitsfeld der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik abzuleisten (z. B. in einer für die Versorgung psychisch Kranker oder Behinderter zuständigen Dienststelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Jugendhilfe, der Sozialhilfe; in einer entsprechenden Einrichtung der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für die Rehabilitation Behinderter; in einer ärztlichen Praxis, an der ein Nervenarzt oder ein Arzt für Psychiatrie beteiligt ist; (s. § 7 der ÄAppO).

   Ein nicht geringer Teil der heute in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik tätigen Ärzte ist hierzu durch die praktische Arbeit während einer Famulatur z. B. in einer psychiatrischen Klinik oder in einem psychiatrischen Krankenhaus motiviert worden. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes ist die Umgestaltung der obligatorischen Famulaturen nach der neuen ÄAppO zu bedauern.

b) Womöglich noch ungünstiger wird sich für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der *Fortfall der Medizinalassistenten-Zeit* auswirken, da die Motivation zu einer Tätigkeit in der Psychiatrie noch häufiger als von Famulaturen von einer Tätigkeit als Medizinalassistent in psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kliniken bzw. Abteilungen und in psychiatrischen Krankenhäusern ausging.

   Daß sich durch diese Neuregelung auch die ohnehin bereits bestehende Personal-Knappheit vor allem an den psychiatrischen Krankenhäusern noch verstärken wird, sei nur am Rande vermerkt.

Einen gewissen, vorläufig aber weitgehend unzureichenden Ausgleich dieser Nachteile bewirkt die Gestaltung des zwölfmonatigen letzten Abschnitts des insgesamt sechsjährigen Medizinstudiums (sog. „Internatsjahr"; s. § 3 der ÄAppO). In diesem letzten Jahr der Ausbildung ist grundsätzlich eine viermonatige Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik möglich. Sie kann jedoch nur abgeleistet werden an einer Universitätsklinik oder an einem der wenigen psychiatrischen Krankenhäuser, die den Status eines akademischen Krankenhauses (Lehrkrankenhaus) haben. Prinzipiell wäre die Ableistung einer viermonatigen praktischen Tätigkeit auch möglich an psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Abteilungen von Krankenanstalten, die nicht Krankenanstalten einer Hochschule sind (s. § 4 der ÄAppO). Derartige Abteilungen bestehen aber nur in einer sehr geringen Zahl; außerdem ist von den Länderverwaltungen die Funktion eines Lehrkrankenhauses bisher nur den Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie der Krankenanstalten übertragen, die für die praktische Ausbildung im letzten Studienjahr herangezogen werden.

Die konkreten Auswirkungen der Einführung des sog. „Internatsjahrs" für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik können erst in den nächsten Jahren beurteilt werden, da das zwölfmonatige Internatsjahr erstmalig zum 1. April 1976 anlaufen soll. Nach Vorausschätzungen, unter Be-

rücksichtigung der bisher an den Universitätskliniken außerhalb des Bereichs der Inneren Medizin und Chirurgie bestehenden Kapazitäten für jeweils viermonatige praktische Ausbildungen, ist zu erwarten, daß allenfalls zwischen 5 % und 10 % der Medizinstudenten diese praktische Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik haben werden.

Zusammengefaßt bedeutet dies folgendes:

In der überwiegenden Zahl aller Institutionen zur stationären Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten wird es in Zukunft nicht mehr möglich sein, Famuli als künftigen Nachwuchs zu motivieren; Medizinalassistenten, die entsprechend motiviert werden können, wird es nicht mehr geben; und an der Durchführung der viermonatigen praktischen Ausbildung der Medizinstudenten im sechsten Ausbildungsjahr ist — nach den bisher getroffenen Regelungen — die Mehrzahl der Institutionen für die Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten nicht beteiligt. Dem Medizinstudenten sind also durch die ÄAppO die relativ leicht zugänglichen „experimentierenden Erfahrungsphasen" in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vor dem Beginn der Weiterbildung weitgehend versperrt worden.

Die Entwicklung psychologischen Denkens, die Fähigkeit, psychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge wahrzunehmen, das Erlernen der Gesprächsführung mit Patienten, die Fähigkeit, sich selbst in der Beziehung zum Patienten zu reflektieren und zu interpretieren, liegen auf einer anderen Ebene als der Erwerb faktischen Sachwissens. Über faktisches Sachwissen kann die neu eingeführte schriftliche Prüfung Aufschluß geben — über die ebenso wichtigen anderen Fähigkeiten jedoch nicht. Die Überbewertung schriftlicher Prüfungen kann dazu führen, daß der Erwerb von Einstellungen, die die Persönlichkeit des Studierenden betreffen, vernachlässigt wird. Der Erwerb dieser Einstellungen und Fähigkeiten muß während der Ausbildung selbst in den Kursen und Praktika im Gruppenunterricht erfolgen und ebenso bewertet werden wie der Erwerb faktischen Sachwissens, über den die schriftlichen Prüfungen Aufschluß geben sollen.

Zusammenfassend gibt die Sachverständigen-Kommission für die *Ausbildung* der Medizinstudenten folgende Empfehlungen:

1. Um die Nachteile der ÄAppO hinsichtlich der Nachwuchs-Motivierung für das Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zumindest teilweise auszugleichen, ist die großzügige Schaffung von Arbeitsplätzen in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern sowie in anderen Institutionen der stationären psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung für Medizinstudenten vorzusehen, auf denen diese ihren zweimonatigen *Krankenpflegedienst* (entsprechend den Bestimmungen der ÄAppO, § 6) ableisten können, auf Wunsch aber auch über diesen Zeitraum hinaus als Pflegekräfte beschäftigt werden können. Erfahrungen mit Ersatzdienstleistenden bestätigen die Zweckmäßigkeit dieser Empfehlung.

2. Für die *Ausbildung in Medizinischer Psychologie* und in *Medizinischer Soziologie* müssen an allen Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen die institutionellen und personellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die Ausbildung der Medizinstudenten im vollen Umfang im Sinne der Bestimmungen der ÄAppO erfolgen kann.

3. An allen Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen müssen *selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Einheiten* (Kliniken, Abteilungen, Lehrstühle) geschaffen werden, damit die Ausbildung der Medizinstudenten modernen Anforderungen entspricht und insbesondere in dem durch die ÄAppO festgelegten „Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie" so durchgeführt werden kann, daß sie den allgemeinen Ausbildungszielen (s. oben) für das Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gerecht wird.

4. Für den *Gruppenunterricht* in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik müssen genügend *Unterrichtsräume* „patientennah" (d. h. in den der Ausbildung dienenden Versorgungseinrichtungen) vorhanden sein. Die Berechnungen über Größe und Zahl dieser Unterrichtsräume müssen alle medizinischen Ausbildungsstätten selbst anstellen. Dabei ist davon auszugehen, daß für den Unterricht in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nur Gruppengrößen bis zu maximal zehn Personen (Studenten + Lehr-Patient + Lehr-Person) vertretbar sind.

   Für den Gruppenunterricht muß ausreichendes Lehrpersonal zur Verfügung stehen. Unter den Hochschullehrern muß eine ausreichende Zahl von klinisch erfahrenen wissenschaftlichen Assistenten am Unterricht in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beteiligt werden. Bei der Berechnung der notwendigen Personalziffern kann von einer Relation von vier bis acht Studenten/ein Assistent ausgegangen werden. Diese Assistenten sollten die Facharztanerkennung besitzen bzw. ihre Weiterbildung zum Psychotherapeuten abgeschlossen haben, damit die notwendige Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie bzw. Psychotherapie gewährleistet ist. Für eine — wahrscheinlich längere — Übergangszeit werden Assistenten auch schon vor Abschluß ihrer Weiterbildung zum Nervenarzt, zum Arzt für Psychiatrie bzw. zum Psychotherapeuten Unterrichtsaufgaben übernehmen müssen. Aufgabe der „Lehr-Assistenten" ist die Supervision der psychiatrischen bzw. psychotherapeutisch/psychosomatischen Untersuchung des Patienten durch die Studenten sowie die kasuistische Vertiefung. Daraus ergibt sich, daß diese Lehr-Assistenten von der Zahl her weder Hochschullehrer sein können noch von der Qualifikation her Hochschullehrer sein müssen.

Es muß aber sichergestellt werden, daß

a) bei der durch neue Hochschulgesetze geregelten Personalstruktur der Universitäten diese Forderung dadurch erfüllt wird, daß für den patientenbezogenen Unterricht geeignete Assistenten der Universität in ausreichender Zahl an den Kliniken auch längerfristig tätig bleiben können;

b) in den extra-universitären Einrichtungen geeignete Assistenten durch angemessene Maßnahmen (einschließlich finanzieller Vergütung) für den patientenbezogenen Unterricht gewonnen werden.

5. Besonders wichtig und vordringlich ist die *Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser* in die Ausbildung zum Arzt. Auch wenn viele psychiatrische Krankenhäuser geografisch zu den Universitätsstädten ungünstig liegen, sollten alle psychiatrischen Krankenhäuser einer psychiatrischen Universitätsklinik zugeordnet und somit am Unterricht in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beteiligt werden. Aufgrund von Vereinbarungen zwischen Kultus- und Gesundheitsverwaltungen sollte gewährleistet sein, daß jede psychiatrische Universitätsklinik auf diesem Wege mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhaus im Rahmen der Ausbildung der Medizinstudenten zusammenarbeitet. Für Ausbildungsstätten mit sehr großen Zahlen von Medizinstudenten wird sich dieser Weg ohnehin als unumgänglich erweisen.

6. Wenn die unter Punkt 5 empfohlene Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser in die ärztliche Ausbildung verwirklicht worden ist, wird in Institutionen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter eine so ausreichende Zahl an Ausbildungsplätzen zur Verfügung stehen, daß durch eine Zusatzbestimmung zur ÄAppO eine *klinische Famulatur* bzw. eine *klinische Tätigkeit im Rahmen des letzten, der praktischen klinischen Ausbildung gewidmeten Studienabschnitts* für *obligatorisch* erklärt werden kann.

1.2 Weiterbildung zum Nervenarzt

Die *Weiterbildung* des approbierten Arztes zum „Nervenarzt" („Arzt für Psychiatrie und Neurologie"; „Arzt für Psychiatrie") sowie zum „Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie" wird nach den von den Landesärztekammern auf Grund der Kammergesetze der Länder erlassenen Berufs- und Weiterbildungsordnungen durchgeführt, die sich weitgehend an der vom Deutschen Ärztetag 1968 beschlossenen Muster-Weiterbildungsordnung orientieren. Mit dem „Musterentwurf eines Landesgesetzes über das Facharztwesen" hat sich die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder 1974 befaßt. Für die gesetzliche Regelung der Weiterbildung sind auf Grund eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Mai 1972 die Landesgesetzgeber selbst zuständig, soweit es sich um den Erlaß „statusbildender Normen" handelt. Die Weiterbildung auf den genannten Gebieten wird durchgeführt im Rahmen praktisch-klinischer Tätigkeit an dafür anerkannten Weiterbildungsstätten (z. B. Universitätskliniken und -polikliniken, psychiatrischen Großkrankenhäusern [Landeskrankenhäuser], psychiatrischen Kliniken).

In Parallele zu den Neuerungen in der Ausbildung, wie sie durch die ÄAppO definiert worden sind, ist auch in den Weiterbildungsordnungen die Notwendigkeit breiterer Grundkenntnisse und praktischer Erfahrungen auf den Gebieten der Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychiatrie festgelegt worden. Das entspricht der grundsätzlichen Erweiterung der traditionellen Aufgaben der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten um Gesundheitsvorsorge und um Erkennung und Behandlung psychischer Krisen, Neurosen und psychosomatischer Erkrankungen in der modernen Psychiatrie.

1.2.1

Um die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten zu verbessern, werden von der Kommission folgende Empfehlungen *hinsichtlich der Weiterbildung von Ärzten zu Ärzten für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben:*

1. Die Zahl der Weiterbildungsplätze an den anerkannten Weiterbildungsstätten muß vergrößert werden.

2. Für die Weiterbildung spielte und spielt auch gegenwärtig noch das Krankengut aus dem Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung die ausschlaggebende Rolle. Die Weiterbildung muß ausgedehnt werden auf den extramuralen Bereich. Die Weiterbildung muß vermehrt auf den Erwerb von Erfahrungen mit ambulanten Patienten in nervenärztlichen Praxen, in ambulanten Diensten an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und in Gesundheitsämtern ausgerichtet werden. Im Rahmen der Weiterbildung müssen mehr als bisher auch Erfahrungen mit psychisch Kranken und Behinderten in halbstationären Diensten (Tages- und Nachtkliniken), in komplementären Diensten (z. B. Übergangsheime, Wohnheime, Tagesstätten, Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte) und in Rehabilitationseinrichtungen erworben werden.

   Schließlich ist auch die Konsiliartätigkeit im nicht-psychiatrischen Bereich in die Weiterbildung einzubeziehen.

3. Unabhängig von der Entwicklung der speziellen Weiterbildung zum Psychotherapeuten (s. C. 4.3.2) muß die Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie und Psychosomatik im Rahmen der Weiterbildung zum Nervenarzt, zum Arzt für Psychiatrie und zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie intensiviert werden. Hierzu

muß ein definierter Teilabschnitt der Weiterbildung schwerpunktmäßig so angelegt werden, daß die Fähigkeit zu psychotherapeutischen Indikationsstellungen sowie zur Durchführung eines psychotherapeutischen Verfahrens erlernt wird. Psychotherapie ist unverzichtbarer, bisher bedauerlicherweise an vielen Weiterbildungsstätten zu sehr vernachlässigter Teil der Weiterbildung. Es muß von den Weiterbildungsstätten dafür Sorge getragen werden, daß im Rahmen der Weiterbildung tatsächlich und verläßlich die Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Psychotherapie und Psychosomatik erworben werden, die in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern gefordert werden. Um das sicherzustellen, wird es auf die Dauer zweckmäßig sein, curriculare Festlegungen mit ausreichender Berücksichtigung psychotherapeutischer Weiterbildungszeit vorzunehmen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde hat hierzu bereits Entwürfe ausgearbeitet und bekanntgegeben. Entsprechende Vorschläge werden von der Deutschen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorbereitet.

4. Die Weiterbildung muß durch „Rotation" über verschiedene Versorgungsbereiche (einschl. psychiatrischer Spezialgebiete wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie) systematisiert werden.

5. Der Erfolg der Weiterbildung muß durch Leistungsnachweise objektivierbar werden.

6. Neben die praktische Tätigkeit in der Weiterbildungszeit müssen Weiterbildungsseminare zur Vermittlung theoretischer Kenntnisse treten. Es wird zweckmäßig sein, diese Weiterbildungsseminare regional koordiniert für mehrere Weiterbildungsstätten zu organisieren, um Unterschiede in der Qualität der Weiterbildung (z. B. zwischen Stadt und Land bzw. Universitätskliniken und psychiatrischen Krankenhäusern) auszugleichen.

7. Die Weiterbildungsprogramme müssen so gestaltet werden, daß mehr Nachwuchs als bisher motiviert wird, eine Weiterbildung zum Psychiater anzustreben.

8. Es muß unbedingt sichergestellt werden, daß die in allen Weiterbildungsordnungen festgelegte obligatorische, mindestens sechsmonatige Weiterbildungszeit in einem psychiatrischen Krankenhaus auch tatsächlich abgeleistet wird. Nur diese ohnehin schon mit einem zeitlichen Minimum angesetzte Tätigkeit gewährleistet eine wenigstens beschränkte Erfahrung in der Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter. Die Facharztanerkennungsausschüsse der Landesärztekammern müssen dafür Sorge tragen, daß bei der Vergabe von Facharztanerkennungen diese Bestimmung der Weiterbildungsordnungen bundeseinheitlich strikt beachtet wird.

1.2.2

Besonders dringend ist die *Forderung* der Weiterbildung zum „Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie". Seit Einführung des Fachgebietes „Kinder- und Jugendpsychiatrie" im Jahre 1969 haben bis zum 1. Januar 1972 nur 124 Ärzte (in der Bundesrepublik Deutschland — ohne Berlin (West)) eine entsprechende Anerkennung erhalten. Inzwischen ist die Zahl zwar auf 173 gestiegen (Stand vom 31. Dezember 1974); es werden jedoch 1 700 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigt, um eine ausreichende Versorgung im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.

Dieser Bedarf kann auf längere Zeit hinaus schon deswegen nicht gedeckt werden, weil die Zahl planmäßiger Arztstellen an den wenigen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, an denen nach den geltenden Bestimmungen eine entsprechende Weiterbildung möglich ist, sehr klein ist.

Deswegen müssen für die Weiterbildung auf dem Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie" noch zusätzliche Empfehlungen ausgesprochen werden:

1. An den Einrichtungen mit Berechtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die gegenwärtig vorhanden sind bzw. in den nächsten fünf Jahren eingerichtet werden, sind zusätzlich zu den nach dem Betten- bzw. Fallzahlschlüssel erforderlichen Arztstellen je nach Größe der Einrichtung, ein bis zwei Stellen für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten. Die Besetzung einer derartigen Stelle ist jeweils auf die vorgeschriebene Weiterbildungszeit zu begrenzen.

   Eine entsprechende Forderung ist für Abteilungen an Hochschulkliniken, die nur so ihren Ausbildungsverpflichtungen und ihrem Weiterbildungsauftrag gerecht werden können, an die Kultusminister der Länder zu richten. Für andere Einrichtungen sind diese Forderungen u. a. an die Innen- oder Sozialminister der Länder zu richten, die nur auf diese Weise die notwendige kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sicherstellen können. Aus den gleichen Gründen sollten die Kultusminister außerdem nachdrücklich aufgefordert werden, die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Hochschulkliniken auf mindestens 30 Betten zu erweitern bzw. — soweit noch nicht vorhanden — Abteilungen mit 30 bis 45 Betten neu einzurichten.

2. Die Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Deutsche Ärztetag müssen aufgefordert werden, sich für eine Handhabung (erforderlichenfalls auch Änderung) der Weiterbildungsvorschriften für den Kinder- und Jugendpsychiater einzusetzen, die es zunächst für die kommenden fünf Jahre ermöglicht, die Weiterbildungszeit bis zur Dauer von einem Jahr an stationären oder ambulanten Einrichtungen abzuleisten, die nicht unter kin-

der- und jugendpsychiatrischer Leitung stehen, sofern in diesen Einrichtungen

a) ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden und

b) diese geleitet werden

— von einem ausschließlich neuropädiatrisch tätigen Facharzt für Kinderkrankheiten oder

— von einem Arzt mit Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie"

— von einem Fachpsychologen für Klinische Psychologie (BDP), sofern diesem ein multidisziplinäres Team von Mitarbeitern zur Verfügung steht.

Diese Ausnahmeregelung darf allerdings nur dann angewandt werden, wenn

a) ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der betreffenden Einrichtung tätig ist oder

b) ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Überwachung der Weiterbildung für die Dauer dieses einen Jahres übernimmt.

In beiden Fällen muß der Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie das Ergebnis und den Erfolg der Weiterbildung zusammen mit dem Leiter der Einrichtung beurteilen und gegenüber der Ärztekammer bescheinigen.

Auf diese Weise kann erreicht werden, daß Fähigkeiten und Kenntnisse, die sonst ausschließlich in einer der wenigen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erworben werden müßten, z. T. auch in anderen Einrichtungen erlangt werden können.

1.3 Die Weiterbildung von Ärzten zu Psychotherapeuten

Die Weiterbildung von Ärzten zu Psychotherapeuten spielt für alle Planungen zur Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken eine besonders wichtige Rolle.

Der Bedarf an Psychotherapeuten ist in allen Bereichen der Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten groß. Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) jedoch nur eine relativ kleine Zahl von Psychotherapeuten (s. A. 4.2.3).

Bei dem großen Bedarf an Psychotherapeuten ist es dringend notwendig, daß vermehrt Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen und klare Regelungen und Richtlinien für die Durchführung auf dem gesamten Gebiet der Weiterbildung zum Psychotherapeuten erlassen werden.

Geregelt ist bisher nur die Weiterbildung zum Erwerb der *Zusatzbezeichnung „Psychotherapie"*. Einheitliche Weiterbildungsinhalte für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie", auf die sich die zuständigen Fachgesellschaften geeinigt haben, werden von den Landesärztekammern als Richtlinien für die Erteilung der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung angesehen. Die Handhabung der Erteilung der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" ist jedoch von Kammerbereich zu Kammerbereich sehr unterschiedlich geblieben (s. C. 4.3.2.1).

Es ist daher erforderlich, daß die Weiterbildungsinhalte bundeseinheitlich festgelegt, Weiterbildungsstätten benannt und Kriterien für die Berechtigung zur Weiterbildung beschrieben werden.

Neben der Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" zu erwerben, führen überwiegend privat organisierte psychotherapeutische Institute Weiterbildungsgänge, insbesondere für Ärzte, aber auch für Psychologen durch, die nach den Richtlinien der DGPPT dazu befähigen, tiefenpsychologisch fundierte und analytisch psychotherapeutische Verfahren durchzuführen. Diese Weiterbildungsgänge vermitteln psychotherapeutische Kenntnisse und Verfahren, die an Umfang und Differenziertheit das zur Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" führende Weiterbildungsangebot erheblich übersteigen. Weiterbildungsgänge für psychotherapeutische Verfahren anderer Art sind im Entstehen.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß es in der jetzigen Situation vordringlich notwendig ist, die psychotherapeutisch/psychosomatischen Kenntnisse und Fähigkeiten *aller* Ärzte durch Intensivierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie und Psychosomatik zu verbreitern und zu verbessern.

Zur Erreichung dieser Ziele führen prinzipiell zwei Wege:

1. Ausbau der Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie",
2. Einführung eines Fachgebietes bzw. Facharztes auf dem Gebiet Psychotherapie/Psychosomatik.

Beide Wege sollten beschritten werden. Die Sachverständigen-Kommission entspricht dem Wunsch der an der Enquete mitwirkenden Psychotherapeuten, auf dem Gebiet Psychotherapie/Psychosomatik einen Facharzttitel bzw. eine Gebietsbezeichnung zu empfehlen (s. C. 4.3.2.2)

Bei der Verwirklichung dieser Empfehlung muß allerdings sichergestellt werden, daß

1. die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" erhalten bleibt, damit ihre bewährte Breitenwirkung nicht verlorengeht;
2. in den Weiterbildungsgängen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Weiterbildungsinhalte und die Qualifikation für Psychotherapie/Psychosomatik integriert bleibt, vertieft und erweitert wird.

1.4 Fortbildung

Zur *Fortbildung* ist der Arzt nach der Berufsordnung für Ärzte verpflichtet. Er kann zwischen verschiedenen Fortbildungsangeboten wählen (z. B. Teilnahme an Fortbildungskongressen, -seminaren und -kursen; Literatur-Studium; Besuche von oder

vorübergehende Gasttätigkeiten an bestimmten Modelleinrichtungen). Ein bestimmter Nachweis der Teilnahme an der Fortbildung oder gar des Erfolgs der Fortbildung ist nicht vorgeschrieben.

Die Sachverständigen-Kommission spricht für den Aufbau und Ausbau der ärztlichen Fortbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik folgende *Empfehlungen* aus:

1. Es müssen Verfahren entwickelt werden, die sicherstellen, daß die praktisch wichtigen Ergebnisse moderner Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik über die Träger der ärztlichen Fortbildung (Ärztekammern, ärztliche Gesellschaften und Vereine) in geeigneter Weise an die Ärzte, in erster Linie an die Ärzte für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin, Frauenheilkunde und Kinderheilkunde herangebracht und von diesen auch verwertet werden.
2. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Fortbildung der in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Ärzte durch zeitweilige klinische Tätigkeit zu intensivieren, um dadurch gleichzeitig auch Aspekte der ambulanten Versorgung in die bisher vorwiegend von klinischen Institutionen getragene psychiatrische Weiterbildung einzubringen.
3. Es ist generell anzustreben, daß im Rahmen regionalisierter Fortbildung jeder Psychiater und jeder Psychotherapeut an kontinuierlichen, auf die jeweilige Praxis bezogenen Fortbildungsveranstaltungen (insbesondere an Fallbesprechungsgruppen) teilnimmt. Für die Fortbildung auf psychotherapeutisch-psychosomatischem Gebiet kann nachdrücklich die sog. BALINT-Gruppen-Arbeit als eine bewährte Methode der Supervision täglicher Praxisarbeit in Gruppen empfohlen werden.

2 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychologen

Psychologen können im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Aufgaben in der *Diagnostik* und der *Therapie* sowie in der *Forschung* übernehmen. Darüber hinaus können Psychologen tätig sein in der *Aus-, Weiter- und Fortbildung* der verschiedenen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Berufsgruppen.

2.1 Ausbildung

Die *Ausbildung* zum Psychologen erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) an den Hochschulen. Studienabschluß ist die Diplom-Hauptprüfung. Die Kultusminister-Konferenz hat 1973 eine Rahmenprüfungsordnung für Diplom-Psychologen verabschiedet, die es dem Studierenden ermöglicht, nach dem Vor-Diplom ein Schwerpunktstudium durchzuführen. Schon während des Studiums ist damit eine Spezialisierung in den Grundlagenfächern, in der Methodik und in der Anwendung möglich. Die psychologischen Institute haben inzwischen begonnen, aufgrund der Rahmenrichtlinien Studienpläne zu entwickeln. Damit sind auch Entscheidungen über Ausbildungsschwerpunkte verknüpft. Es wird geschätzt, daß sich etwa 60 % der Studierenden der Psychologie für Ausbildungsschwerpunkte im Bereich der Klinischen Psychologie entscheiden werden. Unabhängig vom Ausbildungsschwerpunkt erfolgt mit der Diplomprüfung die Qualifikation zum Diplom-Psychologen. Das bedeutet, daß ein Diplom-Psychologe, der nach dem Vordiplom das Schwerpunktstudium Klinische Psychologie durchlaufen hat, *nicht* die Qualifikation für die Tätigkeit als Klinischer Psychologe besitzt. Die Qualifikation sollte in Zukunft das erfolgreiche Durchlaufen einer festumrissenen Zusatzausbildung zur Voraussetzung haben (s. unten). Unabhängig von einer solchen Zusatzausbildung ist jedoch der Ausbau von Ausbildungspraktika während des Studiums dringend wünschenswert. Solche Praxiserfahrungen im künftigen Berufsfeld sind besonders zweckmäßig für Studierende der Psychologie mit dem Schwerpunkt-Studium „Klinische Psychologie", zumal dann, wenn nach dem Diplomexamen eine entsprechende Zusatzausbildung angestrebt wird. Um diesen Praxisbezug während der Ausbildung zum Diplom-Psychologen herzustellen, werden die Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker Ausbildungsaufgaben in Zusammenarbeit mit den psychologischen Instituten der Hochschulen zu übernehmen haben.

2.2 Zusatzausbildung

Die *Zusatzausbildung* von Diplom-Psychologen zu Psychologen (Fachpsychologen) für klinische Psychologie (s. C. 4.3.3) wird im Rahmen eines Gesetzes über den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten geregelt werden. Durch ein solches Gesetz können die so ausgebildeten Klinischen Psychologen als Heilberuf anerkannt werden, zu dem der Abschluß des Psychologiestudiums mit dem Diplom allein noch nicht berechtigt.

Die Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) hat 1973 eine Informationsschrift über Berufsbild und Weiterbildung des Klinischen Psychologen vorgelegt, die in Verbindung mit den von einer Kommission der Bundesärztekammer „Nicht-ärztliche Psychotherapie" erarbeiteten Unterlagen und Vorschlägen bei den Vorbereitungen für einen federführend vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit auszuarbeitenden Entwurf für ein entsprechendes Gesetz herangezogen werden. Dieses Gesetz soll die eigenverantwortliche therapeutische Tätigkeit von Klinischen Psychologen ermöglichen.

Wenn bei psychisch Kranken eine psychologische Behandlung indiziert erscheint, muß diese Indikation durch eine ärztliche Untersuchung erhärtet und verantwortlich abgesichert werden.

Die zusätzliche Ausbildung zum Psychologen (Fachpsychologe) für Klinische Psychologie mit der Berechtigung als nicht-ärztlicher Psychotherapeut tätig zu sein, sollte in vier Abschnitten bzw. inhaltlichen Bereichen erfolgen:

1. Grundlagen,
2. Klinisch-psychologische Diagnostik,
3. psychologische Behandlung,
4. Berufspraxis.

Hierzu liegen bereits Lernzielbestimmungen von seiten der psychologischen Fachverbände vor.

Die Zusatzausbildung soll einen Zeitraum von vier Jahren nicht unterschreiten. Davon sollte mindestens ein Jahr in einer stationären Einrichtung zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter abgeleistet werden. Die Sachverständigen-Kommission hält es für dringend erforderlich, daß über das eine Jahr in einer stationären Versorgungseinrichtung hinaus noch ein weiteres Jahr an einer Versorgungseinrichtung für psychisch Kranke absolviert wird.

Die Berechtigung, psychologische (psychotherapeutische) Behandlungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung durchzuführen, kann der Psychologe zur Zeit nur auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie erwerben. Gegenwärtig gibt es in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) etwa 200 Diplom-Psychologen, die eine Weiterbildung zum psychoanalytischen Psychotherapeuten entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) in gleicher Weise wie Ärzte absolviert haben. Es müssen Richtlinien entwickelt werden, die es ermöglichen, daß diese Berechtigung auch durch die Ausbildung in anderen psychotherapeutischen Verfahren — wie z. B. Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie — erworben werden kann.

Die Erfahrungen mit dem Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz durch Psychologen an den von der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) anerkannten Weiterbildungsinstituten zeigen, daß für den Bereich „Psychologische Behandlung" im Rahmen der Zusatzausbildung zum Psychologen (Fachpsychologe) für Klinische Psychologie ein Zeitraum von mindestens vier Jahren vorgesehen werden muß.

Unabhängig davon, daß die Kompetenz im Bereich „Psychologische Behandlung" auf dem Gebiet der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie oder der Gesprächstherapie erworben wird, muß gewährleistet sein, daß die psychotherapeutische Kompetenz aller Klinischen Psychologen ein vergleichbares Niveau hat.

Das zu erwartende Gesetz über den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten muß auch diese Gesichtspunkte berücksichtigen, damit die angestrebte Vergrößerung psychotherapeutischer Kapazität von vornherein auf einem Niveau vollzogen wird, das für die Versorgung psychisch Kranker zu fordern ist.

Durch dieses Gesetz muß schließlich auch die rechtliche Grundlage für die künftige Zusammenarbeit zwischen dem psychotherapeutisch tätigen Psychologen und dem Arzt präzisiert werden. Diese Kooperation ist für die Versorgung psychisch Kranker unerläßlich, sollte aber nicht mehr in Form des bisher (im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung) geübten „Delegationsverfahrens" praktiziert werden. An die Stelle des „Delegationsverfahrens" sollte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ein präzise definiertes wechselseitiges „Zuweisungsverfahren" zwischen Ärzten und psychotherapeutisch arbeitenden Psychologen (Fachpsychologen) für Klinische Psychologie treten, durch das die jeweiligen Verantwortungsbereiche genau festgelegt werden. Voraussetzung hierfür ist die gesetzliche Festlegung der Zusatzausbildung zum Klinischen Psychologen.

2.3 Fortbildung

Die in absehbarer Zeit zu erwartende, begrüßenswerte Anerkennung des Psychologen (Fachpsychologen) für Klinische Psychologie als Heilberuf beinhaltet die Verpflichtung zur *Fortbildung* im gleichen Maße, wie sie für den Arzt besteht. Über die Fortbildung liegen bisher noch keine Empfehlungen von seiten der Fachverbände vor. Sie sollte von vornherein ähnlich wie die der Ärzte gestaltet werden. Hinsichtlich der Fortbildung auf psychotherapeutischem Gebiet kann die Fortbildung der Klinischen Psychologen koordiniert werden mit der Fortbildung psychotherapeutisch tätiger Ärzte (s. C. 4.5).

3 Aus-, Weiter- und Fortbildung der Krankenpflegeberufe

In modernen Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß das Krankenpflegepersonal neue und differenzierte Aufgaben übernehmen können. Im Hinblick auf dieses Ziel sind in den letzten Jahren an einigen Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik Deutschland Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal erprobt worden, die zu größerer Kompetenz im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker führen. Außerdem sind verschiedene Vorschläge (z. B. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)) gemacht worden, um Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal so vorzubereiten und zu entwickeln, daß sie ohne Bruch in die zu erwartende Neuregelung des Krankenpflegegesetzes übergeleitet werden können. Die Länder haben eine „Rahmenordnung für die Weiterbildung in den verschiedenen Fachrichtungen der Krankenpflege" ausgearbeitet.

Vorbildungsvoraussetzungen sollten sein

a) für die Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger ein mittlerer Bildungsabschluß nach mindestens zehnjähriger Schulbildung;

b) für die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe die Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht, ohne daß es eines mittleren Bildungsabschlusses bedarf.

Die beruflichen Bildungsmaßnahmen für Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Psychiatrie sollen sich gliedern in eine dreijährige Ausbildung (s. C. 3.3.1) und eine hierauf aufbauende Weiterbildungsmöglichkeit von einem Jahr (s. C. 3.3.2) oder von zwei Jahren (s. C. 3.3.3).

Die beruflichen Bildungsmaßnahmen für Krankenpflegehelfer sollten eine einjährige Ausbildung umfassen, an die sich eine ebenfalls einjährige Weiterbildung zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer" anschließen kann (s. C. 3.3.4).

Bei der zu erwartenden Neuordnung der Ausbildungsstätten muß darauf geachtet werden, daß es zu einer sachgerechten regionalen Verteilung dieser Einrichtungen kommt.

3.1 Ausbildung zur „Krankenschwester (Psychiatrie)" und zum „Krankenpfleger (Psychiatrie)"

Die DKG bezeichnet in ihrem „Strukturplan für die Neuordnung der beruflichen Bildung in der Krankenpflege" vom 11. Dezember 1973 als vornehmliches Ziel der beruflichen Bildungsmaßnahmen, neben der Vermittlung medizinischer und technischer Kenntnisse und Fähigkeiten, vor allem die Motivation und Befähigung für den unmittelbaren Umgang mit Patienten. Dieses Ziel und die gleichzeitig vorgebrachten Forderungen, einerseits das Fach Psychiatrie in Theorie und Praxis als Hauptfach gleichgewichtig neben die Fächer Innere Medizin und Chirurgie zu stellen und andererseits im Rahmen der Bildungsmaßnahmen der Fächergruppe „Psychologische Medizin" besondere Bedeutung zuzuerkennen, müssen nachdrücklich unterstützt werden.

Es ist zu erwarten, daß eine Verwirklichung dieser Forderungen einen größeren Teil des in Ausbildung befindlichen Krankenpflegepersonals zu einer Tätigkeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter motiviert. Diese Entwicklung kann noch dadurch gefördert werden, daß im Rahmen der dreijährigen Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger im dritten Jahr eine schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie ermöglicht wird. Die erste berufliche Qualifikation nach dreijähriger Ausbildung durch das Krankenpflegeexamen sollte dann — sofern das dritte Jahr der Ausbildung schwerpunktmäßig auf dem Gebiet der Psychiatrie abgeleistet wurde — dazu berechtigen, die Berufsbezeichnung „Krankenschwester (Psychiatrie)" bzw. „Krankenpfleger (Psychiatrie)" zu führen. Die Absolvierung des dritten Jahres der Ausbildung in der Psychiatrie bedeutet jedoch keine Einschränkung für irgendeinen Bereich der Krankenpflege (mit Ausnahme der Kinderkrankenpflege), so daß nach Ableistung des dritten Ausbildungsjahres in der Psychiatrie und bestandenem Krankenpflegeexamen natürlich auch die Berufsbezeichnung „Krankenschwester" bzw. „Krankenpfleger" ohne weiteren Zusatz geführt werden dürfte.

Auf jeden Fall muß vermieden werden, daß die Tätigkeit als Krankenpflegeschüler in einem psychiatrischen Krankenhaus die Motivation, später auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu arbeiten, schmälert oder womöglich aufhebt. Das ist z. Zt. jedoch immer wieder festzustellen, da die Krankenpflegeschüler ihren Status und ihre Ausbildung in psychiatrischen Krankenhäusern oft als unbefriedigend empfinden. Sie werden häufig vorwiegend als Arbeitskräfte eingesetzt, wodurch ihre gezielte Ausbildung mehr oder minder weitgehend beeinträchtigt wird. Es ist dem Status der Krankenpflegeschüler nicht dienlich und der systematischen Ausbildung durchaus abträglich, wenn Krankenpflegeschüler auf regulären Planstellen psychiatrischer Krankenhäuser eingesetzt werden.

Sicherung des Status der Krankenpflegeschüler, Regelung ihres Einsatzes in praktischer Tätigkeit, ausreichende theoretische Ausbildung sowie systematische Anleitung bei ihrer praktischen Tätigkeit müssen mit Nachdruck gefordert werden.

3.2 Weiterbildung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie"

Krankenschwestern und Krankenpflegern sollten nach einer mindestens zweijährigen praktischen Berufstätigkeit (davon mindestens sechs Monate im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) nach Abschluß der Ausbildung die Möglichkeit zu einer berufsbegleitenden einjährigen Weiterbildung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" offenstehen. Diese Möglichkeit zu einer zweiten beruflichen Qualifikation wird auch von der DKG gefordert und für die Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, Gemeindearbeit und Psychiatrie vorgeschlagen. Die Vorstellungen der Länder für die Weiterbildung in den verschiedenen Fachrichtungen der Krankenpflege sieht zwei Formen der Weiterbildung vor:

a) einjähriger Vollzeitunterricht oder

b) zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung.

Die Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß die Weiterbildung in der Psychiatrie in jedem Falle berufsbegleitend durchgeführt werden sollte und hält es außerdem für vertretbar, diese berufsbegleitende Weiterbildung auf eine einjährige bis eineinhalbjährige Dauer zu beschränken.

Die zweite berufliche Qualifizierung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" soll in erster Linie im Rahmen der institutionalisierten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zur Ausübung der Krankenpflege in einem größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich befähigen.

Die Absolvierung dieser Weiterbildung soll die Voraussetzung bilden für die Übernahme besonders

verantwortungsvoller Aufgaben im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker (z. B. krankenpflegerische Leitung einer psychiatrischen Station, Praxisanleitung von Krankenpflegeschülern, Leitung von Patienten-Clubs und Patienten-Wohnheimen).

Die Sachverständigen-Kommission hält es für zweckmäßig, die von der DKG vorgelegten Vorschläge für vier verschiedene Weiterbildungsgänge von vornherein zu ergänzen durch die Schaffung eines fünften Weiterbildungsganges auf dem Gebiet der Geriatrie (einjähriger Weiterbildungsgang zur „Fachkrankenschwester für Geriatrie" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Geriatrie"). Im Zusammenhang mit dieser Empfehlung sollte erwogen werden, in der Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger das dritte Ausbildungsjahr schwerpunktmäßig auch auf dem Gebiet der Geriatrie zu ermöglichen.

Empfehlungen

Um die berufsbegleitenden Weiterbildungsmöglichkeiten zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie möglichst bald wirkungsvoll realisieren zu können, werden für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychomatik folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Klinische psychiatrische Versorgungseinrichtungen sollten sich regional zum Zweck der Organisation und Durchführung von Weiterbildungslehrgängen zusammenschließen. In jedem Bundesland sollte bis 1980 mindestens eine Weiterbildungsstätte errichtet werden.
2. Die Weiterbildung muß so organisiert werden, daß durch den theoretischen und praktischen Unterricht (in Blockform) die praktische Tätigkeit (ganztägige praktische Weiterbildung unter Anleitung) nicht über das notwendige Maß hinaus beeinträchtigt wird.
3. Über alle bestehenden und geplanten Möglichkeiten der Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie sollte in allen Zeitschriften der Krankenpflege fortlaufend informiert werden.
4. Die Länder sollten Regelungen für die staatliche Anerkennung der Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie nach den Richtlinien der DKG vom 11. Dezember 1973 treffen.
5. Die zweite berufliche Qualifizierung durch eine erfolgreiche Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie muß berufliche Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen, die auch mit finanzieller Besserstellung verknüpft sein sollten. Im 24. Tarifänderungs-Vertrag zum BAT sind solche Höhergruppierungsmöglichkeiten bereits festgelegt worden. Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern in Beamtenstellungen müßte nach Absolvierung der Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie eine den Tarifverbesserungen im Rahmen des BAT vergleichbare Zulage zum Gehalt gegeben werden.

3.3 Weiterbildung zur „Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" bzw. zum „Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik"

Es sind Überlegungen angestellt worden, für Krankenschwestern und Krankenpfleger (neben den vier von der DKG empfohlenen — s. oben: Kapitel C. 3.3.2 — und dem zusätzlichen von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen fünften Weiterbildungsgang für Geriatrie) noch einen weiteren sechsten speziellen Weiterbildungsgang für Psychotherapie und Psychosomatik zu schaffen.

Damit es auf dem Gebiet der Krankenpflege im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter jedoch nicht zu weitgehenden Spezialisierungen und den damit verknüpften Aufsplitterungsgefahren kommt, ist es vorzuziehen, für die Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten zwei aufeinander aufbauende Weiterbildungsgänge vorzuschlagen, die nach einer mindestens einjährigen praktischen Berufstätigkeit begonnen werden können. Eine einjährige Weiterbildung führt zu der Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester bzw. Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" (s. C. 3.3.2), die zweijährige Weiterbildung zur Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester bzw. Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik".

Wenn auch die Gefahr nicht übersehen werden darf, daß es durch die Schaffung dieser zweijährigen erweiterten Weiterbildung zu einem gewissen Pflegepersonalverlust, vor allem in den psychiatrischen Krankenhäusern kommen kann, so ist andererseits doch auch anzuerkennen, daß die besonderen Aufgabenstellungen psychotherapeutisch/psychosomatischer Kliniken es wünschenswert machen, für diese Institutionen möglichst speziell weitergebildetes Pflegepersonal zur Verfügung zu haben. Diese speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten sollen im zweiten Weiterbildungsjahr vermittelt werden. In diesem zweiten Jahr der Weiterbildung soll zum Weiterbildungsprogramm die Teilnahme an einem Selbsterfahrungsprozeß und die Vermittlung des Grundverständnisses für die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Konflikten und Krankheitsvorgängen- bzw. Symptomen sowie von speziellen Techniken der Gesprächsführung gehören.

3.4 Berufliche Bildungsmaßnahmen für Krankenpflegehelfer

Der Anteil der Krankenpflegehelfer an der Gesamtheit des Krankenpflegepersonals ist in den Institutionen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hoch. 1971 waren in der Bundesrepublik Deutschland 17,6 % des gesamten Pflegepersonals

in den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen Krankenpflegehelfer bzw. -helferinnen.

Diese Gruppe des Krankenpflegepersonals ist außerordentlich inhomogen hinsichtlich Alter, beruflicher Bildung, Laufbahnwünschen und Lernfähigkeit; sie setzt sich zusammen aus

a) Personen, die die dreijährige Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger abgebrochen haben;

b) Personen, die im mittleren oder höheren Lebensalter nach anderen beruflichen Tätigkeiten einen therapeutischen Zweitberuf ausüben wollen, ohne eine langfristige Ausbildung durchlaufen zu müssen. Oft wird dieser Zweitberuf ausgeübt neben der Fortführung z. B. der Arbeit im Haushalt oder in der Landwirtschaft.

Die Situation dieser Berufsgruppe ist gekennzeichnet durch schlechte Aufstiegschancen und — im Vergleich zu den Krankenschwestern und Krankenpflegern — schlechte Bezahlung. Wenn auch die geringere Bezahlung wegen der unterschiedlichen Qualifikation von Krankenschwestern und Krankenpflegern einerseits sowie Krankenpflegehelfern andererseits voll gerechtfertigt ist, entsteht doch Unzufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit beim Krankenpflegehelfer-Personal deswegen, weil sie ihr Tätigkeitsfeld und ihren Verantwortungsbereich gerade in Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte als gleichartig mit dem der Krankenschwestern und Krankenpfleger erleben.

Dadurch ist die Berufsmotivation bei Krankenpflegehelfern gering. Wie eine in Verbindung mit der Arbeit der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Untersuchung ergeben hat, betrachten Krankenpflegehelfer in Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte die „Beaufsichtigung" der Patienten als ihre Hauptaufgabe.

Abhilfe kann geschaffen werden, wenn folgende *Empfehlungen* verwirklicht werden:

a) Die beruflichen Bildungsmaßnahmen für Krankenpflegehelfer werden in jeweils einjährige Aus- und Weiterbildungsgänge gegliedert.

b) Die einjährige Ausbildung für Krankenpflegehelfer wird in einer klinischen Versorgungseinrichtung für psychisch Kranke mit einem klar umrissenen, *praxisorientierten und psychiatriespezifischen Konzept* durchgeführt (s. C. 3.3.4). Auf diese Weise qualifiziert bereits die einjährige Ausbildung zur Übernahme bestimmter Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker.

c) Aufbauend auf der einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer kann eine einjährige berufsbegleitende Weiterbildung zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer" abgeleistet werden. Die erfolgreiche Absolvierung dieser Weiterbildung soll den Kompetenzbereich der Krankenpflegehelfer in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vergrößern, Voraussetzung für bessere Bezahlung bieten und Aufstiegschancen eröffnen. Hierzu gehört — wie auch schon die DKG empfohlen hat — die gesetzliche Regelung der Möglichkeit, aufgrund der Qualifikation zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer" den Anschluß zu finden an die Ausbildung in der Krankenpflege.

3.5 Lehrinhalte

Die *Lehrinhalte* für die Gebiete der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für die verschiedenen Aus- und Weiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal und psychiatrisch-psychotherapeutisches Fach-Krankenpflegepersonal müssen neu definiert werden, wenn die organisatorischen Vorbedingungen für die Strukturierung der Bildungsmaßnahmen entsprechend den Empfehlungen in den Kapiteln C. 3.3.1 bis C. 3.3.4 gesetzlich geregelt worden sind.

Lehrpläne für die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester und zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie liegen im Entwurf bereits vor (z. B. im Strukturplan der DKG vom 11. Dezember 1973, der hinsichtlich des Lehrplans auf eine Empfehlung der DKG vom 25. Mai 1971 zurückgeht). Besonderer Wert ist zu legen auf die Vermittlung der Fähigkeit zum unmittelbaren Umgang mit psychisch Kranken und Behinderten.

Der theoretische und praktische Unterricht in den Ausbildungs- und Weiterbildungsabschnitten aller Krankenpflegeberufe muß neben den medizinischen und pflegerischen Lehrinhalten in vermehrtem Maße auch sozialwissenschaftliche Grundlagen berücksichtigen. Lehrpläne für die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester und zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik müssen — aufbauend auf den zuvor erwähnten Lehrplänen — entwickelt werden.

3.6 Fortbildung

Dringend zu fordern ist der großzügige Ausbau der *Fortbildung* für das gesamte Krankenpflegepersonal.

Gerade beim Krankenpflegepersonal, das in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig ist, ist fortlaufende Fortbildung (unter Einschluß praktischer Selbsterfahrung) unbedingt notwendig. Nur der Ausbau der — teilweise auch überregional zu organisierenden — Fortbildung eröffnet die Möglichkeit, die bestehenden Niveau-Unterschiede hinsichtlich der Kompetenz in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bei den verschiedenen Krankenpflegeberufen wenigstens in gewissem Umfang auszugleichen.

Besonders wichtig ist die Entwicklung von Fortbildungsgängen für die z. Z. noch große Zahl von nicht ausgebildeten Mitarbeitern (Krankenhauspflegehilfspersonal). Diese Gruppe macht bei allen in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogenen Einrichtungen immerhin 22,2 % aus.

4 Aus-, Weiter- und Fortbildung der Sozialarbeiter

Für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hat die Sozialarbeit eine wachsende Bedeutung bekommen. Der Sozialarbeiter ist wichtiger Vermittler zwischen Behandlungsbereich und Umwelt der psychisch Kranken und Behinderten (Familie, Arbeitsplatz, Freizeitbereich). Diese Position in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist die Voraussetzung dafür, daß der Sozialarbeiter einerseits im Bereich der Früherkennung und Prävention psychischer Störungen tätig wird; unentbehrlich ist der Sozialarbeiter andererseits für die Bewältigung aller Aufgaben der Nachsorge und Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Es gibt heute keinen Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mehr, für den nicht die Mitarbeit von Sozialarbeitern zweckmäßig ist und gefordert wird.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher nachdrücklich in allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter eine ausreichende Zahl von Positionen für Sozialarbeiter zu schaffen. (Diese Forderung steht nicht im Widerspruch dazu, daß in vielen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit im Rahmen der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten Stellen für Sozialarbeiter z. Z. nicht besetzt werden können).

Die immer stärkere Einbeziehung von Sozialarbeitern in die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wird sich nur dann in vollem Umfang günstig auswirken können, wenn gleichzeitig mit der Stellenvermehrung die Aufgaben des Sozialarbeiters im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter klar definiert werden und im Zusammenhang hiermit die Aus-, Weiter- und Fortbildung verbessert wird.

Die *Ausbildung* von Sozialarbeitern findet an 48 Fachhochschulen bzw. Fachbereichen für Sozialwesen von Gesamthochschulen statt; davon sind 31 in staatlicher, 17 in freier Trägerschaft. Nach den Umwandlungen von Höheren Fachhochschulen zu Fachhochschulen für Sozialwesen ist die Ausbildungskapazität wesentlich angestiegen. Seit dem Wintersemester 1969 haben sich die Jahrgangsstärken bis zum Jahre 1972 annähernd vervierfacht. Die Studentenzahlen liegen jetzt bei ca. 400 Studenten pro Fachhochschule bzw. Fachbereich.

Vorbildungsvoraussetzung ist die Fachhochschulreife (in der Regel: Abschluß der 12. Klasse einer Fachoberschule bzw. Abitur). Für fast alle Fachhochschulen bzw. Fachbereiche besteht für die Zulassung zur Ausbildung in der Fachrichtung „Sozialarbeit" ein Numerus clausus.

Die *Dauer der Ausbildung* beträgt vier Jahre, die entweder als eine einphasige Ausbildung (integrierte Praktika zwischen einzelnen Studienabschnitten) oder als zweiphasige Ausbildung (dreijähriges Studium mit anschließendem einjährigen Berufspraktikum) durchgeführt wird. Die Ausbildung wird durch die Fachhochschulgesetze der Länder geregelt.

Die *Inhalte* der Ausbildung zum Sozialarbeiter sind bisher noch zu wenig auf künftige Tätigkeiten in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ausgerichtet. Schwergewicht in der Ausbildung haben bislang die Inhalte, die sich an künftigen Arbeitsfeldern in der Pädagogik und Sozialpädagogik orientieren. Das hat zur Folge, daß die Mehrzahl der Studenten der Sozialarbeit Tätigkeiten in pädagogischen Berufsbereichen anstreben. Im Lehrkörper von Fachhochschulen für Sozialarbeit bzw. in den entsprechenden Fachbereichen von Gesamthochschulen sind bisher Lehrkräfte mit medizinischer, insbesondere mit psychiatrischer Ausbildung unterrepräsentiert. Diese Lehrkräfte gehören außerdem zumeist nicht hauptamtlich zum Lehrkörper der Ausbildungsinstitutionen, sondern haben lediglich den Status von Lehrbeauftragten. Um in Zukunft das Lehrangebot für den Gesamtbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an den Fachhochschulen bzw. an den Fachbereichen für Sozialarbeit zu erweitern und zu verbessern, müssen die hierfür notwendigen personellen Voraussetzungen geschaffen und die Studienpläne geändert werden. Die Studienpläne müssen so gestaltet werden, daß in Zukunft *jeder* Sozialarbeiter während seiner Ausbildung grundlegende und hinreichende Kenntnisse über die biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen und Bedingungen der Gesundheit im allgemeinen, über psychische Krankheiten und Behinderungen sowie über deren soziale Auswirkungen und soziale Bedingtheit erwirbt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Bereich der Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter, den Betreuungsformen für seelisch und geistig dauernd Behinderte, der Gerontopsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Vermittlung von Basiskenntnissen in den Methoden des Umgangs mit Alkoholkranken und sonstigen Suchtkranken zu. Bei der Bildung von *Schwerpunktbereichen* während der Ausbildung, wie sie für das Studium der Sozialarbeit nach dem ersten Jahr des Grund- oder Basisstudiums im Rahmen des zwei- bis dreijährigen Hauptstudiums vorgesehen sind, sollten vermehrt Möglichkeiten im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter geschaffen werden. Hierbei muß eine enge Verflechtung theoretischer Stoffvermittlung und praktischer Mitarbeit gewährleistet sein. Für die Supervision des praktischen Teils von Projektarbeiten müssen von den Fachhochschulen bzw. Fachbereichen für Sozialarbeit haupt- oder nebenamtlich tätige Sozialarbeiter eingesetzt werden, die längere praktische Berufserfahrungen in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter besitzen. Die theoretische Stoffvermittlung in einem Schwerpunktbereich Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik muß vor allem die für den Sozialarbeiter besonders notwendigen Kenntnisse berücksichtigen. Der Abschluß der Ausbildung soll dem Sozialarbeiter trotz der Schwerpunktausbildung die Voraussetzung für Tätigkeiten in *allen* Arbeitsfeldern der Sozialarbeit vermitteln.

In allen Bereichen und an allen Institutionen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß eine ausreichende Zahl von Praktikumsplätzen

für die in der Ausbildung befindlichen Studenten der Sozialarbeit geschaffen werden (Praktikumsplätze für die zwischen den einzelnen Studienabschnitten liegenden integrierten Ausbildungspraktika, für das einjährige Berufspraktikum sowie für studienbegleitende Praxiseinsätze im Rahmen von Projekten während der Schwerpunktausbildung).

Von dieser Umgestaltung und Erweiterung der Ausbildung der Sozialarbeiter ist zu erwarten, daß die Motivation der Studenten der Sozialarbeit verbessert wird, sich später einer Tätigkeit im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zuzuwenden.

Bisher interessieren sich überhaupt nur 10 % der Studenten der Sozialarbeit während der Ausbildung für das Gesundheitswesen und Krankenhausarbeit. Von den Examenskandidaten beabsichtigen nach Abschluß der gesamten Ausbildung zur Zeit nur 4 % später im Gesundheitsamt und nur 3 % später im Krankenhaus tätig zu werden.

Das führt dazu, daß nicht einmal die jetzt zur Verfügung stehenden, im Grunde aber zahlenmäßig nicht ausreichenden Stellen für Sozialarbeiter im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung ordnungsgemäß besetzt sind.

So arbeiteten 1973 in den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie 183 Sozialarbeiter. Das ergibt eine Relation von 540 Betten je Sozialarbeiter — eine Zahl, die in grobem Mißverhältnis zu dem von der WHO empfohlenen „Schlüssel" von 1 : 80 steht. Die Situation an den Gesundheitsämtern ist noch unerfreulicher. Etwa zwei Drittel der Stellen für Sozialarbeiter sind dort mit Hilfskräften besetzt. Bei den Sozialarbeitern, die die Stellen innehaben, die das ordnungsgemäß besetzte Drittel der Stellen darstellen, liegt der Altersdurchschnitt so hoch, daß für die kommenden Jahre mit einer noch zunehmenden Verschärfung der Personalsituation gerechnet werden muß.

Die Nachwuchs-Situation wird sich vor allem dann bessern, wenn auch *Weiterbildungsgänge* für Sozialarbeiter für den Gesamtbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt werden, nach deren Abschluß die Sozialarbeiter einerseits größere Kompetenz in ihrem Arbeitsfeld und andererseits Aufstiegs- und bessere Verdienstmöglichkeiten bekommen. Hierdurch wird sich die bisher oft noch randständige und unbefriedigende Arbeitssituation der Sozialarbeiter im Arbeitsfeld der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ändern. Es kann dann der Zustand überwunden werden, daß sich Sozialarbeiter in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter lediglich als „Hilfskräfte" anderer Berufsgruppen fühlen. Sozialarbeiter müssen zu selbständigen Mitarbeitern in den für die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten zuständigen Teams werden, ohne daß dadurch die Integration der Sozialarbeiter in diese multiprofessionellen Teams gefährdet wird. Es muß auch vermieden werden, daß durch die Anhebung des Niveaus der Ausbildung der Sozialarbeiter und die Schaffung von Weiterbildungsgängen Aufgaben und Arbeitsbereiche der Sozialarbeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vernachlässigt werden, die bisher von Sozialarbeitern wahrgenommen wurden.

In der augenblicklichen Situation erscheint es am zweckmäßigsten, *ein* Weiterbildungs-Curriculum zu entwickeln und zu erproben, aufgrund dessen die Sozialarbeiter zur Übernahme verantwortlicher Tätigkeiten im Gesamtbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik befähigt werden.

Voraussetzung dieses Weiterbildungsganges sollte eine mindestens einjährige volle Berufserfahrung (außerhalb psychiatrischer Versorgungseinrichtungen) nach Erreichen der beruflichen Erstqualifikation sein.

Die Weiterbildung soll berufsbegleitend durchgeführt werden. Wenn örtliche Gegebenheiten dazu zwingen, sollte anstelle einer berufsbegleitenden zweijährigen Weiterbildungszeit eine einjährige Vollzeitweiterbildung (ggf. aufgegliedert in mehrere mehrmonatige „Weiterbildungs-Blöcke") in Verbindung mit einer einjährigen Berufstätigkeit im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik möglich sein.

Ziel der Weiterbildung muß es sein, den Sozialarbeiter für ein breites Aufgabenfeld zu qualifizieren und ihn gleichermaßen zu befähigen, in vergleichsweise selbständiger Tätigkeit beispielsweise sowohl im Rahmen der Mitarbeit in großen Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderter wie bei der Versorgung von Rand- und Risikogruppen unserer Gesellschaft besonders qualifizierte Leistungen zu erbringen. Bei der Weiterbildung sollten daher alle wesentlichen Aufgabenbereiche, wie Einzel- und Gruppengespräche (Soziotherapie), die in ihrer therapeutischen Bedeutung oft unterbewerteten administrativen Hilfen, soziale und berufliche Rehabilitation sowie Beratung anderer Institutionen (Heime etc.) gleichrangig berücksichtigt werden. Ein spezieller Weiterbildungsgang wird in C. 4.3.7 beschrieben.

Im Rahmen der Weiterbildung sollen Schwerpunktbildungen (z. B. für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, für die Behandlung der Resozialisierung von Alkoholikern, von Drogenabhängigen usw.) möglich sein; eine Aufsplitterung in zu viele verschiedene Weiterbildungsgänge muß jedoch vermieden werden (s. C.4.3.7).

Mit der Entwicklung von Weiterbildungsgängen für Sozialarbeiter sollten von vornherein auch die Möglichkeiten für deren systematische *Fortbildung* aufgebaut werden. Schwerpunkte der Fortbildung müssen sein:

a) Besprechungen und Seminare am jeweiligen Arbeitsplatz (z. T. verknüpft mit der Fortbildung der anderen, an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Berufsgruppen),
b) regionale und überregionale Fortbildungsveranstaltungen, wobei auch getrennte Veranstaltungen für Sozialarbeiter ohne und mit psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Weiterbildung zweckmäßig sind. Für die Gestaltung der Fortbildung der Sozialarbeiter ohne Weiterbildung sollten in erster Linie Sozialarbeiter mit abgeschlossener Weiterbildung herangezogen werden.

5 Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) (s. C.4.3.6)

Psychagogen spielen für die Versorgung psychisch kranker und psychisch behinderter Kinder und Jugendlicher eine besonders wichtige Rolle. Psychagogen sind nicht nur in der stationären Versorgung tätig, sondern auch befähigt und berechtigt zur ambulanten (psychotherapeutischen) Heilbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Sie nehmen im Delegationsverfahren an der kassenärztlichen Versorgung teil.

Voraussetzungen für die Zulassung zur Weiterbildung zum Psychagogen sind

1. ein Studienabschluß in Pädagogik, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik an einer Fachhochschule oder an einer Hochschule und
2. eine anschließende dreijährige praktische Berufstätigkeit in einem der einschlägigen Berufsfelder mit Kindern und Jugendlichen.

Die *Dauer* der Weiterbildung beträgt vier Jahre.

Gegenwärtig kann die Weiterbildung zum Psychagogen an 11 der insgesamt 18 Weiterbildungsinstitute der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) absolviert werden; die Weiterbildung erfolgt also unter psychoanalytischen Gesichtspunkten. Demgemäß arbeiten die bisher weitergebildeten Psychagogen später nach psychoanalytischen Konzepten. Wenn in der Zukunft Weiterbildungsstätten für Psychagogen geschaffen werden, die den Schwerpunkt des Weiterbildungsprogramms in anderen psychotherapeutischen Fachrichtungen (z. B. Verhaltenstherapie) haben, so ist zu fordern, daß Dauer und Niveau der Weiterbildung dem bisher üblichen und bewährten Weiterbildungsgang entsprechen.

Ziel der Weiterbildung ist es, daß der Psychagoge die Fähigkeit zum psychotherapeutischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen sowie mit deren Bezugspersonen (insbesondere mit Eltern und anderen Familienangehörigen) erwirbt. Psychagogen sollen außer den Methoden der längerfristigen und der kurzfristigen psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch Methoden der Beratung und der Krisenintervention beherrschen. In Zusammenarbeit mit Ärzten müssen Psychagogen diagnostische Erstuntersuchungen durchführen und Indikationen für die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten stellen können.

Während der gesamten Weiterbildungszeit sollten die künftigen Psychagogen praktisch tätig sein. Als Arbeitsfelder kommen in Betracht z. B. Erziehungs- und Familienberatungsstellen bzw. integrierte Beratungsstellen, schulpsychologische Beratungsdienste, Heime, Institutionen der ambulanten und stationären kinderpsychiatrischen Versorgung.

Im zweiten Teil der Weiterbildung (im dritten und vierten Weiterbildungsjahr) sind die künftigen Psychagogen in der Lage, unter Supervision selbständig Behandlungen durchzuführen. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, die künftigen Psychagogen von diesem Zeitpunkt an tariflich so einzustufen, daß sie bereits eine höhere Vergütung erhalten als sich aus ihrer beruflichen Erstqualifikation ergibt. Es empfiehlt sich außerdem, für in Weiterbildung stehende Psychagogen vermehrt Halbtagspositionen zu schaffen.

6 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten können im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vielfältige therapeutische Aufgaben übernehmen, spielen eine besonders wichtige Rolle auf allen Gebieten der Rehabilitation und sollten ein wachsendes Betätigungsfeld in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bekommen.

Für eine bundesgesetzliche Regelung der Ausbildung zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und der Ausübung dieses Berufs liegt ein Gesetzentwurf vor.

Nach diesem Gesetzentwurf sind *Vorbildungsvoraussetzungen* für die Zulassung zur Ausbildung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (wie bisher für die Zulassung zu einer der sechs in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) bestehenden Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie und die eine Ausbildungsstätte für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) ein mittlerer Bildungsabschluß und ein Krankenpflegepraktikum. Vom Berufsverband der Beschäftigungstherapeuten wird zusätzlich ein Mindestalter von 18 Jahren als Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung angesehen.

Der Gesetzentwurf sieht eine *dreijährige fachspezifische Ausbildung an einer Berufsfachschule* zum „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten" vor, die mit der staatlichen Prüfung abschließt.

Der Berufsverband der Beschäftigungstherapeuten vertritt die Ansicht, daß

a) die Ausbildungsstätten nicht Berufsfachschulen sondern Fachhochschulen sein sollten;
b) die Ausbildung zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten von vornherein in zwei getrennte Ausbildungsgänge zu zwei verschiedenen Berufen gegliedert werden sollte.

An den gegenwärtig bestehenden sieben Ausbildungsstätten stehen jährlich für Neuzulassungen nur rund 220 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Da aufgrund der Erfahrungen in den vergangenen Jahren mit etwa 1300 Bewerbern um einen Ausbildungsplatz pro Jahr zu rechnen ist, kann nur jeder fünfte Bewerber zur Ausbildung zugelassen werden.

In den bisher gültigen Lehrplänen spielten Psychiatrie und Psychotherapie im Vergleich zu anderen medizinischen Fächern (z. B. Orthopädie) eine zu geringe Rolle. Die vermittelten Techniken waren und sind noch immer außerordentlich stark am handwerklich-künstlerischen Modell orientiert. Ge-

rade in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten hat sich jedoch gezeigt, daß Techniken aus dem vorberuflichen und dem lebenspraktischen Bereich (z. B. Haushaltsbereich) stärker berücksichtigt werden müssen. Diesen Notwendigkeiten wird die in Aussicht stehende gesetzliche Regelung Rechnung tragen.

Bei der künftigen Umgestaltung der Ausbildung zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten ist von vornherein darauf zu achten, daß nicht nur inhaltliche Gesichtspunkte (s. oben) berücksichtigt werden, sondern daß auch die Unterrichtsmethoden verbessert werden. Der Unterricht sollte vermehrt im Seminarstil und in kleinen Arbeitsgruppen stattfinden. Außerdem ist es notwendig, die Qualifikation des Ausbildungs- und Lehrpersonals zu verbessern. Die fachspezifischen Lehrinhalte der verschiedenen medizinischen Disziplinen werden durchweg von Ärzten in nebenamtlicher Tätigkeit vermittelt. Diese Regelung wird auch in Zukunft beibehalten werden. Darüber hinaus sollten an den Ausbildungsstätten aber auch einzelne qualifizierte Lehrkräfte (Ärzte oder Psychologen möglichst mit psychotherapeutischer Weiterbildung) nicht nur nebenamtlich tätig sein, die den Auszubildenden Kenntnisse und Fähigkeiten über allgemeine psychologisch-psychotherapeutische Probleme des Umgangs mit Kranken vermitteln. So können die künftigen Beschäftigungstherapeuten während der Ausbildung ein Rollenbewußtsein für ihre Funktion in einem therapeutischen Team erwerben. Auf diese Weise ausgebildete Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten werden in der Lage sein, nach Abschluß ihrer Ausbildung so zu arbeiten, daß Beschäftigungs- und Arbeitstherapie mehr ist als lediglich Vermittlung handwerklicher Fertigkeiten und Anregung zu kreativer Beschäftigung. Die stärkere Berücksichtigung psychiatrischer und psychotherapeutischer Gesichtspunkte in der Ausbildung muß dazu führen, daß Beschäftigungs- und Arbeitstherapie einen psychotherapeutischen Stellenwert im weitesten Sinne bekommt.

Die Sachverständigen-Kommission ist zu der Ansicht gelangt, daß es vordringlicher ist, nach Erlaß des Gesetzes über Ausbildung zum Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten die darin liegenden Möglichkeiten für Verbesserungen der Ausbildung im oben skizzierten Sinne zu verwirklichen, statt jetzt eine Aufgliederung der Ausbildungsgänge und eine Trennung der Berufsbilder für Beschäftigungstherapeuten, für Arbeitstherapeuten und womöglich noch für Berufstherapeuten und Rehabilitationstherapeuten zu fordern. Es ist zweckmäßiger, diese Anregungen für Differenzierungen der Berufsbilder und der Tätigkeitsfelder zurückzustellen, eventuell jedoch schon jetzt zur Grundlage von Modellversuchen für die *Entwicklung von Weiterbildungsgängen* auf dem Gebiet der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu machen.

Bei derartigen Modellversuchen kann einmal ähnlich verfahren werden, wie es für die Weiterbildung der Krankenpflegeberufe und der Sozialarbeiter empfohlen worden ist (s. Abschnitt 3 und 4). In diesem Zusammenhang käme die Erprobung von zweijährigen Weiterbildungsgängen zum „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für Psychiatrie" in Betracht. Es sind aber auch weniger fachgebundene, ebenfalls zweijährige Weiterbildungsgänge z. B. zum „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für Rehabilitation" in Erwägung zu ziehen.

Für die Erprobung von Weiterbildungsmodellen eignen sich in erster Linie psychiatrische Universitätskliniken und psychiatrische Krankenhäuser, die bereits mit einer Ausbildungsstätte für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zusammenarbeiten. Gegenwärtig werden Weiterbildungsgänge für Beschäftigungstherapeuten in Tübingen und Hannover erprobt.

Noch nicht zu übersehen ist, ob es durch eine Weiterbildung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten gelingen wird, für die Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten qualifiziertes Personal heranzubilden, das die Aufgaben eines von verschiedenen Seiten geforderten *Berufstherapeuten* übernehmen könnte.

Aufgabe der Berufstherapie in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten soll die berufliche Rehabilitation dieser Patienten sein. Die berufliche Rehabilitation eines Kranken umfaßt die Vermittlung eines Berufszieles, des Anlernniveaus bis hin zu einer qualifizierten Berufsausbildung.

Die Stiftung Rehabilitation (Heidelberg) plant auf Fachhochschulebene eine eigenständige Ausbildung für Berufstherapeuten im Rahmen ihrer Akademie für Fach- und Führungskräfte der Rehabilitation.

Bei der Fortentwicklung der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (einschließlich Berufstherapie und Rehabilitation) muß eine wichtige Personalgruppe (zumindest durch Übergangslösungen) berücksichtigt werden, deren berufliche Stellung unbefriedigend und ungesichert ist. In psychiatrischen Krankenhäusern übernimmt Krankenpflegepersonal mit handwerklichen Vorberufen wichtige Aufgaben in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie in der Rehabilitation. Diesem Personenkreis müßte es ermöglicht werden, durch Zusatzausbildungen oder Weiterbildungen die Qualifikation für eines der künftigen Berufsbilder (z. B. Berufstherapeut oder Arbeitstherapeut) zu erreichen.

Für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten müssen ebenso wie für die anderen Berufsgruppen in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter *Fortbildungsmöglichkeiten* geschaffen werden.

7 Aus-, Weiter- und Fortbildung anderer in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätiger Berufsgruppen

Für die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten sind außer den Berufsgruppen, die in den Abschnitten C. 3.1 — C. 3.6 abgehandelt worden sind, noch eine größere Zahl weiterer Berufe unentbehrlich.

In erster Linie sind zu nennen

Heilerziehungshelfer,

Heilerziehungspfleger,

Heilpädagogen,

Sonderpädagogen,

Krankengymnasten,

Musiktherapeuten,

Logopäden.

Für einzelne dieser Berufe gibt es noch keine staatliche Anerkennung und keine allgemeinen verbindlichen Ausbildungsrichtlinien. Sie spielen dennoch für bestimmte Bereiche der Versorgung (z. B. für die Versorgung von Oligophrenen) eine wichtige Rolle. Es ist anzustreben, daß *in der Ausbildung* aller dieser Berufe *Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik* verstärkt berücksichtigt werden.

Bei verschiedenen dieser Berufe wird die Entwicklung außerdem so verlaufen, daß in absehbarer Zeit spezielle *Weiterbildungen* und *Aufbaustudien* modellhaft erprobt werden. In solchen Fällen sollten dann immer auch Weiterbildungsgänge für den Versorgungsbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik konzipiert und erprobt werden.

Besonderer Bedarf an qualifiziertem Personal besteht auf dem Gebiet der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten, die in Heimen untergebracht sind. Nach Erlaß des „Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige" (1974) ist eine Verordnung in Vorbereitung, die die allgemeinen Mindestanforderungen für die Qualifikation der Leiter und der Beschäftigten dieser Institutionen festlegt. Im Zusammenhang mit dieser Verordnung wird es notwendig sein, Aus- und Weiterbildungsgänge für Berufe zu entwickeln, die etwa denen entsprechen, die sich im Bereich der Heimversorgung psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher bereits bewährt haben. Hierbei handelt es sich um die Berufe

a) der Heilpädagogen,

b) der Heilerziehungspfleger (Sondererzieher, Heilerzieher, Erzieher von Behinderten, staatlich anerkannter Erzieher — Schwerpunkt Heilpädagogik) und

c) der Heilerziehungshelfer (Sondererziehungshelfer, Behindertenhelfer).

Auch für zwei dieser Berufe (Heilerziehungspfleger und Heilerziehungshelfer) fehlen noch einheitliche und für den gesamten Bereich der Bundesrepublik Deutschland verbindliche Regelungen der Ausbildung. In einzelnen Bundesländern bestehen jedoch derartige Regelungen, und in der Versorgungspraxis hat sich gezeigt, wie wertvoll Personal mit diesen Ausbildungsgängen ist.

Zur Zeit sind rund 850 *Heilpädagogen* in der Bundesrepublik Deutschland tätig. Die Zuwachsrate dieser Berufsgruppe beträgt rund 150/Jahr. Die Qualifikation als Heilpädagoge kann von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durch ein einjähriges Aufbaustudium an einer der sechs in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Ausbildungsstätten für Heilpädagogik erworben werden. Eine ständige Konferenz dieser Ausbildungsstätten erarbeitet einheitliche Lehrpläne für die Bundesrepublik Deutschland. Vorbildungsvoraussetzung ist also eine abgeschlossene Fachhochschul- oder Fachschulausbildung. Der Berufsverband der Heilpädagogen Deutschlands (BHD) e. V. und auch die Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFED) e. V. bemühen sich um eine staatliche Anerkennung des Berufsbildes des Heilpädagogen.

Aus einer Stellungnahme des BHD (Juli 1972) ergibt sich, daß Heilpädagogen überwiegend in heilpädagogischen Kinderheimen, in bildungs- und sonderschulischen Einrichtungen für Lern- und geistig Behinderte, in Heimen für Jugendliche, in jugendpsychiatrischen Kliniken, in Erziehungsberatungsstellen, in Anlern- und beschützenden Werkstätten und Einrichtungen der Rehabilitation, an sozial- und heilpädagogischen Ausbildungsstätten sowie in Einrichtungen der Gefährdetenhilfe und der Sprachheilpädagogik arbeiten. Einzelne Heilpädagogen haben sich als freipraktizierende Heilpädagogen niedergelassen.

Es wäre zu bedauern, wenn sich bei den Heilpädagogen die Tendenz verstärken würde, in „freier Praxis" Einzelberatungen und Einzelbehandlungen durchzuführen. Zweckmäßiger wäre es, wenn Heilpädagogen durch ihre Weiterbildung mehr als bisher auf die Übernahme leitender Aufgaben in der Versorgung psychisch und geistig Behinderter vorbereitet würden. Eine derartige Entwicklung könnte einen wesentlichen Beitrag bilden für die von der Sachverständigen-Kommission nachdrücklich geforderte Neurodnung des „Heimsektors" der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Die in Vorbereitung befindliche Verordnung zum „Heimgesetz" sollte diese Ansatzpunkte berücksichtigen und als Qualifikation für Heimleiter generell eine Aus- und Weiterbildung fordern, die der der Heilpädagogen entspricht. Würde diese Verordnung für die Qualifikation der Heimleiter keine eindeutigen Regelungen vorsehen, bestünde die Gefahr, daß die Situation auf dem „Heimsektor" trotz Erlaß des „Heimgesetzes" nicht grundsätzlich verbessert wird.

Die Ausbildung zum *Heilerziehungspfleger* (Ausbildung auf Fachschulebene; Zugangsvoraussetzung: Fachschulreife) ist in einigen Bundesländern bereits staatlich anerkannt (Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen). Die im allgemeinen dreijährige berufsbegleitende Ausbildung kann an 21 Schulen in der Bundesrepublik Deutschland absolviert werden. Die Vereinheitlichung der Ausbildung mit starker Betonung der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und die staatliche Anerkennung in allen Bundesländern sind dringend wünschenswert. Der Heilerziehungspfleger könnte zu dem Berufsbild entwickelt werden, das auf dem sog. Behindertensektor gerade für die Versorgung seelisch und geistig Behinderter eine zentrale Rolle spielt.

Neben dieser Ausbildung zum Heilerziehungspfleger ist auch die Ausbildung zum *Heilerziehungshelfer* zu fördern. Vorbildungsvoraussetzungen sind der Hauptschulabschluß und eine dreijährige berufliche Tätigkeit. Die Ausbildung dauert ein Jahr und wird durch ein einjähriges Berufspraktikum ergänzt. Eine staatliche Anerkennung dieses Berufsbildes steht wie bei den Heilerziehungspflegern in den meisten Bundesländern noch aus. Es ist anzustreben, daß auch in dieser Ausbildung die psychiatrischen Lehrinhalte stärker betont werden, damit möglichst viele Heilerziehungshelfer zur Tätigkeit in der Versorgung seelisch und geistig Behinderter motiviert und befähigt werden. Heilerziehungshelfer sind als Arbeitskräfte neben den Heilerziehungspflegern in der Versorgung seelisch und geistig Behinderter unentbehrlich.

Heilerziehungspfleger und Heilerziehungshelfer sollten auch auf die Übernahme von Aufgaben wie Freizeitgestaltung und Arbeitsanleitung von seelisch und geistig Behinderten vorbereitet werden.

Für *Krankengymnasten* ist die dreijährige Ausbildung bundeseinheitlich geregelt. Vorbildungsvoraussetzung ist ein mittlerer Bildungsabschluß. Für die Ausbildung gibt es in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit 25 Schulen für Krankengymnastik. Es ist wünschenswert, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik in den Lehrplänen der Ausbildungsstätten mehr Gewicht zu geben.

8 Probleme der Aus-, Weiter- und Fortbildung in besonderen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Einige spezielle Bereiche der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter leiden unter einer vergleichsweise besonders großen *Personalnot*, speziell unter dem weitgehenden Mangel an *qualifiziertem* Personal. Das erklärt die verschiedenen Forderungen, für bestimmte Sonderbereiche der Versorgung neue Berufe zu schaffen, wie z. B. für das Gebiet der Alterspsychiatrie und für den Bereich der Suchtkranken.

Auf solche angestrebten Entwicklungen wird in den verschiedenen Kapiteln des Berichts der Sachverständigen-Kommission hingewiesen (s. B. 3.7.2; B. 3.9.1; G.).

So wird für den *Bereich der Versorgung von Suchtkranken* die berufsbegleitende Weiterbildung in Spezialeinrichtungen für Suchtkranke für Ärzte und Psychologen (drei Jahre) und für Sozialarbeiter, Krankenpflegekräfte, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten (zwei Jahre) angestrebt. Für die Versorgung der Suchtkranken wird auch eine einheitliche Regelung der Ausbildung von Laien zum *Suchtkrankenhelfer* gefordert (als vierwöchige Blockausbildung oder in Form von sechs Wochenend-Seminaren mit insgesamt rund 150 Stunden). Wenn auch die Einbeziehung von Laien in die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in mancher Hinsicht durchaus problematisch sein kann, sollten solche Entwicklungen aber gerade dann gefördert werden, wenn die Forderungen von vornherein mit klar definierten und realisierbaren Ausbildungs- und Lehrplänen verknüpft werden. Laienhelfer — wie z. B. die Suchtkrankenhelfer oder die in der sog. Lebensmüdenbetreuung tätigen Personen — mit einer auf das jeweilige Problemfeld zugeschnittenen Schulung können dann in Zusammenarbeit mit den für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter verantwortlichen Berufen wichtige Aufgaben — insbesondere in der Nachbetreuung und in der Rehabilitation — übernehmen.

Für den *Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung* wird einerseits die Einführung eines Facharztes für Geriatrie und andererseits die stärkere Berücksichtigung der Geriatrie und Gerontopsychiatrie in der Ausbildung nicht-ärztlicher Heilberufe, von Sozialarbeitern und Laienhilfskräften angestrebt (s. B. 3.7.2).

Um die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung alter Menschen wirkungsvoll zu verbessern, ist als Alternative zur Einführung eines Facharztes für Geriatrie auch die Einführung einer für Ärzte aller Disziplinen erwerbbaren Zusatzbezeichnung bzw. Teilgebietsbezeichnung „Geriatrie" in Erwägung zu ziehen.

Bei der Schaffung neuer und der Fortentwicklung bestehender und bewährter Berufsbilder sind auch die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufe und die in und zwischen diesen Tätigkeitsbereichen liegenden Engpässe und Lücken zu berücksichtigen. So fordern die niedergelassenen Nervenärzte die Schaffung des Berufs der medizinisch-psychiatrischen Assistentin als unmittelbare Mitarbeiterin des Arztes vorzugsweise in der Praxis. An die medizinisch-psychiatrische Assistentin kann der Facharzt Aufgaben aus dem diagnostischen und aus dem therapeutischen Sektor delegieren. Ein erster Entwurf für ein Ausbildungs-Curriculum ist vom Berufsverband Deutscher Nervenärzte erarbeitet worden. Die zweijährige Ausbildung soll an neu zu schaffenden Schulen erfolgen. Vorbildungsvoraussetzungen sollen ein mittlerer Schulabschluß und ein sechsmonatiges Vorpraktikum in einer psychiatrischen Klinik sein.

C.4 Spezielle Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik *)

1 Allgemeine Leitlinien der Ausbildung

Für Angehörige sämtlicher Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen und soziologischen Methoden präventive, beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben sowie für Angehörige der Berufsgruppen, die mit diesen Methoden Sozialisations- und Resozialisierungsaufgaben wahrnehmen, liegt der Schwerpunkt der Ausbildung in der Vermittlung von Theorie. Dieser theoretische Teil der Ausbildung hat von vornherein unter Berücksichtigung der für die verschiedenen Berufsgruppen gegebenen Praxisrelevanz zu erfolgen. In der theoretischen Ausbildung müssen Grundbegriffe der Ökonomie, Soziologie, Entwicklungspsychologie, Konfliktspsychologie, Kommunikationstheorie und Familientheorie berücksichtigt werden.

Ziel ist, ein Problembewußtsein für pathogene Konflikte herzustellen, wie sie entstehen, welche Faktoren ihre Persistenz bedingen, welche Strategien zur Verfügung stehen, um Veränderungen zu erzielen.

In möglichst naher Verbindung mit der Theorievermittlung soll eine Einführung in einschlägige Praxisfelder des Grundberufes durch projektbezogene Seminare und Praktika stattfinden, die theoretisch vor- und nachbereitet und durch Supervision begleitet werden.

Die bisherigen Versuche, praxisrelevante psychosoziale Kenntnisse, die übrigens vielen akademischen Lehrern fehlen, in den Ausbildungsgängen zu vermitteln, weisen auf ein schwerwiegendes Problem eine gute Ausbildung kann zwar gutes Grundlagenwissen schaffen, aber sie kann nur wenig und nur vorläufig den beratenden und therapeutischen Umgang mit Menschen lehren. Man wird daher mit der Einführung psychosozialer Wissensgebiete in die Curricula nur erwarten dürfen, daß sich die Voraussetzungen zur Berufspraxis verbessern, weil der breitere Wissensspielraum zur differenzierten psychosozialen Wahrnehmung beiträgt. Die Entwicklung wirklicher psychosozialer Kompetenz läßt sich erst in der praktischen Auseinandersetzung mit dem Beruf lernen. In den verschiedenen einschlägigen Fächern sind daraus bisher unterschiedliche Konsequenzen gezogen worden. In der Pädagogik, der Sozialpädagogik, der Psychologie und der Soziologie herrscht noch weitgehend die Auffassung vor, mit der Ausbildung werde auch bereits ein hinreichendes Grundinventar an berufspraktischen Kenntnissen vermittelt. Diese Auffassung läßt eine Unterschätzung der Schwierigkeiten psychosozialer Berufspraxis erkennen. Diese Auffassung hat auch dazu geführt, daß die Ausbildungscurricula mit Inhalten und Zielen überfrachtet sind, weil berufsbegleitende Weiterbildungsgänge fehlen. Was aber in der Regel bei solcher akademischen Grenzüberschreitung herauskommt, ist nicht eine befriedigende Praxiserfahrung, sondern eine geringere Fundierung theoretischer Kenntnisse.

Andererseits darf psychosoziales Grundlagenwissen den bisherigen Ausbildungsgängen nicht einfach nur hinzuaddiert werden. Als Beispiel kann die Einführung der Fächer Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Psychotherapie/Psychosomatik in die neue Approbationsordnung für Ärzte dienen. So begrüßenswert sie ist, so hat sie doch bisher die einseitig naturwissenschaftlich orientierte medizinische Ausbildung nicht ändern können, weil die vorklinischen und klinischen somatischen Fächer im zeitlichen Umfang und im Lernzielkatalog nicht genügend reduziert worden sind. Der Erwerb spezieller Kenntnisse in den einzelnen Fächern sollte den jeweiligen Weiterbildungsgängen und nicht der Ausbildung zugeordnet werden. So haben also trotz der neuen Approbationsordnung die psychosozialen Gesichtspunkte bei weitem noch nicht den ihnen gebührenden Platz gefunden. Die Mehrzahl der praktischen Ärzte und der gegenwärtig studierenden Mediziner vermissen immer noch die hinreichende Vermittlung soziologischer, psychologischer und psychosomatischer Kenntnisse im Hinblick auf die Anforderungen der Praxis. Es kommt daher nicht nur darauf an, die genannten neuen Fächer entschieden zu fördern, sie brauchen auch in der Gesamtausbildung ein anderes Gewicht.

Demzufolge ist zu fordern, das Medizinstudium zu entlasten

a) von der Vermittlung von Wissensstoff, der nur für bestimmte Fachgebiete relevant wird (z. B. vom Übergewicht spezieller anatomischer und biochemischer Kenntnisse in der vorklinischen Ausbildung);

b) andererseits auch von der Vermittlung von Wissensstoff der psychosozialen Fachgebiete, der nach aller Erfahrung erst später berufsbegleitend im täglichen beruflichen Umgang mit Patienten erworben werden kann.

Um Problembewußtsein der pathogenen Konflikte zu entwickeln und um das in Weiterbildungsgän-

*) Der Abschnitt C.4 wurde von den an der Enquete mitwirkenden Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik verfaßt und gemäß den Vereinbarungen (s. Tätigkeitsbericht) nur zwischen dem erweiterten Vorstand der Sachverständigen-Kommission und dem Koordinationsgremium dieser Arbeitsgruppen abgestimmt.

gen erforderliche Grundlagewissen verfügbar zu machen, empfiehlt es sich außerdem, neue Fächer und neue Lernzielkataloge in die Pädagogik (Lehrerausbildung), Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Rechtswissenschaft, Psychologie und Soziologie einzuführen. Auch hier sollte eine Überlastung der Curricula unbedingt vermieden werden.

Die für jede Form von Prävention und Rehabilitation notwendige Umwertung ärztlicher und sozialer Leistungen ist eine gesundheitspolitische Aufgabe ersten Ranges. Sie zwingt zur Inangriffnahme einer Reform der einschlägigen Ausbildungsgänge im Hinblick auf die Arbeit im sozialen Feld. Untersuchungen zeigen, daß die heute vorherrschende Form der Ausbildungsgänge die bei Studienanfängern vielfach nachweisbare soziale Motivation zugunsten reiner — zumeist technischer — Spezialisteninteressen weitgehend zerstört.

2 Spezielle Gesichtspunkte für die Ausbildung der Medizinstudenten

2.1 Vorbemerkung

Psychologische und soziale Gesichtspunkte in der Ausbildung des Medizinstudenten stärker als bisher zu berücksichtigen, entspricht einem vielfältig geäußerten Bedürfnis, nicht nur betroffener Patienten, sondern auch von Studenten und Ärzten selbst. Nicht nur nach Meinung der Mehrzahl der praktischen Ärzte, sondern auch nach Meinung der gegenwärtig Medizin Studierenden (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. XI, 1973), kommt die Vermittlung psychosomatischen, psychologischen und soziologischen Wissens im Studium zu kurz, vor allem im Hinblick auf die Anforderungen der späteren Praxis. Die bisher vollkommen fehlende psychosoziale Basisausbildung und das einseitige Übergewicht der Naturwissenschaften in den Studienjahren führt zu einer einseitigen Einstellung der Wahrnehmung und des Denkens. Sie läßt sich erfahrungsgemäß später kaum noch ausgleichen. Schon in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968 war die Entwicklung des psychosozialen Bereiches in der Medizin, zunächst durch eine breite Förderung des Faches Psychosomatik/Psychotherapie im klinischen Bereich empfohlen worden. Durch die Approbationsordnung von 1970 sind dann neben der Psychotherapie und Psychosomatik im klinischen Bereich eigenständige Fächer mit der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie gesetzlich eingeführt worden. Die Verwirklichung dieses Gesetzes in den Ländern zwischen 1970 und 1975 fiel jedoch mit außerordentlichen finanziellen Engpässen zusammen. Die sprunghaft gestiegenen Investitionen im Hochschulbereich zwischen 1960 und 1970 sind den lehrintensiven und neu eingeführten Fächern in den letzten Jahren nicht mehr zugute gekommen. So hat der verhaltenswissenschaftliche Aspekt der Krankheiten und des Gesundwerdens auch heute noch einen außerordentlichen Nachholbedarf gegenüber dem Gewicht der naturwissenschaftlichen und der apparativen Medizin in der Ausbildung der Medizinstudenten.

2.2 Lernziele

Grundlegend notwendig sind medizinisch-psychologische Grundkenntnisse (vergleichende Verhaltenslehre; psychophysische Grundbeziehungen, Motivation und Konflikt; Lernen; Intelligenz; psychische und psychosoziale Entwicklung; Persönlichkeitspsychologie; Gruppendynamik und psychosoziales Verhalten; Arzt-Patient-Beziehung). Das Wissen von innerseelischen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren bei der Entstehung und ihr Gewicht für den Verlauf von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stellen die Basis der Ausbildung dar. Die Wahrnehmung psychosomatischer Zusammenhänge im konkreten Fall und die Grundlinien der diagnostischen, beratenden und therapeutischen Gesprächsführung müssen dem Studenten im Laufe seines Studiums vertraut werden. Dem bisher einseitig organisch ausgerichteten Krankheitskonzept der Körpermedizin muß in der Ausbildung des Studenten ein Krankheitsbegriff anschaulich gegenübergestellt werden, in welchem sowohl körperliche wie psychische Krankheit im psychosozialen Zusammenhang begriffen wird: als Folge von belastenden Einflüssen durch die Umwelt und/oder einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung, die ihrerseits wieder mit familiären und allgemein gesellschaftlichen Bedingungen zusammenhängt.

Die Erfahrung zeigt, daß Studenten während ihres Krankenpflegedienstes und während ihrer Praktika bereits genügend nahen Kontakt mit Patienten haben, um für eine praxisbezogene Einführung in die Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung genügend eigene Vorstellungen und Beobachtungen mitbringen zu können. Die Lernziele der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie im vorklinischen Studium und von Psychosomatik/Psychotherapie im klinischen Teil haben gemeinsam, daß sie alle interdisziplinär ausgerichtet sind. Ihre Grundlagenforschungen wie auch ihre Fragestellungen finden sowohl Anwendung in der Inneren Medizin wie in der Psychiatrie, in der Dermatologie wie in der Frauenheilkunde etc. Die Zusammenarbeit dieser Fächer macht auch die oft beklagte starre Trennung von vorklinischen und klinischen Fächern, die durch das Anwachsen der Universitäten und Fakultäten noch verstärkt wurde, wenigstens an einer Stelle durchlässig. Abgesehen von dem Krankenpflegedienst ist eine praxisorientiert gelehrte Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie die einzige patientenzentrierte Erfahrung und Information, die den Studenten in den ersten Jahren ihres Studiums zugänglich ist.

Entscheidend für die Zukunft der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie innerhalb der Medizin ist aber, daß ihr Lehrstoff für den zukünftigen Arzt Praxisrelevanz gewinnt. Die Erwartung, außerhalb dieses Praxisbezugs liegenden Wissensstoff der Psychologie und Soziologie an

den Medizinstudenten heranzutragen, würde zu einem unnötigen und zusätzlichen Wissens- und Lernballast der Medizinstudenten führen, zumal der Einführung der neuen psychosozialen Lehrfächer in der Approbationsordnung eine entsprechende Reduzierung der anderen vorklinischen und klinischen somatischen Lernstoffe noch nicht genügend entspricht.

Ein großes Problem für die Entwicklung der psychosozialen Fächer ist die durch die Approbationsordnung eingeführte schriftliche Prüfung. Der durchgehende Leistungsdruck und Wettbewerb in unserer Gesellschaft haben dazu geführt, daß die Studenten ihr Studium nicht nach Interessenslage organisieren, sondern unter dem Aspekt, was von den Lehrgegenständen für die Prüfung wichtig ist. Das bedeutet, daß die Prüfung, speziell die schriftliche Prüfbarkeit, das Verhalten der Studierenden und auch die Unterrichtsgestaltung der Lehrenden bestimmt. Die Entwicklung psychologischen Denkens, die Wahrnehmung psychosozialer und psychosomatischer Zusammenhänge, die Fähigkeit, sich selbst in der Beziehung zum Patienten zu reflektieren und zu interpretieren, mit dem Patienten ein Gespräch führen zu können, liegen auf einer anderen Ebene als der Erwerb faktischen Sachwissens. Es geht hier um den Erwerb von Einstellungen, die die Persönlichkeit des Studierenden betreffen. Beide Gesichtspunkte ergänzen sich zwar in der Ausbildung. In der Prüfung gewinnt jedoch reproduzierbares Sachwissen die Überhand, weil dies allein schriftlich abprüfbar ist, nicht das Verständnis für größere Zusammenhänge, die Fähigkeit zu differenzierter Wahrnehmung und zum therapeutischen Umgang. Es besteht die Gefahr, daß diese schriftliche Prüfungsform erheblichen Einfluß nicht nur auf die Motivation der Studenten, sondern auch auf die Unterrichtsgestaltung ausübt und die von den Versorgungsaufgaben geforderte Reform des Medizinstudiums mit einer stärkeren Psychologisierung und Praxisausrichtung unterbunden wird.

Der Erwerb der entscheidenden psychosozialen Einstellung und Fähigkeiten müssen während des Studiums selbst in Kursen, Praktika und in kleinen Gruppen erfolgen. Es geht um den Erwerb persönlichkeitsbezogener Fähigkeiten, der an Unterrichtsformen gebunden ist, die Gelegenheit zur persönlichen Interaktion von Lehrenden und Lernenden an konkreten psychosozialen Gegebenheiten des psychisch Kranken geben. Voraussetzung dazu ist aber die genügende personelle und organisatorische Ausstattung der Lehreinheiten.

2.3 Ist-Zustand und Empfehlung

Als Organisationsprinzip empfiehlt sich für die Psychotherapie/Psychosomatik das Prinzip der zentralisierten Dezentralisation: Psychotherapeutisch ausgerichtete Spezialgebiete sollen in mehreren Fächern und klinischen Einrichtungen organisatorisch aufgebaut und auch teilweise verselbständigt werden. Psychotherapie/Psychosomatik sollte außerdem im Rahmen einer zentralen Institution als gemeinsame Aufgabe in Forschung, Lehre und Behandlung vertreten sein. Das waren jedenfalls die Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968. Diese Empfehlungen sind an einigen Orten im Aufbau fruchtbar geworden, an den meisten Universitäten der Bundesrepublik Deutschland jedoch in Ansätzen steckengeblieben. Gegenwärtig gibt es an elf deutschen Universitäten psychotherapeutische oder psychosomatische Lehrstühle mit Abteilungen oder Kliniken, die von anderen Fächern (der Psychiatrie und der Inneren Medizin) unabhängig sind (also noch nicht einmal an der Hälfte der Universitäten der Bundesrepublik Deutschland!). An keiner der Universitäten gibt es jedoch daneben noch unabhängige psychotherapeutische Positionen gleichzeitig in der Inneren Medizin und in der Psychiatrie. An drei deutschen Universitäten gibt es bis heute noch keinerlei psychosomatisch/psychotherapeutische Einrichtungen, auch nicht im Rahmen der psychiatrischen Kliniken.

Empfehlung

Die psychosoziale Ausbildung der Ärzte ist in Ergänzung zur bisher rein naturwissenschaftlichen Ausrichtung entschieden zu fördern. Zur Realisierung der mit der Approbationsordnung von 1970 Gesetz gewordenen, aber weithin noch nicht realisierten Ausbildung des Medizinstudenten in Psychotherapie und Psychosomatik ist für alle deutschen Universitäten unabdingbar *die Schaffung selbständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Einheiten.* Die müssen in ihren Lernzielen, der Unterrichtsmethodik, in den wissenschaftlichen und theoretischen Konzepten gegenüber anderen Fächern unabhängig sein. Bei der Struktur der Hochschulen bedeutet das, daß sie als Ordinariate mit zugeordneten Abteilungen oder Kliniken einzurichten sind. Im Praxis- und Lehrbezug sollen sie mit anderen Fächern (Innere Medizin, Psychiatrie, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Dermatologie etc.) verbunden sein. Ihr Schwerpunkt liegt im ambulanten Bereich bzw. in Konsiliardiensten; doch benötigen sie auch kleine Bettenabteilungen für die Aufnahme akuter und bedrohlich psychosomatisch und neurotisch Kranker sowie für rehabilitative therapeutische Aufgaben.

Hinsichtlich der Organisation, der Ausstattung und der Kapazitätsfragen wird auf das Kapitel B. 4.2.5.2.1.2 verwiesen.

2.4 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie: Gegenwärtige Vertretung, Ausbildungsaufgaben, Kapazitätsfragen, Praxisbezug (s. a. C.3.1.1)

Die Lernziele des Unterrichtes in Medizinischer Psychologie, die auch die Forschungsthematik bestimmen, sind Fragen der Arzt-Patient-Beziehung, der Gruppendynamik und psychologische und psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten. Vor allem die psychologischen Auswirkungen schwerer körperlicher Krankheiten haben sich in den Vereinigten Staaten als bevorzugtes Forschungsgebiet medizinisch-psychologischen Unterrichts erwiesen. Medizinisch-psychologische Beratungs- und Konsi-

liardienste mit diagnostischen und auch therapeutischen Funktionen haben in vielen Krankenhäusern eine wichtige Funktion gewonnen. Eine klinische Orientierung der Medizinischen Psychologie sowie ein Praxisbezug innerhalb verschiedener klinischer Fächer sind ein Grundanliegen und eine dringende Empfehlung für die Weiterentwicklung der Medizinischen Psychologie. Sie ist allerdings an die Voraussetzung der Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und an die Aufgeschlossenheit für psychologische Fragen geknüpft.

Gemeinsamkeiten des Praxisbezugs und der Dienstleistungsaufgaben in der interdisziplinären Ausrichtung verbinden die Medizinische Psychologie besonders eng mit der Psychotherapie/Psychosomatik. Es empfehlen sich deswegen organisatorische Zuordnungen von medizinisch-psychologischen und psychosomatischen Abteilungen im Rahmen eines Schwerpunktes oder von Abteilungsgruppen.

Kapazitätsfragen der Medizinischen Psychologie werden bestimmt durch die Aufgaben eines zeitintensiven und umfassenden vorklinischen Faches mit Vorlesungen und einem pflichtmäßigen Kursprogramm nach der Approbationsordnung. Auch hier ist für den Kurs eine Gruppengröße von kurzfristig maximal 10 bis 12 Studenten notwendig, soll das Lernziel der psychologisch verstehenden Einstellung erreicht werden.

Das Fach Medizinische Soziologie ist gegenwärtig nicht mehr als an zehn Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland formell berücksichtigt oder institutionalisiert. Die Ausstattung liegt meist unter dem Existenzminimum. Noch mehr als bei der Medizinischen Psychologie wird dieses Fach von anderen Fachvertretern, von Sozialmedizinern, Neurologen, Psychiatern und Physiologen nebenher vertreten. Noch schlechter als die personelle Ausstattung ist gewöhnlich die räumliche, technische und finanzielle.

Auch hier ist die interdisziplinäre Ausrichtung der Forschungsaktivität ein grundlegendes Erfordernis. Probleme des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens, der medizinischen Institutionen, der Gesundheitsberufe, der gesellschaftlichen Implikationen des Krankheitsfalles sowie medizinisch-soziologische Aspekte der Genese und Ätiologie von Krankheiten sind dringliche Forschungs- und Entwicklungsaufgaben. In der Unterrichtspraxis finden sich gegenwärtig alle Ansätze, die von der großen Vorlesung bis zum Unterricht in kleinen Gruppen reichen, wie sie generell durch die Approbationsordnung von 1970 nahegelegt werden. Zwar ist die Medizinische Soziologie kein Kursfach, um so wichtiger sind Vorlesungen, Seminare und Übungen, die dem Medizinstudenten früh die Vermittlung von Denkweisen und soziologischer Reflektionsfähigkeit vermitteln. Vom Praxisbezug, der interdisziplinären Ausrichtung und auch von der Absicht her, die Grenze zwischen Vorklinik und Klinik in der Organisationsform möglichst durchlässig zu machen, ist die Zuordnung zu einem psychotherapeutisch/psychosomatischen Zentrum, gemeinsam mit der medizinischen Psychologie und Psychotherapie/Psychosomatik wünschenswert.

Empfehlung

Im Hinblick auf die 1970 Gesetz gewordene, aber weithin noch nicht realisierte Approbationsordnung, ist die Ausbildung in Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie entschieden zu fördern. An beinahe allen deutschen Universitäten sind diese Fächer noch unzureichend oder überhaupt nicht institutionalisiert, sie sind durchweg personell, sachlich und räumlich unzureichend ausgestattet. Für die Entwicklung dieser Fächer ist entscheidend, ihnen den Praxisbezug im Rahmen klinischer Fächer zu geben und ihre Ausbildungsaufgaben auf den zukünftigen praktischen Arzt, „Basisarzt", auszurichten. Die Fächer haben in der interdisziplinären Ausrichtung, in Praxisbezug und in den Lernzielen enge Bezüge zueinander und außerdem engste Beziehungen zum Gebiet Psychotherapie/Psychosomatik, was eine organisatorische Zuordnung nahelegt.

3 Weiterbildung

3.1 Grundsätze

Für Inhalt und Struktur der Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik ist bestimmend, daß sie praktischer beruflicher Tätigkeit nicht vorgeordnet ist, sondern sie begleitet. Diese Tatsache verdient gerade im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich eine besondere Beachtung, weil hier die speziellen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten nur synchron zum täglichen Umgang mit dem Praxisfeld erworben werden können. Weiterbildung ist daher praxisnah und tätigkeitsbegleitend zu organisieren, was bedeutet, daß die Gegebenheiten des psychosozialen Feldes ebenso strukturbildend sein müssen wie klinische Erfahrungen.

Bisher standen Gesichtspunkte hospitalisierter Kranker und damit eine einseitige Erfahrungsauslese zu sehr im Vordergrund, was die Erfahrungsbildung für Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge entscheidend beeinträchtigt hat.

Praxisnahe Weiterbildung muß regional organisiert werden, damit die jetzt häufige räumliche Distanz der Berufsausübung von der Weiterbildungsinstitution überwunden wird. Außerdem ist nach beiden Richtungen eine hohe Durchlässigkeit zu fordern. Nur wenn dies erreicht wird, laufen Berufspraxis und Weiterbildung nicht disparat nebeneinander her, sondern können wechselseitig aufeinander einwirken.

Die Kluft zwischen den Institutionen der Berufspraxis und den Weiterbildungsstätten hat sich bisher ungünstig auf die Qualität der Weiterbildung ausgewirkt. Es mangelte an genügenden Integrationsmöglichkeiten. Musterbeispiel für fehlende Durchlässigkeit sind die sich vielerorts fremd gegenüberstehenden psychiatrischen Krankenhäuser und psychoanalytischen Weiterbildungsinstitute. Das hat bisher in der Regel dazu geführt, daß in der psychiatrischen Weiterbildung die gravierende Lerner-

fahrung bestimmter institutioneller Unverträglichkeiten mit der psychoanalytischen Weiterbildung gemacht wurde. Nach abgeschlossener psychiatrischer Weiterbildung verließen die inzwischen hochqualifizierten Fachärzte die Institutionen, in denen sie ihre ersten — und d. h. doch auch besonders nachdrücklichen — Praxiserfahrungen gemacht haben.

Dieser ungünstigen Entwicklung waren viele Psychiater unterworfen. Sie haben sich nach Absolvierung der in der Weiterbildungsordnung für Ärzte vorgeschriebenen Pflichtzeit von psychiatrischen Institutionen abgewandt, um ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung gemäß arbeiten zu können. Die mangelnde Durchlässigkeit der Institutionen war also nicht nur ein Hindernis auf dem Wege zu psychotherapeutischer Qualifikation, sondern geriet auch zum Nachteil der psychiatrischen Institutionen, die gerade die Spezialisten verloren, die zu notwendigen Umstrukturierungen und zu besserer Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hätten beitragen können.

Bis heute haben sich überhaupt die meisten berufspraktischen Institutionen der speziellen psychotherapeutischen Weiterbildung gegenüber gleichgültig (sie sei Privatsache) oder ablehnend (sie nehme nur Arbeitszeit weg) verhalten. Das hat allzu häufig auch dahin geführt, daß sich Weiterbildungsinstitute nur wenig auf die Praxisfelder ihrer Weiterbildungsteilnehmer beziehen konnten, weil beide Bereiche zu wenig kooperierten. Um das Weiterbildungspotential, das in der Berufspraxis liegt, besser zu nutzen, und um den Weiterbildungsteilnehmern die Integration spezieller Weiterbildungsinhalte in ihre Praxisfelder zu erleichtern, ist ein größeres institutionelles Entgegenkommen dringend zu fordern; denn in der Interessen- und damit in der Erkenntnisbildung hat das jeweilige Praxisfeld gleiches Gewicht wie die spezielle Weiterbildung.

Angehörige mit verschiedener Grundausbildung sollten, soweit es die Zielsetzungen gestatten, gemeinsam eine Weiterbildung erfahren. Es dürfen z. B. die Erfahrungen von niedergelassenen Ärzten oder von Psychologen und Sozialarbeitern in Beratungsdiensten gegenüber theoretischen Gesichtspunkten spezieller Weiterbildungsinstitute nicht unterbewertet werden. Ein hohes Maß von Integration und Kooperation zwischen verschiedenen Berufen und Mitarbeitern in verschiedenen Schwerpunkten ist erforderlich, damit bereits während der Weiterbildung die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen Berufen gebahnt werden kann. Teilweise Integration der Weiterbildungsgänge kommt später den gemeinsamen Aufgaben von Prävention, Beratung und Behandlung zugute.

3.2 Weiterbildung von Ärzten zum Psychotherapeuten

3.2.1 Gegenwärtiger Stand

Bisher ist die Weiterbildung zum ärztlichen Fachpsychotherapeuten privat organisiert nach den Richtlinien und an den Instituten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) e. V. Die Weiterbildung dauert in der Regel vier bis sechs Jahre. Resultat dieser Weiterbildung ist eine hohe Qualifikation in den verschiedenen analytisch-therapeutischen Methoden, die eine ausgedehnte und weitgefächerte psychotherapeutische Tätigkeit ermöglicht. Darüber hinaus schafft sie die entscheidende Voraussetzung, Aufgaben der Weiterbildung und der Fortbildung zu übernehmen. Nach diesem hohen Standard sind zur Zeit etwa 420 Ärzte weitergebildet und fachpsychotherapeutisch (Stand Frühjahr 1975) tätig. Eine formale und öffentlich-rechtlich festgelegte Qualifikation ist mit der Institutsweiterbildung gegenwärtig nicht gegeben.

Die einzige formale Möglichkeit einer öffentlich-rechtlich festgelegten Qualifikation stellt die *Zusatzbezeichnung „Psychotherapie"* dar. Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung ist in der Regel eine dreijährige Weiterbildung, die allen Ärzten offensteht, in psychotherapeutischen Institutionen (Krankenhaus, Abteilungen, Praxis) unter Anleitung von Ärzten, die zu dieser Weiterbildung berechtigt sind. Auf einheitliche Weiterbildungsinhalte haben sich die zuständigen Fachgesellschaften einigen können, sie sind aber nicht verbindlich geworden und die praktische Handhabung ist unterschiedlich. Entsprechend unterschiedlich sind die Resultate dieser Weiterbildung. Die Berechtigung, die Zusatzbezeichnung zu führen, sagt daher heute nichts Einheitliches darüber aus, welche psychotherapeutische Qualifikation der Arzt besitzt.

Unbefriedigend an der gegenwärtigen Regelung ist, daß die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" mit verschiedenartigen Vorstellungen und Tätigkeitsfeldern verbunden ist. Dem Namen nach handelt es sich um einen „Zusatz", d. h. eine zusätzliche Qualifikation, die zur Ergänzung eines anderen Spezialfaches und einer anderen Berufspraxis dient. In typischer Weise erwarben vor allem Psychiater diesen Zusatztitel. Sie konnten jedoch diese zusätzliche psychotherapeutische Qualifikation in ihrer psychiatrischen Praxis wenig nutzen. In der Gebührenordnung für Ärzte wurde eine Regelung geschaffen, die es dem Zusatztitelträger erlaubt, ausschließlich psychotherapeutische Leistungen abzurechnen. Eine spezialisierte psychotherapeutische Tätigkeit ist aber weder mit den Investitionen und laufenden Kosten einer psychiatrischen Fachpraxis noch mit ihrem Betriebsablauf vereinbar. Die von den Kassen gezahlten Beträge für psychotherapeutische Leistungen sind mit den Unkosten einer psychiatrischen oder auch internistischen Fachpraxis in der Regel nicht vereinbar. Das hat praktisch dazu geführt, daß die speziellen psychotherapeutischen Leistungen beinahe ausschließlich von Fachpsychotherapeuten mit Institutsweiterbildung erbracht werden, die sich in dieser Form der Praxis spezialisiert haben. Zusammen mit der unterschiedlichen Handhabung der Verleihung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" in den verschiedenen Ländern und den nicht verbindlich gewordenen Richtlinien und Inhalten ist der gegenwärtige Stand als unbefriedigend anzusehen.

3.2.2 Empfehlungen, für das Gebiet Psychotherapie/ Psychosomatik einen Facharzttitel bzw. eine Gebietsbezeichnung einzuführen

Die speziellen Versorgungsaufgaben im psychotherapeutischen Bereich haben dazu geführt, daß eine große Zahl von Ärzten, gegenwärtig über 400, spezialisiert psychotherapeutisch tätig sind. Es handelt sich um Psychotherapeuten, die an einem der 18 Weiterbildungsinstitute der DGPPT ihre berufliche Bildung und Qualifikation erfahren haben. Die mit einem umfangreichen, vieljährigen Curriculum in den Instituten aber auf rein privater Basis betriebene Weiterbildung hat gegenwärtig keine öffentliche Anerkennung bzw. Aufsicht und keine Förderung. Das wird der gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutung psychotherapeutischer Aufgaben in der Versorgung, vor allem für neurotisch und psychosomatisch Kranke nicht gerecht. Es entspricht auch nicht dem Gewicht, daß das psychotherapeutisch/psychosomatische Fachgebiet in der Ausbildung der Medizinstudenten zusammen mit der Psychiatrie gewonnen hat.

Die Weiterbildung zum analytisch spezialisierten Psychotherapeuten an einem Institut der DGPPT, die gegenwärtig in der Regel vier bis sechs Jahre dauert, vermittelt eine hohe Qualifikation und Spezialisierung. Diese dient nicht nur zur Bewältigung bestimmter Versorgungsaufgaben, sondern schafft darüber hinaus die entscheidende Voraussetzung, Aufgaben der Weiterbildung und der Fortbildung auch für andere ärztliche Berufsgruppen zu übernehmen, z. B. im Rahmen des Weiterbildungsganges für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie". Die Einführung eines Facharztes soll die Durchdringung verschiedener medizinischer Fachgebiete mit psychotherapeutisch/psychosomatischem Wissen und die psychologische Durchdringung der Medizin im ganzen fördern, wie sie durch die neue Approbationsordnung bereits angelegt ist. Deshalb sollte auch die im Curriculum der DGPPT geforderte einjährige Tätigkeit in einer psychiatrischen klinischen Versorgungseinrichtung für eine künftige Facharztweiterbildung auf dem Fachgebiet Psychotherapie/Psychosomatik vorgesehen werden.

Gemessen an den vielfältigen Versorgungs- und Bildungsaufgaben, die qualifizierte Psychotherapeuten wahrzunehmen haben, ist außerdem für die zu etablierende Weiterbildung zu fordern, daß sie hohen Standards genügt, wie sie für die Weiterbildung in analytischer Psychotherapie gegenwärtig in den DGPPT-Instituten bereits gewährleistet ist.

Das Curriculum der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung umfaßt gegenwärtig mindestens vier Jahre. Im Rahmen einer vierjährigen Weiterbildungszeit ist in die verschiedenen, für die psychotherapeutische Versorgung heute wesentlichen, Behandlungsmethoden einzuführen.

Nach dem gegenwärtigen Stand der ärztlich-psychotherapeutischen Berufspraxis und der in den Instituten der DGPPT verwirklichten Weiterbildungsanforderungen ist die analytische Psychotherapie eine in Jahrzehnten gewachsene Fachrichtung, die dem Stand einer Weiterbildung zum Facharzt bereits entspricht. Dem Weiterbildungsgang zum analytischen Psychotherapeuten (s. C. 4.3.4) vergleichbare Weiterbildungsgänge von seiten anderer Psychotherapierichtungen (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie) liegen bisher nicht vor. Wenn sich für andere psychotherapeutische Methoden die Frage der rechtlich anerkannten Qualifikation stellt, müßten sie in bezug auf die klinische Erfahrungsgrundlage wie nach Umfang und Weiterbildungsanforderungen vergleichbare Maßstäbe erfüllen.

3.3 Weiterbildung von Psychologen zum Psychotherapeuten

3.3.1 Gegenwärtiger Stand

Die Weiterbildung von Diplom-Psychologen zu analytischen Psychotherapeuten erfolgt bislang zusammen mit denen der Ärzte in nach der Rechtsform des eingetragenen Vereins organisierten privaten Weiterbildungsinstitutionen. Die Weiterbildung geschieht nach den Rahmenrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT). Nach diesen Richtlinien sind zur Zeit etwa 300 psychologisch vorgebildete Personen weitergebildet und fachtherapeutisch tätig. Die Weiterbildung dauert berufsbegleitend in der Regel vier bis sechs Jahre, erfolgt unter klinischen Gesichtspunkten und schließt eine einjährige psychiatrische Grunderfahrung mit ein. Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung an von der DGPPT anerkannten Weiterbildungsstätten werden gegenwärtig noch von ärztlichen Fachtherapeuten auf dem Wege eines Delegationsverfahrens zu kassenärztlichen Versorgungsleistungen auf dem Gebiete der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Therapie hinzugezogen.

3.3.2 Empfehlung einer gesetzlichen Regelung für die Zusatzausbildung des Diplom-Psychologen zum Psychologen (Fachpsychologen) für Klinische Psychologie

Die obengenannte relative Abhängigkeit von ärztlichen Fachpsychotherapeuten bei gleichrangiger Qualifikation sowohl in der Versorgung neurotisch Kranker wie auch in mannigfachen Funktionen der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung, führte zu einem eigenständigen Berufsbild des psychologischen Fachpsychotherapeuten, das es gesetzlich abzusichern gilt. Hinzu kommt, daß andere, vorwiegend in der Psychologie entwickelte psychotherapeutische Verfahren, insbesondere die Verhaltens- und die Gesprächstherapie, den Anspruch erheben, eigenständige, fachlich definierte psychotherapeutische Arbeit zu leisten, um so an der Versorgung psychisch Kranker in Kooperation mit der ärztlichen Versorgung fachlich unabhängig von Ärzten teilzunehmen. Die Bestrebungen der Klinischen Psychologen haben inzwischen zur Vorbereitung eines Gesetzes geführt, das hierfür eine geeignete rechtliche Grundlage schaffen soll. Die Sachverständigen-Kommission unterstützt diese Entwicklung, weil nur durch die Vermehrung der psychotherapeutischen Kapazität eine angemessene Versorgung psychisch

Kranker gewährleistet werden kann. Sie hält es allerdings für unabdingbar, daß Weiterbildungsgänge anderer psychotherapeutischer Richtungen den Standards der bestehenden Weiterbildungsgänge entsprechen. Auch für den Verhaltens- oder Gesprächstherapeuten sollte daher eine vierjährige Weiterbildungszeit gelten unter Einschluß einer einjährigen klinischen Tätigkeit in ihrer psychiatrischen Institution und der dringenden Empfehlung eines weiteren Jahres klinischer Praxiserfahrung (s. C.3.2.2).

Neben kliniknaher Praxiserfahrung muß in den Weiterbildungsgängen anderer psychotherapeutischer Richtungen eine ausreichende Selbsterfahrung, Vermittlung theoretischen Wissens und Kontrolle von Behandlungen gewährleistet sein, um die Zusammenarbeit zwischen den Psychotherapeuten aller Richtungen und insbesondere die Zusammenarbeit mit Ärzten in Diagnostik und Indikationsstellung zu sichern.

3.4 Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Weiterbildung für Ärzte und Diplom-Psychologen zum analytischen Psychotherapeuten

Ziel der Weiterbildung ist die Fähigkeit, analytische Psychotherapie in langfristigen therapeutischen Prozessen auszuüben im Sinne des klassischen Standardverfahrens der Psychoanalyse, und die Anwendung dieser Kenntnisse in Interviews (Erstuntersuchungen und Kurzberatungen), Kriseninterventionen, Kurztherapieformen und mehr als bisher in familien- und gruppentherapeutischen Verfahren. Dabei empfiehlt es sich, spezielle Weiterbildungsgänge, die zu bestimmten Teilgebietsbezeichnungen führen, einzurichten und zwar besonders auf dem Gebiet der Gruppentherapie und der Partner- und Familientherapie.

Inhalte der Weiterbildung sind: Selbsterfahrung, Theorievermittlung, spezielle Fallbehandlungen mit begleitender Supervision, berufsbegleitende Praxis.

1. *Selbsterfahrung:* Sie findet statt in der Form einer Einzelanalyse (sog. Lehranalyse), die in der Regel die gesamte Weiterbildungszeit begleitet. Sie stellt eine Erforschung eigener psychischer Prozesse dar und dient dazu, Fähigkeiten, sich selbst und andere wahrnehmen zu können, zu erhöhen und eine genügende emotionale Stabilität herauszubilden, die es ermöglicht, auch in emotional schwierigen und belastenden Situationen im Umgang mit Patienten gelassen, besonnen und einsichtig reagieren zu können. — Darüber hinaus haben in den letzten Jahren Selbsterfahrungen in analytischer Gruppentherapie, sogenannte Selbsterfahrungsgruppen, immer größeren Wert für die analytische Weiterbildung zum Psychotherapeuten gewonnen.
2. Der *theoretische Teil der Weiterbildung* vermittelt Kenntnisse in allgemeiner und spezieller Neurosenlehre, der Psychosomatik, der psychodiagnostischen Testverfahren, der Technik der Erstuntersuchung, der Diagnose, Differenzialdiagnose und Indikationen, der Beratungstechniken und schließlich der Behandlungstechniken. Dabei soll an das im Medizin- bzw. Psychologiestudium erworbene Grundlagenwissen angeknüpft werden können. Grundlagenwissen pflegt immer noch beim Eintritt in die Weiterbildung so unbekannt zu sein, daß bis heute die von den psychoanalytischen Fachgesellschaften vermittelte Weiterbildung Grundbegriffe der Entwicklungs- und Konfliktpsychologie, der Charakterologie, der Kommunikationstheorie und der Familien- und Gruppendynamik lehren muß, anstatt gleich in die Vermittlung der speziellen Theorie der neurotischen Erkrankungen und Theorie der Behandlungstechniken eintreten zu können. Resultat dieses Mißstandes ist entweder eine ungebührlich verlängerte oder eine theoretisch nicht genügend fundierte Weiterbildung.

Bisher sind in den Weiterbildungsprogrammen der Institute in der Regel keine angemessenen — mancherorts überhaupt keine — Angebote im Methodenbereich Gruppentherapie und Familientherapie enthalten. Dazu kontrastiert, daß sich diese Therapieformen auf gesundheitspolitisch besonders wichtige Versorgungsprobleme beziehen; es ist damit zu rechnen, daß sie, als Vorbedingung zur Erfüllung dieser Versorgungsaufgaben, in der Weiterbildung von Psychotherapeuten eine immer bedeutsamere Rolle spielen werden.

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß vor allem für die analytische Gruppenpsychotherapie und, in etwas geringerem Maße, auch für die Familientherapie bereits umrissene theoretische und klinische Konzepte vorliegen. Diese therapeutischen Methoden und Techniken befinden sich jedenfalls nicht mehr in ihren Anfängen, sondern haben im Laufe der letzten Jahre ein ausreichend hohes Maß an Praktikabilität erreicht. Die analytische Gruppenpsychotherapie darf bereits jetzt als eine der psychotherapeutischen Standardmethoden, speziell zur Lösung von Kommunikationsproblemen, angesehen werden.

Aus diesen Gründen sind in den Weiterbildungsgang zum analytischen Psychotherapeuten Seminare über die Austauschformen psychosozialer Abwehrmechanismen, über typische pathogene Gruppen- und Familienstrukturen, über die Kriterien der objektiven und subjektiven Indikation zur Gruppen- und Familientherapie, über gruppen- und familientherapeutische Techniken unter besonderer Berücksichtigung der hierbei relevanten Beziehungsprobleme einzurichten. Dabei muß berücksichtigt werden, daß es beim gegenwärtigen Stand der Entwicklung nur eine sehr geringe Zahl von einschlägig geschulten Experten gibt, die Gruppenpsychotherapie und Familientherapie kompetent lehren können. Als Sofortmaßnahme wird vorgeschlagen, an einzelnen Instituten, die die notwendigen personellen Voraussetzungen haben, diese Zusätze zur Weiterbildung zum analytischen Psychotherapeuten einzurichten und zu fördern, um möglichst rasch

zu mehr gruppenpsychotherapeutischen und familientherapeutischen Spezialisten zu kommen. Dieser Teil der Weiterbildung hätte nach Absolvierung der allgemeinen psychotherapeutischen Weiterbildung oder in einem fortgeschrittenen Stadium derselben einzusetzen, um diese um das gruppen- und familientherapeutische Wissen zu ergänzen, das eigentlich bereits zum allgemeinen Weiterbildungsprogramm gehören sollte.

3. Neben der Selbsterfahrung und der Vermittlung speziellen theoretischen Wissens steht als dritter Teil der Weiterbildungsinhalte der *Erwerb spezieller praktischer Erfahrungen,* die gewonnen werden in eigenen Interviews (Erstuntersuchungen), Beratungen und Behandlungen unter Kontrolle (Supervision) durch erfahrene, hierzu ermächtigte Psychotherapeuten. Über die bisherigen Weiterbildungsangebote hinaus sollten auch praktische Grunderfahrungen unter Kontrolle auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie und Familientherapie verlangt werden. Jeder Weiterbildungsteilnehmer sollte eine kleine Zahl von supervisionierten Paar- und Familien-Interviews absolvieren, wenigstens eine kürzere Paarbehandlung durchführen, als Therapeut oder Kotherapeut an einer psychotherapeutischen Gruppenbehandlung teilnehmen und mit einer Konfliktfamilie unter Anwendung eines differenzierten familiendynamischen Konzeptes eine Zeitlang hindurch arbeiten, wobei er diese Arbeit (unter Kontrolle) allein oder als Kotherapeut innerhalb eines Teams leisten könnte.

4. Für die *berufsbegleitende Praxis* sollte folgende Regelung gelten:

   Eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer klinisch-psychiatrischen Versorgungseinrichtung sollte, wenn möglich, in den ersten beiden Jahren der Weiterbildung vor Beginn des Praktikantenstatus (Berechtigung zu psychoanalytischer Behandlung unter Kontrolle) obligatorisch sein. Darüber hinaus ist ein weiteres klinisches Jahr dringend empfehlenswert. So streng die ersten beiden Jahre der Weiterbildung geregelt sein sollten, so großzügig sollte im zweiten Teil der Weiterbildung verfahren werden. Um der Vielfalt psychosozialer Aufgaben gerecht zu werden, sollte jedes Praxisfeld (für in der Regel Halbtagstätigkeit) offen stehen, das psychotherapeutische Arbeit ermöglicht.

3.5 Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" für Ärzte

Es gibt einen großen Bereich von akuten seelischen Krisen und entwicklungsbedingten seelischen und körperlichen Störungen von Krankheitswert, deren Diagnostik und therapeutische Versorgung eine umfassende Kompetenz in praktischer Psychotherapie voraussetzt. Diese wurde bisher und soll künftig durch die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" vermittelt werden. Die Einführung eines Facharztes im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik wird Gelegenheit geben, die bisherigen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" neu zu überdenken und genauer zu fassen.

Die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" stellt eine zusätzliche Qualifikation dar, die innerhalb einer allgemeinen oder fachärztlich spezialisierten Tätigkeit (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde, Innere Medizin usw.) ausgeübt wird. Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kann — analog zur bisherigen Regelung — teilweise in die Weiterbildung zu einem der ärztlichen Spezialfächer einbezogen sein oder sich ihr anschließen. Die Dauer der Weiterbildung ist auf drei Jahre bemessen. Die bisherige Regelung einer zweijährigen Weiterbildungszeit für Psychiater sollte beibehalten werden.

Die Weiterbildungsinhalte sind auf das Ziel der zusätzlichen Kompetenz innerhalb des jeweiligen Spezialfaches hin so festzulegen, daß das jeweilige Spezialfach mit seinen besonderen psychosomatischen Erfordernissen berücksichtigt ist.

Auch für diesen Weiterbildungsgang gilt die unabdingbare Voraussetzung der praxisnahen Weiterbildung. Die Orte der Berufsausübung und der Weiterbildung dürfen daher nicht weit auseinanderliegen. Wechselseitiger Bezug und Kontinuität müssen gegeben sein. Hingegen erscheint die Regelung, daß eine bestimmte Zeit in einer psychotherapeutischen Institution absolviert werden muß, nicht nur entbehrlich, sondern dem Ziel dieses Weiterbildungsganges unangemessen. Es soll ja gerade nicht eine fachpsychotherapeutische, sondern eine gewisse psychotherapeutische Kompetenz im Rahmen des jeweiligen Praxisbereiches erreicht werden.

Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" hat für Psychiater und für Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen der Körpermedizin große Bedeutung, um die ärztliche Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker zu verbessern. Es wird daher dringend empfohlen, Zug um Zug mit der Einführung eines (Fach-)Arztes für das Gebiet der Psychotherapie/Psychosomatik diesen Weiterbildungsgang von den Vermengungen mit ausschließlich fachpsychotherapeutischen Zielsetzungen zu befreien und neu zu fassen.

3.6 Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)

(s. a. C.3.5)

Als Psychagogen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezeichnet man die Berufsgruppe, deren Weiterbildungsgang zur Ausübung der Heilbehandlung von Kindern und Jugendlichen befähigt. Voraussetzungen für die Weiterbildung zum Psychagogen sind ein abgeschlossenes Studium der Pädagogik, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik an einer sozialpädagogischen Fachhochschule oder an einer Universität sowie eine anschließende dreijährige praktische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen in einem der einschlägigen Berufsfelder. Wei-

terbildungsziel ist die Qualifikation zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut). Die Weiterbildungszeit beträgt mindestens vier Jahre.

Lernziel der Weiterbildung ist die Fähigkeit zu psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen in langfristigen sowie kurzfristigen therapeutischen Prozessen, Beratung und Krisenintervention sowie in Zusammenarbeit mit Ärzten zu diagnostischer Erstuntersuchung und Indikationsstellung zur Heilbehandlung. Die Beratung und die begleitende Therapie der Beziehungspersonen der Kinder und Jugendlichen, insbesondere der Eltern, gehören mit zu den Aufgaben der Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Auch hier gilt, daß die weiterbildungsbegleitende Praxis integraler Bestandteil der Weiterbildung ist und daher möglichst in dem Feld gewählt werden soll, auf das die Interessen späterer Berufstätigkeit gerichtet sind. In Frage kommen somit in erster Linie Erziehungs- und Familienberatungsstellen bzw. integrierte Beratungsstellen, schulpsychologische Beratungsdienste, Heime und poliklinische und stationäre kinderpsychiatrische Dienste.

Inhalte der Weiterbildung sind: Selbsterfahrung, Theorievermittlung, spezielle Fallbehandlungen mit begleitender Supervision, berufsbegleitende Praxis.

Die Selbsterfahrung findet wie bei der Weiterbildung der Ärzte und Psychologen zum analytischen Psychotherapeuten in Form einer Einzelanalyse (sog. Lehranalyse) unter den gleichen Gesichtspunkten statt und begleitet die gesamte Weiterbildungszeit. Der theoretische Teil der Weiterbildung vermittelt Grundlagen in der allgemeinen und speziellen Neurosenlehre und Kenntnisse in der Psychosomatik, der psychodiagnostischen Testverfahren, der Technik der Erstuntersuchung, Indikation und Prognose sowie Fähigkeiten für die Behandlung und Beratung. Da Psychagogen bereits in ihrem primären Berufsfeld Familien als Interaktionspartner haben und dieser Tatbestand auch bei ihrer späteren Tätigkeit erhalten bleibt, haben in ihrem Weiterbildungsgang familiendynamische Konzepte immer mehr Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung sollte intensiviert und weiter gefördert werden. Dazu gehören Seminare über die Austauschformen psychosozialer Abwehrmechanismen, über typische pathogene Familienstrukturen und über die Kriterien der objektiven und subjektiven Indikation zur Familientherapie sowie über familientherapeutische Techniken unter besonderer Berücksichtigung der hierbei relevanten Beziehungsprobleme.

Neben der Selbsterfahrung und der Vermittlung spziellen theoretischen Wissens steht als dritter Teil der Weiterbildungsinhalte der Erwerb spezieller praktischer Erfahrungen, die gewonnen werden in Beratungen und Behandlungen unter Kontrolle (Supervision) durch erfahrene hierzu ermächtigte Psychotherapeuten. Über die bisherigen Weiterbildungsangebote hinaus sollten auch praktische Grunderfahrungen unter Kontrolle auf dem Gebiet der Familientherapie verlangt werden.

Sobald die Weiterbildung nach ca. zwei Jahren das Stadium eigener Behandlungstätigkeit unter Supervision erreicht hat, sollten die oben genannten Dienste verpflichtet sein, diese qualifizierte Tätigkeit zu berücksichtigen und zu fördern, außerdem empfiehlt es sich, Halbtagsstellen an den kinderpsychotherapeutischen Facheinrichtungen und Weiterbildungsinstituten zu schaffen.

Gegenwärtig kann die Weiterbildung zum Psychagogen an elf Weiterbildungsinstituten absolviert werden, die von der DGPPT und der Ständigen Konferenz der Ausbildungsstätten für Psychagogen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) anerkannt sind. Die Weiterbildungsrichtlinien sind festgelegt von der ebengenannten Ständigen Konferenz der Ausbildungsstätten. Kernstück der Weiterbildung besteht in der Vermittlung psychoanalytischen Grundlagenwissens, so daß der Berufszweig der Psychagogen, wie er sich jetzt etabliert hat, nach psychoanalytischen Konzepten arbeitet. An allen Weiterbildungsinstituten besteht eine enge Verflechtung mit der psychoanalytischen Weiterbildung der Ärzte und Psychologen.

Sollten sich Weiterbildungsinstitute bilden, die andere psychotherapeutische Fachrichtungen vertreten, so ist zu fordern, daß sie eine Weiterbildung anbieten können, die den gegenwärtig gegebenen Standards genügt: kliniknahe Praxiserfahrung zumindest in den späteren Abschnitten der Weiterbildung, ausreichende Selbsterfahrung, kontrollierte Behandlung und spätere Zusammenarbeit mit Ärzten in Diagnostik und Indikationsstellung, und schließlich die Vermittlung theoretischer Kenntnisse, die sich insbesondere auf Entwicklungs- und Familienpsychologie beziehen.

3.7 Spezielle Weiterbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sollen durch den hier in Umrissen konzipierten speziellen Weiterbildungsgang in die Lage versetzt werden, beratende und sozialtherapeutische Aufgaben für die weitgehend unversorgten, sozial benachteiligten Schichten (z. B. Angehörige der Unterschicht, ältere Menschen, Gastarbeiter) der Bevölkerung wahrzunehmen. Dabei sollen sie im Rahmen ihrer Grundberufe psychosoziale Belastungen und Konflikte erfassen können und durch eine qualifizierte Intervention und Hilfestellung zu ihrer Überwindung beitragen.

Ein besonderer Akzent liegt außerdem bei der sozialtherapeutischen Versorgung der Rand- und Risikogruppen unserer Gesellschaft (z. B. Vor- und Nachsorge von psychiatrisch Kranken, Resozialisierung von Straffälligen und Drogenabhängigen, von Obdachlosen usw.).

Dabei tritt die Arbeit mit dem einzelnen mehr zugunsten einer familien- und gruppenzentrierten sozialtherapeutischen Arbeit und einer institutions- und gemeinwesensbezogenen Hilfestellung und Beratung zurück.

Nach allen vorliegenden Erfahrungen ist die sozialtherapeutische Arbeit nur unter besonderer Be-

rücksichtigung der schicht- und gruppenspezifischen Sozialisation, der bestehenden sozialen Beziehungen (Partner, Familie, Beruf usw.) und der sozialökonomischen Situation (Einkommen, Unterkunft, Berufschancen usw.) zu leisten.

Besondere Aufgaben stellen sich dabei für die

- Beratung und sozialtherapeutische Arbeit bei psychosozialen Partner- und Familienkonflikten,
- Hilfestellung und Beratung von bestimmten sozialen Gruppen und Institutionen (z. B. Heime, Vollzugsanstalten, Schulen),
- Beratung von bestimmten Berufsgruppen (z. B. Lehrer, Heimerzieher, Mitarbeiter in der Rehabilitation, Krankenhauspersonal),
- Mitarbeit bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von sozialen Berufen,
- Mitarbeit bei der Prävention.

Voraussetzung der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten ist das abgeschlossene Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik an einer Fachhochschule/Hochschule/Universität und eine mindestens dreijährige einschlägige Praxiserfahrung.

Weiterbildungsziel ist eine zusätzliche Qualifikation mit sozialtherapeutischer Fachkompetenz. Sie beinhaltet die Befähigung zur Teamarbeit im Rahmen von Arbeitsseminarschaften und Institutionen, aber nicht eine unabhängige Tätigkeit in eigener Praxis.

Entsprechend den anderen hier vorgeschlagenen Weiterbildungsgängen im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik gehören dazu:

- Praxisorientierte, berufsbegleitende Weiterbildung,
- Theorievermittlung,
- Training und Supervision in den verschiedenen Arbeitsmethoden,
- ausreichende Selbsterfahrung (Kenntnis der eigenen Persönlichkeit).

Die Weiterbildungszeit soll entsprechend der Vielfalt der Aufgaben den übrigen Weiterbildungsgängen angeglichen sein.

Die auch für dieses Berufsziel erforderliche Selbsterfahrung wird sich wahrscheinlich vorzugsweise in Form einer Gruppenselbsterfahrung (analytische Selbsterfahrungsgruppe) empfehlen.

Die sich auf diese Weise dem weitergebildeten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen stellenden Aufgaben können in der Regel nur in Gruppen zusammen mit Vertretern anderer Disziplinen erfolgreich geleistet werden. Vor allem deswegen sollte auch ihre Weiterbildung gemeinsam mit Angehörigen der verschiedenen betroffenen Berufsgruppen erfolgen.

Diese Weiterbildung kann einerseits im Rahmen vorhandener psychotherapeutischer Weiterbildungsinstitutionen oder in besonderen hierfür einzurichtenden Institutionen durchgeführt werden.

Um praktikable Erfahrungen in der sozialtherapeutischen Weiterbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen zu gewinnen, empfiehlt es sich, umgehend Weiterbildungsinstitutionen mit Modellcharakter einzurichten. Die curricularen Grundzüge des angestrebten Weiterbildungsganges sind in Zusammenarbeit mit den vorgeschlagenen Weiterbildungsinstitutionen zu erstellen.

Dieser Weiterbildungsgang zum Sozialtherapeuten basiert wegen der erforderlichen vorwiegend gruppen- und familienzentrierten Arbeit und der verschiedenen Arbeitsfelder in erster Linie auf psychoanalytisch/tiefenpsychologischen Konzepten, auf enge Beziehung zur Psychiatrie ist zu achten (s. C.3.4)

Sollten Curricula entwickelt werden, die auf anderen psychotherapeutischen oder sozialpsychologischen Konzepten beruhen, so ist zu fordern, daß diese Weiterbildung dem Standard des hier beschriebenen Weiterbildungsganges entspricht und fundierte Vermittlung theoretischer Kenntnisse, kontrollierte Arbeit unter Supervision, ausreichende Selbsterfahrung und eine praxisorientierte Ausbildung in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen umfaßt.

3.8 Berufsgruppen mit anderweitigen Weiterbildungsgängen, zu denen ein psychotherapeutischer/psychosozialer Bestandteil gehört oder gehören sollte

3.8.1 Ärzte

Ein beträchtlicher Teil der Patienten, die die Praxis eines niedergelassenen Arztes oder eines Facharztes aufsuchen, leiden an psychosomatischen oder an psychosomatisch mitbedingten Störungen und Krankheiten. Daraus ist die Empfehlung abzuleiten, in die Weiterbildungsordnung für Ärzte verschiedener Fachrichtungen psychosoziale Themen einzufügen. Von den Patientenbedürfnissen aus gesehen, sind psychosoziale Kenntnisse und Interventionsformen insbesondere in den Weiterbildungsgängen zum Arzt für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin, für Kinder- und Frauenkrankheiten und für Dermatologie und Urologie zu vermitteln.

Ohne solche zusätzlichen Kenntnisse können die in Kapitel B.4.2 dargestellten psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Aufgaben unter Einschluß der Beratungs- und gegebenenfalls Überweisungsfunktionen nicht erfüllt werden. Neben angemessenen theoretischen Weiterbildungsinhalten sind folgende spezielle Weiterbildungsinhalte zu empfehlen:

- Erkennung von sozialen, psychosozialen und psychodynamischen, potentiellen und aktuellen krankmachenden Konflikten, insbesondere Familien-, sonstige Gruppen- und Partnerschaftskonflikten,
- Kenntnis vorhandener und zukünftiger sozialer Dienste,
- optimale Beratungsgesprächsführung,

— Neurosen-Prophylaxe,

— Indikationsstellung für Psychotherapie,

— Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit mit Angehörigen anderer Berufe im psychosozialen Bereich.

3.8.2 Weiterbildungsgänge für Berufe im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste (s. B.2.1.1), im Kontext sozialer Institutionen (s. B. 2.1.2) und im Rahmen der Sozialarbeit (s. B.2.1.3)

Mindestens in folgenden Bereichen erscheint die Einrichtung von Weiterbildungsgängen notwendig:

1. Im Bereich der Heimpädagogik: zur Begründung eines speziellen Weiterbildungsganges für Heimpädagogen gilt: Kleinkinder, die in den ersten Lebensjahren ohne menschliche Wärme und Zuwendung aufwachsen („geringe Kosten"), tragen immense psychische Schäden davon und verursachen spätestens im Erwachsenenalter immense Aufwendungen („hohe Folgekosten") durch Kriminalität und Anstaltsverwahrung. An einer besseren Qualifikation der Heimerzieher zu sparen, bedeutet, die vornehmlichen Produktionsstätten von Kriminalität, Verwahrlosung und Sucht zu erhalten, vermeidbares Elend zu schaffen und hohe Folgelasten tragen zu müssen.
2. Im Schulbereich: Schulpsychologen brauchen, um den in B. 2.1.2.1 umrissenen Aufgabenbereich wahrnehmen zu können, einen eigenen Weiterbildungsgang, der grundlegende entwicklungspsychologische, gruppen- und familiendynamische und institutionelle Kenntnisse mit dem Erwerb von Selbsterfahrung und speziellen Beratungstechniken verbindet.
3. Im Schulbereich: speziell psychodynamisch weitergebildete Beratungslehrer für Kriseninterventionen, Familien- und Elternberatung, deren Funktion in den einzelnen Institutionen so einzurichten ist, daß sie über genügend Unabhängigkeit verfügen, um auch die Institution selbst beraten zu können.
4. Im Schulbereich: Weiterbildung zum Sonderpädagogen: die Sonderpädagogik ist inhaltlich immer noch zu sehr bestimmt von der Orientierung an körperlicher Behinderung von Schulkindern, obwohl der überwiegende Teil der Sonderschüler nicht an körperlichen, sondern an psychosozialen Behinderungen leidet. Die heute an den Pädagogischen Hochschulen etablierte Ausbildung zum Sonderpädagogen ist nicht nur quantitativ ganz unzureichend, sondern hat vor allem den erheblichen Nachteil, schulische Praxiserfahrung (in geringem Umfang) nur vorauszusetzen, aber nicht zu begleiten. Neben der so verfehlten Weiterbildung impliziert dieser zweite Ausbildungsgang ein weiteres Problem: die Studierenden der Sonderpädagogik sind ihrem sozialen Kontext nach eigentlich schon Berufstätige — sie beziehen ja auch ihr Lehrergehalt weiter —, aber ihnen wird Berufstätigkeit im Umfang etwa eines halben Lehrauftrages vorenthalten, was vielerorts zu der Erfahrung mangelnder Lernmotivation geführt hat. Die neuerdings eingeführten sonderpädagogischen Grundausbildungsgänge mögen die mangelnde Lernmotivation beheben, sind aber gleichwohl als ein schlechter Kompromiß abzulehnen, weil erst der tägliche Umgang mit gestörten Kindern das Problembewußtsein schafft, das die Aneignung spezieller psychosozialer Kenntnisse und Interaktionsformen ermöglicht.

4 Institutionen der psychotherapeutischen Weiterbildung

4.1 Gegenwärtiger Stand

Es gibt z. Z. in der Bundesrepublik und Berlin (West) 18 Weiterbildungsinstitute, die nach einheitlichem Standard gemäß der DGPPT-Richtlinien zum Psychotherapeuten weiterbilden. Elf dieser Institute bilden zusätzlich ebenfalls nach einheitlichem Standard gemäß den DGPPT-Richtlinien zum Psychagogen weiter. Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" erfolgt ohne einheitlichen Standard an mannigfachen psychotherapeutischen Institutionen, die nach Methodik, Umfang des Weiterbildungsprogramms und seiner praktischen Handhabung stark voneinander differieren. In vielen Regionen fehlen Weiterbildungsinstitute völlig. Darum haben sich überregionale Weiterbildungstagungen etabliert, die aber in der Regel mehr den Charakter von Fortbildungsveranstaltungen haben. Wenn solche überregionalen Tagungen Weiterbildung vermitteln wollen, so müssen sie Organisationformen entwickeln, die eine Kontinuität der Weiterbildung in jenen Weiterbildungsbereichen sichern, wo Kontinuität unerläßlich ist. Dies gilt in erster Linie für Fallkontrollen, aber auch für die Vermittlung von Selbsterfahrung überhaupt. Anzustreben ist — wie gesagt — eine volle regionale „Weiterbildungsversorgung", so daß es sich bei den überregionalen Einrichtungen prinzipiell um Übergangslösungen handelt, die aber so lange ihre Existenzberechtigung haben, bis eine regionale Weiterbildung auch z. B. bereits niedergelassener Ärzte überall erreicht ist.

Die vorhandenen Weiterbildungsinstitutionen können nach ihrer Zahl und ihrer bisherigen Ausstattung die gegenwärtigen und zukünftig absehbaren Aufgaben einer psychotherapeutischen Weiterbildung und einer Weiterbildung kooperierender Berufsgruppen nicht erfüllen. Eine Vermehrung und Förderung ist als vordringliche Empfehlung im Interesse der Versorgung psychisch Kranker auszusprechen.

4.2 Zielvorstellungen

Pro Region von ca. einer Million Einwohnern ist ein Weiterbildungsinstitut einzurichten, dessen Ausstattung mindestens Weiterbildungsgänge zum Fachpsychotherapeuten und Psychagogen ermög-

licht. Mehr und mehr Institute sollten außerdem über Abteilungen verfügen, die die sozialtherapeutische Weiterbildung für Sozialarbeiter und die übrigen hier vorgeschlagenen Weiterbildungsgänge möglich machen. Weiterbildungsinstitute, die über psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen verfügen, sollten außerdem die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychotherapie/Psychosomatik anbieten.

Als Weiterbildungsinstitutionen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kommen neben den zuvor genannten Weiterbildungsinstituten zahlreiche psychotherapeutische Institutionen in Frage, die zum einen eine kontinuierliche Weiterbildung gestatten und zum anderen personell nach Mindeststandards ausgestattet sein müssen, die neu auszuhandeln sind, wenn mit der Einführung eines Facharztes auf dem Gebiet der Psychotherapie/Psychosomatik die Bedingungen dieses Weiterbildungsganges neu definiert werden.

4.3 Ausstattung, Aufgaben und Organisationsformen eines Weiterbildungsinstitutes

Ein Weiterbildungsinstitut muß mindestens über eine Poliklinik für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche verfügen, und hat insofern unmittelbare Versorgungsaufgaben in der Diagnostik, Beratung und Therapie. Leitender Gedanke bei der Ausstattung eines Weiterbildungsinstitutes ist jedoch nicht das Versorgungsprinzip, sondern die möglichst optimale Erfüllung der Weiterbildungsaufgaben. Hierbei stellt sich als besonderes und für ein solches Institut strukturbildendes Problem, daß Weiterbildung für Berufe im psychosozialen Bereich nicht nur auf die Vermittlung persönlichkeitsneutralen Wissens abzielt, sondern in besonderer Weise persönlichkeitsbezogen ist. Vor allem die Selbsterfahrung setzt ein so hohes Maß an persönlicher Offenheit voraus, die nur erreicht werden kann, wenn Analytiker und Analysand keinen Umgang außerhalb der Selbsterfahrungssituation miteinander haben und insbesondere in keinem Abhängigkeitsverhältnis voneinander stehen. Weiterhin kommt komplizierend hinzu, daß es den später zu erfüllenden Berufsaufgaben nicht entspräche, wenn die Weiterbildungsteilnehmer sämtlich und über die gesamte Zeit die weiterbildungsbegleitende Praxis in der Weiterbildungsinstitution absolvierten. Dies würde zu einer außerordentlichen Verarmung der psychosozialen Kompetenz führen.

Daraus ist zu folgern, daß die Weiterbildung für Berufe im psychosozialen Bereich nur wenig am Modell der klinischen Weiterbildung orientiert werden kann, wie sie in der Weiterbildungsordnung für Ärzte niedergelegt ist. Vielmehr sollten in Weiterbildungsinstituten nur wenig hochqualifizierte Mitarbeiter fest angestellt sein und im übrigen die Möglichkeit gegeben sein, neben wenigen Assistentenstellen reichliche Mittel für Teilzeitverträge zur Verfügung zu haben. Teilzeitverträge machen es einerseits in anderen Institutionen oder in eigener Praxis arbeitenden, weiterbildungsberechtigten Psychotherapeuten möglich, Aufgaben im Institut wahrzunehmen; Teilzeitverträge ermöglichen andererseits Weiterbildungsteilnehmern, je nach dem Stand ihrer Weiterbildung, sich an Versorgungsaufgaben des Institutes zu beteiligen.

Diese Richtlinie gilt natürlich nicht, wenn dem Weiterbildungsinstitut eine größere Versorgungseinrichtung angeschlossen ist, die den Versorgungsaufgaben nach mit den üblichen Stellenplänen ausgestattet sein muß. Sie gilt ebenfalls natürlich nicht für Universitätseinrichtungen, die neben Versorgungsfunktionen Aufgaben der Forschung und der Lehre zu erfüllen haben. Auch hier sind reichlich bemessene Stellenpläne notwendig, außerdem ist in diesem Bereich eine hohe Fluktuation der Assistenten nicht zu erwarten und auch nicht zu wünschen.

Die gegenwärtige, auf privater Basis und im Rahmen eines eingetragenen Vereines betriebene Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten ist für die jungen Ärzte und Psychologen und im gewissen Maße auch für die anderen psychotherapeutisch weiterzubildenden Berufsgruppen mit hohen finanziellen Opfern verbunden. Dieses führt zu einem Engpaß und wirkt sich im ganzen unglücklich auf die berufliche Sozialisation aus. Vor allem die Lehranalyse führt zu hohen anfänglichen Belastungen in der Weiterbildung zum Psychotherapeuten. Es ist dringend zu empfehlen, durch Teilzeitverträge mit Lehranalytikern, vor allem mit praxiserfahrenen niedergelassenen Analytikern, zu erreichen, daß dieses Problem des psychotherapeutischen Nachwuchses gelöst werden und die Weiterbildung kostenlos werden kann.

Neben dieser Flexibilität in der Ausstattung ist Unabhängigkeit der Weiterbildungsinstitute von anderen Institutionen zu fordern. Weiterbildungsinstitute haben neben den Weiterbildungs- und unmittelbaren Versorgungsaufgaben in ihrer Region zahlreiche Aufgaben der Fortbildung, der Kooperation und der Koordination der verschiedenen psychosozialen Einrichtungen zu übernehmen, was sich mit einem Träger, der in der Regel überwiegend an Versorgungsaufgaben orientiert ist, schlecht verträgt. Insoweit würde sich die Rechtsform eingetragener Vereine anbieten, die sich eine Reihe von den vorhandenen Weiterbildungsinstituten auch gegeben haben. Da jedoch hoheitliche Aufgaben zu erfüllen sind und kontinuierliche Arbeit eine Finanzgarantie erfordert, empfiehlt sich die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (siehe Gutachten von Roskamp und Schmid) als am besten geeignet.

4.4 Einrichtung weiterer Weiterbildungsinstitute

In der zukünftigen Planung kommt der Einrichtung weiterer Weiterbildungsinstitute eine besondere Bedeutung zu, nicht nur um die Weiterbildungskapazität zu erhöhen — das konnte bis zu einem gewissen Grade durch den Ausbau der vorhandenen Institute auch erreicht werden —, sondern vorrangig um die Versorgungsmöglichkeiten in bisher un-

terversorgten Regionen zu erhöhen. Angehörige der einschlägigen spezialisierten Berufszweige pflegen sich in aller Regel nach abgeschlossener Weiterbildung einen Arbeitsplatz in der Nähe ihres Weiterbildungsinstitutes zu suchen. Weiterbildungsinstitute sind insofern ein Kristallisationskern allerersten Ranges zur Verbesserung der therapeutischen Versorgungsmöglichkeiten einer Region. Andererseits stellt die zu beobachtende Seßhaftigkeit der Psychotherapeuten, die die Hauptaufgaben eines Weiterbildungsinstitutes zu tragen haben, auch ein Hindernis auf dem Wege dar, weitere Weiterbildungsinstitute zu bilden.

An Möglichkeiten, genügend hohe Attraktivität herzustellen, bieten sich an: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und überregionale Planungsinstanzen (s. B. 6), gegebenenfalls auch klinische Fachbereiche an Universitäten drängen auf die Ausschreibung eines Weiterbildungsinstitutes, mindestens aber einer großzügig ausgestatteten psychotherapeutischen Versorgungseinrichtung, die den Ausgangspunkt eines sich zu bildenden Institutes darstellen kann. Ist erst einmal ein solcher Ausgangspunkt gegeben, lassen sich, wie die Erfahrungen gezeigt haben, in der Regel weitere Ausbaumöglichkeiten finden. Allerdings weist die Erfahrung aus den letzten Jahrzehnten auch darauf hin, daß der Aufbau eines Weiterbildungsinstitutes durch unzureichende Stellenpläne und zu geringe sonstige Mittelzuweisungen außerordentlich erschwert werden kann.

5 Fortbildung

Die wichtigsten und hauptsächlichen Instrumente der Fortbildung sind:

Supervision täglicher Praxisarbeit,

Erfahrungsaustausch innerhalb einer Versorgungsregion,

Veranstaltungen zur theoretischen Vertiefung und zur Erlernung neuer Methoden.

1. Supervision täglicher Praxisarbeit: Um den neurotischen Problemen, wie sie in den beruflichen Alltagssituationen zwischen Klient und Berater und zwischen Patient und Arzt auftreten, begegnen und sie therapeutisch nutzbar machen zu können, hat sich eine besondere Methode der Supervisionsarbeit in Gruppen entwickelt, die unter dem Namen ihres Begründers als „Balint-Gruppe" weltweite Verbreitung gefunden hat. Ursprünglich für praktische Ärzte entwickelt, ist es inzwischen auf andere Berufsgruppen (Ärzte anderer Fachrichtungen, Lehrer, Pfarrer, Juristen, Psychologen in Beratungsdiensten, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen in Sozialdiensten usw.) übertragen und erfolgreich erprobt worden.

   Balint-Gruppen-Arbeit hat nicht zum Ziel, zu einer andersartigen Berufsarbeit zu motivieren, sondern innerhalb des jeweiligen Berufes wirksamer arbeiten zu können. Ärzte für Allgemeinmedizin z. b. sollen nicht dazu bewegt werden, außerdem noch Psychotherapeuten zu sein, sondern sie sollen befähigt werden, auch auf die psychischen Schwierigkeiten ihrer Patienten achten und — ohne ihre Praxis verändern zu müssen — darauf eingehen zu lernen.

   Erfolgreiche Balint-Gruppen-Arbeit setzt im Durchschnitt mindestens dreijährige wöchentliche Sitzungen voraus. Die Gruppen sollten aus jeweils etwa sieben bis acht Mitgliedern bestehen, die alle aus einer Berufsrichtung stammen und somit alle einen vergleichbaren Praxisdruck haben, der sie motiviert, die Arzt-Patient-Beziehungen anhand ihrer eigenen Praxis zu studieren. Relativ hohe Homogenität also ist erforderlich. Auch der Balint-Gruppen-Leiter muß besondere Bedingungen erfüllen: zum einen braucht er eingehende psychoanalytische Erfahrung und zum anderen muß er die Bedingungen des Praxisfeldes, aus dem die Teilnehmer kommen, gut einschätzen können (andernfalls könnte es passieren, daß ein Psychoanalytiker, der den Horizont eines hoch spezialisierten psychoanalytischen Institutes nie verlassen hat, ungewollt eine Gruppe von Sozialarbeitern zu Mini-Psychotherapeuten macht). — Schon um der Supervisionsarbeit willen — deren praktischer Stellenwert gar nicht hoch genug veranschlagt werden kann bei verhältnismäßig niedrigen Kosten und niedrigem Zeitaufwand — ist es daher notwendig, daß die weiterbildungsbegleitende Praxis (s. C. 4.3.1) in sämtlichen einschlägigen Praxisfeldern (wenigstens für bestimmte Zeitabschnitte) erfolgen kann.

2. Erfahrungsaustausch, wechselseitige Supervision, Kooperation und Koordination der verschiedenen Dienste und Einrichtungen einer Versorgungsregion haben eminente Fortbildungsfunktion und sind, da Supervisionsbedürfnis allenthalben besteht, einer der wichtigsten Hebel, um integrierte Beratungseinrichtungen (s. B. 2.2.4) und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (s. B. 6.2.1.1) zu entwickeln.

3. Veranstaltungen zur theoretischen Vertiefung und zur Erlernung neuer Methoden sind in der Fortbildung besonders im Bereich zukunftsweisender, schon gut erprobter, aber noch nicht hinreichend etablierter Beratungs- und Behandlungsmethoden bedeutsam und förderungswürdig. Das gilt heute in besonderer Weise für familientherapeutische Erkenntnisse und Interventionsmöglichkeiten, die im Rahmen berufsbegleitender Fortbildungsprogramme an verschiedene Berufsgruppen herangetragen werden sollten. Dies kann je nachdem in Form von praxisnahen Seminaren, von gruppendynamisch orientierten Veranstaltungen oder Balint-Gruppen sowie durch andere sorgfältig konzipierte Supervisionshilfen geschehen. Wichtige Initiativen beziehen sich auf familientherapeutische Fortbildung von niedergelassenen Ärzten in Richtung auf eine Arbeit als „Familienarzt".

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

1 Zum Verhältnis der verschiedenen Leistungsträger in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, soll nach § 10 des *Entwurfs eines Sozialgesetzbuches* — Allgemeiner Teil (Drucksache 7/3738 v. 6. Juni 1975) — ein Recht auf die Hilfe erhalten, die notwendig ist, um

a) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

b) ihm einen, seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

Damit ist dem geistig und seelisch Behinderten hinsichtlich der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen die gleiche Rechtsstellung eingeräumt wie dem körperlich Behinderten. Es gilt für ihn daher auch gleichermaßen § 17 dieses Entwurfs, wonach die Leistungsträger darauf hinzuwirken haben, daß jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhält, insbesondere, daß die hierfür geeigneten und notwendigen Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen und der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird.

1.1 Im Hinblick auf diese dem Entwurf eines Sozialgesetzbuches zugrunde liegende Zielvorstellung, hat das am 1. Oktober 1974 in Kraft getretene *Rehabilitationsangleichungsgesetz* die Aufgaben der Rehabilitation in § 1 dahingehend umschrieben, daß die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation im Sinne dieses Gesetzes darauf auszurichten sind, körperlich, geistig und seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern, wobei den Behinderten bei der Anwendung dieses Gesetzes diejenigen ausdrücklich gleichgestellt werden, denen eine Behinderung droht.

De jure ist damit die Gleichbehandlung von körperlich Behinderten und von geistig und seelisch Behinderten anerkannt. De facto ist es, wie dieser Bericht zeigt, bis zur Erreichung dieses Ziels noch ein weiter Weg. Seine Realisierung hängt im wesentlichen davon ab, daß die Rehabilitationsträger, entsprechend dem Willen des Gesetzgebers, die von ihnen zu erbringenden Leistungen den geistig und seelisch Behinderten in gleichem Umfang und in gleicher Qualität erbringen wie gegenüber dem körperlich Behinderten, und daß sie dementsprechend die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel in angemessenem Umfang dafür einsetzen, daß auch der geistig und seelisch Behinderte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhält, und daß insbesondere die in diesem Bericht geforderten hierfür geeigneten und notwendigen Einrichtungen ausreichend zur Verfügung gestellt werden.

Damit sind die *Rehabilitationsträger* nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz angesprochen:

1.1.1 Die *Rentenversicherung* als Leistungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für die bei ihr versicherten Arbeiter und Angestellten und für die Empfänger einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder eines vorzeitigen Altersgeldes für Landwirte sowie nichtversicherte Ehegatten und Kinder von Versicherten und Rentnern, wenn sie an Tuberkulose erkrankt sind.

1.1.2 Die *Unfallversicherung* als Leistungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für die bei ihr versicherten Berufstätigen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufserkrankung.

1.1.3 Die Träger der *Versorgung von Kriegsbeschädigten*, beschädigten ehemaligen Soldaten der Bundeswehr, Ersatzdienstbeschädigten, Beschädigten im Sinne des Häftlingsgesetzes und Impfgeschädigte sowie für die Hinterbliebenen solcher Beschädigten.

1.1.4 Die *Bundesanstalt für Arbeit* als Leistungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Eingliederung von körperlich, geistig und seelisch Behinderten, soweit nicht einer der vorgenannten Sozialleistungsträger für berufsfördernde Rehabilitation zuständig ist.

1.1.5 Die *Krankenversicherung* als Leistungsträger für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Gesundheit für die bei ihr Versicherten und mitversicherten Familienangehörigen, soweit nicht ein anderer Sozialleistungsträger verpflichtet ist.

1.1.6 Die *Sozialhilfe* als Träger von Rehabilitationsmaßnahmen für alle Personen, die sich nicht selbst helfen können und die eine Hilfe auch nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder den vorgenannten Sozialleistungsträgern erhalten.

1.2 Durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz sind die von den genannten Rehabilitationsträgern zu gewährenden medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen inhaltlich so angeglichen worden, daß bei gleichem Tatbestand jeder Anspruchsberechtigte, ungeachtet des für ihn zuständigen Rehabilitationsträgers, grundsätzlich Anspruch auf die gleiche Leistung hat.

Unter dem Gesichtspunkt einer Verbesserung der Versorgung geistig und seelisch Behinderter verdienen jedoch folgende Bestimmungen besonders hervorgehoben zu werden:

1.2.1 Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten der Rentenversicherung infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert, und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann die *Rentenversicherung* Leistungen zur Rehabilitation gewähren. Die Rehabilitationsleistungen umfassen neben ärztlicher Behandlung und Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln auch Bewegungstherapie, Sprechtherapie, Beschäftigungstherapie sowie Arbeitstherapie, und zwar vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen, einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung.

Damit kommt die Rentenversicherung als Leistungsträger für die in diesem Bericht geforderten Rehabilitationswerkstätten, Tagesstätten sowie Tages- und Nachtkliniken in Betracht, und zwar insoweit, als sie der Rehabilitation von geistig und seelisch Behinderten dienen, bei denen durch Rehabilitationsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit zumindest erhalten werden kann. Durch einen entsprechenden gezielten Einsatz der Mittel der gesetzlichen Rentenversicherung zur Errichtung oder Finanzierung solcher Spezialeinrichtungen kann erreicht werden, daß die Landeskrankenhäuser, welche zu gegebener Zeit diese Versorgung mitübernehmen müssen, entsprechend entlastet werden. Die Träger der Rentenversicherung wenden für Heilverfahren in Kur- und Badeorten zur Zeit erhebliche finanzielle Mittel auf, denen zumindest in einer Vielzahl von Fällen ein entsprechender Nutzen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht gegenübersteht. Diese Mittel müssen aus den genannten Gründen schwerpunktmäßig für gezielte Rehabilitationsmaßnahmen und damit für die Schaffung der erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte verstärkt genutzt werden.

1.2.2 Bereits vor Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes waren die Träger der gesetzlichen *Krankenversicherung* primär zuständig für die ärztliche Behandlung psychisch kranker Versicherter bzw. mitversicherter Familienangehöriger, soweit es sich nicht um reine „Pflegefälle" gehandelt hat. Dabei ist die stationäre Behandlung nach § 184 RVO durch die Krankenanstalten, und die ambulante Behandlung nach § 182 RVO durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Maßgabe des Kassenarztrechts sichergestellt worden. Daran hat das Rehabilitationsangleichungsgesetz nichts geändert. Vielmehr geht dieses Gesetz in § 21 Nr. 20 davon aus, daß auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, soweit sie nicht als stationäre Leistungen erbracht werden, Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sind. Die Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger kommt insbesondere den mitversicherten Familienangehörigen zugute, die in aller Regel bisher keine Ansprüche auf Rehabilitationsmaßnahmen durch die anderen Sozialleistungsträger hatten und daher im Falle der Bedürftigkeit auf die Sozialhilfe angewiesen waren. Entsprechend dieser neuen Aufgabenstellung ist auch der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert worden um

a) Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 182 RVO),

b) die Gewährung einer Behandlung und Pflege in Kureinrichtungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern (§ 184 a RVO),

c) ergänzende Leistungen, 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 Rehabilitationsleistungen gehören, wenn die Krankenkasse Krankenhilfe gewährt oder gewährt hat.

Von diesen neuen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung soll verstärkt im Rahmen der Rehabilitation geistig und seelisch Behinderter Gebrauch gemacht werden.

1.3 Nicht erst durch diese Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung als Rehabilitationsträger und die damit erfolgte Angleichung der unterschiedlichen Rehabilitationsleistungen verschiedener Leistungsträger wird der — aus vielen Gründen ohnehin nicht mehr praktizierte — *Halbierungserlaß* des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Inneren vom 5. September 1942 in seinem Fortbestand infrage gestellt (s. a. A. 5). Nach diesem Halbierungserlaß sind für den Fall, daß gegen Krankheit versicherte Geisteskranke von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen werden und die Fürsorgeverbände als Kostenträger aufgetreten sind, die ihnen durch die Unterbringung entstandenen Kosten, ungeachtet der Gründe, auf denen die Unterbringung beruht, je zur Hälfte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Fürsorgeverband zu erstatten. Dieser Halbierungserlaß ging davon aus, daß im Falle einer Unterbringung des Versicherten oder anspruchsberechtigten Familienangehörigen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit, die gesetzliche Krankenversicherung nicht kostenpflichtig ist und nur dann ein Ausgleichsanspruch materiell-rechtlich besteht, wenn die Unterbringung vorrangig zum Zwecke der Heilbehandlung erfolgt. Um jeweils eine Prüfung, ob der Geisteskranke aus Gründen der öffentlichen Sicherheit untergebracht worden ist, zu vermeiden, wurde zur Verwaltungsvereinfa-

chung generell eine Teilung der entstandenen Kosten beantragt.

Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist aber die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht deswegen ausgeschlossen, weil der Versicherte aus Gründen der öffentlichen Sicherheit in ein Krankenhaus eingewiesen worden ist. Nur wenn der Versicherte *ausschließlich aus Gründen der öffentlichen Sicherheit* im Krankenhaus untergebracht ist und dort lediglich verwahrt, aber nicht behandelt wird, entfällt nach dieser Rechtsprechung eine Leistungspflicht der Krankenkasse. Eine reine „Sicherungsverwahrung" gibt es aber in der psychiatrischen Versorgung nicht mehr. In allen übrigen Fällen, in denen ein psychisch kranker Versicherter nicht allein zum Schutz der Öffentlichkeit oder seiner eigenen Person, sondern zugleich zur Behandlung seiner Krankheit bzw. zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in das Krankenhaus aufgenommen worden ist, kann ihm schon nach dieser Rechtsprechung eine medizinisch notwendige Krankenhauspflege auch in einer geschlossenen Anstalt nicht versagt werden.

Deswegen vermögen auch die in den Ländern abgeschlossenen *Vereinbarungen zur Ablösung des Halbierungserlasses* nicht zu befriedigen, soweit sie im Falle der Unterbringung eines Behinderten in einer geschlossenen Anstalt bei Vorliegen einer Erkrankung nur die Übernahme eines prozentualen Anteils des Pflegesatzes durch die Krankenkassen vorsehen. Die Krankenkassen sind nach der aufgezeigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch für die stationäre Krankenbehandlung in einer geschlossenen Anstalt voll kostenerstattungspflichtig. Gerechtfertigt ist es daher nur, entsprechend der Regelung in anderen Bundesländern, bei reinen Pflegefällen, bei denen eine Heilbehandlung nicht mehr möglich oder erforderlich ist, die Kosten allein dem Sozialhilfeträger anzulasten. Um eine Verzögerung in der Gewährung der Leistungen zu vermeiden, sollte in Fällen, in denen ungeklärt ist, ob es sich um einen Behandlungsfall oder um einen Pflegefall handelt, entsprechend der Regelung in § 6 Rehabilitationsangleichungsgesetz für einen der beiden möglichen Kostenträger eine Vorleistungspflicht verankert werden.

1.4 Auch nach Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes bleibt die *Sozialhilfe* zuständig für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, bei denen Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit oder der Gesundheit angesichts des Krankheitszustandes nicht mehr möglich sind, sowie bei denjenigen psychisch Kranken und Behinderten, die nicht Versicherte einer der genannten Sozialleistungsträger sind. Durch den verstärkten Einsatz der Mittel der Sozialversicherungsträger für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch Kranken und geistig oder seelisch Behinderten sollte jedoch in jedem Fall erreicht werden, daß die Sozialhilfeträger in der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für diejenigen Sozialversicherten entlastet werden, bei denen die Rehabilitation zumindest zu einem Erhalt der Erwerbs- oder Arbeitsfähigkeit bzw. zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen kann.

1.5 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

1. Wie die Sachverständigen-Kommission schon in ihrem Zwischenbericht festgestellt hat, muß den geistig und seelisch Behinderten hinsichtlich ihres Anspruchs auf eine bedarfsgerechte Krankenbehandlung und Rehabilitation die gleiche Stellung eingeräumt werden wie den körperlich Behinderten. Hierzu genügt es nicht, daß nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz und dem Entwurf des allgemeinen Teils eines Sozialgesetzbuches formal allen Behinderten ein gleichartiger Rechtsstatus gewährt wird. Vielmehr müssen die nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz zuständigen Versicherungsträger gezielter als bisher ihre Mittel für die Schaffung und Finanzierung von Rehabilitationseinrichtungen für geistig und seelisch Behinderte einsetzen.
2. Die verwirrende Vielzahl von Leistungsträgern mit unterschiedlichsten Leistungsangeboten auf dem Gebiet der Rehabilitation ist zwar durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz koordiniert worden. Die Sachverständigen-Kommission ist aber der Meinung, daß gerade der seelisch und geistig Behinderte nach wie vor kaum in der Lage sein wird, den richtigen Weg zu dem für seinen Fall zuständigen Leistungsträger zu finden. Ihm kann nur durch die Einrichtung zentraler Auskunftsstellen geholfen werden, an die er sich, unbeschadet der im Rehabilitationsangleichungsgesetz verankerten unterschiedlichen Zuständigkeit, für die Erbringung der Leistung wenden kann. Die in § 5 Rehabilitationsangleichungsgesetz vorgesehene Möglichkeit der Einrichtung zentraler Auskunftsstellen muß daher umgehend genutzt werden. Sie darf nicht durch Eigeninteressen der einzelnen Rehabilitationsträger auf Zuordnung der Auskunftsstelle in ihren Bereich behindert oder verzögert werden.

2 Sozial- und privatversicherungsrechtliche Fragen

2.1 *Die sozialversicherungsrechtliche Situaton* der geistig und seelisch Behinderten hat im Verlaufe der Arbeiten der Sachverständigen-Kommission grundlegende Verbesserungen erfahren. Durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061) sind mit Wirkung vom 1. Juli 1975 nicht nur die Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte tätig sind (Artikel 1 S. 1), sondern auch solche, die in „Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen" beschäftigt werden oder für den Träger der Einrichtung Dienstleistungen erbringen (Artikel 1 § 2), in die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung einbezogen worden.

2.1.1 Vor dem Gesetz vom 7. Mai 1975 kam diesen Behinderten lediglich der Schutz der *gesetzlichen Unfallversicherung* zugute. Gemäß § 539 Abs. 2 RVO sind auch solche Personen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert, die „wie ein nach § 539 Abs. 1 RVO Versicherter tätig werden". In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind dazu Abgrenzungskriterien entwickelt worden, an die jetzt auch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter angeknüpft hat. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 21. April 1959 (Breithaupt Bd. 48 S. 1078 = SozGb 1960, 18) kommt es für die Einbeziehung der Behinderten in die gesetzliche Unfallversicherung darauf an, „daß es sich um eine ernstliche, dem Unternehmen dienende Tätigkeit handelt, daß sie dem Willen des Unternehmens entspricht und daß durch diese Tätigkeit ein innerer ursächlicher Zusammenhang mit dem Unternehmen hergestellt wird".

Die „Geringwertigkeit der Arbeitsleistungen der einzelnen Patienten" hindert die Versicherungspflicht ebensowenig wie das Motiv der Arbeitsleistung, „z. B. Ablenkung, Besserung des Krankheitszustandes". „Ausschlaggebend ist vielmehr, daß es sich um echte Arbeitsleistungen und nicht um betriebswirtschaftlich wertlose bloße Arbeitsübungen gehandelt hat". „Derartige, in Heilstätten vielfach durchgeführte Übungen zur beruflichen Rehabilitation von Patienten, bei denen ein wirtschaftlich verwertbares Arbeitsergebnis von vornherein gar nicht erzielt werden soll, würden allerdings in der Regel jedenfalls nicht den Voraussetzungen des § 537 Nr. 10 RVO a. F. (= jetzt § 539 Abs. 2 RVO) genügen."

2.1.2 Leistungen der *gesetzlichen Krankenversicherung* und der *gesetzlichen Rentenversicherung* kamen für diese Behinderten bisher nur dann in Frage, wenn sie entweder bei Eintritt der Behinderung der Kranken- oder der Rentenversicherung als Pflichtmitglied oder als freiwilliges Mitglied angehörten oder wenn sie — in der gesetzlichen Krankenversicherung — Anspruch auf Familienhilfe hatten (der gemäß § 205 Abs. 3 RVO a. F. von einer bestimmten Altersgrenze an durch die Kassensatzung ausgeschlossen werden durfte). War die Behinderung eingetreten, so konnte durch die Beschäftigung in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen ein kranken- und rentenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis grundsätzlich nicht begründet werden. Denn das Recht der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung enthält keine dem § 539 Abs. 2 RVO entsprechende Norm; es genügt hier — anders als in der Unfallversicherung — nicht, „wie" ein versicherungspflichtiger Arbeiter oder Angestellter tätig zu sein. Vielmehr ist es erforderlich, als Arbeiter oder Angestellter (§ 165 Abs. 1 RVO) oder als „Arbeitnehmer" (§ 1227 RVO) beschäftigt zu sein. Das aber war bei den in den Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätigen Behinderten nach ständiger Rechtsprechung nicht der Fall. Deshalb bedurfte es zur Einbeziehung dieser Personen in die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung eines besonderen gesetzgeberischen Aktes.

Das neue Gesetz macht die Kranken- und Rentenversicherungspflicht dieser Behinderten nicht davon abhängig, daß die Tätigkeit gegen Entgelt ausgeübt wird. Entscheidend ist allein, daß der Behinderte „in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringt, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht" (Artikel 1 § 2 Abs. 2 Satz 1). Daher gelten auch anstaltsinterne Dienstleistungen wie Küchen-, Reinigungs- oder Gartendienst als versicherungspflichtige Beschäftigung, sofern sie die genannte Effizienzschwelle erreichen. Mit Recht — und in Übereinstimmung mit der erwähnten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Unfallversicherungsschutz der Behinderten — hat der federführende Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung (Drucksache 7/3237 vom 19. Februar 1975) betont, daß die Kranken- und Rentenversicherungspflicht nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter auch dann besteht, wenn die Beschäftigung im Rahmen einer krankheitsbedingten, ärztlich gebotenen und überwachten Behandlung erfolgt.

Für die nach dem neuen Gesetz versicherungspflichtigen Behinderten gelten grundsätzlich die gleichen Leistungsvorschriften des Kranken- und Rentenversicherungsrechts wie für die anderen Kranken- und Rentenversicherten (Artikel 1 § 3 Abs. 1 Satz 1). Nach dem geänderten § 1247 Abs. 3 RVO = § 24 Abs. 3 AVG = § 49 Abs. 1 RKG können nunmehr auch Behinderte in den Genuß von Erwerbsunfähigkeitsrente gelangen, wenn sie vor der Antragstellung insgesamt eine Versicherungszeit von 240 Kalendermonaten erreicht haben.

Die Beiträge für diese Pflichtversicherung sind grundsätzlich (wegen der Ausnahmen vgl. Artikel 1 §§ 5 und 9) je zur Hälfte von dem Träger der Einrichtung und von dem Behinderten zu tragen (der Gesetzgeber ist offenbar davon ausgegangen, daß Behinderte, die in dieser Weise tätig werden, ein Entgelt erhalten, von dem die Beiträge einbehalten werden). Die Belastung der Träger mit den Beiträgen hat der Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung (Drucksache 7/3237) damit gerechtfertigt, daß andere Kräfte eingestellt, bezahlt und sozialversichert werden müßten, wenn die Arbeitsleistung der Behinderten nicht verfügbar wäre. Es sei deshalb nur konsequent, wenn die Kosten für die Sozialversicherung der behinderten Beschäftigten, wie sonstige Personalkosten, denen, die die Einrichtungen in Anspruch nehmen, bzw. deren Kostenträgern (z. B. Sozialhilfe, Krankenversicherung) anteilig im Pflegesatz in Rechnung gestellt würden.

2.1.3 Die durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter geschaffene Pflichtversicherung Behinderter beschränkt sich auf die in Werkstätten für Behinderte oder in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen beschäftigten Behinderten. Sie erfaßt nicht die Behinderten, die z. B. zu Hause auf einen Platz in einer Werkstatt für Behinderte warten oder die zwar in einer Anstalt untergebracht sind, jedoch aus Gründen, die nicht in ihrer Person liegen, keine nach diesem Gesetz versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben. Der Gesetzgeber hat diese Lücken in mehrfacher Hinsicht zu mildern gesucht. Einmal hat er durch die gleichzeitige Neufassung des § 205 Abs. 3 Satz 2 RVO es den Krankenkassen untersagt, in ihren Satzungen die Familienhilfe für körperlich, geistig oder seelisch behinderte Kinder auf ein bestimmtes Lebensalter zu begrenzen. Sodann hat er in dem neu eingefügten § 176 c RVO den nicht versicherungspflichtigen geistig oder seelisch Behinderten, die Schwerbeschädigte im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes sind (d. h. deren Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend um wenigstens 50 % gemindert ist), die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet (der Beitritt darf auch von den Ersatzkassen nicht vom Gesundheitszustand abhängig gemacht werden, § 514 Abs. 1 Satz 2 RVO). Allerdings dürfen die Krankenkassen in ihren Satzungen eine Altersgrenze für den freiwilligen Beitritt Behinderter vorsehen (§ 176 c Satz 2, § 514 Abs. 1 Satz 2 RVO). Schließlich hat der Gesetzgeber durch Änderung der §§ 1233 Abs. 1 Satz 1 RVO, 10 Abs. 1 Satz 1 AVG und 33 Abs. 2 RKG die Möglichkeit geschaffen, daß nicht versicherungspflichtige Behinderte von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichten können.

2.2 Für Behinderte, die in der *privaten Krankenversicherung* versichert sind, werden heute auch bei psychischen Erkrankungen grundsätzlich die gleichen tariflichen Leistungen wie bei anderen Krankheiten gewährt. Entsprechend einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde haben die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihre Bereitschaft erklärt, die hinsichtlich der psychischen Erkrankungen etwa noch bestehenden Leistungsausschlüsse bzw. nicht vertretbaren Leistungseinschränkungen aufzuheben. Vom allgemeinen Versicherungsschutz abweichende Leistungsbeschränkungen beziehen sich vornehmlich auf die Psychotherapie, für die auch die gesetzliche Krankenversicherung bisher Leistungen nur im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt hat. Im Zuge der Realisierung des Gesetzes zur Angleichung der Leistungen der Rehabilitation werden jedoch diese Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kürze abgebaut werden. Es ist zu erwarten, daß auch im Bereich der privaten Krankenversicherung Leistungsbeschränkungen dieser Art entfallen werden. Hat doch Artikel 1 § 7 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter die Wahl zwischen der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung eröffnet, sofern die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag der Art nach den Leistungen der Krankenhilfe nach der RVO entsprechen.

2.3 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

2.3.1 Mit dem Gesetz über die *Sozialversicherung* Behinderter vom 7. Mai 1975 ist dem System unserer sozialen Sicherheit ein neues Element eingefügt und eine wesentliche Lücke geschlossen worden. Es wird zweckmäßig sein, von dieser neuen Rechtslage aus zunächst Erfahrungen im Gesetzesvollzug zu sammeln. Insbesondere wird es darauf ankommen festzustellen, ob

- die in Artikel 1 § 2 des Gesetzes vorgenommene Abgrenzung der versicherungspflichtigen von den nicht versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen sich als praktikabel erweist oder durch weitere Kriterien ergänzt werden sollte;
- die vorgenommene Öffnung der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für den freiwilligen Beitritt Behinderter die sozialpolitischen Zielsetzungen des Gesetzgebers erfüllen wird, oder ob es bei den nunmehr zur Versicherung berechtigten Personen oder bei den für sie Verantwortlichen am Interesse oder an den finanziellen Mitteln fehlt, von der Versicherungsberechtigung Gebrauch zu machen;
- und welche kostenmäßigen Be- oder Entlastungen sich aus dem Gesetz für die Einrichtungen, die Kostenträger und die gesetzlichen Krankenkassen ergeben.

2.3.2 Soweit in der *privaten Krankenversicherung* für geistig oder seelisch Behinderte oder für bestimmte Leistungen (z. B. Psychotherapie) Beschränkungen bestehen, werden diese abzubauen und die Leistungen so auszugestalten sein, daß sie zumindest der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

3 Zusammenarbeit stationärer und ambulanter Einrichtungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

Die in diesem Bericht enthaltenen Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter verlangen in vielfacher Hinsicht neben einem Ausbau der ambulanten und stationären Versorgung eine intensive Zusammenarbeit beider Bereiche, die einen reibungslosen Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung garantiert und das vorhandene, begrenzte Potential an fachlich qualifizierten Therapeuten beiden Versorgungsbereichen gleichermaßen zugute kommen läßt. Dabei hat es sich als notwendig und nützlich erwiesen, in stationären psychiatrischen Einrichtungen die Möglichkeit ambulanter Untersuchung und Behandlung zu schaffen und andererseits niedergelassenen Nervenärzten die Mitarbeit insbesondere in teilstationären Einrichtungen und Nachsorgeeinrichtungen zu eröffnen.

3.1 Das Bedürfnis nach ambulanter Tätigkeit bezieht sich nach den Vorschlägen dieses Berichts insbesondere auf folgende Bereiche (s. B.3.2.2):

a) Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation,

b) Ambulante Untersuchung und Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen,

c) Krisenintervention

d) Konsiliarische Behandlung, Betreuung und Beratung.

Hierzu werden ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen sowie die Bildung mobiler Teams vorgeschlagen.

3.2 Der aufgezeigten Nachfrage an ambulanter Tätigkeit in den psychiatrischen Einrichtungen steht bereits nach dem bestehenden, in der Reichsversicherungsordnung geregelten System der ambulanten ärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung ein mannigfaches Angebot an Leistungsarten und Leistungsträgern gegenüber.

In der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellenden ambulanten ärztlichen Versorgung der Sozialversicherten wirken neben den zugelassenen Kassenärzten nach § 368 a Abs. 8 RVO beteiligte leitende Krankenhausärzte und nach § 10 Abs. 2 des Bundesmantelvertrags ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen mit, soweit es die ärztliche Versorgung der Bevölkerung erfordert.

Damit sieht das geltende Recht auch für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bereits die Möglichkeit vor, an den stationären psychiatrischen Einrichtungen tätige Ärzte und erforderlichenfalls auch die Einrichtungen selbst als Leistungsträger in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen. Diese Möglichkeit ist aber nicht nur für Krankenhausärzte gegeben, sondern besteht auch für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Darüber hinaus läßt die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Bundesverbänden der Krankenkassen abgeschlossene Psychotherapievereinbarung über eine Delegation durch Kassenärzte auch die Tätigkeit nichtärztlicher Psychotherapeuten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu.

3.3 Maßstab für die Auswahl unter den genannten Leistungsträgern soll allein das Bedürfnis des Versicherten nach einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung sein, dem sich etwaige wirtschaftliche Erwägungen Dritter absolut unterzuordnen haben. Dabei geben die gegenwärtigen Regelungen einer persönlichen Beteiligung und Ermächtigung den Vorrang vor einer Ermächtigung ärztlich geleiteter Einrichtungen als Institution. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen schließen jedoch nicht aus, daß in Fällen, in denen eine persönliche Beteiligung und Ermächtigung wegen der Eigenart der zu erbringenden Leistung nicht in Frage kommt, Ermächtigungsverträge mit der psychiatrischen Einrichtung abgeschlossen werden, um die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen.

3.4 Der Umfang der im Rahmen einer Ermächtigung oder Beteiligung übertragbaren ärztlichen Leistungen hat sich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ebenfalls ausschließlich nach den Bedürfnissen der Versicherten zu richten. Er findet seine Begrenzung allerdings in dem Inhalt der kassenärztlichen Versorgung selbst. Dies hat z. B. zur Folge, daß Leistungen, die nicht unmittelbar der Heilbehandlung dienen, sondern der sozialen Hilfe oder der Resozialisierung, weder im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung oder Beteiligung von Ärzten, noch im Rahmen einer institutionellen Ermächtigung in der kassenärztlichen Versorgung erbracht werden können. Dabei muß allerdings beachtet werden, daß die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts den Begriff der Krankheit und damit auch den Begriff der Heilbehandlung im versicherungsrechtlichen Sinn sehr weit ausgedehnt hat, indem sie darunter jeden regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand versteht, dessen Eintritt entweder allein Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dabei ist die Regelwidrigkeit eines Körper- oder Geisteszustandes bereits mit der Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm gegeben.

3.5 In den im Bundestag eingebrachten Entwürfen eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassen-

arztrechts (Drucksachen 7/3336 und 7/3337 vom 7. März 1975) ist neben der Einführung einer Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung auch eine gesetzliche Absicherung und Erweiterung der bisherigen Möglichkeiten der Beteiligung und Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen vorgesehen. Die aufgezeigten Möglichkeiten einer Beteiligung und Ermächtigung bestehen daher auch im Falle einer Realisierung dieses Gesetzentwurfs und können weiter ausgebaut werden.

3.6 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

1. Die Kommission ist der Überzeugung, daß die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in Krankenhäusern und die ambulante Behandlung in freier Praxis nicht isoliert nebeneinander stehen können. Der reibungslose Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfordert vielmehr eine enge Zusammenarbeit beider Bereiche und die Möglichkeit ambulanter Versorgung durch an den Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätige Ärzte in den erwähnten Bereichen.
2. Nach Ansicht der Sachverständigen-Kommission muß von den im geltenden Kassenarztrecht gegebenen Möglichkeiten im größtmöglichen Umfang Gebrauch gemacht werden.

   Voraussetzung hierfür ist, daß

   — von seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen im erforderlichen Umfang Ermächtigungsverträge mit Ärzten und mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abgeschlossen werden;

   — die Träger von Krankenhauseinrichtungen trotz der besonders im öffentlichen Bereich auftretenden erheblichen Schwierigkeiten mit den Regelungen des Nebentätigkeitsrechts von den im geltenden Kassenarztrecht gegebenen Möglichkeiten Gebrauch machen;

   — auch im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter die Möglichkeit stationärer und teilstationärer Tätigkeit niedergelassener Ärzte besser genutzt wird.
3. Die Sachverständigen-Kommission begrüßt, daß die dem Bundestag zugeleiteten Entwürfe der Bundesregierung und des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts die aufgezeigten Möglichkeiten gesetzlich absichern und ausbauen.

4 Zur Anwendung arbeitsrechtlicher Vorschriften auf die Beschäftigung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung — Notwendigkeit einer besonderen gesetzlichen Regelung — Fragen der Arbeitsbelohnung und des Arbeitsentgelts

4.1 Bei der Beschäftigung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung werden unterschieden (mit von Bundesland zu Bundesland und häufig sogar von Anstalt zu Anstalt wechselnder Terminologie und Abgrenzung):

4.1.1 klinische Beschäftigungstherapie

Sie ist nicht auf wirtschaftlich verwertbare Arbeitsergebnisse abgestellt.

4.1.2 Arbeitstherapie

— Übungsarbeiten

  Der Kranke soll durch Übungsarbeiten lernen, zu regelmäßigen Zeiten bestimmte Arbeitsleistungen, die auf lebensnahe Arbeits- und Erwerbsbedingungen ausgerichtet sind, zu vollbringen.

— Gruppenarbeit

  In der Regel an fünf Wochentagen bis zu sechs Stunden täglich, z. B. in Gartenanlagen, Gärtnereien oder Landwirtschaft, Küchen, Wäschereien, Reinigungsdiensten.

— Einzelarbeit

  In der Regel an fünf Wochentagen mindestens sechs Stunden täglich, möglichst selbständig in Gartenanlagen, Gärtnereien, Wäscherei, Plätterei, Nähsaal, Hausarbeit in Krankenabteilungen, Arbeit in Stationsküchen, beim Essentransport, in Werkstätten oder bei Installations- und Bauarbeiten.

— Beschäftigung im Rahmen medizinischer Rehabilitationsprogramme in Therapiewerkstätten innerhalb oder außerhalb der Anstalt.

4.1.3 Arbeitsverhältnis

Beispiel: Der Behinderte bleibt nach Abschluß der vollstationären Behandlung freiwillig weiter zur teilstationären Behandlung in der Anstalt; sein Leistungsvermögen läßt es zu, daß er sich zu regelmäßiger Arbeitsleistung verpflichtet und ein Arbeitsverhältnis begründet.

4.2 Die im Rahmen der „Arbeitstherapie" ausgeübten Tätigkeiten (D. 4.1.2) begründen nach herrschender Meinung kein Arbeitsverhältnis. Zwar werden in all diesen Fällen (mit gewissen Ein-

schränkungen freilich bei den „Übungsarbeiten") echte und auch wirtschaftlich bedeutsame Arbeitsleistungen erbracht. Aber sie sind doch jeweils eingebettet in das umfassende Behandlungs- bzw. Unterbringungsverhältnis. Alle sind sie von dessen (wechselnden) therapeutischen Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Zielsetzungen her geprägt. Das entscheidende Wort über das Ob, Wie, Wo und Wielange dieser Dienstleistungen gebührt dem Therapeuten. Der Patient, der sich dieser Therapie unterzieht, wird damit noch nicht zum Arbeitnehmer im Sinne des Arbeitsrechts. Denn mit dem Sinn und Zweck dieser Therapie wäre es kaum zu vereinbaren, den Patienten mit ihr zugleich in die Pflichtenrolle eines Arbeitsverhältnisses zu drängen.

4.3 Damit stellt sich die Frage, ob diese psychisch Kranken und Behinderten etwa von den Rechtspositionen ausgeschlossen sind, die das Arbeitsrecht für diejenigen entwickelt hat, die Arbeit in Abhängigkeit leisten.

4.3.1 Die Anspruchs- und Schutznormen des Arbeitsrechts, wie etwa die Vorschriften über

— den Vergütungsanspruch (§§ 611, 612 BGB),
— die Vergütungsfortzahlung im Krankheitsfalle (§ 1 Lohnfortzahlungsgesetz, § 616 BGB),
— die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und die Arbeitssicherung (§§ 617, 618 BGB, § 120 a GewO),
— den Mutterschutz (MuSchG),
— die Arbeitszeit (Arbeitszeitordnung),
— die Arbeit an Feiertagen (Feiertagsgesetze der Länder),
— den Mindesturlaub (Bundesurlaubsgesetz),
— die Kündigung und den Kündigungsschutz (§§ 620 Abs. 2 ff. BGB und Kündigungsschutzgesetz),
— die Pflicht zur Erteilung eines Zeugnisses (§ 630 BGB),
— die Mindestarbeitsbedingungen (Gesetz über die Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen)

gelten nur für „Arbeitnehmer" (Arbeiter, Angestellte, Auszubildende); ihre Anwendung setzt das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses oder eines arbeitsrechtlichen Ausbildungsverhältnisses voraus.

4.3.2 Bei näherer Prüfung zeigt sich, daß für die arbeitsrechtlichen Schutzpositionen, die den Patienten bei Annahme eines Arbeitsverhältnisses zuwachsen würden, entweder kaum ein echtes Bedürfnis besteht (Arbeitszeitrecht, Feiertagsrecht, Kündigung, Kündigungsschutz) oder daß sie sich aus dem Aufnahme- bzw. Unterbringungsverhältnis ergeben (Fürsorgepflicht, Arbeitssicherung) oder daß sie den Besonderheiten dieser Arbeitstherapieverhältnisse nur unvollkommen Rechnung tragen (Vergütungsanspruch, Vergütungsfortzahlung bei Krankheit, Urlaub, Mutterschutz). Die Verweisung auf die Möglichkeit der analogen Anwendung arbeitsrechtlicher Vorschriften kann nicht als befriedigender Behelf für die hier offensichtlich bestehende Regelungslücke angesehen werden. Die Praxis würde mit erheblichen Rechtsunsicherheiten belastet werden, die gerade in diesem Lebensbereich und um der Patienten willen nicht erwünscht sein können.

4.4 Die Lösung des Problems dürfte vielmehr darin zu suchen sein, daß, unabhängig von der rechtlichen Qualifikation der Patientenarbeit, besondere gesetzliche Regelungen geschaffen werden, so wie dies kürzlich für den sozialversicherungsrechtlichen Bereich im Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter geschehen oder wie es für die Arbeitsleistungen während des Strafvollzuges in den §§ 37 ff. des Entwurfs eines Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung — Strafvollzugsgesetz — (Drucksache 7/918 v. 23. Juli 1973) beabsichtigt ist.

4.4.1 Diese besondere Regelung könnte etwa in einem *„Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse"* erfolgen. Was die Struktur eines solchen Gesetzes anlangt, so könnte der Gesetzgeber an das Gesetz über die Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen vom 11. Januar 1952 (BGBl. I S. 17) und an das Heimarbeitsgesetz vom 14. März 1951 (BGBl. I S. 191) in der Fassung des Gesetzes vom 26. November 1964 (BGBl. I S. 921) anknüpfen. Inhaltlich käme es darauf an, bestimmte arbeitsrechtliche Regelungen so weit an die speziellen Sach- und Interessenlagen der Arbeitstherapieverhältnisse anzupassen, daß deren therapeutischer Zweck nicht gestört und gefährdet wird, andererseits aber den arbeitenden Patienten das unter diesen Umständen sachlich vertretbare Optimum an rechtlichen Anspruchs- und Schutzpositionen zuteil wird. Dabei wären vor allem für folgende Problemkreise eigenständige Regelungen zu entwickeln:

— Verfahren der Regelung der Bedingungen,
— Arbeitsbelohnung,
— Weitergewährung der Arbeitsbelohnung im Krankheitsfall,
— Urlaub.

Eine Reihe weiterer Fragenbereiche wie etwa

— Fürsorgepflicht und Arbeitssicherung,
— Arbeitszeit,
— Arbeitsruhe an Sonn- und Feiertagen,
— Mutterschutz,
— Zeugnis

dürften sich dadurch regeln lassen, daß die einschlägigen arbeitsrechtlichen Gesetzesnormen für anwendbar erklärt werden.

4.4.2 Zu den Problemkreisen, zu denen eigenständige Lösungen zu entwickeln sein werden, sei hier das folgende angedeutet:

4.4.2.1 Von den verschiedenen Bedingungen, die für Arbeitstherapieverhältnisse maßgeblich sind, pflegt bislang zumeist nur die Arbeitsbelohnung und die Art und Dauer der Arbeitsleistung festgelegt zu werden. Bei den öffentlich-rechtlichen Einrichtungen werden die Sätze der Arbeitsbelohnung teils

durch die für die Haushaltsbeschlüsse zuständigen Gremien, teils durch die Verwaltung der Einrichtungen im Benehmen mit den leitenden Ärzten bestimmt. Der Gesetzgeber könnte sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht an den im Gesetz über die Mindestarbeitsbedingungen und im Heimarbeitsgesetz vorgesehenen Regelungsmechanismen orientieren.

4.4.2.2 Von der Frage der *Arbeitsbelohnung* ist zunächst zu unterscheiden das *Taschengeld* nach dem Sozialhilfegesetz, das an Sozialhilfeempfänger zu zahlen ist, die in einem psychiatrischen Krankenhause untergebracht sind.

4.4.2.2.1 § 21 Abs. 1 Satz 1 BSHG bestimmt hinsichtlich des *Taschengeldes:*

> „Die Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung umfaßt auch ein angemessenes Taschengeld, es sei denn, daß dessen bestimmungsmäßige Verwendung durch oder für den Hilfeempfänger nicht möglich ist."

Diese Regelung, die weder zwischen einzelnen Einrichtungen noch nach der Art der Behandlung unterscheidet, findet sowohl dann Anwendung, wenn die in der Einrichtung gewährte Hilfe allein den Lebensunterhalt des Hilfeempfängers sicherstellt, als auch dann, wenn Hilfe in besonderen Lebenslagen als Anstalts- oder Heimpflege gewährt wird und damit auch den Lebensunterhalt umfaßt. Auf das Taschengeld besteht ein Rechtsanspruch. Es dient der Befriedigung kleiner persönlicher Bedürfnisse, nicht dagegen der Deckung eines größeren Bedarfs im Rahmen des Lebensunterhalts. Bis auf Ausnahmefälle, in denen nachweislich kein Konsumbedarf besteht, ist das volle Taschengeld zu gewähren. Die bisher in einigen Bundesländern übliche Differenzierung zwischen physisch und psychisch Kranken und Behinderten in der Gewährung des Taschengeldes muß entfallen. Die Gewährung des Taschengeldes muß im übrigen unabhängig von der Rechtsgrundlage der Unterbringung sein, also auch bei einer Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB und § 126 a StPO in gleichem Umfang gewährt werden.

Es ist nicht notwendig, daß das Taschengeld dem Hilfeempfänger unmittelbar als Geldleistung ausgehändigt wird. Die bestimmungsgemäße Verwendung ist vielmehr bei einem psychisch Kranken oder Behinderten z. B. auch dann gesichert, wenn die Anstaltsleitung den Geldbetrag erhält und daraus persönliche Bedürfnisse des Patienten befriedigt. Eine nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Taschengeldes wäre allerdings dann gegeben, wenn es für den Hilfeempfänger ausschließlich zu Sparzwecken angelegt wird.

4.4.2.2.2 Die von den Einrichtungen (unabhängig von der Gewährung des Taschengeldes durch den Sozialhilfeträger) gewährten *Arbeitsbelohnungen* pflegen von ihnen nach Tätigkeitsmerkmalen (mitunter bis zu 20 verschiedenen Tätigkeitsgruppen) abgestuft zu werden. Sie sind selbst bei den öffentlichrechtlichen Einrichtungen in demselben Bundesland nicht einheitlich festgelegt und bewegen sich im allgemeinen zwischen 10 und 40 DM monatlich bei einer täglichen Arbeitsleistung von sechs bis sieben Stunden an fünf Wochentagen. Die Staffelung richtet sich nach der Art der Tätigkeit, der Einsatzfreudigkeit und — soweit dem Leistungsprinzip keine therapeutischen Bedenken entgegenstehen — nach der Leistung. In einzelnen Anstalten trifft der zuständige Arzt nicht nur die Entscheidung über Art und Ausmaß der Arbeitstherapie, sondern auch darüber, ob und in welcher Höhe eine Arbeitsbelohnung an den einzelnen Patienten gezahlt wird. Mitunter ist auch vorgesehen, daß Patienten, die mit Geld nicht sinnvoll umgehen können, die Arbeitsbelohnung in Form von Sachzuwendungen erhalten. Schriftliche Abmachungen zwischen Einrichtung und Patient über die zu gewährende Arbeitsbelohnung werden in wenigen Anstalten getroffen.

Die „Arbeitsbelohnung" will nicht als „Gegenleistung" verstanden werden; sie entspricht in aller Regel auch nicht der auf dem Arbeitsmarkt „üblichen Vergütung" (§ 612 Abs. 2 BGB) für derartige Arbeitsleistungen.

So gesehen stellt sich das System der Arbeitsbelohnung als ein verdecktes System der Kostenbeteiligung dar: Indem die Patienten für die (ihnen möglichen und ihrer Therapie dienenden) Arbeitsleistungen eine erheblich unter deren Marktwert liegende „Arbeitsbelohnung" erhalten, tragen sie zugleich dazu bei, die Gesamtkosten der Anstalt und damit auch deren Pflegesätze entsprechend zu entlasten. Von hier aus ließe sich dieses System, soweit es um Selbstzahler und Sozialhilfepatienten geht, rechtfertigen, und zwar für letztere aus dem in § 2 Abs. 1 BSHG statuierten Nachrang der Sozialhilfe vor der möglichen Selbsthilfe; nicht jedoch für Sozialversicherungspatienten, für die das geltende Recht eine solche Kostenbeteiligung nicht vorsieht. Kaum zu vereinbaren aber ist dieses System mit dem sozialethischen Prinzip, Arbeitsleistungen angemessen zu entlohnen, wie auch mit den Grundrechten auf Wahrung der Menschenwürde und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, deren Effizienz freilich dort ihre Grenze hat, wo der Einzelne wegen seiner geistigen oder seelischen Behinderung nicht im Stande ist, diese Freiheitsräume auszufüllen.

Die Sachverständigen-Kommission ist aus den genannten sozialethischen Erwägungen und im Hinblick auf Artikel 1 und 2 GG sowie bei der Reform des Strafvollzuges beabsichtigten Regelung der Ansicht, daß die bisherige Arbeitsbelohnung durch ein echtes Arbeitsentgelt abgelöst werden sollte. Ob eine solche Reform im Ergebnis den Patienten besser stellt, wird abzuwarten sein. Denn der Patient wird das Mehr an Arbeitseinkünften zum großen Teil entweder an den Sozialhilfeträger abführen müssen, um diesen von den Pflegekosten zu entlasten, oder es als Selbstzahler zur Begleichung der zwangsläufig höheren Pflegekosten verwenden. Als Sozialhilfeempfänger wird er vielleicht auch damit rechnen müssen, daß das bisher unabhängig von der Arbeitsbelohnung gezahlte Taschengeld (§ 21 Abs. 1 Satz 1 BSHG) künftig entfällt, wie dies für den Bereich des Strafvollzuges im Zusammenhang mit der beabsichtigten Arbeitsentgeltregelung für Strafge-

fangene im Entwurf zum Strafvollzugsgesetz bereits vorgesehen ist. Ja, es wird nicht auszuschließen sein, daß auch für Sozialversicherungspatienten, die während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung im Rahmen der Arbeitstherapie Arbeitsentgelte erhalten, gewisse Anrechnungs- oder Kostenbeteiligungsvorschriften in die Sozialversicherungsgesetze eingefügt werden.

4.4.2.3 Die Frage, ob und wie lange die *Arbeitsbelohnung oder Arbeitsvergütung im Krankheitsfalle* (z. B. Erkältung) weiter gewährt wird, ist in den der Sachverständigen-Kommission zugänglich gewordenen verwaltungsinternen Regelungen kaum berührt. Nur wenige Anstalten sehen die Fortzahlung bis zu zwei Wochen vor. Eine Übernahme der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlungsregelungen erscheint weder zwingend noch sachgerecht. Muß ein stationärer Patient aus Krankheitsgründen die Arbeitstherapie unterbrechen, so ist das für seine wirtschaftliche und soziale Situation weniger gravierend, als wenn ein Arbeitnehmer krank wird und nicht arbeiten kann. Zu berücksichtigen ist auch, daß der Patient in einem solchen Falle nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter Anspruch auf Krankengeld (§ 182 RVO) gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

4.4.2.4 Über den *Urlaub* im arbeitstherapeutischen Verhältnis sind Regelungen bisher nicht bekannt geworden. Bei einer gesetzlichen Regelung wird den therapeutischen Belangen und der Entscheidung des Arztes Vorrang einzuräumen sein (so wie im Bundesurlaubsgesetz die betrieblichen Belange und die Entscheidung des Arbeitgebers Vorrang haben).

4.5. *Zusammenfassung und Empfehlungen*

4.5.1 Durch die Beschäftigung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung, insbesondere in den verschiedenen Varianten der Arbeitstherapie (Übungsarbeiten, Gruppen- oder Einzelarbeit, Beschäftigung im Rahmen medizinischer Rehabilitationsprogramme innerhalb oder außerhalb der Anstalt) wird ein Arbeitsverhältnis nicht begründet. Dies bedeutet, daß solche Behinderten von den Rechtspositionen weithin ausgeschlossen sind, die das Arbeitsrecht für diejenigen entwickelt hat, die Arbeit in Abhängigkeit leisten.

4.5.2 Die hier bestehende Regelungslücke läßt sich durch die analoge Anwendung der arbeitsrechtlichen Vorschriften kaum befriedigend schließen. Die Lösung des Problems dürfte darin zu suchen sein, daß unabhängig von der rechtlichen Einordnung der Patientenarbeit besondere gesetzliche Regelungen geschaffen werden, wie dies kürzlich für den sozialversicherungsrechtlichen Bereich im Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061) geschehen und wie es für Arbeitsleistungen während des Strafvollzuges in den §§ 37 ff. des Entwurfs eines Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung (Drucksache 7/918 vom 23. Juli 1973) beabsichtigt ist.

4.5.3 Diese besondere Regelung könnte etwa in einem „Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse" erfolgen, das in struktureller Hinsicht an das Gesetz über die Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen und an das Heimarbeitsgesetz anknüpfen kann. Inhaltlich käme es darauf an, bestimmte arbeitsrechtliche Regelungen so weit an die speziellen Sach- und Interessenlagen der Arbeitstherapieverhältnisse anzupassen, daß deren therapeutischer Zweck nicht gestört oder gefährdet wird, andererseits aber den arbeitenden Patienten das unter diesen Umständen sachlich vertretbare Optimum an rechtlichen Anspruchs- und Schutzpositionen zuteil wird. Bei einer Reihe von Fragenbereichen, wie etwa

— Fürsorgepflicht und Arbeitssicherung,

— Arbeitszeit,

— Arbeitsruhe an Sonn- und Feiertagen,

— Mutterschutz,

— Zeugnis,

könnten die entsprechenden arbeitsrechtlichen Regelungen für anwendbar erklärt werden. Für eine weitere Reihe von Problemkreisen wären eigenständige Lösungen zu entwickeln:

— Verfahren der Regelung der Bedingungen,

— Arbeitsbelohnung,

— Weitergewährung der Arbeitsbelohnung im Krankheitsfall,

— Urlaub.

Im einzelnen läßt sich dazu das folgende andeuten:

— Bei der Gestaltung des Verfahrens zur Festlegung der Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse könnte sich der Gesetzgeber an den im Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen und im Heimarbeitsgesetz vorgesehenen Regelungsmechanismen orientieren.

— Die „Arbeitsbelohnung" kann nicht als „Gegenleistung" verstanden werden; sie entspricht in aller Regel auch nicht der auf dem Arbeitsmarkt „üblichen Vergütung" (§ 612 Abs. 2 BGB) für derartige Arbeitsleistungen.

So gesehen stellt sich das System der Arbeitsbelohnung als ein verdecktes System der Kostenbeteiligung dar: Indem die Patienten für die (ihnen möglichen und ihrer Therapie dienenden) Arbeitsleistungen eine erheblich unter deren Marktwert liegende „Arbeitsbelohnung" erhalten, tragen sie zugleich dazu bei, die Gesamtkosten der Anstalt und damit auch deren Pflegesätze entsprechend zu entlasten. Von hier aus ließe sich dieses System, soweit es um Selbstzahler und Sozialhilfepatienten geht, rechtfertigen, und zwar für letztere aus dem in § 2 Abs. 1 BSHG statuierten Nachrang der Sozialhilfe vor der möglichen Selbsthilfe; nicht jedoch für So-

zialversicherungspatienten, für die das geltende Recht eine solche Kostenbeteiligung nicht vorsieht. Kaum zu vereinbaren aber ist dieses System mit dem sozialethischen Prinzip, Arbeitsleistungen angemessen zu entlohnen, wie auch mit Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. Im Hinblick hierauf und auf die bei der Reform des Strafvollzuges beabsichtigte Regelung empfiehlt die Kommission die bisherige Arbeitsbelohnung durch ein echtes Arbeitsentgelt abzulösen.

5 Probleme der Verantwortung bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter

5.1 Die *Entscheidung über Diagnose und Therapie* eines Patienten ist nach geltendem Recht eine ärztliche Aufgabe. Es ist daher grundsätzlich unzulässig, daß diese Entscheidung von Nicht-Ärzten getroffen wird. Dies gilt auch für eine Entscheidung etwa durch eine Konferenz oder im Team. Die verantwortliche Entscheidung trägt allein der zuständige Arzt, der für sie auch haftet. Nicht-ärztliche Mitarbeiter können dem zuständigen Arzt Rat und Hilfe geben, wozu sie im Umfang ihrer berufsspezifischen Ausbildung und Qualifikation im übrigen auch verpflichtet sind. Umgehen oder mißachten sie die Entscheidungskompetenz des zuständigen Arztes, begründet das bei Vorliegen der entsprechenden weiteren Voraussetzungen — Schaden, Kausalität, Fahrlässigkeit usw. — die Möglichkeit ihrer zivil- und strafrechtlichen Haftung.

Diese Rechtslage ergibt sich weithin aus der Natur der Sache, solange man die Entscheidung über Diagnose und Therapie eines Krankheitsbildes als ärztliche Aufgabe versteht. Dem Gesetzgeber ist es allerdings unbenommen, auch Nicht-Ärzte — z. B. Psychologen, nicht-ärztliche Psychotherapeuten — für die Behandlung bestimmter Krankheiten oder krankheitsähnlicher Zustände für zuständig zu erklären, so wie das z. B. für das Gebiet „Geburtshilfe" bei Hebammen geschehen ist. Vordringlich bedarf es der Klärung und Regelung, in welcher Weise nicht-ärztliche Psychotherapeuten in die Behandlung psychisch Kranker einbezogen werden können.

5.2 Eine andere Frage ist, wie weit im klinischen Betrieb ein *Ärzteteam als Kollegialorgan* über Diagnose und Therapie entscheiden kann. Üblich ist heute — meist aufgrund von innerdienstlichen Weisungen und im Zusammenhang mit den Dienstverträgen — die Entscheidungskompetenz eines *einzelnen* Arztes, sei es eines Chefarztes, eines Abteilungsleiters, eines Stationsarztes usw. Dies hat seinen guten Grund, vor allem wenn und soweit damit, gestaffelt nach der Schwierigkeit der zu treffenden Entscheidung, die unterschiedliche Erfahrung und Kenntnis der verschiedenen in der Klinik tätigen Ärzte in die Kompetenzverteilung einbezogen wird, wie das im Wesen dieses „hierarchischen" Prinzips liegt.

Im Rahmen dieses Prinzips kann nun zwar u. U. ein zuständiger Arzt nach Grundsätzen, die hier im einzelnen nicht dargestellt zu werden brauchen, Verantwortung sowohl im Einzelfall als auch generell mit der Folge delegieren, daß ein anderer, nachgeordneter Arzt zuständig wird und der delegierende Arzt — im wesentlichen — nur für die Folgen einer fehlerhaften, unsachgemäßen Delegation haftet. Der zur Delegation befugte Arzt kann dabei auch so verfahren, daß er an ein (Ärzte-)„Team" delegiert, also die Behandlung oder die weitere Behandlung des Patienten der (einverständlichen, mehrheitlichen oder nach Sachgebieten geteilten) Entscheidung der Mitglieder dieses Teams anvertraut, vorausgesetzt freilich, daß er jedem Mitglied des Teams die anvertraute Kompetenz nach allgemeinen Grundsätzen übertragen darf; der delegierende Arzt haftet dann für die Sachgemäßheit jeder Teil-Delegation, während jedes Mitglied des Teams im Umfang der übertragenen Aufgabe haftet.

Hingegen widerspricht es dem heutigen Prinzip, wenn der — nach innerdienstlicher Weisung, nach Dienstvertrag usw. zuständige — Arzt seine spezifische Zuständigkeit gewissermaßen pauschal auf eine „Konferenz aller Ärzte" überträgt oder seiner eigenen Verantwortung dadurch ausweicht, daß er seine Entscheidung von der Mehrheitsentscheidung eines Ärzte-„Kollektivs" abhängig macht oder sich dieser Mehrheitsentscheidung sogar unterwirft, sich also „überstimmen" läßt; so bleibt denn auch seine eigene Verantwortung von einer derartigen Mehrheitsentscheidung unberührt und die Mehrheitsentscheidung für ihn unverbindlich.

Der Gesetzgeber oder der Krankenhausträger kann, abweichend vom heute Üblichen, etwas anderes bestimmen, also etwa vorsehen, daß Diagnose und Therapie von der mehrheitlichen Entscheidung eines ärztlichen Kollegiums abhängig gemacht wird. Der Tendenz der neueren Gesetzgebung entspricht dies indessen gegenwärtig nicht. Eine derartige Regelung ist nur dann sachgemäß, wenn das Stimmengewicht der einzelnen Ärzte des Kollegiums ihrer Erfahrung, Ausbildung usw. entspricht, also nicht etwa die Stimme des jüngsten Medizinalassistenten rechtlich ebenso gewichtet wird wie die eines erfahrenen leitenden Arztes oder eines Lehrstuhlinhabers; so wird sich die Kollegialentscheidung regelmäßig überhaupt nur dann empfehlen, wenn die Mitglieder des Kollegiums fachlich einigermaßen gleichwertig sind.

Im übrigen ist eindringlich darauf hinzuweisen, daß bei jeder Kollegialentscheidung, wie immer sie aus-

fällt, das einzelne stimmberechtigte Mitglied für die Richtigkeit seiner Entscheidung rechtliche Verantwortung trägt. Es gibt im hier anstehenden Bereich grundsätzlich keine „Anonymität des Kollegiums". Mindestens für die strafrechtliche Haltung, also insbesondere im ganzen Gebiet der strafrechtlich relevanten Fahrlässigkeit, läßt sich diese Verantwortlichkeit auch durch nichts ausschließen, weil die strafrechtliche Verantwortlichkeit notwendig eine individuelle ist, die durch keine Kollegialentscheidung aufgehoben oder auch nur verändert werden kann; es ist undenkbar, daß der Gesetzgeber künftig von dieser Linie abweicht.

5.3 Auf einem anderen Blatt steht die Problematik der *Arbeitsteilung mit nicht-ärztlichem Personal.* Die Probleme sind gerade im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter groß, weil es hier für wesentliche beteiligte Berufsgruppen, beispielsweise Psychologen, an einem klaren Berufsbild und an einem gesetzlich fixierten Aufgaben- und Verantwortungsbereich fehlt. Daß der Gesetzgeber insoweit Abhilfe schafft, muß auch ein Anliegen der Psychiatrie sein.

Gegenwärtig läßt sich — kurz und vergröbernd zusammengefaßt — nur sagen: Der zuständige Arzt kann nicht-ärztlichem Personal, generell wie im Einzelfall, Aufgaben übertragen, für die dieses Personal berufsspezifisch geschult ist. Es übernimmt dann diese Aufgaben — im Prinzip — in eigener Verantwortung, während der zuständige Arzt — im Prinzip und ähnlich wie bei der Delegation an nachgeordnete Ärzte — nur für die Folgen einer fehlerhaften, unsachgemäßen Delegation haftet. Doch besteht auch hier zwischen allen Beteiligten eine Pflicht zu enger Kooperation und zur Kontrolle im Interesse des Patienten. So muß z. B. der Arzt darauf achten, wie eine verordnete Beschäftigungstherapie anschlägt, und der Beschäftigungstherapeut muß dem Arzt über ungewöhnliche Reaktionen des Patienten berichten. Auch ist klar, daß der Arzt die Übertragung einer Aufgabe an nicht-ärztliches Personal rückgängig machen kann oder muß, wenn sich zeigt, daß dies ärztlich angezeigt ist.

5.4 Besondere Probleme entstehen bei der *Gruppentherapie.* Jedenfalls, soweit es dabei um die Behandlung von Krankheiten i. S. des medizinischen Krankheitsbegriffs geht, ist auch die Gruppentherapie eine Form der Therapie, die nur der Arzt verordnen kann. Sie bedarf — schon mit Rücksicht auf die Intimsphäre — der Einwilligung des Patienten, wobei diese Einwilligung eine gehörige Aufklärung nach den allgemeinen Regeln des Arztrechtes voraussetzt, sich also insbesondere — in geeigneter Weise — auch auf die Gefahr möglicher Belastungen und Schädigungen zu erstrecken hat. Die Aufklärung hat sich ferner darauf zu beziehen, daß nach geltendem Recht die Mitpatienten einer strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht nicht unterliegen und kein Zeugnisverweigerungsrecht besitzen.

Da durch eine gruppentherapeutische Krankenbehandlung psychische Schädigungen hervorgerufen werden können, die im Einzelfall die Qualität von Körperverletzungen im juristischen Sinn zu erreichen vermögen, kann die Anordnung oder Durchführung solcher Behandlungen bei Fahrlässigkeit der Beteiligten eine straf- oder/und zivilrechtliche Haftung auslösen. Denn der Patient wird zwar regelmäßig z. B. in die Gefahr einwilligen, daß der Mitpatient ihm gegenüber aggressive Verhaltensweisen an den Tag legt, aber nicht darin einwilligen, daß es dadurch zu seiner psychischen Schädigung i. S. einer Körperverletzung kommt. Er wird darauf vertrauen und davon ausgehen, daß entweder die Gefahr einer Schädigung überhaupt nicht besteht oder aber die Gruppe so mit sachkundigen Personen durchsetzt ist, daß der Gefahr möglicher Schäden angemessen vorgebeugt oder gegengesteuert wird. Entsprechend dieser Relation zwischen der Gefahr möglicher Schädigungen einerseits und der zu ihrer Abwehr erforderlichen Durchsetzung der Gruppe mit Sachkundigen andererseits bestimmen sich aber auch die Anforderungen an die lex artis und die rechtlichen Haftungsmaßstäbe. Und zwar gilt dies nicht nur für den verordnenden Arzt, sondern auch für den in der Gruppenbehandlung tätigen Sachkundigen; denn ihm kann es als sog. Übernahmeverschulden angerechnet werden, daß er nicht ausreichend geprüft hat, ob er für eine konkrete Gruppe hinreichend kompetent ist.

5.5 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

Die Fragen der rechtlichen Verantwortung bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter sind vielschichtig und komplex, aber weitgehend geregelt. Vom Gesetzgeber wäre zu fordern, daß er, und zwar schon im Hinblick auf die notwendige Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal bei der Krankenbehandlung, für die nichtärztlichen Berufsgruppen, insbesondere die Psychologen, klare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche fixiert, an denen es bislang noch fehlt.

6 Freiheitsentziehung und Unterbringung

Der Grundsatz der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken in ihrer Versorgung wurde bereits im Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124) in seiner zentralen Bedeutung hervorgehoben. Er gilt selbstverständlich auch für die stationäre Aufnahme und Behandlung in einem Krankenhaus. Soweit der Patient einwilligungsfähig und mit dem Aufenthalt in einem Krankenhaus zwecks Behandlung einverstanden ist, stellen sich auch beim psychisch Kranken keine Sonderprobleme rechtlicher Art. Von jeher hat es aber psychisch Kranke und Suchtkranke gegeben, die infolge ihrer Krankheit die öffentliche Sicherheit und Ordnung oder sich selbst erheblich gefährden. Bei ihnen bedarf es, wenn sie den Krankenhausaufenthalt wegen eines krankheitsbedingten Mangels an Einsicht und/oder wegen krankheitsbedingter Einwilligungsunfähigkeit verweigern, der Zwangsunterbringung. Diese muß im Interesse des Patienten, der Öffentlichkeit, aber auch des Arztes gesetzlich geregelt sein.

6.1 Die Zahl der eigentlich *gefährlichen Kranken*, die wegen ihrer manifesten Gefährlichkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden müssen, ist viel kleiner als nur zu oft angenommen wird. Ein Sicherheitsrisiko im ordnungsrechtlichen Sinn bilden diese Patienten überdies meist nur für kurze Zeit, während die Notwendigkeit der Behandlung und der Rehabilitation länger oder langfristig gegeben sein kann.

Neben dieser kleinen Gruppe der meist nur vorübergehend „Gefährlichen" steht die große Gruppe derjenigen psychisch Kranken, die ihrer Krankenhausunterbringung weder zustimmen noch widersprechen, die zu dieser Frage wegen ihrer Krankheit nicht Stellung nehmen können oder wollen. Bei diesen *Nichtstellungnehmenden oder Nichtwidersprechenden* ist die Krankenhausaufnahme als Voraussetzung einer angemessenen Behandlung ein Akt der notwendigen und selbstverständlichen Fürsorge.

Sicherungsbedürfnis und Fürsorgebedürfnis überschneiden sich in besonderer Weise bei der ebenfalls nur kleinen Gruppe von Patienten, die als „selbstgefährlich" im engeren Sinn, d. h. suicidgefährdet, bezeichnet werden müssen. Selbstgefährlich, oder „Gefährdeter" i. S. von § 72 BSHG a. F., ist auch der wegen psychischer Krankheit, Behinderung oder Störung zu sozialer Anpassung und Einordnung mehr oder weniger unfähige Patient. Seine Gegebenheiten erfordern hinsichtlich der unfreiwilligen Unterbringung eine auf die wohlverstandenen Interessen des Patienten i. S. der Sozialisierung oder Resozialisierung zugeschnittene Regelung, die nicht nur an dem begründeten Sicherungsbedürfnis orientiert ist und die eine den individuellen Erfordernissen entsprechende Handhabung erlaubt.

6.2 Die zwangsweise Unterbringung eines psychisch Kranken in einer geschlossenen Abteilung ist eine *Freiheitsentziehung i. S. des Artikel 104 GG* und bedarf deshalb der richterlichen Anordnung oder Genehmigung. Die praktisch wichtigsten Bestimmungen zur Zwangsunterbringung finden sich in den folgenden Gesetzen: BGB, StGB, StPO, JGG, JWG, FEVG sowie in den Freiheitsentziehungs- oder Unterbringungsgesetzen der Bundesländer. Zu beachten ist dabei, soweit es um die zivilrechtlichen und die ordnungs- oder polizeirechtlichen Möglichkeiten der Unterbringung geht, daß es bei einer Freiheitsentziehung i. S. von Artikel 104 GG stets auf den *„tatsächlichen natürlichen Willen"* des Betroffenen ankommt. Die Fähigkeit zur Bildung eines natürlichen Willens ist weder identisch mit der zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit noch mit der strafrechtlichen Schuldfähigkeit (BGHZ in DVBl 1961, 627; BGHSt 4, 88). Der Wille des gesetzlichen Vertreters — Vormund, Pfleger und de lege ferenda auch Eltern — reicht nach heute herrschender Rechtsauffassung nicht aus, um eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung ohne oder gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchzuführen.

6.3 Ob sich Artikel 104 GG lediglich auf Freiheitsentziehungen durch die öffentliche Gewalt bezieht, und wer im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Träger öffentlicher Gewalt ist, waren lange umstrittene Fragen. Die Psychiater haben stets die Meinung vertreten, daß hier nur die von oder mit Hilfe der Polizei eingewiesenen Kranken gemeint sein können, also derselbe Personenkreis, der in den früher preußischen Gebieten aufgrund von §§ 14, 15 PVG eingewiesen wurde. Diese Auffassung setzte sich in der Rechtsprechung zu den Unterbringungsgesetzen der Länder bis 1955 durch (BGHZ 17, 108). Demzufolge erschien nicht mehr zweifelhaft, daß Eltern, Vormund und Pfleger keine öffentliche Gewalt ausüben. Den gleichen Standpunkt vertraten auch der Bundesjustizminister und die zuständigen Bundestagsausschüsse bei der Vorbereitung des Freiheitsentziehungsverfahrensgesetzes von 1956. Die mühsam erreichte einheitliche Rechtsauffassung in dieser Frage änderte sich erst durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Februar 1960 (BVerfGE 10, 302), die den gegenteiligen Standpunkt vertrat. Damit entfiel die praktisch wichtige Differenzierung von *Freiheitsentziehung zur Gefahrenabwehr durch die öffentliche Gewalt* einerseits und *Freiheitsentziehung als primär fürsorgliche Maßnahme* durch den gesetzlichen Vertreter andererseits. Die deutschen Psychiater haben auf ihrem Kongreß 1960 die sachliche Ausgangsbasis dieses Urteils kritisiert und vor den Folgen gewarnt (Zbl. ges. Neur. Psychiat. 161 (1961) 15).

6.4 Gemäß dem 1961 eingefügten § 1800 Abs. 2 BGB bedarf nunmehr der *Vormund* zur Unterbringung des volljährigen oder minderjährigen Mündels der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Ähnliches gilt für die *Pflegschaft* gem. § 1910 BGB. Für die mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung des Pfleglings muß die Pflegschaft das Aufenthaltsbestimmungsrecht umfassen. Der geschäftsfähige Pflegling kann ohne seine Einwilligung grundsätzlich nicht, der geschäftsunfähige Pflegling nur mit richterlicher Genehmigung gem. §§ 1915 Abs. 1, 1800 Abs. 2 BGB untergebracht werden (BGH in NJW 1967, 2404). Kontrolle und Pflichten des Gebrechlichkeitspflegers sind durch die Rechtsprechung zunehmend verschärft worden, was sich auf die Bereitschaft zur Übernahme einer solchen Pflegschaft nicht gerade positiv ausgewirkt hat.

Gemäß §§ 1626 Abs. 2, 1631 Abs. 1 BGB haben *die Eltern* bisher noch das Recht, ihr minderjähriges Kind ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zu einer als notwendig erkannten Behandlung in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen. Schwierig wird es, wenn nur ein Elternteil mit der Unterbringung einverstanden ist, der andere aber nicht. Wegen der erforderlichen Gesamtvertretung (BVerfGE 10, 59) ist dann ein wirksames Einverständnis der Eltern nicht gegeben, und es bedarf der Einschaltung des Vormundschaftsgerichts.

Diese Rechtslage soll sich bald ändern. Nach dem Regierungsentwurf eines *„Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge"* (Drucksache 7/2060) soll die vormundschaftsgerichtliche Kontrolle bei der Ausübung des elterlichen Sorgerechts erweitert werden. In Zukunft wäre dann auch bei der mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung in einer „Heil- oder Pflegeanstalt" die Genehmigung des Gerichts erforderlich. § 1800 Abs. 2 BGB wäre entsprechend anzuwenden. Für die Genehmigung ist ein besonderes Verfahren vorgesehen, das in dem „Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit" (FGG) geregelt werden soll.

6.5 Der polizei- oder ordnungsrechtliche Weg der Zwangsunterbringung von psychisch Kranken und Suchtkranken führt einstweilen über die Vorschriften der sog. *Freiheitsentziehungs- oder Unterbringungsgesetze,* die in Ausführung von Artikel 104 GG seit 1949 von den einzelnen Bundesländern erlassen wurden.

Die Freiheit eines Menschen kann nach Artikel 104 in Verbindung mit Artikel 2 GG nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes beschränkt werden. Allein der Richter hat über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung zu entscheiden. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in Gewahrsam halten.

Es ist bemerkenswert, daß die gesetzgeberischen Bemühungen zur Konkretisierung des Artikel 104 GG in den Ländern wie im Bund fast ausschließlich psychisch Kranke und Suchtkranke betreffen, obwohl dieser Personenkreis im Wortlaut des Artikels 104 GG gar nicht erwähnt ist und nach seiner Entstehungsgeschichte — sowie der zur Zeit herrschenden Rechtsmeinung — durchaus Zweifel bestehen, ob und wieweit er für psychisch Kranke Bedeutung hat: Die Väter des Grundgesetzes wollten, in Erinnerung an die Erfahrungen aus der Zeit des Nationalsozialismus, vor allem mit der polizeilichen Schutzhaft, den Staatsbürger vor behördlichen Willkürmaßnahmen schützen. Durch die richterliche Kontrolle soll der nicht hinreichend begründete Eingriff der staatlichen Gewalt, auch gegenüber einem psychisch kranken Bürger, verhütet werden. Bei der Verbringung eines körperlich oder psychisch Kranken in ein Krankenhaus „im Zustand der Willenlosigkeit" oder „ohne seinen Willen" — z. B. Bewußtlosigkeit oder Bewußtseinstrübung mit Erregung bei Schädelverletzung nach Unfall — ist aber die öffentliche Gewalt als solche überhaupt nicht beteiligt. Die rein polizeirechtliche Konzeption der geltenden Unterbringungsgesetze ist also nur gegenüber der kleinen Zahl meist nur vorübergehend gefährlicher psychisch Kranker angemessen und zutreffend.

Bei der Vorbereitung des *„Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen"* vom 29. Februar 1956 i. d. F. vom 15. August 1974 (BGBl. I, S. 1942) wurden nach langen Bemühungen die psychisch Kranken und die Süchtigen ausgeklammert. Das Gesetz enthält zwar eine bundeseinheitliche Regelung des Unterbringungsverfahrens, wäre aber auch in der vorliegenden Form für die Versorgung psychisch Kranker nicht geeignet. Freiheitsentziehung beim psychisch Kranken und beim Suchtkranken ist als wesentlicher Teil der Therapie ein spezifisch ärztlich-psychiatrischer Eingriff, der nach seinem Sinn und Zweck etwas ganz anderes bedeutet als etwa eine Freiheitsentziehung nach Art der Untersuchungshaft oder im Strafvollzug. Die Eigenart der Freiheitsentziehung bei diesen Kranken ist deshalb durch das Faktum der Einschließung oder Einsperrung allein nicht adäquat zu bestimmen. Wir brauchen gesetzliche Regelungen, die einerseits dem Sicherungsbedürfnis genügen, die aber andererseits dem bei dem größten Teil der Kranken dominierenden fürsorgerischen Aspekt angemessen Rechnung tragen. Die Gesetze von Baden-Württemberg (1955) und von Nordrhein-Westfalen (1969) zeigen begrüßenswerte Ansätze in dieser Richtung. Da es aber bei allen Unterbringungsgesetzen der Länder primär und entscheidend um Polizei- oder Ordnungsrecht, also unbestreitbar um eine Aufgabe des Landesgesetzgebers geht, lassen sich die Probleme der Unterbringungspraxis in der Versorgung psychisch Kranker auf dieser Ebene allein nicht lösen.

6.6 Die Unterbringungsgesetze der Länder werden von verschiedenen Seiten unter verschiedenen Gesichtspunkten und zum Teil sehr lebhaft kritisiert. Daß man bei hinreichender Sachkenntnis und gutem Willen aller Beteiligten mit diesen Gesetzen „leben kann", sollte in der Tat nicht über ihre Schwäche und den ihnen immanenten Widerspruch gegenüber den Prinzipien der Psychohygiene und den heutigen Bedürfnissen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hinwegtäuschen.

Bemerkenswert und bedenklich sind die erheblichen Divergenzen hinsichtlich der *Häufigkeit zwangsweiser Einweisung* von psychisch Kranken. Bei einer Erhebung im Jahre 1974 wurde hier zwischen den einzelnen Bundesländern eine Schwankungsbreite des Anteils der Zwangsuntergebrachten an der Gesamtzahl der Patienten psychiatrischer Krankenhäuser von rund 6 % bis rund 50 % festgestellt. Aber auch innerhalb eines Landes schwankt der Anteil der nach dem gleichen Gesetz in verschiedenen Krankenhäusern untergebrachten Patienten etwa in Hessen zwischen 30,4 Prozent und 70,4 Prozent, in Berlin (West) zwischen 0,4 Prozent und 38,5 Prozent, im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland zwischen 7,6 Prozent und 54 Prozent. Hier sei nur dieses Faktum vermerkt. Die Frage nach den Gründen ist vielschichtig und könnte nur im Rahmen einer sorgfältigen Analyse geklärt werden.

Zutreffend wird die bedenkliche *Rechtszersplitterung* beklagt, sowohl in bezug auf das materielle Recht wie auch das Verfahrensrecht. Von psychiatrischer Seite war deshalb schon bei der Vorbereitung des Freiheitsentziehungsverfahrensgesetzes (1956) eine bundeseinheitliche Regelung im Rahmen eines *Fürsorgegesetzes* gefordert worden. Dem lag die Auffassung zugrunde, daß sich die Zuständigkeit des Bundes für ein solches Gesetz aus Artikel 74 Ziffer 1 GG, sowie aus Artikel 74 Ziffer 7 GG, wonach auch das Gebiet der „öffentlichen Fürsorge" zur konkurrierenden Gesetzgebung gehört, begründen lasse. Diese Auffassung wurde und wird noch heute im juristischen Schrifttum vertreten, konnte sich aber nicht durchsetzen. So blieb es bei der wiederholten Ankündigung eines Bundesgesetzes auf diesem verfassungsrechtlichen Hintergrund. Ein späterer Versuch des Bundesgesetzgebers im Jahre 1968 mit einem Gesetzentwurf zur Änderung des Artikel 74 Nr. 19 GG (Drucksache V/3515) scheiterte im Bundesrat, der allerdings in der Begründung seines Widerspruchs nicht auf die Gesundheitshilfe für psychisch Kranke einging. Demnach erscheint es wenig aussichtsreich, auf diesem Wege in absehbarer Zeit zu einer bundeseinheitlichen Regelung zu kommen.

Die vielen Beschwerden, vor allem der Ärzte in den psychiatrischen Krankenhäusern, über *Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten* bei der Unterbringung psychisch Kranker können hier nicht im Detail behandelt werden. Sie unterscheiden sich je nach den regionalen und lokalen Gegebenheiten ganz beträchtlich, beruhen aber nicht immer und nicht allein auf gesetzlichen Mängeln, die im übrigen allzu deutlich sind. So z. B. fehlen in mehreren Ländergesetzen ausdrückliche Regelungen über das Recht zur Untersuchung und Behandlung des Betroffenen. Die Vorschriften über so wichtige Fragen wie die Beurlaubung oder die vorläufige Entlassung sind in den Gesetzen unterschiedlich und zum Teil unzureichend. Vor allem fehlt es häufig an einer adäquaten Berücksichtigung des Rehabilitationsgedankens. Die Einschaltung der unteren Verwaltungsbehörde in das Unterbringungsverfahren ist meist zu umständlich, zu schwerfällig und weitgehend überflüssig. Die Begriffe „Gemeingefährlichkeit", „gegenwärtige Gefahr" und „Selbstgefährdung" werden nach wie vor unterschiedlich interpretiert. Uneinheitlich sind die Bestimmungen über die Beiordnung eines Anwalts, die übrigens keineswegs generell erforderlich ist. Insgesamt gibt es eine ganze Reihe scheinbar nebensächlicher, aber praktisch wichtiger und lästiger Einzelfragen, die von den Ländergesetzen unterschiedlich oder gar nicht, zum Teil unbefriedigend oder unvollständig gelöst werden.

Ausdrücklich muß hier aber auch vermerkt werden, daß viele Beschwerden über ein Versagen oder ein verfehltes Verhalten bei der Unterbringung im konkreten Einzelfall nur wenig oder gar nichts mit den genannten Mängeln der Unterbringungsgesetze zu tun haben. Sie beruhen auf *mangelhafter Sachkenntnis, Information und Zusammenarbeit* der beteiligten Instanzen und lassen sich durch entsprechende Vereinbarungen und Regelungen „vor Ort" beheben.

6.7 Es fragt sich, wie man die nachweislich und in mehrfacher Hinsicht unbefriedigende Situation hinsichtlich des Unterbringungsrechts bei psychisch Kranken ändern und verbessern kann. Dabei empfiehlt es sich, zwischen kurzfristig und längerfristig erreichbaren Maßnahmen seitens des Gesetzgebers zu unterscheiden. Der alte Vorschlag eines bundeseinheitlichen Fürsorgegesetzes für psychisch Kranke soll aber hier nicht mehr diskutiert werden, weil eine echte Chance zu seiner Realisierung zur Zeit nicht erkennbar ist. Ob die Argumentation, von der dieser Vorschlag ausgeht, zutreffend ist oder nicht, kann dahingestellt bleiben.

6.7.1 Kurzfristig erreichbar ist eine *Novellierung der geltenden Unterbringungsgesetze,* die in einigen Ländern bereits vorbereitet wird. Der Gesetzgeber sollte sich dabei der Tatsache bewußt sein, daß eine grundsätzliche Lösung der Unterbringungsproblematik auch durch eine noch so perfektionierte Novellierung des Gesetzes nicht erreichbar ist. In ihrem Kern handelt es sich bei allen Unterbringungsgesetzen um Polizeirecht, der Sicherungsgedanke ist Anlaß und Fundament der Gesetze und er wird es bleiben. Da ein dominierendes Sicherungsbedürfnis nur bei einem Bruchteil der Betroffenen, und bei diesen meist nur vorübergehend, gegeben ist, müssen fürsorgerische Gesichtspunkte einbezogen werden, jedenfalls solange keine andere Regelung für den größeren Teil der in Frage kommenden Kranken getroffen ist. Diese Mischung von Prinzipien der Gefahrenabwehr einerseits und der Fürsorge andererseits im Rahmen eines Polizeigesetzes ist aus der Sicht des Psychiaters immer nur eine Notlösung. Deswegen sollte man sich bei der Novellierung der Unterbringungsgesetze in den Ländern, wo eine solche für erforderlich gehalten wird, strikt auf eine Bereinigung der in der Praxis der Gesetzesanwendung deutlich gewordenen und in ihren Auswirkungen auf den einzelnen Kranken negativ zu bewertenden Lücken und Mängel des Gesetzes beschränken. Nicht alle Gesetze müssen novelliert werden, zumal sich viele Fragen auf dem

Versorgungswege regeln lassen. Wo die Novellierung anzusetzen hat, ergibt sich aus den Anmerkungen zur Kritik unter D. 6.6 und den Novellierungsempfehlungen unter D. 6.8.

6.7.2 Ein Problem, das in den meisten Ländergesetzen nicht gelöst ist, praktisch aber erhebliche Bedeutung hat, betrifft die Tatsache, daß zwangsuntergebrachte Patienten nicht behandelt werden dürfen. Es gibt nicht selten dringend behandlungsbedürftige, aber krankheitsuneinsichtige Patienten, die — wegen Fremd- oder Selbstgefährdung eingewiesen — ohne zeitaufwendige Anordnung einer Pflegschaft oder Entmündigung der unbedingt notwendigen Therapie nicht zugeführt werden können. Bei einer Neuregelung der Unterbringungsgesetze muß hier unbedingt eine sinnvolle rechtliche Lösung angestrebt werden.

6.7.3 Eine auf weitere Sicht grundsätzlich und praktisch gleichermaßen befriedigende Lösung der Unterbringungsproblematik bei psychisch Kranken dürfte zur Zeit nur über die ohnehin in Vorbereitung befindliche *Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts* möglich sein. Eine vom Bundesjustizminister eingesetzte Kommission zur Reform des Rechts der freiwilligen Gerichtsbarkeit hat den Entwurf einer *„Verfahrensordnung für die freiwillige Gerichtsbarkeit"* erarbeitet. Im vierten Unterabschnitt des Entwurfs wird das Verfahren in *„Betreuungssachen"* geregelt. Im Sinne dieses Entwurfs sind Entmündigung, Vormundschaft, Pflegschaft sowie Freiheitsentziehung aus Gründen der Behandlung oder Fürsorge nach Art und Grad unterschiedliche Maßnahmen der „Betreuung". Sie sollen durch die Neuregelung in ein primär am Wohl des Betroffenen orientiertes Verhältnis gebracht werden und gestuft zur Anwendung kommen. Ein erster Schritt in dieser Richtung ist bereits mit dem Vorschlag einer Verfahrensregelung zu § 1800 Abs. 2 BGB in dem oben unter D. 6.4 erwähnten Entwurf eines „Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge" getan worden.

Der hier erkennbare gedankliche Ansatz, nämlich die Akzentverlagerung bei der krankheitsbedingten Freiheitsentziehung auf den zivilrechtlichen Schutz zum Wohle des Kranken und seinen Anspruch auf Fürsorge, entspricht durchaus den Bedürfnissen einer zeitgemäßen Versorgung psychisch Kranker. Die ganze Konzeption, und zwar einschließlich der Verfahrensregelung für die Unterbringung nach § 1800 Abs. 2 BGB, bedarf aber noch einer eingehenden Überprüfung und Diskussion unter psychiatrischen und psychohygienischen Gesichtspunkten.

6.7.4 Das zeigt sich etwa an dem genannten Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge, der den Vorschlag enthält, in das BGB einen § 1631 a einzufügen. Danach soll „die Unterbringung eines Kindes in einer Heil- oder Pflegeanstalt" künftig der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes bedürfen. § 1800 Abs. 2 BGB soll entsprechend gelten, die Unterbringung also nach den Vorschriften der neuen §§ 64 a bis 64 h FGG erfolgen.

Einem derartigen Vorschlag muß widersprochen werden. Wenn in der Begründung des Entwurfes ausgeführt wird, daß eigentlich jede Fremdunterbringung eines Kindes außerhalb seiner Familie (z. B. auch in Säuglingsheimen, Kinderheimen und Internaten) einer Kontrolle unterliegen sollte, dann wird dann deutlich, daß die grundsätzlich nicht ausschließbare Möglichkeit eines Mißbrauches des Rechts der elterlichen Sorge als alleiniges Kriterium der Regelungsbedürftigkeit angenommen wird. Dabei wird aber übersehen, daß es sich um Formen der Fremdunterbringung handelt, über die in der Regel gar nicht von den Eltern allein entschieden wird. Es handelt sich vielmehr um Einrichtungen, in denen Fachleute tätig sind oder die eine Vorklärung durch Fachleute bei einer Aufnahme voraussetzen. Dies sollte allerdings künftig auch in jedem Fall garantiert sein. Entsprechende Regelungen gehören aber — wie im übrigen auch in der Erläuterung zum Entwurf ausgeführt ist — in ein neues Jugendhilfegesetz. Das gilt auch für die Unterbringung von geistig behinderten Kindern.

Die Absicht, auch für Minderjährige rechtsstaatliche Garantien auf jeden Fall dann vorzusehen, wenn die Form einer Fremdunterbringung gemessen an den tatsächlichen Selbstbestimmungsmöglichkeiten des Minderjährigen einen freiheitsentziehenden Charakter hat, bedarf einer differenzierteren Regelung, als sie der Gesetzentwurf vorsieht. Die vorgeschlagene Fassung des § 1631 a ist dazu untauglich. Es ist dort pauschal vom Kind die Rede, und es wird der nicht mehr gebräuchliche, vieldeutige Begriff „Heil- oder Pflegeanstalt" verwandt. Regelungen, die den unterschiedlichen Entwicklungsstand der Minderjährigen in Beziehung zu denjenigen Maßnahmen setzen, bei denen eine besondere rechtsstaatliche Garantie überhaupt in Betracht kommt, können nur unter Mitwirkung von Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Sonder- und Sozialpädagogen gefunden werden. Die Notwendigkeit einer derartigen Mitwirkung von Fachleuten besteht im übrigen auch hinsichtlich anderer Teile des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge (Behandlungseinwilligung, Umgang mit dem nicht personensorgeberechtigten Elternteil).

6.8 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

1. Eine Novellierung der Unterbringungsgesetze der Bundesländer ist geboten, soweit sich in ihrer praktischen Anwendung Mängel und Schwierigkeiten herausgestellt haben.

   Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen

   — eine generell stärkere Betonung des fürsorgerischen Aspekts der Unterbringung, z. B. durch Einbeziehung vorbeugender und nachgehender Hilfsmaßnahmen,

   — eine Vereinfachung und elastischere Gestaltung des Verfahrens, z. B. durch Konzentration der Kompetenzen,

   — eine verbindliche Regelung zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit der an der Unterbringung beteiligten Instanzen,

— eine ausreichende und kontinuierliche Information aller an der Durchführung der Unterbringung Beteiligten durch spezielle Weiterbildung und Fortbildung,

— eine Bereinigung und Vereinheitlichung der Terminologie,

— eine angemessene Kostenregelung.

2. Die Vorbereitungen zur Neuregelung des gesamten Rechts der Unterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker sollten unter Beiziehung von Sachverständigen beschleunigt werden.

   Bei der Neuregelung wäre davon auszugehen, daß für den weitaus größten Teil dieser Kranken die Unterbringung primär und entscheidend eine Schutz- und Hilfsmaßnahme ist. Im Vordergrund hat also der privatrechtliche Schutzgedanke, das Wohl des Kranken, zu stehen. Dazu kommt die sich aus dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Abs. 1 GG) herleitende Fürsorgeverpflichtung.

   Im Rahmen der ohnedies notwendigen und in Vorbereitung befindlichen Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts (BGB, FGG) wäre eine angemessene Regelung der Unterbringung für den größten Teil der hier betroffenen psychisch Kranken sehr wohl möglich. Das „Betreuungsverfahren", wie es in dem Kommissionsentwurf einer „Verfahrensordnung für die freiwillige Gerichtsbarkeit" entwickelt wurde, ist eine geeignete Diskussionsgrundlage zur weiteren Bearbeitung unter Beiziehung von Sachverständigen.

   Im Polizei- oder Ordnungsrecht der Bundesländer wäre dann lediglich die Zwangsunterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker, die primär aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in eine geschlossene Krankenabteilung verbracht werden müssen, zu regeln. Dabei handelt es sich um einen kleinen Sektor meist nur vorübergehend gefährlicher Kranker, die in der Regel schon bald in die zivilrechtliche „Betreuung" übernommen werden könnten.

3. Die in dem Entwurf eines „Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge" (Drucksache 7/2060) vorgesehene Einführung eines § 1631 a BGB ist zur Lösung der bei der Unterbringung von Minderjährigen durch ihre Eltern entstehende Probleme untauglich und sollte unterbleiben.

7 Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft

Die zivilrechtlichen Schutz- und Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte sind seit der Einführung des BGB in ihrem Kern unverändert geblieben, sowohl in materiell-rechtlicher wie in verfahrensrechtlicher Hinsicht.

Nach § 6 BGB kann entmündigt werden, wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, wer infolge von Trunksucht oder Rauschgiftsucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Die gesonderte Benennung der Rauschgiftsucht als Entmündigungsgrund wurde erst mit Wirkung vom 1. Januar 1975 eingefügt. Ob das notwendig war, ist zweifelhaft, da die Analogie zur Trunksucht aus der Natur der Sache evident ist.

Folge der Entmündigung ist der Verlust oder die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit, deswegen erhält der Entmündigte nach § 1896 BGB einen Vormund. Das Verfahren in Entmündigungssachen ist in der ZPO geregelt. Das Vormundschaftsgericht kann aber auch einen Volljährigen, dessen Entmündigung beantragt ist, unter vorläufige Vormundschaft stellen. Das Bestellungsverfahren richtet sich nach dem FGG.

Auch die Pflegschaft nach § 1910 BGB ist eine Schutz- und Hilfsmaßnahme für den psychisch Kranken oder Behinderten. Sie unterscheidet sich von der Vormundschaft dadurch, daß sich die Fürsorge immer nur auf einzelne oder einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten des Pflegebefohlenen erstreckt. Der Aufgabenkreis des Pflegers ist also grundsätzlich beschränkt, während der Vormund für alle Angelegenheiten seines Mündels zuständig ist. Das Verfahren in Pflegschaftssachen richtet sich nach dem FGG, läßt aber dem Vormundschaftsrichter einen relativ großen Ermessensspielraum.

7.1 Das ehrwürdige Alter der einschlägigen Vorschriften zur Regelung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts allein vermag die Forderung nach einer durchgreifenden Reform noch nicht zu begründen. Das gilt aber schon nicht mehr so ganz für die überlieferte *Terminologie*. Zwar hat man sich daran gewöhnt, daß Gesetzesbegriffe nicht immer mit dem volkstümlichen und dem medizinischen Sprachgebrauch in Einklang stehen, was aber wohl kaum als eine schicksalhafte und deshalb unkorrigierbare Regelung betrachtet werden kann. Es geht hier auch keineswegs nur um formale Schönheitsfehler. Wenn man einem Staatsbürger erklären muß, daß er wegen *Geistesschwäche* entmündigt wurde, obwohl er keineswegs schwachsinnig ist, so wird das vielfach als recht belastend empfunden, und es ließe sich sehr wohl ändern. Mit der *Geisteskrankheit* des § 6 BGB ist es bekanntlich nicht anders. Da es hier meist um eine höhergradige geistig-seelische Abnormität oder Behinderung geht, wirkt sich der Sprachgebrauch nicht ganz so stö-

rend aus, jedenfalls nicht für den Betroffenen und seine Angehörigen. Der in diesem Bereich nicht versierte Gutachter kann aber bereits auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen und damit auch den Richter irritieren.

Die *Verschwendung* als Entmündigungsgrund wird herkömmlicherweise nicht als psychiatrisches Problem gesehen. Deshalb wird auch keine Begutachtung verlangt. Eine so schwerwiegende Verschwendung oder „Verschwendungssucht", die eine Entmündigung zu rechtfertigen vermag, ist aber stets nur ein Symptom auf einem psychopathologischen Hintergrund. Demnach dürfte in der Regel eine psychiatrische Begutachtung erforderlich sein und die Verschwendung als selbständiger Entmündigungsgrund könnte entfallen.

Bei der erst jüngst erfolgten Einfügung der Rauschgiftsucht als Entmündigungsgrund neben der Trunksucht handelt es sich ebenfalls um ein terminologisches Problem. Die Psychiater haben schon seit Jahrzehnten eine Gleichstellung von *Trunksucht und Rauschgiftsucht* oder Medikamentensucht als Entmündigungsvoraussetzung empfohlen. Da es auch hier nicht um die psychiatrische Diagnose und nicht um die Art des Suchtmittels, sondern lediglich um die Folgen von Sucht oder Mißbrauch geht, erschien das eigentlich selbstverständlich, entgegen der in der Rechtsprechung bis in die letzten Jahre herrschenden Meinung. Nach der heute international übereinstimmenden Terminologie in der Suchtbekämpfung müßte hier formuliert werden: „Wer infolge Suchtstoffabhängigkeit oder Suchtstoffmißbrauch . . .". Diese Formulierung entspricht der Sprachregelung der Weltgesundheitsorganisation, und mit ihr könnten die Meinungsdifferenzen in der Rechtsprechung wie im Schrifttum überwunden werden.

Diese hier nur an einigen Beispielen aufgezeigten Probleme dürften immerhin ein Argument, neben gewichtigeren anderen, für die Reform dieses Rechtsbereichs sein.

7.2 Die heutige *Entmündigungspraxis* wird von verschiedenen Seiten unter verschiedenen Gesichtspunkten kritisiert. Von einer grundsätzlich verfehlten Konzeption des ganzen Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts kann aber ebensowenig die Rede sein wie von einem generellen Versagen der Rechtspraxis.

Ein gewisser *„Diskriminierungseffekt"*, der heute in so manchen Reformkonzepten eine überwertige Rolle spielt, läßt sich bei der Entmündigung und bei der Bestellung eines Vormundes oder Pflegers nicht bestreiten. Für nicht wenige Betroffene, vor allem auch für die Angehörigen, ist es schon belastend, wenn sie durch ein oft recht umständliches Gerichtsverfahren „unter Kuratel" gestellt werden. Das gilt vor allem in Fällen, in denen die Begründung der Entmündigung nicht gerade überzeugend ist und ein so weitgehender Eingriff in die Privatsphäre nicht zwingend geboten erscheint.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung des sozialen Wohlfahrtsstaates hat zwangsläufig bei immer mehr Staatsbürgern zu einer progredienten Einengung ihres privaten Verfügungsraumes geführt. Insoweit haben sich also die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen, unter denen das geltende Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht geschaffen wurde, erheblich verändert. Das *privatrechtliche Schutzbedürfnis* des psychisch Kranken oder Behinderten, um das es hier geht, ist für die meisten Bürger geringer geworden. In dieser Tatsache ist ein wesentlicher Grund für die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts zu sehen.

Von psychiatrischer Seite wird vielfach und zutreffend beklagt, daß zu häufig entmündigt wird, insbesondere auch bei hospitalisierten psychisch Kranken. Wenn der Anteil der Entmündigten unter den Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland für das Jahr 1974 mit 36 % angegeben wird, so ist das zweifellos zu hoch; zumal als erwiesen gelten kann, daß die Entmündigung keine nennenswerte Hilfe bei der Behandlung und Rehabilitation stationär untergebrachter Kranker zu bieten vermag.

Hinsichtlich der *Häufigkeit von Entmündigungen* bei Patienten psychiatrischer Krankenhäuser ist allerdings zu vermerken, daß hier regional ganz erhebliche Unterschiede bestehen. Wahrscheinlich spielen dabei die Modalitäten der notwendigen Unterbringung des Patienten eine wichtige Rolle. Aus verschiedenen Gründen wurde und wird der Unterbringung durch den Inhaber des Personensorgerechts der Vorzug gegeben gegenüber der Unterbringung nach dem Freiheitsentziehungsgesetz des Landes. Die Krankenhausaufnahme gegen den Willen des Patienten ist aber sicher nicht der eigentliche und primäre Zweck einer Entmündigung, sie ersetzt hier nur die Aufenthaltspflegschaft als den nach altem Recht einfacheren Weg zur Unterbringung. Da der zivilrechtlichen Unterbringung durch den gesetzlichen Vertreter grundsätzlich der Vorrang gebührt gegenüber der polizeirechtlichen Unterbringung (Freiheitsentziehungsgesetze), ist ein solches Vorgehen aus ärztlicher Sicht verständlich, läßt sich aber meist nur für die Aufenthaltspflegschaft in der früher üblichen und möglichen Form, nicht für die viel weiter reichende und eingreifendere Entmündigung rechtfertigen. Hier wird die enge Verknüpfung der Unterbringungsproblematik mit dem Komplex Vormundschaft und Pflegschaft deutlich.

Als bedenklich hat sich erwiesen, daß nicht wenige Ärzte und vor allem Vormünder nur mangelhaft über die sozialen und rechtlichen Folgen einer Entmündigung informiert sind. Hier bedarf es einer gezielten Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Ein Sonderproblem ist die *fachärztliche Begutachtung*. Soweit es sich nur um die Unterbringungsbedürftigkeit nach den Freiheitsentziehungsgesetzen der Länder oder im Rahmen einer Aufenthaltspflegschaft handelt, ergeben sich für den einigermaßen erfahrenen Kliniker keine Schwierigkeiten. Eine Begutachtung hinsichtlich der Voraussetzungen der Entmündigung verlangt aber spezielle Kenntnisse und Erfahrungen, in gleicher Weise, wie es bei der

Beurteilung der Geschäftsfähigkeit oder der Testierfähigkeit erforderlich ist. Wie auch in B. 3.9.3 vermerkt, wird aber die Zahl der qualifizierten Gutachter immer kleiner. Insoweit besteht ein umgekehrtes Verhältnis zur Entwicklung der Gesetzgebung in verschiedenen Bereichen, die ganz eindeutig quantitativ und qualitativ progredient steigende Anforderungen hinsichtlich der Begutachtung durch Sachverständige stellt und dabei stillschweigend voraussetzt, daß diesem Bedürfnis irgendwie und von irgendwem Rechnung getragen wird. Deshalb ist auch an dieser Stelle nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß die wenigen bestehenden *Institute (Abteilungen) für forensische Psychiatrie* an psychiatrischen Universitätskliniken gefördert und ausgebaut werden müssen; weiterhin ist dafür Sorge zu tragen, daß an jeder Universität ein solches Institut (Abteilung) im Rahmen der psychiatrischen Klinik eingerichtet wird. Dazu bedarf es der Zusammenarbeit und gemeinsamen Initiative der Justizminister, der Kultus- oder Wissenschaftsminister und der Sozial- oder Gesundheitsminister.

Weiterhin ist die *Zahl der Entmündigten, die ein Vormund zu betreuen hat,* drastisch zu reduzieren. Das dürfte allerdings nur bei einer deutlichen Herabsetzung der Entmündigungsrate möglich sein. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß es sich bei der Übernahme einer Vormundschaft oder Pflegschaft ursprünglich einmal um ein Ehrenamt gehandelt hat, dessen Inhaber im Besitz der „bürgerlichen Ehrenrechte" sein mußte. An dem ehrenamtlichen Charakter der Führung einer Vormundschaft hat sich auch durch die 1969 eingeführte Regelung des Ersatzes für Aufwendungen (§ 1835 Abs. 3 und 4 BGB) und die Möglichkeit einer Vergütung (§ 1836 BGB) grundsätzlich nichts geändert. Der Vormund erhält lediglich die bei seiner Amtsführung entstehenden Unkosten, was selbstverständlich sein sollte, und ggf. eine Vergütung, die keinen finanziellen Anreiz bedeutet.

Aus diesem und manchen anderen Gründen wird man nicht die Augen davor verschließen können, daß es in Zukunft immer schwieriger werden dürfte, geeignete Persönlichkeiten für die Übernahme eines solchen Ehrenamtes zu finden. Die immer stärkere Einschaltung des Amts- oder Berufsvormundes hat ihre eigene Problematik, wie aus den Erfahrungen der Bewährungshilfe und der erst anlaufenden Führungsaufsicht hinreichend bekannt ist.

Ob eine *Aufwertung, Ausgestaltung und Umgestaltung des Instituts der Pflegschaft* möglich und im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sinnvoll und zweckmäßig ist, erscheint zweifelhaft. Nach § 1910 Abs. 3 BGB darf die Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Die Beurteilung der hier gemeinten Verständigungsmöglichkeit war von jeher umstritten. Die sog. „klaren Fälle" interessieren ja in diesem Bereich nicht. Deswegen wurde eine *Ergänzung der Vorschrift* vorgeschlagen, durch die eine Anordnung der Pflegschaft auch bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BGB ermöglicht werden soll. Es könnten also die Voraussetzungen für eine Entmündigung gegeben sein, wegen des geringeren Schutzbedürfnisses beläßt man es aber bei der Anordnung der Pflegschaft. Für das Verfahren sollen die Vorschriften der ZPO zur Entmündigung entsprechende Anwendung finden.

Der Justizminister von Nordrhein-Westfalen hat dazu nach Befragung der gerichtlichen Praxis seines Geschäftsbereichs ausführlich Stellung genommen. Bezüglich der vorgeschlagenen Erweiterung des Personenkreises, bei dem eine Pflegschaft angeordnet werden kann, war eine einheitliche Meinung der Praxis nicht zu erkennen. Als positiv wurde angesehen, daß eine gesetzliche Möglichkeit eröffnet würde, entmündigungsreife, aber durchaus noch verständigungsfähige Personen, bei denen nur ein Schutzbedürfnis für einzelne Angelegenheiten besteht, die aber wegen ihrer Entmündigungsreife Maßnahmen gegen ihren Willen erforderlich machen, nunmehr, anstatt gleich zu entmündigen, lediglich unter Pflegschaft zu stellen. Gegen die Anwendung der Verfahrensvorschriften zur Entmündigung wurden ganz überwiegend erhebliche Bedenken erhoben. Im BGB sei es nicht üblich, in einer materiell-rechtlichen Vorschrift auf die anzuwendenden Verfahrensvorschriften hinzuweisen. Grundsätzlich wurde eingewandt, daß das Pflegschaftsverfahren, im Gegensatz zur Entmündigung, zum Bereich der freiwilligen Gerichtsbarkeit gehöre. Wenn man das mit mehr Rechtsgarantien ausgestattete Entmündigungsverfahren für bestimmte Fälle der Pflegschaftsanordnung wünsche, dann wären entsprechende Vorschriften in das FGG aufzunehmen. Insgesamt überwiegen die grundsätzlichen Bedenken gegen eine partielle Neuregelung im Sinne des Vorschlags. Es wird auf die im Bundesministerium der Justiz in Vorbereitung befindliche Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts verwiesen.

Auch der Bundesminister der Justiz hält es für bedenklich, die bei Anordnung einer Gebrechlichkeitspflegschaft grundsätzlich erforderliche Einwilligung des Gebrechlichen zum Gegenstand eines vormundschaftsgerichtlichen Ersetzungsverfahrens zu machen. Ein solches Vorgehen im Rahmen des § 1910 Abs. 3 BGB würde die Grundlagen des derzeitig geltenden Rechts berühren, es könnte deshalb allenfalls im Rahmen einer künftigen Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts erwogen werden.

Gegen die noch weitergehenden Vorschläge einer Arbeitsgruppe der Evangelischen Akademie Hofgeismar mit einer Ergänzung des § 1910 BGB um zwei Absätze werden ähnliche Bedenken vorgebracht, und es wird gleichfalls auf die Gesamtreform verwiesen.

7.3 Die gesetzliche Regelung der zivilrechtlichen Schutz- und Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte, zu denen auch die Suchtkranken gehören, ist in mehrfacher Hinsicht *überholt und unbefriedigend.* Das ergibt sich vor allem aus den

Erfahrungen der Praxis, über die in diesem und dem vorigen Kapitel berichtet wird. Das Ziel dieser Enquete ist eine Neuordnung und Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland. Mit einer *durchgreifenden Reform* des geltenden Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts könnte dazu ein wichtiger Beitrag geleistet werden.

Die Ausarbeitung detaillierter Vorschläge zur Neugestaltung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts ist nicht die Aufgabe dieser Kommission. Hier können nur einige Gesichtspunkte zur Verdeutlichung der Bedürfnisse der Praxis, die für die gesetzliche Neuregelung richtungsweisend sein sollten, aufgezeigt werden. Vorweg sei auch klargestellt, daß die hier gemeinte und für notwendig erachtete Reform keine zusätzlichen Kosten verursachen würde, aber eine nicht unerhebliche Verwaltungsvereinfachung bedeuten könnte.

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, hat eine vom Bundesjustizminister eingesetzte Kommission zur Reform des Rechts der freiwilligen Gerichtsbarkeit den Entwurf einer *„Verfahrensordnung für die freiwillige Gerichtsbarkeit"* erarbeitet. Nach den diesem Entwurf zugrundeliegenden Vorstellungen sind Entmündigung, Vormundschaft, Pflegschaft sowie Freiheitsentziehung aus Gründen der Behandlung oder Fürsorge nach Art und Grad *unterschiedliche Maßnahmen der „Betreuung"*. Sie sollen in ein primär am Wohl des Betroffenen orientiertes Verhältnis gebracht werden, was insbesondere durch eine einheitliche Verfahrensregelung im Rahmen des FGG sicherzustellen wäre. Damit würde die Zwangsunterbringung zu dem, was sie für die weitaus meisten psychisch Kranken tatsächlich ist: eine zivilrechtliche „Betreuungsmaßnahme", die gegebenenfalls durch andere Maßnahmen dieser Art ergänzt oder ersetzt werden kann. Im übrigen kann hier auf die Ausführungen in Kapitel D. 6 verwiesen werden.

Die empfohlene Novellierung der Unterbringungsgesetze der Länder zur Behebung aktueller Schwierigkeiten bei ihrer Anwendung ist nur als eine kurzfristig erreichbare Hilfe für die Praxis zu verstehen. Der Weg zu einer grundsätzlichen Lösung der Unterbringungsproblematik kann aber nicht über das Polizeirecht, sondern nur über das Zivilrecht führen. Es fragt sich jetzt, ob auch für die anderen „Betreuungsmaßnahmen" — Entmündigung, Vormundschaft, Pflegschaft — kurzfristig erreichbare Verbesserungsmöglichkeiten durch Gesetzesnovellierung gegeben und empfehlenswert sind. Theoretisch gibt es hier verschiedene Ansätze, auch konkrete Vorschläge, wie die oben aus jüngster Zeit referierten. Wenn überhaupt, so lassen sie sich kurzfristig offenbar nicht realisieren. Die Beschäftigung mit der Novellierung der Detailvorschriften würde außerdem von der aus psychiatrischer Sicht notwendigen Gesamtreform ablenken, sie könnte zu einer erheblichen Verzögerung oder gar zu einer Vertagung der Vorbereitungsarbeiten führen.

Folge der Entmündigung ist der Verlust oder die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit, deswegen wird dem Entmündigten ein Vormund bestellt. Die Zweigleisigkeit dieses Verfahrens ließe sich vereinfachen und für den Betroffenen „entschärfen". Die hier gemeinten und vom Vormundschaftsrichter anzuordnenden Maßnahmen bedeuten immer eine mehr oder weniger weitgehende Einschränkung des Grundrechtes der Selbstbestimmung (Artikel 2 GG). Die Notwendigkeit der Grundrechtsbeschränkung muß also in jedem Fall erst einmal festgestellt werden. Dafür ist aber der Begriff der Entmündigung nicht erforderlich. Der Richter kann in einem Verfahrensgang das „Betreuungsbedürfnis" feststellen und dem Betroffenen einen „Betreuer" bestellen, dessen Befugnisse entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall geregelt werden.

Der Überprüfung bedarf auch die Frage, ob und wieweit die automatische Verknüpfung von Verlust oder Beschränkung der Geschäftsfähigkeit (§§ 104, 114 BGB) mit bestimmten „Betreuungsmaßnahmen" reduziert werden kann. Auch hier wäre eine individuell angepaßte, nach Art und Umfang elastisch zu handhabende „Betreuung" denkbar. Die Befugnisse des „Betreuers" könnten je nach Erfordernis eingeschränkt oder erweitert werden. Aus der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft wären nach Art und Grad unterschiedliche, individuell abgestufte und allein am Wohl des Kranken orientierte Formen der „Betreuung" zu entwickeln. Die „Total-Betreuung" des geschäftsunfähigen Mündels im Sinne der jetzigen Vormundschaft würde dann nur den Endpunkt einer zu verbreiternden und zu differenzierenden Skala von Betreuungsmöglichkeiten markieren. Sie würde zahlenmäßig, gegenüber den vielfältigen Formen einer „Partial-Betreuung", eine viel geringere Rolle spielen als jetzt die Entmündigung.

Nur für die Aufenthaltsbestimmung bzw. Unterbringung von psychisch Kranken bedarf es dann wohl auch nicht mehr der offiziellen Einschaltung oder Mitwirkung des „Betreuers". Das Vormundschaftsgericht könnte hier ohne Zwischeninstanz tätig werden, was es ja nach § 1846 BGB im Falle der noch nicht erfolgten Bestellung oder der Verhinderung des Vormundes auch heute bereits tun muß.

Es müßte auch Vorsorge getroffen werden, daß der Betroffene nur aufgrund einer fachärztlichen Bestätigung des Wegfalls oder einer Veränderung der Voraussetzungen die Aufhebung oder eine Änderung von Art und Umfang seiner „Betreuung" verlangen kann.

Bei der Formulierung der psychiatrischen Voraussetzungen für die Anordnung von Betreuungsmaßnahmen empfiehlt sich eine Anpassung an die im Rahmen der Strafrechtsreform entwickelte Sprachregelung. Zur Interpretation psychiatrischer Begriffe sollte ausschließlich von der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten" durch die Weltgesundheitsorganisation ausgegangen werden.

Damit sollen nur einige Hinweise zur Reform dieses Abschnitts im geltenden Familienrecht aus ärztlich-psychiatrischer Sicht gegeben werden. Die Möglichkeiten der gesetzlichen oder administrativen Regelung zahlreicher Einzelfragen bedarf noch der

Abklärung unter rechtlichen wie unter psychiatrischen Gesichtspunkten. Dabei sind vor allem die Erfahrungen der Praxis zu berücksichtigen. Auf diesem Wege könnte man aber zu einem neuen Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht kommen, das dem psychisch Kranken und Behinderten die notwendigen Hilfen im Rahmen einer zeitgemäßen Versorgung bietet.

7.4 *Zusammenfassung und Empfehlungen*

1. Das geltende Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht ist in mehrfacher Hinsicht unbefriedigend. Insbesondere wird beklagt
   - — Uneinheitlichkeit und Schwerfälligkeit des Verfahrens,
   - — zu hohe Entmündigungsrate,
   - — Überlastung von Vormündern und Pflegern durch eine zu große Zahl vom einzelnen zu betreuender Mündel oder Pfleglinge,
   - — mangelhafte Information von Ärzten und Vormündern über die rechtlichen und sozialen Folgen der Entmündigung,
   - — Mangel an Fachärzten mit ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen für die Begutachtung in Vormundschaftssachen,
   - — überholte Terminologie mit der Folge eines zu großen Interpretationsspielraumes in Rechtsprechung und Schrifttum,
   - — Einschränkung der Befugnisse des gesetzlichen Vertreters durch Erweiterung der richterlichen Kontrolle.
2. Hinsichtlich der Unterbringung von psychisch Kranken und Behinderten in einem Krankenhaus ohne ihr ausdrückliches Einverständnis aus primär fürsorgerischen Gründen zum Zwecke der Behandlung und Rehabilitation sind die Regelungen des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts unzureichend. Es fehlt insbesondere an einer deutlichen Abgrenzung zu den Freiheitsentziehungsgesetzen der Bundesländer für die Zwangsunterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Bei dem größten Teil der Kranken, die jetzt nach diesen Gesetzen untergebracht werden, geht es zunächst und entscheidend um Schutz- und Hilfsmaßnahmen, die im Zivilrecht und nicht im Polizeirecht zu regeln sind. Deshalb ist die Unterbringungsproblematik durch Anreicherung der Freiheitsentziehungsgesetze der Länder mit fürsorgerischen Aspekten und Maßnahmen grundsätzlich nicht zu lösen.
3. Eine Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts ist, nicht zuletzt im Interesse der mit dieser Enquete angestrebten Neuordnung und Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, erforderlich. Die Vorbereitungsarbeiten sollten unter Beiziehung von Sachverständigen beschleunigt werden. Wichtige Reformziele wären
   - — Entwicklung eines abgestuften Systems von Betreuungsmaßnahmen anstelle und in Ergänzung der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft unter Einbeziehung der fürsorglichen Unterbringung,
   - — Ersatz der Entmündigung durch die Feststellung von „Betreuungsbedürftigkeit" und gleichzeitige Bestellung eines „Betreuers" mit Regelung seines Aufgabenkreises,
   - — Klärung der Notwendigkeit einer obligatorischen Verknüpfung der Geschäftsfähigkeitsfrage mit der Anordnung bestimmter Betreuungsmaßnahmen,
   - — einheitliche und auf das individuelle Betreuungsbedürfnis abgestellte Verfahrensregelung,
   - — statistische Erfassung und Auswertung aller Vorgänge dieses Bereichs unter einheitlichen Gesichtspunkten im ganzen Bundesgebiet,
   - — interdisziplinär orientierte Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Verfahrensbeteiligten, insbesondere auch der als Sachverständige beizuziehenden Fachärzte,
   - — Verbesserung der Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Bearbeitung der hier einschlägigen Fragen durch Förderung der bestehenden und Schaffung neuer — interdisziplinär orientierter — Einrichtungen an den Universitäten.

8 Probleme der Heimunterbringung (Heimgesetz)

Während der vergangenen Jahre haben in zunehmendem Maße psychisch Kranke Aufnahme in Heimen gefunden, wenn sie im Hinblick auf ihr gesundheitliches Befinden nicht mehr unbedingt in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden mußten. In der Praxis zeigt sich, daß die aufgrund von § 38 Gewerbeordnung erlassenen Heim-Verordnungen der Länder nicht ausreichten, eine sachgemäße Betreuung dieses Personenkreises zu gewährleisten.

Das vom Bundesrat im Bundestag eingebrachte, inzwischen verabschiedete und am 1. Januar 1975 in Kraft getretene Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz-HeimG) zielt nun nicht nur auf eine grundsätzliche Verbesserung der Heimsituation und der Betreuung alter Menschen, sondern insbesondere auch auf die Pflege psychisch Kranker und Behinderter in Heimen hin. So ist schon präventiv die vorgeschriebene Erlaubnis zum Betreiben von Heimen zu versagen, wenn u. a. die Wahrung der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner, insbesondere die ärztliche oder gesundheitliche Betreuung, nicht gesichert und die Betreuung pflegebedürftiger Bewoh-

ner in der Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise nicht gewährleistet sind.

In dem Bericht des federführenden Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit des Bundestages wird hierzu darauf hingewiesen, daß besonders in Einrichtungen für geistig Behinderte z. Z. eine angemessene Betreuung noch nicht immer und in allen Einrichtungen gegeben ist. Der Ausschuß lege Wert darauf, daß insoweit ein Wandel eintrete und daß die zuständigen Behörden auf die Sicherstellung dieser Voraussetzung in Zukunft ihr besonderes Augenmerk richteten. Das Gesetz ermächtigt weiterhin den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Mindestanforderungen festzulegen, die an die Heime zu stellen sind.

Dabei muß aber bedacht werden, daß dieser angestrebte Mindeststandard in sachlicher, räumlicher und personeller Hinsicht aufgrund der unterschiedlichen Funktionen verschiedenartiger Heimtypen nicht nach einheitlichen Kriterien festgelegt werden kann. So sind beispielsweise an ein Altenkranken- oder Pflegeheim andere Anforderungen zu stellen als an ein Wohnheim oder ein Übergangsheim. Außerdem muß gewährleistet sein, daß die Orientierung des Heimstandards an bestimmten Mindestanforderungen nicht zu einer rückschrittlichen Entwicklung in solchen Einrichtungen führt, deren Niveau bereits weit über diesen Minimalbedingungen liegt.

Bei Festlegung der Mindestanforderungen hat nach der Gesetzesbestimmung der Bundesrat mitzuwirken. So ist davon auszugehen, daß im Zusammenwirken der nach dem Gesetz Beteiligten auch die Erfahrungen aus der Praxis in der Rechtsverordnung ihren Niederschlag finden werden. Der Entwurf einer Rechtsverordnung über die Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindVO) liegt zur Zeit (April 1975) dem Bundesrat vor, der zunächst die Kostenfolgen der Verordnung ermittelt wissen will. Über die ärztliche Betreuung sagt der Entwurf bedauerlicherweise nichts aus. Wenn die Rechtsverordnung das Wohl von Heimbewohnern gewährleisten will, die zu einem erheblichen Teil krank und/oder pflegebedürftig sind, muß sie auch die ärztliche Mitverantwortung für das Geschehen in der Einrichtung regeln. Gerade hier liegt ein entscheidender Strukturmangel, vor allem auf dem Gebiet vieler Alten- und Pflegeheime.

In diesem Zusammenhang muß auch auf die Problematik des „Pflegefalles" eingegangen werden, zumal nach § 4, Abs. 3, Nr. 3, Buchstabe A des KHG Einrichtungen für Personen, die als „Pflegefälle" gelten, von der Krankenhausförderung ausdrücklich ausgenommen sind. Wie in dem Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe dargelegt, kann die hier und da noch in Gesetzestexten und Verordnung anzutreffende Zweiteilung zwischen Behandlung und Pflege — wobei mit Behandlung Krankheit und Krankenhaus assoziiert werden und mit Pflege ein irreparabler Zustand, der in einem Pflegeheim nur erhaltend und verwahrend zu versorgen ist — heute nicht mehr hingenommen werden. Reine Wartung und Pflege ist nach den heutigen therapeutischen Möglichkeiten auch bei jenen Patienten, die bisher als reine „Pflegefälle" bezeichnet worden sind, nicht mehr ausreichend. Unter dem Begriff der Behandlung ist nicht nur die Erzielung einer Besserung, sondern auch die Verhütung einer drohenden Verschlimmerung und die Linderung von Schmerzen und Beschwerden (s. KHG § 2, Abs. 1) zu verstehen. Unter diesen Umständen ist der Begriff des „Pflegefalls" äußerst unscharf und fragwürdig geworden und sollte besser fallengelassen werden.

Zur besseren Versorgung chronisch Kranker und Behinderter sollten Bund, Länder, Gemeinden, kirchliche und andere karitative Organisationen angehalten werden, unter Zugrundelegung entsprechender Bedarfspläne, weitere Heimplätze zu errichten, die allerdings die oben erwähnten Voraussetzungen unbedingt erfüllen müssen. Die Verlegung dieser Kranken und Behinderten in ungenügend ausgestattete Heime ausschließlich zur Entlastung psychiatrischer Krankenhäuser ist dagegen nachdrücklich abzulehnen.

Empfehlungen

1. Die Mindestanforderungen für Heime in sachlicher, räumlicher und personeller Hinsicht sollten auf Grund der unterschiedlichen Funktionen bestimmter Heimtypen nicht nach einheitlichen Kriterien festgelegt werden.
2. In Einrichtungen, die nicht nur der Versorgung und Betreuung, sondern auch oder überwiegend der Pflege und Behandlung dienen, ist mindestens ein geeigneter Arzt hauptamtlich, oder als Vertragsarzt an der Heimleitung zu beteiligen, der die Verantwortung für den ärztlichen, den pflegerischen Dienst und die Rehabilitationsmaßnahmen trägt.
3. Infolge des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft bedürfen auch solche Patienten, bei denen eine Besserung ihres Leidens nicht zu erwarten ist, und die daher bisher als reine „Pflegefälle" bezeichnet wurden, nicht nur einer ausschließlichen Wartung und Pflege, sondern auch einer Behandlung, die einer drohenden Verschlimmerung vorbeugen und zur Linderung ihrer Schmerzen und Beschwerden beitragen kann. Unter diesen Umständen sollte der unscharfe und fragwürdige Begriff des „Pflegefalls" besser fallengelassen werden.

9 Fragen der Postkontrolle

Nach Artikel 10 GG ist das Briefgeheimnis unverletzlich und dürfen Beschränkungen nur aufgrund eines Gesetzes angeordnet werden.

In diesem Sinne haben sechs Bundesländer in ihren Unterbringungsgesetzen besondere Regelungen über die Voraussetzungen aufgenommen, unter denen die Kontrolle der Post untergebrachter psychisch kranker Personen statthaft ist. Die neueste Regelung dieser Art, die in dem nordrhein-westfälischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV.NW. S. 872) enthalten ist, berücksichtigt in differenzierter Weise die Verfassungsbestimmung des Artikel 10 GG. Sie enthält „Kann"-Bestimmungen über die ärztliche Einsichtnahme in den Schriftverkehr des Untergebrachten, von denen jedenfalls im Notfall, z. B. um erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdungen oder -schädigungen möglichst zu verhindern, Gebrauch gemacht werden kann.

Auch in den Ländern, deren Unterbringungsgesetze besondere Regelungen nicht enthalten, wird gelegentlich eine Kontrolle der Post untergebrachter psychisch Kranker durchgeführt. Die Handhabung stützt sich insoweit auf die heute umstrittene Rechts-Figur des „Besonderen Gewaltverhältnisses" und auf die in den Unterbringungsgesetzen vorgenommene Einschränkung des Grundrechts auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG). Es wird davon ausgegangen, daß die Einschränkung dieses Grundrechts begrifflich und notwendig die Einschränkung weiterer Grundrechte einschließt, wie z. B. das Recht der Versammlungsfreiheit oder der Freizügigkeit, und es wird ferner angenommen, daß zu diesen eingeschränkten Grundrechten auch das Brief- und Postgeheimnis des Artikel 10 GG zählt, soweit die Durchführung der Freiheitsentziehung von der Sache her die Postkontrolle erfordert.

In der praktischen Handhabung besteht zwischen den beiden rechtlichen Formen der Postkontrolle ersichtlich kein sachlicher Unterschied.

Doch ist darauf hinzuweisen, daß juristische Zweifel an der Figur des „Besonderen Gewaltverhältnisses" in neuerer Zeit Forderungen begründet haben, vorsorglich und zur Klarstellung ausdrückliche Gesetzesbestimmungen über die Zulässigkeit der Postkontrolle vorzusehen, soweit sie bisher fehlen. Für diese Forderungen spricht auch das Bedürfnis nach einer möglichst einheitlichen Rechtsgrundlage. Entsprechende Bestimmungen könnten sich an der nordrhein-westfälischen Regelung orientieren; sie ist verfassungsgemäß und nach den bisherigen Erfahrungen praktikabel.

Eine Einschaltung des Gerichts bei der Postkontrolle ist auch nach heutiger Rechtsauffassung nicht notwendig. Sie wird von der Sachverständigen-Kommission auch nicht für praktikabel gehalten.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt:

> In allen Ländern sollte, soweit nicht schon geschehen, eine formalrechtliche Bestimmung über die Postkontrolle bei untergebrachten psychisch Kranken getroffen werden.

10 Registrierung psychisch Kranker (Zentralregistergesetz)

Die Vorbereitung des Bundeszentralregistergesetzes — BZRG — vom 18. März 1971 (BGBl I, S. 243) fiel in eine Zeit, in der sich der Deutsche Bundestag, erstmals in seiner Geschichte, mit der Situation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik befaßte und Politiker aller Parteien übereinstimmend die Mängel unserer Versorgung als einen Notstand anerkannten, dem abgeholfen werden muß. Um so überraschender ist es, daß das BZRG, bei aller Liberalität im übrigen, jedenfalls in einem wesentlichen Punkt (s. D. 10.3) ein zentrales Problem des Gesamtkomplexes, nämlich die Gleichstellung von psychisch Kranken mit anderen Kranken, die heute weitgehend anerkannt und in zahlreichen Gesetzen oder Gesetzentwürfen ausdrücklich verankert ist, gründlich verkannte oder doch mißachtete.

10.1 Es geht bei diesem Gesetz primär um das Strafregister alter Terminologie, auch wenn dieser Ausdruck vermieden wird. Das Bedürfnis nach einer Neuordnung des Registerwesens unter Berücksichtigung der resozialisierenden Aspekte von Strafrecht und Strafvollzug hat niemand bezweifelt. Doch gehören nach übereinstimmender Meinung der Psychiater psychisch Kranke, die nichts mit Strafverfolgung und Strafvollzug zu tun haben, auch nicht in dieses Register. Erst wenn der Kranke delinquent wird, kann oder muß er in dem Register Aufnahme finden. Deswegen bestehen von psychiatrischer Seite keine Bedenken gegen die Eintragung straffällig gewordener Schuldunfähiger (§ 12 BZRG).

Psychiatrische Bedenken richteten sich einmal gegen die gegenüber dem früheren Recht erweiterten Eintragungspflichten bei Entmündigungen (§ 10 BZRG), vor allem aber gegen die *Eintragung der Unterbringung eines psychisch Kranken auf Grund landesrechtlicher Vorschriften* (§ 13 BZRG). Für die Begründung im einzelnen wird auf die Stellungnah-

men der psychiatrischen und psychohygienischen Organisationen (in: NERVENARZT 41 (1970) 364, 471) verwiesen. Einige der damals erhobenen Bedenken, die sich auf Formulierungen des Gesetzentwurfs bezogen, wurden im Gesetzestext entschärft, so z. B. durch Beschränkung der Auskunftspflicht bei aufgehobener Entmündigung gem. § 39 Abs. 2 BZRG.

10.2 Die erneute Erörterung der *Eintragungspflichten bei Entmündigungen* hat in der Sachverständigen-Kommission zu der Auffassung geführt, daß derartige Eintragungen im Grunde nur ein Randproblem der heutigen Entmündigungspraxis darstellen. Die eigentlichen Probleme liegen in der Notwendigkeit, eine Einschränkung der Zahl der Entmündigungen durch strengere Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen dieser einschneidensten privatrechtlichen Maßnahme zu erreichen (vgl. Nr. 7). Offenbar bedarf es dazu auch der deutlichen Klarstellung, daß die Entmündigung keinen Ersatz für die Aufenthaltspflegschaft des früheren Rechts bedeutet. Gelingt die erforderliche Einschränkung, kann die öffentlich-rechtlichen Interessen dienende Eintragung in das Register in den verbleibenden Fällen noch hingenommen werden, obwohl ein echtes Bedürfnis für sie zweifelhaft bleibt.

10.3 Nicht hingenommen werden kann hingegen die neugeschaffene *Registrierpflicht für psychisch Kranke, die nach Landesrecht zwangsuntergebracht sind* (§ 13 BZRG). Sie ist sachlich nicht begründet. Dafür spricht auch der schriftliche Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform vom 7. Dezember 1970 (Drucksache VI/1550). Er zeigt, daß hier ein gesetzgeberischer Irrtum hinsichtlich der tatsächlichen Voraussetzungen vorliegt, die das Bedürfnis für die Registrierung begründen sollen.

10.3.1 Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Umfrage, die das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Jahre 1974 bei niedergelassenen Nervenärzten und ärztlichen Direktoren öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser zu dem Zweck vorgenommen hat, Material über die bisherigen Erfahrungen mit dem Gesetz zu gewinnen. Das Ergebnis bestätigt, was vermutet wurde und spricht klar gegen die Registrierpflicht: Das BZRG ist selbst bei den zuständigen Ärzten relativ wenig bekannt. Immerhin bekundeten jedoch rund 25 Prozent der antwortenden Ärzte, daß nach ihren Erfahrungen die Rehabilitation von Patienten durch Eintragung in das Register erschwert wird. Die Patienten und ihre Angehörigen dürften nach Meinung der Ärzte in der Regel nichts von der Existenz einer solchen Registrierpflicht wissen; würde man sie darüber aufklären, wären massive Proteste gegen die Eintragung in das „Strafregister" zu erwarten, vor allem aber auch negative Auswirkungen für die psychische Gesundung zu befürchten. Sehr bedenklich ist im übrigen, daß die Ärzte über die Möglichkeit einer Tilgung der Eintragung gem. § 23 BZRG kaum informiert sind, was eine weitere Benachteiligung dieser Patienten mit sich bringt.

10.3.2 Die Vorschrift des § 13 BZRG belastet einen kleinen Kreis von psychisch Kranken zusätzlich und grundlos. In vielen psychiatrischen Krankenhäusern sind nur 10 bis 20 Prozent der Patienten gerichtlich eingewiesen. Dabei hängt es, bei beträchtlichen regionalen Unterschieden, überdies vielfach von Zufälligkeiten oder doch von der jeweils geübten Praxis ab, ob der Kranke aufgrund einer Zwangseinweisung zur Behandlung kommt oder der Behandlung in der Klinik auf andere Weise (Überredung durch Angehörige, den Hausarzt u. ä.) zugeführt wird. Die meisten Zwangseingewiesenen sind keineswegs gefährlicher als die 80 oder 90 Prozent anderer Krankenhauspatienten oder als zahllose Bürger, die in Freiheit leben. Im übrigen ist seit langem bekannt — und erst kürzlich wieder von Böker und Häfner in einer epidemiologischen Untersuchung nachgewiesen worden — daß Gewalttaten bei psychisch Kranken keineswegs häufiger vorkommen als in der übrigen Bevölkerung. Bei diesen Gegebenheiten läßt sich die Registrierpflicht auch nicht als notwendige Schutzmaßnahme für den Patienten im Falle eines künftigen Strafverfahrens begründen. Es dürfte zudem, auch ohne die Registrierpflicht, heute kaum einen Fall schwerer Kriminalität geben, bei dem eine frühere Anstaltsunterbringung verborgen bliebe.

Insgesamt fehlt es danach an einem überzeugenden Argument, das es rechtfertigen könnte, aus der großen Zahl der Gefährdeten und Gefährlichen gerade diese Gruppe zusätzlich und besonders zu erfassen. Vielmehr ist dies, namentlich vom ärztlichen Standpunkt aus, nicht zu verantworten.

10.4 Die Kommission empfiehlt deshalb, § 13 BZRG ersatzlos zu streichen.

11 Datensammlung, Datenverwertung, Datenschutz

Zu den großen Schwierigkeiten, denen sich diese Kommission schon zu Beginn ihrer Arbeit gegenübersah, gehörte der Mangel an gesicherten und verwertbaren Daten über die derzeitige Situation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik.

11.1 In Deutschland wurde seit 1877 eine „Reichs-Heilanstaltstatistik", die später sog. „Irrenstatistik", durch die Medizinalverwaltungen geführt. 1932 übernahm die psychiatrische Fachgesellschaft diese Aufgabe in der Hoffnung, die Statistik vollständiger und differenzierter gestalten zu können. Die *„Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater* (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936" wurde 1938 veröffentlicht. Es ist die letzte Gesamtübersicht dieser Art, die als „erstma-

lig vollständig" bezeichnet wurde. Sie ist nach dem sog. Würzburger Diagnosenschema in Krankheitsgruppen sowie in zwei Kategorien nach Art und Trägerschaft des Krankenhauses gegliedert. Das „Reichsgesundheitsamt" wollte die Statistik ab 1937 weiterführen. Ergebnisse wurden aber nicht mehr publiziert.

Nach 1945 gab es im Bundesgebiet nur regionale und lokale Erhebungen nach unterschiedlichen Gesichtspunkten. Erst allmählich setzte sich die Erkenntnis durch, daß es nicht mehr genügt, psychiatrische Krankenhausstatistiken lediglich nach Diagnosen und nach der Patientenbewegung zu führen. Mit Blick auf im Ausland — England, Dänemark, Norwegen, Schweden, Sowjetunion, USA — entwickelte und praktizierte Basis-Dokumentationen wurden auch bei uns derartige Dokumentationen in mehr oder weniger begrenztem Rahmen durchgeführt. Aufgrund dieser Erfahrungen hat eine Arbeitsgruppe der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde" eine Vereinheitlichung der verschiedenen Merkmalskataloge für eine *Basis-Dokumentation in der Bundesrepublik Deutschland* vorgeschlagen (Nervenarzt 44 (1973) 561).

Das schnell gewachsene Interesse an Fragen der Dokumentation, der Datensammlung und der Datenverarbeitung, das auch in vielen einschlägigen Publikationen zum Ausdruck kommt, ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Zunächst einmal mußten die Umstände und Mißstände, die Anlaß zu dieser Enquete gegeben haben, konkretisiert und präzisiert werden. Dabei ging und geht es um die unerläßlichen Voraussetzungen einer sinnvollen Planung zur Neuordnung und Verbesserung. Die Gesundheitsverwaltungen in den Ländern, zusammen mit den Trägern psychiatrischer Krankenhäuser, erarbeiteten Rahmen- oder Zielpläne für die psychiatrische Versorgung, die laufend fortgeschrieben werden müssen. Dieser Vorgang allein hat bereits zu einer erheblichen Anreicherung unserer statistischen Kenntnisse über Situation und Bedürfnisse der Versorgung geführt. Zugleich wurden die Grenzen und die methodischen Probleme derartiger Datensammlungen unter differenten Voraussetzungen deutlich.

Vordringlich bei den Planungsarbeiten der Länder war die Beschaffung *verwaltungsorientierter Daten*, die in einer den Grundfunktionen des Krankenhauses als einer Dienstleistungseinrichtung für den Kranken entsprechenden Dokumentation der gleichrangigen Ergänzung durch *patientenorientierte Daten* bedarf. Bereits Kraepelin hat die Problematik gesehen und beklagte (1919) das Fehlen einer langfristig geführten Dokumentation über alle Patienten als wesentliche Voraussetzung der planmäßigen Erforschung psychischer Krankheitsformen. Deshalb forderte er, daß „der gesamte klinische Beobachtungsstoff in verwertbarer Form aufgespeichert wird". Darum bemühte er sich im Rahmen der damaligen technischen Möglichkeiten durch systematische Anlage von Zählkarten. Die *epidemiologische Forschung* in der Psychiatrie, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat, verlangt eine viel aufwendigere Technik, wie insbesondere die elektronische Datenverarbeitung. Klinik und Forschung in der Psychiatrie brauchen also gleichermaßen eine technisch möglichst perfekte Datensammlung und Datenverarbeitung.

11.2 Die Probleme der Sammlung, der Speicherung und der Verwertung von Informationen stellen sich heute in zahlreichen Lebensbereichen in vergleichbarer Weise; soweit es die technischen Möglichkeiten betrifft, auch im Gesundheitswesen. Aber selbst bei Daten, die etwa im Geschäftsverkehr oder in der Verwaltung benötigt werden, taucht sehr bald die Frage auf, wer mit derartigen Informationen was tun darf. Bei personenbezogenen Daten wird diese Frage zu einem Grundsatzproblem, das zwangsläufig zur Forderung eines gesetzlich geregelten Datenschutzes führt.

Für den ärztlichen Tätigkeitsbereich handelt es sich hier keineswegs um Neuland. Es braucht nur auf die umfangreiche Literatur und die Rechtsprechung zur Schweigepflicht und zum Schweigerecht des Arztes sowie zur Verwendung ärztlicher Aufzeichnungen verwiesen zu werden. Die *Schweigepflicht als Prinzip ärztlicher Ethik* ist bereits im sog. Eid des Hippokrates verankert, sie bildet bis zum heutigen Tag das Fundament des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. In der Psychiatrie bekommt die Schweigepflicht eine besondere Akzentuierung, weil der Psychiater ganz regelmäßig — nicht nur gelegentlich oder ausnahmsweise wie in anderen medizinischen Disziplinen — und z. T. sehr weitgehend Kenntnis von der, besonders schutzbedürftigen, Geheimnissphäre nicht nur seiner Patienten, sondern meist auch eines mehr oder weniger großen Kreises dritter Personen — Verwandte, Freunde und Bekannte — erhält. Bewußtseinsstörungen nach einem Hirntrauma können Anlaß von „Bekenntnissen" sein, über deren Inhalt der Verletzte normalerweise kein Wort verlieren würde. Der von Schuldgefühlen gequälte Depressive berichtet ausführlich über längst vergessene „Jugendsünden". Schließlich haben die meisten Methoden der Psychotherapie eine weitgehende Erschließung der sog. Intimsphäre des Patienten zur Voraussetzung. Die Beispiele ließen sich leicht vermehren. Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen ist das — meist auch schriftlich fixierte — Wissen des Psychiaters um Geheimnisse des Patienten und des zugehörigen Personenkreises in der Regel sehr viel größer, als es etwa für eine auskunftfordernde Stelle — Versicherung, Behörde oder Gericht — von begründetem Interesse ist. Er muß sich deshalb im Einzelfall sehr sorgfältig überlegen, ob und wieweit er zur Offenbarung ihm bekannt gewordener Geheimnisse verpflichtet oder berechtigt ist.

Der besonderen Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht hat der Gesetzgeber dadurch Rechnung getragen, daß er 1871 mit Inkraftsetzung des StGB in § 300 die standesethische Pflicht zur *Rechtspflicht* machte. Zunächst wurde die Geheimhaltungspflicht des Arztes in der Rechtsprechung überspitzt streng interpretiert (RGSt 38, 62). Die schnell fortschreitende Entwicklung zum sozialen Verwaltungs- und Wohlfahrtsstaat mit seiner im-

mer weiter um sich greifenden Bürokratisierung schuf hier bald einen Wandel. Behörden, Gerichte usw. benötigen Auskünfte des Arztes aus den verschiedensten Gründen. Will der Staatsbürger irgendeinen vermeintlichen oder tatsächlichen Anspruch durchfechten, dann muß er auch mit der Verwertung der erforderlichen Unterlagen einverstanden sein. Daraus folgt zwangsläufig eine *Durchlöcherung des Prinzips der Schweigepflicht,* die man zwar bedauern, aber ebensowenig aus der Welt schaffen kann wie gewisse Nachteile und Gefahren der modernen Technik.

11.3 In der ganzen bisherigen Diskussion um die Schweigepflicht ging es im wesentlichen darum, was der Arzt persönlich vom Patienten und seiner Umgebung weiß, was er ggfs. offenbaren muß und was er verschweigen darf. Es ging um das schriftlich fixierte Wissen des Arztes, das in Krankengeschichten, Befundberichten und Gutachten niedergelegt ist. Die Kontrolle über dieses schriftlich fixierte Wissen war solange relativ einfach, als ein nur begrenzter und überschaubarer Personenkreis direkt oder indirekt mit dem Patienten befaßt war. Das hat sich bereits beträchtlich geändert (s. D. 12) und wird sich, gerade in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, in Zukunft noch weiter verändern.

Mit dem *Einsatz elektronischer Datenverarbeitungsanlagen,* mit der Möglichkeit der Speicherung einer unbegrenzten Zahl von Patientendaten in Datenbanken, mit der Bildung von Datenbankverbundsystemen rückt das persönliche Wissen des Arztes in ganz andere Dimensionen; es entgleitet seiner eigenen Verfügung, sofern er keine angemessenen Kontrollmöglichkeiten hat. Auch wenn schon bisher eine absolute Sicherung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ausgeschlossen war, so ist das kein Grund zur Verharmlosung der Möglichkeiten des privaten wie amtlichen Mißbrauchs von Arztgeheimnissen durch *unbefugte Nutzung automatischer Informationssysteme.* Jedes noch so gesicherte System dieser Art kann durch genügend fachkundige Programmierer aufgebrochen werden. Auch aus „anonymen" Datenbanken kann kurzfristig und mit hoher Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Person identifiziert werden. Mit der geplanten Einführung (Bundesmeldegesetz) des aus zwölf Ziffern bestehenden *Personenkennzeichens* (PKZ) für jeden Staatsbürger und der Bildung von Datenbankverbundsystemen droht die Gefahr des „Computersteckbriefes". Demnach ist es eine eigentlich selbstverständliche Forderung, daß gerade im Gesundheitswesen automatische Informationssysteme nur dann eingesetzt werden dürfen, wenn ausreichende Sicherungen gegen eine unbefugte Verwertung personenbezogener Daten garantiert sind.

11.4 Die Notwendigkeit einer *gesetzlichen Regelung des Datenschutzes* ist schon lange bekannt und anerkannt. Datenschutzgesetze haben wir aber bisher nur in Hessen (1970) und in Rheinland-Pfalz (1974). In den Krankenhausgesetzen beider Länder finden sich auch eigene Bestimmungen über Datensysteme für den Bereich der Krankenversorgung. Spezielle Regelungen für den Datenschutz enthalten weiterhin die Organisationsgesetze über automatische Datenverarbeitung in verschiedenen Bundesländern. Sie beziehen sich auf Geheimhaltung, Verwertung, Dienstaufsicht, räumliche und programmtechnische Sicherung, Zugriff, Datenschutzbeauftragte und Strafbestimmungen. Der Regierungsentwurf eines *Bundes-Datenschutzgesetzes* (Drucksache 7/1027) wird zur Zeit noch in den zuständigen Ausschüssen des Bundestags beraten. Daneben ist der Bundestag mit dem Entwurf eines *Bundesmeldegesetzes* (Drucksache 7/1059) befaßt. Es ist beabsichtigt, einen gleichzeitigen Gesetzesbeschluß über das Meldewesen und den Datenschutz herbeizuführen.

Eine detaillierte Analyse der Gesetze und Gesetzentwürfe zum Datenschutz sowie eine Kritik unter psychiatriespezifischen Gesichtspunkten ist in diesem Zusammenhang nicht möglich. Der Datenschutzbeauftragte für das Land Hessen hat in seinem 1972 vorgelegten ersten Tätigkeitsbericht vermerkt, daß die bisherige Gesetzgebung nicht ausreiche, um den Bürger vor Mißbrauch seiner personenbezogenen Daten zu schützen. Im dritten Tätigkeitsbericht (1974) findet sich der Hinweis: „Jedoch würde die gegenseitige Durchdringung von Datenschutzpraxis und Wissenschaft eine wesentlich bessere Grundlage als bisher schaffen, um für bestimmte Bereiche, die durch allgemeine Normen nicht hinreichend abgedeckt werden, spezifische Datenschutzregelungen zu entwickeln". Mit Wissenschaft ist hier zunächst die Informatik gemeint. Im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter brauchen wir aber eine Reihe *zusätzlicher, technischer, organisatorischer und auf den Datenumfang bezogener Regelungen,* die nur unter Mitwirkung psychiatrischer Sachverständiger erarbeitet werden können.

Wie wichtig das ist, läßt sich an einem Beispiel aus dem Entwurf des Bundesmeldegesetzes verdeutlichen. Aus § 10 Abs. 2 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 ergibt sich — wenn auch für den Laien keineswegs erkennbar —, daß die Aufnahme in einer Krankenanstalt „grundsätzlich" zu melden wäre. Nach den für die Meldung vorgesehenen Datenblättern soll aber auf die Meldung generell verzichtet werden, während für den freiwilligen oder richterlich angeordneten Aufenthalt in einer „Heil- und Pflegeanstalt" die Meldepflicht vorgesehen war. Erst nach einem Einspruch soll jetzt die Meldepflicht für die „Freiwilligen" entfallen und nur noch für die durch Richterspruch Untergebrachten bestehen bleiben. Es fehlt aber bisher eine *Regelung über die Löschung* der bei den Meldebehörden registrierten Daten. Sie soll — was staatsrechtlich nicht zwingend ist — angeblich im Bundesmeldegesetz nicht möglich sein, weil es sich um ein Rahmengesetz handelt, und deshalb durch landesrechtliche Vorschriften erfolgen. Ob auf diesem Wege eine sachgerechte Lösung zu erreichen ist, erscheint sehr zweifelhaft. Jedenfalls wird man nicht akzeptieren können, daß die Entscheidung über die Löschung derartiger Daten bei psychisch Kranken einfach dem Ermessen einer Meldestelle überlassen bleibt.

Dieses Beispiel soll nur verdeutlichen, wie notwendig eine sorgfältige Durchsicht und Überarbeitung zahlreicher Detailregelungen in diesem Bereich unter Berücksichtigung der besonderen Belange des psychisch Kranken sind. Bisher wurden offensichtlich nicht einmal die für die Psychiatrie zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder als solche bei der Vorbereitung dieser Gesetze eingeschaltet, und es wurde auch kein psychiatrischer Sachverständiger befragt.

Das Datenschutzbedürfnis des psychisch Kranken und Behinderten ist gegenüber dem somatisch Kranken differenzierter und weiter reichend. Das ist eine auf der Hand liegende Konsequenz aus der Eigenart psychischer Erkrankungen und Behinderungen. Eine spezifische Akzentuierung erhält das Schutzbedürfnis des psychisch Kranken auch durch die Eigenart und den Umfang des Personenkreises, der sich in der oft langfristigen Behandlung und Rehabilitation mit dem einzelnen Patienten zu befassen hat. Von der beträchtlichen Erweiterung des Kreises der Geheimnisträger und der Ausgestaltung der Strafvorschrift für die unbefugte Preisgabe von Geheimnissen als Antragsdelikt in § 203 StGB wird man nicht allzuviel im Sinne des hier in Rede stehenden Schutzes des Patienten erwarten dürfen. Die Möglichkeit des unbegrenzten Zugriffs aller dieser „Geheimnisträger" zu allen Daten des Kranken dürfte wohl kaum zu verantworten sein.

Ein Sonderproblem ist die *Verfügbarkeit von Daten für Zwecke der Forschung*. Bei der heute verbreiteten extensiven Auslegung der Begriffe Wissenschaft und Forschung ist hier besondere Zurückhaltung angezeigt, gerade auch im Bereich Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Daß jeder Student und jeder Fachschulabsolvent unbeschränkten und unkontrollierten Zugang zu allen Daten eines psychisch Kranken hat, läßt sich zweifellos nicht rechtfertigen und wäre für den Kranken wie seine Angehörigen unzumutbar. Der Verweis auf § 203 StGB kann dabei nur theoretisch interessant sein. Hier ist weniger durch legislative als durch technische und organisatorische Maßnahmen für den Schutz des Patienten zu sorgen.

11.5 Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt

- Entwicklung und Förderung zeitgemäßer Formen der fachspezifischen Datensammlung- und Datenverarbeitung,
- Überprüfung der Gesetze und Gesetzentwürfe zum Schutz vor Mißbrauch personenbezogener Daten im Hinblick auf das besondere Schutzbedürfnis psychisch Kranker und Behinderter mit Hilfe psychiatrischer Sachverständiger und unter Einschaltung der für die Psychiatrie zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder,
- Schaffung spezifischer Datenschutzregelungen für die besonderen Belange im Bereich der psychiatrischen Versorgung, soweit dem nicht durch die allgemeinen Normen des Datenschutzes Rechnung getragen werden kann,
- Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen organisatorischer und technischer Art, die den Datenschutz im Bereich der Psychiatrie sicherstellen und erleichtern.

12 Zur Verwendung psychiatrischer Gutachten

Die Sachverständigen-Kommission hat, ganz unabhängig von den Datenschutzproblemen, Anlaß zu einem besonderen Hinweis auf spezielle Fragen, die sich heute in der Praxis bei der Verwendung psychiatrischer Gutachten immer wieder ergeben. Es geschieht häufig, daß Gutachten, die für einen bestimmten Zweck gegenüber Behörden oder Gerichten erstattet worden sind, von diesen, oft im Rahmen einer allgemeinen Aktenüberlassung, im Wege der Rechts- und Amtshilfe an andere Instanzen weitergereicht werden, ohne daß der Begutachtete um seine Zustimmung befragt worden wäre. Derartige Versendungen führen leicht dazu, daß ein einmal erstattetes Gutachten, insbesondere in der Hand von Laien, verhängnisvolle oder unsachgemäße Folgewirkungen zeitigt. Sie erschweren weiter auch die Tätigkeit des Gutachters, der, obwohl die Schweigepflicht gegenüber Dritten grundsätzlich auch für ihn gilt, solchen Wirkungen meist nicht begegnen kann, nicht selten aber von vornherein mit dem Mißtrauen oder späteren Vorwürfen des Probanden rechnen muß. Vor allem aber gefährdet die Verwendung regelmäßig schutzwürdige Belange der durch Artikel 1 und Artikel 2 GG geschützten Intimsphäre des Begutachteten oder gar Dritter, so etwa, wenn die Begutachtung in einem Ehescheidungsprozeß später z. B. in einem Beamtenernennungsverfahren verwendet wird.

Die Rechtsprechung hat zwar wiederholt entschieden, daß die Versendung von Akten im Wege der Rechts- und Amtshilfe eben wegen der grundsätzlich geschützten Intimsphäre nicht schrankenlos zulässig ist, ganz abgesehen von den urheberrechtlichen Bedenken. Aber einmal sind die dabei entwickelten Maßstäbe, die durchweg an eine Interessenabwägung anknüpfen, relativ vage und ersichtlich nicht ganz einheitlich, im übrigen auch meist nicht auf die Eigenart psychiatrischer Gutachten zugeschnitten. Zum anderen beachtet die Praxis, die in den einzelnen Ländern und bei den einzelnen Behörden ersichtlich unterschiedlich ist, jedenfalls im Bereich psychiatrischer Gutachten die genannten Rechtspositionen oft zu wenig, was mindestens z. T. auch mit unzureichenden Weisungen zusammenhängen dürfte; so wird in den bundeseinheitlichen Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren die Einsicht in Strafakten (Nr. 185 ff.) durch Behörden im Grunde „regelmäßig" zugelassen, wenn die Behörde „daran ein berechtigtes Interesse hat", während nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluß vom 15. Januar 1970, NJW 1970, 555) wohl ein „überwiegendes

Interesse der Allgemeinheit unter strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes" erforderlich wäre.

Die Sachverständigen-Kommission verkennt nicht, daß es angesichts der verschieden gelagerten Fälle und angesichts legitimer Interessengegensätze rechtstechnisch schwierig ist, im weiten Gebiet der Rechts- und Amtshilfe die zulässigen Grenzen abzustecken. Sie muß jedoch dringend fordern, daß jedenfalls hinsichtlich der Versendung psychiatrischer Gutachten angemessen restriktive Regelungen allgemein normiert und praktiziert werden. Derartige Regelungen müssen bei der Eigenart psychiatrischer Gutachten davon ausgehen, daß diese Gutachten, die ja jeweils für einen bestimmten Zweck erstellt sind, außerhalb der vorgegebenen Zwecksetzung grundsätzlich nur mit Zustimmung des Betroffenen weitergegeben werden dürfen. Bei der zulässigen Gutachtenversendung ist im übrigen, etwa durch besondere Schutzumschläge, stets sicherzustellen, daß Unbefugte vom Inhalt der Gutachten keine Kenntnis nehmen können.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher,

daß die zuständigen Instanzen für die Verwendung psychiatrischer Gutachten im Rahmen der Rechts- und Amtshilfe entsprechend restriktive Regelungen entwickeln und insbesondere auch für ihre praktische Einhaltung durch geeignete Bestimmungen Sorge tragen.

13 Gerontopsychiatrie und Strafrecht *)

Die Sachverständigen-Kommission hält es für unzweckmäßig, ein besonderes „Altersstrafrecht", in Parallele zum Jugendstrafrecht, zu fassen. Es erscheint hier aber notwendig, daß die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher nahegebracht werden. Sie empfiehlt, dazu auch die „Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren" zu benutzen, in denen überdies ausdrücklich auf die Probleme der Schuldfähigkeit, der Bestellung notwendiger Verteidiger und — falls hier nicht eine gesetzliche Normierung angezeigt ist — auf Möglichkeiten zur Milderung des Vollzugs der Untersuchungshaft, insbesondere durch Unterbringung in geeigneten Heimen hingewiesen werden sollte. Ferner ist zu erwägen, ob bei Erstdelinquenten im höheren Lebensalter eine Verpflichtung des Richters zur Prüfung der Schuldfähigkeit nach § 20/21 StGB gesetzlich verankert werden sollte und ob dem Richter in Fällen erheblich verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) bei alten Menschen grundsätzlich zu gestatten ist, über die Strafmilderungsmöglichkeiten nach §§ 21, 49 StGB hinauszugehen.

14 Zur gesetzlichen Regelung der freiwilligen Sterilisation

Unbestritten ist seit dem Zusammenbruch von 1945, daß eine zwangsweise Sterilisation unzulässig und strafbar ist. Unklar und zweifelhaft ist jedoch nach wie vor, wann und unter welchen Voraussetzungen freiwillige Sterilisationen statthaft sind.

Die überwiegende Lehrmeinung in Psychiatrie und Recht bejahte — aufgrund des § 226 a StGB — die Zulässigkeit medizinisch und genetisch indizierter Sterilisationen, während Sterilisationen aus anderen Zwecken umstritten blieben. Eine gesetzliche Neuregelung der Frage galt als unabweisbar; sie wurde schon im Zuge der Vorbereitungen für die Strafrechtsreform wiederholt erörtert. Im Oktober 1964 setzte dann ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGHSt. 20, 81) neue Akzente. Das Gericht war der Meinung, daß es derzeit keine Vorschrift mehr gäbe, die freiwillige Sterilisationen mit Strafe bedrohe; es sei eine Gesetzeslücke entstanden, die nur der Gesetzgeber schließen könne. Dieser Auffassung wurde von der Strafrechtswissenschaft lebhaft und fast einhellig widersprochen. Bisher ist jedoch zu der Frage keine neue Entscheidung der BGH ergangen.

In der Praxis wurden seit 1964 Sterilisationen zwar häufiger vorgenommen. Doch spiegeln sich die fortbestehenden Zweifel über die Rechtslage und damit zugleich auch über das strafrechtliche „Risiko" in einer insgesamt sehr zurückhaltenden und insbesondere in einer regional ungewöhnlich verschiedenartigen Handhabung wider; so ist die Situation nach wie vor unerfreulich und bedenklich.

14.1 Nach verschiedenen Anläufen, die nicht zur parlamentarischen Beratung kamen, schlug der Regierungsentwurf eines 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 14. Februar 1972 (Drucksache VI/3434) neben der Neufassung des § 218 StGB auch eine Regelung für die freiwillige Sterilisation vor. Der Vorschlag findet sich unverändert in den während der 7. Wahlperiode von den Regierungsparteien eingebrachten Entwürfen für ein 5. Strafrechtsreformgesetz (Drucksache 7/375 und 7/443). Obwohl er bis auf einen Punkt (s. D. 14.3) ersichtlich keine ernsthaften Meinungsverschiedenheiten auslöste, wurde er in der Endphase der Beratungen ausgeklammert und zurückgestellt. Das vom Bundestag

*) s. Sondervotum von Prof. Dr. R. Degkwitz, Prof. Dr. H. Hippius, Dr. G. Sautter und Dr. J. Schmitz-Formes, S. 418.

am 18. Juni 1974 verabschiedete und mittlerweile vom Bundesverfassungsgericht teilweise für verfassungswidrig erklärte 5. StrRG bezieht sich daher lediglich auf den Schwangerschaftsabbruch; die gesetzliche Neuregelung der freiwilligen Sterilisation steht weiterhin zur Diskussion.

Die genannten *Entwürfe der Regierungsparteien für ein 5. StrRG* sind zur Zeit die alleinige Grundlage für die Beratungen im Bundestag. Ihr Kernstück ist die strafrechtliche Freigabe der einverständlichen Sterilisation bei Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Für die Sterilisation jüngerer Menschen gilt ein Indikationskatalog. Er enthält eine medizinische Indikation, deren Umschreibung vom ärztlichen Standpunkt aus allerdings problematisch ist, sowie eine genetische Indikation (ab 18 Jahren). Anerkannt wird ohne Rücksicht auf das Lebensalter ferner die Sterilisation einer Frau, die mindestens vier Kinder geboren hat, und die sog. vikariierende Sterilisation von Männern unter 25 Jahren, wenn bei ihrer Ehefrau eine der genannten Indikationen gegeben ist.

14.2 Nach den Entwürfen ist die *Sterilisation Einwilligungsunfähiger* verboten, sofern nicht bei der Frau „eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder des völligen Verfalls ihrer Gesundheit" vorliegt.

Dagegen ist zunächst einzuwenden, daß der Eingriff in diesem Fall gerade nicht „zu dem Zweck" vorgenommen wird, die Fähigkeit zur Empfängnis dauernd zu beseitigen (vgl. § 226 b der Entwürfe). Vielmehr handelt es sich dann um einen ärztlichen Eingriff, bei dem die Sterilisation lediglich eine unvermeidbare Nebenfolge, aber keineswegs der eigentliche Zweck des Eingriffs ist. Es besteht daher und insoweit kein Grund, die für ärztliche Eingriffe allgemein verbindlichen Regeln hier durch eine Sonderregelung zu ergänzen oder zu ersetzen, wie das die Entwürfe tun. Im übrigen beruht die Beschränkung der Regelung auf Frauen ersichtlich auf einem Irrtum. Denn beim Mann kann — etwa im Falle eines Hodentumors — durchaus dieselbe Situation entstehen. So bedarf der Komplex schon aus diesen Gründen der erneuten Erörterung unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten.

14.3 Die aus psychiatrischer Sicht zentrale Frage der geplanten Regelung ist die *Sterilisation derjenigen geistig Behinderten,* die — mehr oder weniger ausgeprägt — *einwilligungsunfähig* sind. Die Zulässigkeit einer Stellvertretung im Willen wird von den Entwürfen auch bei dieser Personengruppe grundsätzlich abgelehnt, soweit nicht der unter D. 14.2 genannte Sonderfall vorliegt. Danach wäre also auch die Sterilisation im Interesse des Behinderten stets unzulässig und strafbar, obwohl es für eine solche Sterilisation im Ernstfall viele gute Gründe geben kann, für deren Anerkennung sich auch die Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte" nachdrücklich eingesetzt hat. Die ablehnende Haltung der Entwürfe, die in bemerkenswertem Gegensatz zu vergleichbaren ausländischen Rechtsordnungen steht, ist offensichtlich und allein durch das Politikum bedingt, alles zu vermeiden, was irgendwie an eine Zwangssterilisation nationalsozialistischer Prägung erinnern könnte. Der Unterschied zwischen einer derartigen Zwangssterilisation und der rechtsstaatlich abgesicherten Sterilisation eines Einwilligungsunfähigen wird in den Entwürfen zwar gesehen, aber in seiner Bedeutung verkannt oder doch beiseite geschoben.

Nur so wird auch verständlich, daß die fragwürdige und unpraktikable Regelung der Einwilligung in eine Kastration bei „partieller" Einsichts- und Einwilligungsunfähigkeit (§ 3 Abs. 3 KastrG) für die Sterilisation nicht übernommen wurde. Eine praktisch brauchbare Lösung des Freiwilligkeitsproblems wird damit nicht geboten, weder für die Kastration noch für die Sterilisation, sofern auch für letztere eine analoge Regelung eingeführt würde. Abgesehen davon, daß die Frage bei der Kastration, im Gegensatz zur Sterilisation, keine nennenswerte Rolle spielt, wird auf diesem Wege ein Mißbrauch eher erleichtert als verhindert.

Die ablehnende Haltung der Entwürfe ist schon deswegen wenig überzeugend, weil bei anderen ärztlichen Eingriffen, auch bei gefährlichen und folgenschweren Operationen, der Inhaber des Personensorgerechts eine Einwilligung durchaus erteilen kann, wenn der Eingriff im Interesse des Betroffenen liegt. Daß gerade die Sterilisation so grundsätzlich abweichend behandelt werden soll, läßt sich aus ärztlicher Sicht und von der Sache her nicht begründen, zumal sich der Gefahr des Mißbrauchs durch die Einschaltung sachkundiger und unabhängiger Instanzen in jeder Weise begegnen läßt (s. D. 14.4).

Vor allem aber ist gegen die Entwürfe einzuwenden, daß ein gesetzliches Postulat, wonach derjenige nicht sterilisiert werden darf, der wegen einer geistigen Behinderung nicht wirksam einwilligen kann, die behinderungsbedingte Benachteiligung des in Frage stehenden Personenkreises noch beträchtlich verstärken würde. Es wäre gegenüber den Betroffenen ausgesprochen inhuman und widerspräche allen unseren heutigen Erkenntnissen und Forderungen zur *Rehabilitation* Behinderter. Jede Regelung, die Behinderte und Nichtbehinderte unterschiedlich behandelt, richtet sich gegen das Ziel der Eingliederung, sofern sie nicht ausschließlich auf den Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Benachteiligungen gerichtet ist.

Zu bedenken ist im übrigen und nicht zuletzt, daß eine Sterilisation speziell im Interesse der zur Übernahme der Vater- oder Muterrolle unfähigen Behinderten — nicht also aus irgendwelchen Gründen eugenischer Bevölkerungspolitik o. ä. — ärztlich nur zu oft die einzige Alternative zu einer dauernden und vielleicht strengen Hospitalisierung darstellt, von der Notwendigkeit einer strikten Trennung der Geschlechter bei unvermeidbarer Anstaltsunterbringung zu schweigen. Wer mit dieser Problematik praktisch vertraut ist, wird, bei allem Verständnis für das genannte Politikum, Bedürfnis und Anspruch des Behinderten auf Rehabilitation als hier vorrangiges Rechtsgut in Rechnung setzen müssen.

14.4 Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher

eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zuläßt, die einwilligungsunfähig sind, soweit der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist.

Die Sterilisation sollte bei befürwortender Stellungnahme einer ärztlichen Gutachterstelle von der Einwilligung des Inhabers des Personensorgerechts abhängig gemacht werden. Als Altersgrenze wäre das vollendete 18., in begründeten Ausnahmefällen das vollendete 16. Lebensjahr zu setzen.

E. Primärprävention psychischer Störungen

1 Aufgaben und Entwicklung der Prävention

Primärprävention umfaßt alle Maßnahmen, welche das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern. Von der Primärprävention ist die Sekundärprävention zu unterscheiden, welche durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zum Ziel hat, wie auch die Tertiärprävention, die die chronischen Auswirkungen der Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mildern sucht. Zusammen bilden diese drei Aspekte (Caplan) den Aufgabenbereich der Prävention. Hierbei überschneiden sich allerdings sekundäre und tertiäre Prävention vielfach mit therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Es sollen deswegen in diesem Kapitel nur die Möglichkeiten und Aufgaben der Primärprävention behandelt werden.

Das Problem der Primärprävention bedingt eine Umstellung und Ausweitung des traditionellen medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Denkens, denn der Blick muß sich von den Kranken auf die viel größere Zahl der Gesunden und möglicherweise Gefährdeten richten und verschiebt sich vom Einzelindividuum, das üblicherweise im Mittelpunkt medizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Bemühungen steht, weitgehend auf ganze Gruppen und Bevölkerungsteile, bis hin auf die Gesellschaft als Ganzes.

Trotz der Tatsache, daß hier ein bisher ungewohnter Denkansatz vorliegt, hat der Präventionsgedanke — namentlich in den USA und seit einigen Jahren auch in West- und Osteuropa — rasch an Boden gewonnen und wird zunehmend auch in unserem Gesundheitssystem eine zentrale Bedeutung erlangen.

Soll das erstmalige Auftreten psychischer Störungen wirkungsvoll verhindert werden, so hat Primärprävention bereits im Vorfeld psychischer Krankheit einzusetzen, und zwar

- einerseits durch die Ausschaltung bzw. Milderung des Einflusses von krankheitsfördernden Faktoren,
- andererseits durch die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit von Individuen oder der Bevölkerung insgesamt gegenüber solchen schädigenden Einflüssen.

Vom zeitlichen Ablauf her gesehen kann zwischen langdauernden bzw. permanenten Maßnahmen und kurzfristigen Kriseninterventionen unterschieden werden. Krisen lassen sich als zeitlich begrenzte Ausnahmesituationen definieren, die dadurch ausgezeichnet sind, daß die gewohnten Reaktions-, Adaptions- und Abwehrmechanismen in Frage gestellt werden und deshalb mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen zu rechnen ist. Auf der individuellen Ebene können normale Perioden psychosozialer Umstellung wie Pubertät, Schwangerschaft, Menopause und Pensionierung zu solchen Krisen führen, aber auch besondere Vorkommnisse wie Unfälle, Operationen u. a. Gegebenenfalls werden aber auch ganze Bevölkerungsgruppen krisenhaft betroffen, wenn beispielsweise längerfristige Arbeitslosigkeit, Entwurzelung bei Kriegsereignissen oder Naturkatastrophen zu bewältigen sind.

Hier soll die Krisenintervention allerdings nur soweit einbezogen werden, als sie in den Bereich der Primärprävention fällt, also Hilfe in besonderen Belastungs- und Konfliktsituationen, in denen mit einem hohen Krankheitsrisiko gerechnet werden muß, aber noch keine Erkrankung vorliegt.

Da unter psychischen Erkrankungen und Behinderungen eine Vielfalt von Krankheitsbildern subsumiert werden kann, sollte die Problematik, generell über die Prävention solcher Störungen sprechen zu wollen, zumindest deutlich gesehen werden. Der Begriff ist hier in einem sehr weiten Sinne zu verstehen: Neben psychopathologischen Störungen auf Grund eines organisch begründbaren Leidens gehören dazu die „funktionellen" bzw. „endogenen" Psychosen sowie der weite, zur Norm übergehende Bereich psychoreaktiver und neurotischer Störungen und Erkrankungen, wie auch Sucht und Dissozialität. Die gemeinsame Besprechung der Prävention aller psychischen Störungen in einem Kapitel läßt sich aber dadurch rechtfertigen, daß es hier in erster Linie um Prinzipien und spezielle Präventionsprobleme gehen soll, nicht aber um die systematische Diskussion der präventiven Maßnahmen bei einzelnen Krankheitsformen, da dann die hier im Vordergrund stehenden übergeordneten Gesichtspunkte verlorengehen würden.

Da die Möglichkeiten der Prävention erst spät erkannt und entwickelt wurden, liegt in diesem Bereich wesentlich weniger gesichertes Wissen als in der Therapie vor. Wie aber viele Beispiele aus der somatischen Medizin zeigen, heißt lückenhaftes Wissen über Verursachung indessen keineswegs, daß damit empirisch erschlossene präventive Maßnahmen nicht anwendbar wären. — Besonders schwierig ist im Bereich der Prävention das Problem der Erfolgsbewertung. Die großen methodischen Schwierigkeiten einer langfristigen Bewertung von Präventionsprogrammen bringen es nämlich wegen der Kontamination solcher Maßnahmen mit anderen gesellschaftlichen und ökologischen Veränderungen mit sich, daß über den Langzeiteffekt präventiver Maßnahmen zuverlässige Unterlagen nicht vorliegen. Die genannten Unsicherheiten bezüglich der Isolierung von schädigenden Einflußfaktoren wie auch der Erfolgsbewertung präventi-

ver Maßnahmen erfordern, daß die Primärprävention in realistischer Einschätzung ihrer tatsächlichen Erfolgsmöglichkeiten und wohl überlegt eingesetzt wird, um Mißerfolge zu vermeiden, die der Durchsetzung präventiver Bestrebungen nur schaden würden.

2 Bereiche der Primärprävention psychischer Störungen

Das Feld der Primärprävention psychischer Störungen ist überaus weit und komplex und reicht erheblich über den bisherigen Arbeitsbereich der Psychiatrie und Psychotherapie hinaus. Es lassen sich vier große Bereiche erkennen, in denen Disfunktionen zu psychischen Störungen führen können, und die deshalb Ansatzpunkte der Primärprävention darstellen, nämlich der medizinische, der psychosoziale, der soziokulturelle und der sozioökonomische Bereich.

2.1 Medizinischer Bereich

Während der Schwangerschaft, der Geburt und in den ersten Lebensmonaten, aber auch während der weiteren Entwicklung, im Erwachsenenalter und vor allem im hohen Lebensalter ist die Sicherung der körperlichen Integrität Voraussetzung für die psychische Gesundheit. Daraus ergeben sich eine große Zahl von Präventivmaßnahmen, die in den Aufgabenbereich der somatischen Medizin fallen.

2.2 Psychosozialer Bereich

Ebenso wichtig, vor allem in der Entwicklungs- und Wachstumszeit, aber auch im späteren Leben, ist die Sicherung von Grundbedürfnissen im psychosozialen Bereich. Dazu gehört das Bedürfnis nach Geborgenheit, nach beständigen und strukturierten Kontakten zu festen Bezugspersonen, nach ausreichender affektiver Bindung und intellektueller und pädagogischer Anregung. — Hauptsächlicher Vermittler solcher Grundvoraussetzungen ist die Familie, die praktisch durch alle Lebensabschnitte hindurch die entscheidende Ansatzmöglichkeit für primärpräventive Bemühungen bietet.

2.3 Soziokultureller Bereich

Zu den soziokulturellen Voraussetzungen, die für eine gesunde psychische Entwicklung entscheidend sind, gehören vor allem Zugang zu Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, der dem Individuum die Chance zur Entwicklung seiner Fähigkeiten gibt und ihm die Möglichkeit zur Entfaltung seiner Persönlichkeit bietet. Der soziokulturelle Bereich hat für die Primärprävention zunehmende Bedeutung erlangt, da die Gesellschaft ständigen Wandlungen der Sozialstrukturen und Wertvorstellungen unterworfen ist, woraus es zu Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden des einzelnen in oft krisenhafter Weise kommen kann.

2.4 Sozioökonomischer Bereich

Die Verwirklichung beruflicher Möglichkeiten, die Sicherung des Arbeitsplatzes und die Freiheit von ökonomischer Not fallen in diesen Bereich, in dem besonderes Augenmerk auf Risikogruppen wie Emigranten, Flüchtlinge, Gastarbeiter, Angehörige der untersten Sozialschicht und andere Randgruppen gerichtet werden sollte. — Mag die Verantwortung für Hilfsmaßnahmen auch letztlich die Gesellschaft als Ganzes betreffen, im einzelnen sind viele Individuen und Körperschaften an der Gestaltung der soziokulturellen und sozioökonomischen Umwelt beteiligt und bestimmen beispielsweise die Schul- und Ausbildungsverhältnisse, die soziale Gesetzgebung und das Gesundheitswesen. Der Anteil der Psychiatrie und Psychotherapie gerade an diesem Bereich läßt sich nicht nach festen Regeln festlegen, denn die Verantwortlichkeit und Zuständigkeit sind immer wieder in der Konfrontation mit dem aktuellen Problem neu zu bestimmen.

3 Möglichkeiten und Bedeutung der Primärprävention

Nach Erwähnung der allgemeinen Anwendungsbereiche der Primärprävention soll im folgenden versucht werden, typische Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen herauszuarbeiten.

Die faktischen Möglichkeiten der Primärprävention hängen ab

1. von unserem Wissensstand über die Krankheitsursachen,
2. von der Vermeidbarkeit der Krankheitsursachen und
3. von der Bereitschaft einzelner Personen oder der Gesellschaft schlechthin, vermeidbare Krankheitsursachen auszuschalten.

Beispielsweise ist evident, daß bestimmte Krankheitsbilder ihre Ursache im chronischen Alkoholmißbrauch haben. Man könnte vorschlagen, zur Primärprävention dieser Krankheiten den Alkohol generell zu verbieten. Hiergegen würden sich aber in der Gesellschaft solche Widerstände regen, daß eine solche Forderung utopisch wäre. Realistischer ist beispielsweise die Forderung, den Verkauf bromhaltiger Schlafmittel unter Rezeptzwang zu stellen, um die zahlreichen körperlichen und psychischen Schädigungen des Bromabusus zu verhindern. Diese Forderung war bislang auf Grund von wirtschaftlichen und anderen Widerständen nicht durchzusetzen. Man kann also in vielen Fällen einen Konflikt beobachten, bei dem in Abwägung verschiedener Interessen das Anliegen der Prävention vernachlässigt wird.

Unser Wissensstand über die Ursachen psychischer Krankheiten ist in mancher Hinsicht noch sehr lückenhaft. An der Entstehung psychischer Erkrankungen sind häufig nicht nur eine einzige, sondern mehrere Ursachen zugleich beteiligt. Diese multifaktorielle Genese erschwert primärpräventive

Maßnahmen sehr wesentlich. Da im psychischen Bereich stets vielfältige, unübersichtliche Wechselwirkungen im Spiel sind, stößt die kausale Betrachtungsweise häufig auf Grenzen. So ist z. B. nicht vorauszusehen, wie sich bestimmte Frustrationen eines Kindes auf dessen Entwicklung auswirken werden. Immerhin lassen sich aber Konstellationen angeben, die sich ungünstig auf die Entwicklung von Kindern auszuwirken pflegen, die Entstehung neurotischer Störungen begünstigen und die infolgedessen nach Möglichkeit vermieden werden sollten. Dazu gehört beispielsweise eine allzu verwöhnende, eine allzu harte und vor allem eine inkonsequente Erziehung.

Die primärpräventiven Maßnahmen können, grob unterschieden, in solche unterteilt werden, die — mehr individuell gesehen — Bezug zu den einzelnen Lebensphasen des Menschen haben und diejenigen, mit denen ein besonderer gesellschaftlicher Problembereich verknüpft ist.

Bezogen auf die einzelnen Lebensphasen kann man, abgesehen von der genetischen Primärprävention vor der Konzeption, die sich durchsetzende Dreiteilung der Psychiatrie bzw. Zweiteilung der Psychotherapie auch auf die Primärprävention übertragen: Man kann nämlich die Schwerpunkte von Kindes- und Jugendalter, Erwachsenenalter und Greisenalter jeweils gesondert beschreiben. Getrennt hiervon soll der Bereich behandelt werden, der in erster Linie mit Fragen der Primärprävention in der Gesellschaft zu tun hat. Dabei werden vor allem zwei spezielle Bereiche ausgewählt, nämlich derjenige der Arbeit und der des Wohnens, die beide engen Bezug zu primärpräventiven Problemen haben. — Insgesamt kann diese Darstellung weder von der Gliederung her noch inhaltlich erschöpfend sein, sondern es geht vielmehr darum, an Hand von Beispielen darzulegen, wo primärpräventive Überlegungen anzusetzen hätten.

3.1 Spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen in den verschiedenen Lebensphasen

3.1.1 Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und postnataler Entwicklung

Zeitlich an erster Stelle der Primärprävention muß die genetische Prävention stehen, d. h. die Beratung von zukünftigen Eltern über mögliche Risiken erblich bedingter oder mitbedingter Erkrankungen. Beispielsweise bei familiär gehäuftem Vorkommen von Schwachsinn oder von psychotischen Erkrankungen in einer Familie besteht die Notwendigkeit, solche Beratungen auf freiwilliger Basis durchführen zu lassen. Auf Grund von heutzutage häufig bestimmbaren Erkrankungsrisiken können dann gewisse Hinweise und Ratschläge für die Familienplanung gegeben werden.

Während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in den ersten Kindheitsmonaten liegen die folgenreichsten Einflußfaktoren auf dem somatischen Gebiet. Schädigende Einflüsse, welche unter Durchbrechung der natürlichen Schutzbarrieren das werdende Kind im Mutterleib treffen, können verheerende Konsequenzen haben. Sofern nicht überhaupt der Fruchttod eintritt, sind oft schwere psychische oder körperliche Dauerdefekte die Folge. Das gilt von bestimmten Infektionskrankheiten wie Toxoplasmose, Syphilis und verschiedenen Virusinfekten, von Giften und Arzneimitteln, von Strahlenschäden oder von Mangelernährung. Durch eine Reihe sorgfältiger, umfangreicher retrospektiver und prospektiver epidemiologischer Untersuchungen, vor allem in den USA, konnte der Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsbelastungen, Frühgeburt und späteren körperlichen und psychischen Störungen nachgewiesen werden. Es zeigte sich, daß solche Störungen wie geistige Behinderung, bestimmte Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit, Anfallsleiden, kindlicher Autismus, bestimmte soziale Verhaltensstörungen sowie Hör-, Seh- und Sprachdefekte in signifikantem Zusammenhang zu Schwangerschaftskomplikationen wie Blutstoffwechselstörungen, terine Blutungen, Infektionen und Frühgeburten standen. Da solche Komplikationen häufiger bei Frauen aus den untersten Sozialschichten, bei Unverheirateten, bei besonders jungen und bei besonders alten Müttern auftraten, erscheinen sie als das Resultat von komplexen Wechselwirkungen zwischen schlechter Ernährung, unzureichender Schwangerschaftshygiene, ungenügenden Wohnbedingungen, übermäßigem Streß und Übermüdung während der Schwangerschaft, also letztlich als ein Ursachenbündel von psychosozialen und somatischen Einwirkungen.

Als bekanntestes Beispiel für eine Reihe von Schwachsinnsformen auf Grund ererbter Stoffwechselstörungen sei der Phenylbrenztraubensäure-Schwachsinn genannt, bei dem die Entwicklung eines Intelligenzdefektes durch konsequente Verabreichung einer phenylalaninarmen Kost von den ersten Lebenswochen an bis zum zehnten Lebensjahr wirksam verhütet werden kann. In der Bundesrepublik gibt es etwa 12 000 geistig Behinderte, bei denen die Entwicklung eines Intelligenzdefektes durch Frühdiagnose der Phenylketonurie und Anwendung der Diät hätte verhindert werden können. — Weitere Ursachen für spätere psychische Störungen liegen in Hirnschäden durch komplizierten Geburtsverlauf mit Sauerstoffmangel oder Verletzungen. Speziell bei genetisch belasteten Personen muß bei allen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit einem erhöhten späteren Risiko für Psychosen gerechnet werden (Mednick, Schulsinger et al.). — Auch die Hämolysekrankheit der Neugeborenen bei Unverträglichkeit der elterlichen Rhesusfaktoren kann durch Schädigung von Nervenkernen im Gehirn zu psychischen Störungen führen. — Nach der prä- und perinatalen Phase kommen Hirnschäden vor allem durch Infektionen des Gehirns oder seiner Häute zustande.

Verbunden mit der körperlichen Entwicklung spielen von den ersten Wochen an psychoaffektive Faktoren eine wichtige Rolle. Zunächst auf Grund von Einzelbeobachtungen, dann auf der Basis von systematischen Forschungen an Säuglingen und

Kleinkindern haben Kinderärzte und Psychoanalytiker seit langem entschieden auf die grundlegende Bedeutung der frühen Mutter-Kindbeziehung für die spätere psychische Gesundheit hingewiesen. Bereits 1899 beschrieb v. Pfaundler den kindlichen Hospitalismus und seine Entwicklung. Besonders bekannt geworden sind die Untersuchungen von Spitz, der um 1945 in eindrucksvollen Beobachtungen nachweisen konnte, daß Kleinkinder, die über längere Zeit in Heimen oder Spitälern ohne engere affektive Beziehung zu einer konstanten Mutterfigur blieben, in ihrer gesamten affektiven, intellektuellen und auch körperlichen Entwicklung in lebensbedrohlicher Weise gehemmt und gestört werden können. Seither haben sich bestätigende Befunde, so von Bowlby, Wolf, Meierhofer u. a. derart gehäuft, daß an den ungünstigen Auswirkungen früher affektiver Entbehrungen kaum mehr gezweifelt werden kann. In den späteren Untersuchungen hat man dann auch den Begriff der Mutter-Kind-Beziehung genauer analysiert und als besonders wichtige Komponenten für die spätere emotionale, intellektuelle und kognitive Entwicklung die ausreichende sensorische und motorische Stimulation herausgestellt. — Auch durch vergleichende tierexperimentelle Beobachtungen an Schimpansenbabys konnten weitere Beweise für die Bedeutung frühester sensorischer, affektiver und sozialer Einflüsse auf die spätere psychosoziale Entwicklung erbracht werden (Harlow).

3.1.2 Primärprävention psychischer Störungen in Kindes- und Jugendalter

Während der weiteren Kindheitsentwicklung behalten die im vorangehenden Abschnitt genannten somatischen Einflußfaktoren ihre Bedeutung. Es treten aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren immer mehr in den Vordergrund. Kindheit und Jugend sind als fortwährender Lernprozeß zu verstehen, von dessen Ausgang es abhängt, wie der spätere Erwachsene Probleme bewältigt, die ihn selbst, seine Familie oder andere Bezugspersonen, seinen Beruf oder seine Umwelt betreffen. Grundlegende Charakterzüge der Persönlichkeit werden in dieser Zeit geprägt. Eine zentrale Bedeutung für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung und damit für die größere oder geringere Anfälligkeit für spätere psychische Störungen kommt der Familie zu, über deren gegenwärtige Position zunächst einige allgemeine Überlegungen erforderlich sind. Die Familie selber ist als Institution erheblichen Belastungen ausgesetzt, denn gerade im Bereich der Familie ist ein Teil der früher verbindlichen Normen in Frage gestellt, so in bezug auf Partnerbeziehung, Sexualität und Ehe, Kindererziehung und die Beziehung zu Nachbarn.

So hat sich die Funktion der Familie kontinuierlich verändert. Die Familie ist für eine Reihe von Aufgaben nicht mehr allein zuständig, sondern muß diese mit anderen gesellschaftlichen Einrichtungen teilen. Damit ist die Familie heute in den Bereichen Erziehung, Arbeit, soziale Sicherung, Tradierung sozialer und kultureller Normen, Religion und Sexualität stärker als zuvor in die Interessenbereiche anderer gesellschaftlicher Felder einbezogen und erhält neue oder erweiterte Funktionen zugewiesen (z. B. bei der Bewältigung von Schulproblemen). Neben einer derartigen Funktionsveränderung ist die Familie der Gefahr ausgesetzt, zum Austragungsort ungelöster außerfamiliär entstandener Konflikte zu werden. Hierdurch ist die Familiendynamik bei weitem überfordert, und es können psychosoziale Störungen auftreten. — Reale Überlastungssituationen können auch durch ein krankes Familienmitglied entstehen, so beispielsweise durch ein organisch krankes oder geistig behindertes Kind; hier muß dann im Einzelfall die Tragfähigkeit der Familie auch in bezug auf weitere Kinder abgeschätzt und psychosoziale Hilfestellung eingeplant werden. Funktion und Belastungsfähigkeit der Familie sind also offensichtlich nicht als konstante, von vornherein gegebene, sondern als vielfältig veränderliche Bedingungen zu verstehen.

Bei fast allen nicht ausschließlich somatisch verursachten Störungen des Erwachsenenalters, insbesondere aber bei Alkoholismus, Delinquenz, dissozialem Verhalten und Neurosen, nach einigen Untersuchungen auch bei Psychosen, wurden in einem gewissen Prozentsatz der Fälle Zusammenhänge mit schwer gestörten Familienverhältnissen in der Kindheit aufgezeigt. Die Untersuchungen sind allerdings nur bei genauer Berücksichtigung der Diagnose und der Art und Dauer der familiären Desorganisation miteinander vergleichbar. Auch bei Berücksichtigung kritischer Einwände hat sich erwiesen, daß die Desorganisation der Familie, z. B. durch Alkoholismus, Delinquenz, schwere Krankheit, Hospitalisierung oder Tod der Eltern, durch Scheidung, Entwurzelung und ökonomische Notlagen, für die Kinder eine schwere psychische Belastungs- und Krisensituation darstellt, in der mit einer erhöhten Gefährdung, psychisch zu erkranken, gerechnet werden muß. Ähnliche Bedingungen liegen vor, wenn Kinder plötzlich hospitalisiert oder in Heime aufgenommen werden müssen und damit aus ihrer gewohnten familiären Umgebung herausgerissen werden.

Die Psychoanalyse und die neuere Familienforschung haben darüber hinaus eine große Zahl von subtileren nachteiligen Einflüssen in der Eltern-Kindbeziehung, in der Erziehung und im Kommunikationsstil bestimmter Familiengemeinschaften aufzeigen können. Es wurde untersucht, wie in der Familiengruppe Entscheidungen gefällt oder vermieden, Konflikte angegangen oder vertuscht, Belastungssituationen aktiv bewältigt oder passiv erlitten werden. Aus diesen Untersuchungsergebnissen lassen sich bisher allerdings kaum eindeutige präventive Schlußfolgerungen ableiten.

Vor der Aufstellung von Forderungen in einem eher noch ungesicherten Bereich sollte auf die auch heutzutage noch vielfach nicht voll akzeptierte Grundforderung zurückgekommen werden, daß in den ersten Lebensjahren die fast ständige Anwesenheit der Mutter oder einer die Mutter voll ersetzenden Bezugsperson eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine gesunde psychische Entwicklung ist. Hier zeigt sich ein wichtiger Ansatzpunkt

für primärpräventive Maßnahmen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, deren gemeinsames Ziel es sein muß, die Anwesenheit der Mutter in der Familie wenigstens in den ersten Entwicklungsjahren zu sichern. Ob dieses erfüllt werden kann, hängt von soziokulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten ab.

Da vieles darauf hindeutet, daß Kinder aus Familien der untersten Sozialschichten bzw. aus sozialen Randgruppen psychisch, auch vor allem hinsichtlich späterer Delinquenz, in besonderer Weise gefährdet sind, sollte für solche Kinder eine spezielle vorschulische und schulbegleitende Förderung zur Kompensation ihrer Sozialisationsbelastungen eingerichtet werden; bereits bestehende Ansätze hierzu müßten verstärkt ausgebaut werden.

Krisen- und Belastungsituationen während des Kindesalters sollten vor allem von jenen Personen erkannt werden, die beruflich in täglichen Kontakten mit Kindern und ihren Familien stehen, also von Lehrern, Sozialarbeitern, Kindergärtnern, Kinderärzten und verwandten Berufen. Gezielte vorbeugende Maßnahmen sollten in enger Zusammenarbeit mit kinder- und schulpsychologischen Diensten geplant werden, deren systematischer Ausbau eine Hauptforderung der Prävention darstellt.

Auf dem Gebiet der Primärprävention in der Pubertäts- und Adoleszenzperiode sind unsere heutigen Kenntnisse noch gering. Die Entwicklungskrise der Pubertät ist gekennzeichnet durch die Probleme der Identitätsfindung, der Abgrenzung von Elternfiguren und partiellen Identifikation mit ihnen, des Hereinfindens in eine eigenständige Partnerbeziehung und in eine definierte Sozial- und Berufsrolle in der Welt der Erwachsenen. Die Identitätsfindung dürfte wahrscheinlich durch das zeitige Angebot konkreter und als sinnvoll empfundener Bestätigungsmöglichkeit, durch vermehrte Gelegenheit zu früher Übernahme partieller Verantwortung, durch engere Kontakte von Schule, Lehre oder Studium zur Erwachsenenrealität und durch verbesserte Berufsberatung erheblich erleichtert werden.

3.1.3 Primärprävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter

Im Erwachsenenalter spielt die Primärprävention im ganzen gesehen bisher eine geringere Rolle als in den vorhergehenden Lebensphasen, zumindest boten sich zunächst weniger Ansätze für primärpräventive Maßnahmen. Hier hat das Konzept der Krisenintervention und die jüngst intensivierte Forschung über den Einfluß wichtiger Lebensereignisse (life events) auf das Auftreten von Erkrankungen einen gewissen Wandel geschaffen.

Bei der Entstehung psychischer Störungen müssen in dieser Lebensphase neben psychosozialen und psychokulturellen Gesichtspunkten vor allem auch die sozioökonomischen ausreichend berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang sei die in einer Reihe epidemiologischer Untersuchungen nachgewiesene Häufung psychischer Störungen in den unteren Sozialschichten hier nur erwähnt. Dementsprechend spielt die Belastung durch Arbeitsschwierigkeiten, mangelndende Berufsaussichten, schlechte Wohnverhältnisse, finanzielle Probleme und andere ungünstige Milieueinflüsse bei der Auslösung von reaktiven und neurotischen Fehlentwicklungen, von Depressionen, Alkoholismus oder Delinquenz vielfach eine sehr direkte Rolle. Besondere Berücksichtigung in bezug auf psychohygienische Prophylaxe sollten die benachteiligten Beschäftigtengruppen der un- und angelernten Jugendlichen, der Frauen, der ausländischen Arbeitskräfte, der Hilfsarbeiter und der älteren Arbeitnehmer finden, die zumeist einer besonders restriktiven Arbeitssituation ausgesetzt sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit häufiger mit psychosozialen Konflikten konfrontiert sind. Deren Probleme sind bislang nur unzureichend in das Blickfeld der arbeits- und sozialpolitischen Gesetzgebung und der wirtschafts-, sozial- und humanwissenschaftlichen Forschung gekommen.

Im Gegensatz zu anderen präventiven Problemen hat die besonders im Erwachsenenalter wichtige Frage der Suicidverhütung die Psychiatrie schon seit langem beschäftigt. Eine Voraussetzung für prophylaktische Maßnahmen ist die Erkennung der selbstmordgefährdeten Personen. Unter den Risikogruppen spielen neben Vereinsamung, Isolation und anderen Lebensschwierigkeiten vor allem psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Alkoholismus und auch Schizophrenie eine wichtige Rolle. Die Selbstmordverhütung fällt deshalb teilweise mit der Prävention psychischer Störungen im allgemeinen zusammen. Von großer praktischer Bedeutung ist die Tatsache, daß in mehr als der Hälfte der Fälle von gelungenem Suicid weniger als drei Monate vorher ein Arzt, und zwar in einem Viertel aller Fälle ein Psychiater, konsultiert wird. Obwohl viele Suicidanten früher schon Selbstmordversuche verübt haben, und viele ihre Absicht vorher durch Worte und Verhalten kundtun, wird häufig trotzdem die Suicidgefahr verkannt und nichts zu ihrer Abwendung unternommen. Unter den primärpräventiven Maßnahmen spielen Besuchsdienste für Vereinsamte, Hilfe für wirtschaftlich Bedrängte und Telefon-Notrufdienste eine große Rolle. Möglicherweise werden dadurch allerdings die späteren Selbstmörder nur teilweise erfaßt, dagegen in erster Linie auch Personen mit andersartigen Schwierigkeiten.

Ein anderer Bereich der Primärprävention im Jugend- und besonders im Erwachsenenalter ist die Verhütung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Bei der Frage nach den Einflußfaktoren kann keine generelle Regel gegeben werden. Es gibt eine Reihe von verschiedenen Wegen, die zum Alkoholismus führen, so Trinken in Konfliktsituationen, gewohnheitsmäßiger Abusus aus beruflichen Gründen (etwa im Gaststättengewerbe) und anderes. Eine besondere Bedeutung kommt häufig der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen zu. Es kann sich dabei um Subkulturen handeln, die erhöhten Alkoholkonsum nahelegen, und eine positive Bewertung von Risikoverhalten wie hartem Trinken, fortgesetzter Einnahme von Drogen trotz möglicher Schäden, Autofahren nach

schwerem Trinken u. dgl. vermitteln. Die Untersuchung solcher Prozesse läßt erkennen, daß hier das Trinkverhalten unter dem Konformitätsdruck der Gruppe übertragen wird. Ähnliche Gesetzmäßigkeiten lassen sich auch in Ehen, Lebensgemeinschaften oder Arbeitsteams finden. Die Erkennung gefährdeter Familien und kohäsiver Gruppen ist daher eine wichtige Voraussetzung der Primärprävention. — Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist der Drogen- und Alkoholmißbrauch in der Herkunftsfamilie.

Im allgemeinen ist gerade die zu große Verfügbarkeit psychotroper Substanzen ein Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen. Die allgemeine Annahme, daß Angebot und Verfügbarkeit Einfluß auf das Entstehen von Abhängigkeit haben, d. h. die Raten der Drogen- und Alkoholkonsumenten insgesamt zu denen der Abhängigen im eigentlichen Sinne in einer positiven Korrelation zueinander stehen, erweist sich zwar als richtig, trotzdem ist aber bisher noch nicht eindeutig geklärt, welches der beste Weg ist, um die Verfügbarkeit der Substanzen, insbesondere des gesellschaftlich tolerierten Alkohols, einzuschränken. Als Beispiel für gesetzgeberische Maßnahmen, die die Versorgungswege kontrollieren können, seien die 1900 erlassenen Narkotikagesetze in den USA und Kanada erwähnt, die zu einer massiven Abnahme des Opiatgebrauchs, vor allem in der Mittelschicht, geführt haben. Auch die Einführung der Heroinregistrierung in Großbritannien im Jahre 1971 hat eine fortschreitende Abnahme neuer Fälle zur Folge gehabt. Dort, wo eine drastische Erhöhung der Alkoholsteuer durchgeführt wurde, ist es zu einem Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauches an Alkohol und zu einer Abnahme der Todesfälle an Leberzirrhose gekommen.

Die Wirksamkeit von Erziehungs- und Aufklärungsprogrammen ist bisher kaum durch zuverlässige Untersuchungen gesichert; im allgemeinen dürften solche Programme zwar bei Abhängigen keine Einstellungsänderung herbeiführen, Gefährdete aber in vielen Fällen erfolgreich warnend informieren.

3.1.4 Primärprävention psychischer Störungen im höheren Alter

Zu den wichtigsten Einflußfaktoren, die die psychische Gesundheit im höheren Lebensalter mitbestimmen, gehört der körperliche Gesundheitszustand, der besonders eng mit der psychischen Gesundheit im höheren Lebensalter verbunden ist. Ausreichende Ernährung und adäquate körpermedizinische Betreuung sind also für die psychische Gesundheit alter Menschen von großer Bedeutung. Ebenso wichtig sind aber zahlreiche psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, die von der Familiensituation, der wirtschaftlichen Lage, den Wohnverhältnissen, den Beschäftigungsmöglichkeiten, der Freizeitgestaltung bis zum Rentenwesen, zu den Pensionierungsgesetzen und der Wertschätzung sowie dem sozialen Status alter Menschen in der Gesellschaft reichen. Die Situation alter Menschen ist fast in jeder genannten Hinsicht schwierig und problematisch. Durch psychische Erkrankungen besonders gefährdet sind Alleinstehende, körperlich Kranke, Personen in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen oder Menschen in Krisensituationen. Zu letzteren gehören vor allem Tod des Ehepartners, Umzug, Aufnahme in ein Altersheim, akute Erkrankung, Hospitalisierung, Operationen, Unfälle und in gewissem, aber sicher oft überschätztem Maße auch schon die Pensionierung oder anderweitiges Aufgeben von gewohnten Beschäftigungen oder sozialen Rollen.

Die Primärprävention in diesem Feld umfaßt also einerseits vor allem die wirtschaftliche Sicherung der Betagten durch entsprechende Altersvorsorge, andererseits den Ausbau ambulanter und gemeindenaher gerontopsychiatrischer Dienste, die die genannten Risikogruppen identifizieren und in Krisensituationen eingreifen können. Wünschenswert sind auch Pensionierungsgesetze, die eine schrittweise Lösung aus dem Arbeitsprozeß erlauben, eine starke Förderung sozialer Aktivitäten und eine fortwährende Stimulation und Übung der geistigen Fähigkeiten. Alle diese Maßnahmen dürfen nicht erst im Pensionierungsalter einsetzen, sondern müssen schon lange vorher angelegt und vorbereitet werden.

3.2 Spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen im Bereich der Gesellschaft

Bei der Diskussion der Primärprävention psychischer Störungen unter gesellschaftlichen Aspekten sollen zwei besondere Gesichtspunkte in den Vordergrund gerückt werden, nämlich die Primärprävention im Bereich der Arbeitswelt mit ihren zahlreichen Verflechtungen und die Primärprävention im Bereich von Stadtplanung und Wohnen.

3.2.1 Primärprävention im Bereich der Arbeit

Gerade im Bereich der Psychohygiene am Arbeitsplatz fehlen ausreichende Untersuchungen bisher; trotzdem dürfen unzureichende Arbeitsbedingungen als Ursache psychischer Störungen in ihrer Bedeutung nicht verkannt werden. Als erster Ansatz für die allmähliche Berücksichtigung psychohygienischer Gesichtspunkte werden Untersuchungen über die Belastungsfaktoren in den verschiedenen Arbeitsbereichen erforderlich, die auch Dimensionen der nervlichen Beanspruchung, der psychischen und intellektuellen Verkümmerung unter sozialer Isolation und Apathie einbeziehen müßten. Psychohygienisch bedeutsam wäre die Entwicklung von Belastungshöchstnormen für den Arbeitsschutz, um die kurz- und langfristigen Belastungen durch überhöhte Leistungsanforderungen und Arbeitsplatzstrukturen nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychische Verfassung der Beschäftigten im Sinne einer Risikoverhinderung zu mildern oder zu beheben. Die Erweiterung des bislang in der Arbeitswelt geltenden Belastungskonzepts um die psychosoziale Dimension könnte zudem verhindern, daß auf dem Weg von finanziellen Zulagen Arbeitsanforderungen von den Arbeitnehmern akzeptiert werden, von denen man ermessen kann, daß sie zu Schädigungen für die psychische Verfassung der Arbeitenden führen werden.

Ungünstige Arbeitsbedingungen und Organisationsformen der Arbeitswelt und unzureichende medizinische Versorgung am Arbeitsplatz auf dem Hintergrund von betrieblichen Kostenminimierungen, müssen also bei jeglichem, die Arbeitsproblematik betreffenden Präventionskonzept berücksichtigt werden.

3.2.2 Prävention im Bereich von Stadtplanung und Wohnen

Stadt- und Regionalplanung, Wohnungsbau und Sanierungsprobleme sind in letzter Zeit stärker in das öffentliche Interesse gerückt. Nach mehr als zwei Jahrzehnten intensiver Bautätigkeit, etwa seit Beginn der fünfziger Jahre, hat sich durch stadtsoziologische und sozialpsychologische Untersuchungen gezeigt, daß bei der Städte- und Wohnungsplanung nicht in erster Linie die sozialen und psychischen Bedürfnisse der Bewohner, sondern häufig wirtschaftlicher Profit und formale architektonische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen, so daß die Bauentwicklung ohne Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner verläuft, was in vielen Fällen vermehrte Lebensschwierigkeiten der Bewohner zur Folge hat. Gerade in diesem Bereich wurde evident, daß zwischen den Bedingungen der räumlich-materiellen Umwelt und psychosozialen Belastungen ein enger Zusammenhang besteht.

Das Auftreten psychischer Störungen ist in diesem Sinne weniger in Baugebieten zu erwarten, in denen sich Angehörige der mittleren Sozialschichten ansiedeln, obwohl auch hier beträchtliche Probleme auftauchen, sondern im Vordergrund stehen die Stadtteile, in denen im Bereich des sozialen Wohnungsbaus und bei Stadtsanierungen Bewohnergruppen der Unterschicht betroffen sind, die von den wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Voraussetzungen her wenig anpassungsfähig sind. Häufig sind es kinderreiche Familien, alte Menschen, die von ihrer Rente oder von den Einkünften aus ihrem kleinen Hausbesitz leben und schon jahrzehntelang ansässig sind oder Familien ausländischer Arbeiter. Angelsächsische Untersuchungen zeigen, daß bei Sanierungsmaßnahmen oft die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen überschätzt und soziokulturelle und psychosoziale Bindungen in den Beziehungen von Familie, Nachbarschaft und Freundschaftsgruppen zerstört werden, so daß psychische, soziale und wirtschaftliche Belastungsfolgen entstehen, die von den planenden Institutionen nicht vorausgesehen worden sind.

Es wäre möglich, diese psychischen Schäden weitgehend zu vermeiden, wenn die Sanierungsplanung durch psychologisch und soziologisch fundierte Maßnahmen erweitert bzw. verändert würde und auch während der Sanierung ständige Konfrontationen mit Experten stattfinden würden und wenn parallel dazu Gemeinwesenarbeit eingeführt würde mit dem Ziel, die betroffenen Bewohner zur aktiven Vertretung ihrer Interessen zu befähigen. Mittel hierzu könnte das Städtebauförderungsgesetz, in dem Sozialpläne vorgesehen sind, an die Hand geben. Aus solchen Projekten, an denen multiprofessionelle Teams mitwirken müßten, könnte sich eine kontinuerliche psychologische und soziologische Erforschung der Möglichkeiten und Folgen von Stadterneuerungsprozessen ergeben, so daß der einseitigen technischen und ökonomischen Orientierung der Planer und Bauträger entgegengesteuert werden könnte.

In den bereits erwähnten sozialen Randgruppen sollte auf spezielle Problemgruppen wie Kinder, Behinderte und alte Menschen ganz besonderes Augenmerk gerichtet werden. Bei der Planung und Sanierung sollten die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe stärker in die baulich-räumliche Gestaltung der Umwelt einbezogen werden. Zum anderen sollten durch verstärkten Aufwand an Forschung und praktischer Erprobung neue Konzepte wie Sozial- und Gemeinwesenarbeit mit diesen Gruppen entwickelt werden.

Zum Problem der sozialpsychologischen Wirkung von Wohnungen und wohnungsergänzenden Außenräumen wurden bisher die folgenden Gesichtspunkte berücksichtigt: Sozialisierungschancen von Kindern in ihrer näheren räumlichen Umwelt, innerfamiliäre Konfliktmuster unter bestimmten räumlichen Bedingungen und Chancen der Individuation und Identitätsbildung als Voraussetzung für soziales Verhalten.

Man hat den Versuch gemacht, einige belastende Einzelfaktoren zu identifizieren und sich besonders mit den unzureichenden Raumgrößen und der zu geringen Anzahl der Räume im Verhältnis zur Personenzahl in der Wohnung, mit der Umweltbelastung durch Lärm aller Art sowie mit dem Defizit von halböffentlichen Außenanlagen für Spiel und Bewegung als Teil des Wohnens zu beschäftigen. Entsprechend wird gefordert, daß Wohnung und wohnungsergänzender Außenraum bei der Planung stärker als Einheit betrachtet, daß Schallschutzvorschriften verschärft und eingehalten werden und daß der Individualbereich für jede einzelne Person ausreichend groß vorgesehen wird.

Besondere sozialpolitische und wohnwirtschaftliche Maßnahmen sind in bezug auf die Wohnverhältnisse von Familien der sozialen Randschichten zu ergreifen, da häufig unzumutbare hygienische, räumliche und psychohygienische Bedingungen mit ökonomischen Belastungen zusammentreffen, die bedrohliche Folgen für die betroffenen Erwachsenen und Kinder haben.

Schließlich sei auf die Problematik von Hochhäusern bzw. von Großwohnanlagen mit einer hohen Zahl von Wohneinheiten hingewiesen. Untersuchungen dokumentieren erhebliche negative Konsequenzen, gleichwohl werden sie bei der Planung nicht berücksichtigt. Angesichts der Tatsache, daß die Auswirkungen von hoher Wohndichte auf die sozialen und psychischen Lebensbedingungen der Menschen generell als belastend angesehen werden müssen, ist zu fordern, daß die Planung und Errichtung von kompakten Wohnanlagen nur mit sozialpsychologischer Beratung unter Beteiligung der Betroffenen zugelassen werden sollte.

Was exemplarisch für das Beispiel Stadtplanung, Stadtsanierung und Wohnungsbau ausgeführt wurde, ließe sich im Bereich der Primärprävention psychischer Störungen auch für andere Lebensbereiche darstellen. Hier ging es darum, die Verknüpfung von psychischer Befindlichkeit mit einer Reihe von Faktoren zu zeigen, die Berücksichtigung finden müßten, wenn primärpräventive Maßnahmen zum Tragen kommen sollen.

4 Organisationsformen psychiatrischer und psychotherapeutischer Primärprävention

Da die Aufgaben der Primärprävention von der Körpermedizin über die sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung bis hin zur Beeinflussung politischer Entscheidungen der Gesamtgesellschaft reichen, scheint es ausgeschlossen, ihre verschiedenen Anwendungsgebiete in einer einheitlichen Organisationsform zusammenzufassen. Vielmehr wird man viele organisatorische Wege benutzen müssen, um die Fülle der als notwendig erkannten Maßnahmen zu realisieren. Dabei erscheint die Unterscheidung in Maßnahmen, die sich auf einzelne Personen beziehen, und solche, durch die die Gesellschaft oder Teile von ihr beeinflußt werden sollen, als ein wichtiger Gliederungsgesichtspunkt; die hier vorgeschlagenen Maßnahmen der Prävention, beispielsweise in den einzelnen Lebensphasen, lassen sich jeweils einer der beiden Gruppen zuordnen. Im folgenden sind die Rollen der Körpermedizin, der Sozialpsychiatrie, der Psychotherapie und der Gesellschaft als Ganzes im Rahmen der Primärprävention dargestellt.

4.1 Körpermedizin

Im Bereich der Körpermedizin werden wichtige prophylaktische Aufgaben bereits in hohem Maße wahrgenommen. Es handelt sich bei diesen Maßnahmen aber überwiegend um Prävention, die von anderen medizinischen Fächern, so beispielsweise der Geburtshilfe, Pädiatrie oder Inneren Medizin betrieben wird, nicht aber um Aufgaben, die primär von Psychiatern und Psychotherapeuten erfüllt werden.

Der besondere Akzent des zukünftigen Ausbaues müßte auf den von den Psychiatern und Psychotherapeuten selbst wahrzunehmenden Aufgaben liegen. Es müßte also die psychiatrische und psychotherapeutische Primärprävention bei Risikogruppen und für psychosoziale Belastungssituationen im Bereich der Körpermedizin weiter ausgebaut werden. Hierzu gehört vor allem die Betreuung hospitalisierter Kinder und Erwachsener, Verunfallter, Invalider oder chronisch Kranker. Große psychische Probleme wirft auch die Dialysebehandlung, die Behandlung mit Herzschrittmachern, die Transplantationschirurgie und die keimfreie Isolierung bei der Versorgung ausgedehnter Verbrennungen auf. Die hohe Technisierung der Medizin, wie sie beispielsweise auf Intensivstationen betrieben wird, die Abhängigkeit vieler Kranker von komplizierten, ihnen häufig nicht durchschaubaren Einrichtungen, ihre erzwungene Isolierung und Immobilität bedeuten eine erhebliche psychische Streßsituation und machen eine Präventivbetreuung notwendig, die am besten von psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Abteilungen, Konsiliardiensten oder an Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt wird.

Besondere Erwähnung finden muß an dieser Stelle der Ausbau der Organisation einer genetischen Prävention. Hier wäre die Einrichtung genetischer Polikliniken — am besten in Verbindung mit den humangenetischen Instituten der Universitäten — zu empfehlen, die ihre Einzugsgebiete so definieren müßten, daß das Bundesgebiet von ihnen versorgt werden könnte. Diese Polikliniken hätten in der Bevölkerung allgemeine Aufklärungsarbeiten zu leisten und auf freiwilliger Basis im individuellen Fall Beratung anzubieten.

4.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Dienste

Gemeindenahe ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Dienste, die gleichzeitig in gewissen Bereichen therapeutische, rehabilitative und Nachsorgeaufgaben übernehmen, sind nach den bisherigen Erfahrungen die wichtigsten Träger für Präventionsaufgaben, die sie zusammen mit den Diensten der Sozialarbeit wahrnehmen. Es handelt sich namentlich um die Erkennung und Betreuung von Risikogruppen, einschließlich der Selbstmordprophylaxe, um die Hilfe in besonderen Belastungssituationen und um die Familienprophylaxe. Wegen der Sonderprobleme in der Kindheit und im hohen Alter werden die ambulanten Dienste für Kinder, Erwachsene und Betagte zwar im allgemeinen getrennt organisiert. Darüber hinaus sollten aber die gemeinsamen Aufgabenbereiche nicht vernachlässigt werden. Da Prävention in einer frühen Lebensphase auch immer Prävention für die nachfolgenden Lebensabschnitte bedeutet, kommt den primärpräventive Bemühungen in der Kindheit eine ausgesprochene Vorrangstellung zu. Aus diesem Grunde erscheint vom Standpunkt der Primärprävention der systematische Ausbau von Familien- und Erziehungsberatungsstellen, von kinderpsychiatrischen und schulpsychologischen Diensten besonders wichtig.

Besondere Probleme, wie die soziale Integration von Randgruppen, Aufgaben bei der Resozialisierung von straffällig Gewordenen oder die Beratung bei Stadtplanungsfragen, werden sicher in Zukunft einen wichtigen Schwerpunkt der gemeindenahen Arbeit darstellen.

4.3 Gesellschaft

Es ist sicher problematisch, von Aufgaben der Gesellschaft als ganzer zu sprechen, da die Gesellschaft ja nur als abstrakter Begriff existiert und die Erfüllung der Aufgaben vom Funktionieren bestimmter Teile oder Organisationen der Gesell-

schaft abhängt. Letztlich werden hier nur Erfolge zu erzielen sein, wenn es den in der Psychotherapie und Psychiatrie Tätigen gelingt, viele immer noch bestehende Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen und die Bevölkerung von der Notwendigkeit primärpräventiver Maßnahmen zu überzeugen. Ohne ein allgemeineres Verständnis für diese Fragen dürfte es häufig nicht gelingen, die jeweils erforderlichen gesetzgeberischen Schritte einzuleiten bzw. die notwendigen Mittel aufzubringen. Praktische Möglichkeiten der Primärprävention zeigen sich vor allem auf dem Gebiet des Familienschutzes, der Schule und Ausbildung, der Arbeitsgesetze, des Umweltschutzes und des Gesundheitswesens, der Sozialgesetzgebung und der Alterssicherung.

5 Empfehlungen zur Primärprävention psychischer Störungen

Im folgenden sollten eine Reihe von Präventionsvorschlägen aufgezählt werden, die sich aus der bisherigen Diskussion ergeben. Zunächst sollen eine Reihe von allgemeinen und übergreifenden Gesichtspunkten genannt werden, sodann folgen Vorschläge, die sich auf die Primärprävention in den einzelnen Lebensphasen beziehen. Schließlich wird dann ein spezielles Modell vorgeschlagen, von dem aus man die Wirksamkeit der Primärprävention in einem umschriebenen Gebiet überprüfen könnte.

5.1 Allgemeine Gesichtspunkte

1. Sicherung der medizinischen Grundversorgung, insbesondere in der Kindheit und im höheren Alter, und Durchführung medizinischer Präventionsmaßnahmen, die letztlich primärpräventive Wirkungen im Bereich psychischer Störungen haben.
2. Präventive Betreuung von gefährdeten Patienten aller Altersstufen, besonders bei medizinischen Belastungssituationen (Hospitalisationen, Operationen, belastende Untersuchungen und Behandlungen).
3. Förderung von Schutzmaßnahmen aller Art gegen somato-physische Schädigungen, die zu psychischen Erkrankungen führen können (insbesondere Förderung von Umweltschutz, Unfallverhütung, Hygiene, Verkehrserziehung, Infektionsbekämpfung).
4. Genetische Beratung potentieller Eltern aus belasteten Familien und bei sonstigen Risiken.
5. Ausbau gemeindenaher psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste mit der Teilaufgabe Prävention.
6. Weiterer Ausbau von Beratungsdiensten mit Schwerpunkt im Bereich der Familie, namentlich in gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Förderung aller Maßnahmen zum Familienschutz. Mögliche Befreiung der Mütter von außerfamiliären beruflichen Pflichten mindestens im ersten Lebensjahr der Kinder. Entsprechende Gestaltung der Arbeits- und Sozialgesetze.
7. Kontrolle und Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz hinsichtlich der von ihm ausgehenden psychischen Belastungen.

   Intensivierung der psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Ausbildung von Arbeitsmedizinern mit dem Ziel, die diesbezüglichen Aspekte in der Arbeitsmedizin zu fördern.
8. Förderung der Sozialgesetzgebung zugunsten von Risikopopulationen (unterste Sozialschichten, Minderheitengruppen, Flüchtlinge, Obdachlose, Emigranten usw.).
9. Beseitigung von Krisenherden durch Förderung aller Maßnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Lage, der Wohnverhältnisse, der Arbeitsmöglichkeiten sowie der psychischen und körperlichen Hygiene in Elendsquartieren.
10. Psychohygienische Beratung bei allen Stadtplanungs- und bei größeren Wohnungsbauvorhaben und Mitwirkung bei Förderungsrichtlinien (kinder- und altengerechte Wohnungen, Spielflächen, Unfallrisiken).
11. Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums durch Werbeverbot und preisgestaltende Maßnahmen, beispielsweise durch eingreifende Veränderung der Steuer. — Weitere Erschwerung des Bezuges von Drogen durch entsprechende Gesetzgebung auf nationaler und internationaler Ebene und internationale Zusammenarbeit in der Bekämpfung des illegalen Handels mit Drogen. — Bekämpfung der Werbung für Medikamente aller Art sowie Erweiterung der Rezeptpflicht, insbesondere aber für Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel, die zur Abhängigkeit führen können.

5.2 Spezielle Empfehlungen, bezogen auf die einzelnen Lebensphasen

5.2.1 Schwangerschaft, Geburt und der erste Lebensmonat

1. Regelmäßige medizinische Schwangerschaftsüberwachung, ggf. unter Einsetzung eines Prämiensystems, Beratung der Schwangeren hinsichtlich der Lebensführung, körperlichen und psychischen Hygiene. Rasche und zweckmäßige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen.
2. Optimale Führung der Geburt und Spezialbetreuung bei Komplikationen.
3. Systematische medizinische Untersuchung von Neugeborenen, insbesondere zur Erfassung von Hirnschäden und Stoffwechselstörungen.
4. Beratung, Aufklärung und medizinische Überwachung bezüglich körperlicher und psychoaffektiver Säuglingspflege; Sicherung der Bildung einer Beziehung zu einer konstanten Mutterfigur, vor allem durch Entlastung der Mütter von Ar-

beitsverpflichtungen, mindestens während des ersten Lebensjahres des Kindes.

5. Mögliche Verkürzung bzw. Vermeidung von Krankenhaus- oder Heimaufenthalten bei Säuglingen und Kleinkindern; möglichst konstante und personengebundene Betreuung durch das Pflegepersonal; ausgedehntes elterliches Besuchsrecht in Krankenhäusern und Heimen.

6. Förderung der Frühadoptionen in den ersten drei Lebensmonaten. Vermehrter rechtlicher Schutz von Pflegeverhältnissen zur Erlangung der Kontinuität der Betreuung durch dieselben Pflegeeltern; Gewährung eines ausreichenden Pflegegeldes.

5.2.2 Kindes- und Jugendalter

1. Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Erfassung des gesamten, nicht nur des körperlichen Entwicklungsstandes des Kindes.

2. Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind.

3. Förderung der Betreuung von besonders gefährdeten Kindern.

4. Psychische Betreuung von Kindern in Krankenhäusern und Heimen, namentlich bei langem Aufenthalt; psychische Vorbereitung auf belastende Eingriffe und Untersuchungen; personenbezogene Pflege und ausgedehntes Besuchsrecht der Eltern.

5. Vermehrung des Angebotes von Elternschulen, Elterntraining und Elterngruppen unter Einbeziehung von Adoptiv- und Pflegeeltern.

6. Ausbau von kinder- und schulpsychologischen Beratungsstellen; gezielte Förderung von Kindern mit Schulschwierigkeiten, Förderung der Kontakte zwischen Schule und Elternhaus.

7. Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen.

8. Beratungsangebot für Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, die mit Verhaltensproblemen der Kinder konfrontiert sind.

9. Angebote zur Bearbeitung und Lösung von eigenen Einstellungen und Interaktionsproblemen für Pädagogen und andere Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen umzugehen haben, während ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung.

10. Gestaltung des Bildungsbereiches in einer Weise, daß alle Bedingungen ausgeschlossen werden, die zur Entstehung und Verfestigung psychischer Störungen beitragen können. Möglichst kurze und unfallrisikolose Schulwege, vor allem für Schulanfänger, kleine Unterrichtsgruppen, Schulsysteme, die ihrer Größenordnung nach als soziale Lern- und Erfahrungsfelder überschaubar bleiben, verbesserte Einschulungsuntersuchungen, Individualisierung des Einschulungsvorganges, Ausschluß von Diskriminierung wegen Leistungsmängeln, Verhaltensschwierigkeiten und sozialer Situationen, Einschaltung spielerischer Lernphasen in den Unterricht und stärkere Betonung von Sport, handwerklichen und künstlerischen Betätigungen. Gezielte Förderung für besondere Risikogruppen und Möglichkeit des Einzelunterrichts bei besonders schwer gestörten Kindern. Ausbau und Weiterentwicklung des schulpsychologischen Dienstes.

11. Förderung der Eingliederung Jugendlicher in die Erwachsenenwelt durch frühzeitige Klärung von Berufszielen, Intensivierung von direkten Kontakten während der Ausbildungszeit, frühes Angebot von Betätigungsmöglichkeiten, frühere Übernahme von eigener Verantwortung.

5.2.3 Erwachsenenalter

1. Schaffung eines Netzes von ambulanten gemeindenahen Ehe- und Familienberatungsstellen und Kriseninterventionszentren.

2. Ausbau von Erfassung und Betreuung von Selbstmordgefährdeten entweder im Rahmen von Kriseninterventionszentren oder in Form eigener suicidprophylaktischer Dienste.

3. Förderungsmaßnahmen zur Verhütung des Alkoholismus und Drogenmißbrauchs, insbesondere in gefährdeten Berufs- und Bevölkerungsgruppen. — Früherfassung von Alkoholgefährdeten in Zusammenarbeit mit Vertretern der somatischen Medizin, besonders der Inneren Medizin.

4. Förderung der Erwachsenenbildung, mit besonderer Berücksichtigung psychohygienischer Thematik.

5.2.4 Höheres Alter

1. Adäquate körpermedizinische Versorgung mit Schwerpunkt auf den besonderen Erkrankungen des Alters; Vorsorgeuntersuchungen bei besonderen Risikogruppen.

2. Förderung der Erfassung und Betreuung von psychisch Gefährdeten und Suicidalen durch Schaffung eines Netzes von gemeindenahen, ambulanten gerontopsychiatrischen Beratungsstellen bzw. Kriseninterventionszentren.

3. Bessere psychohygienische Betreuung von Institutionen aller Art für Betagte; Einrichtung von Beschäftigungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, Gewährleistung sozialer Kontakte, Vermehrung und entsprechende Schulung des Personals.

4. Förderung von sozialen Kontakten, Aktivitäten und Anregungen in Altenwohnheimen, Altenheimen, Altenwohnungen u. dgl., insbesondere durch Einführung von Beschäftigungsmöglichkeiten, durch Vermehrung und bessere Schulung des Personals und durch Lokalisation solcher Institutionen in der Gemeinde.

5. Einführung flexiblerer Pensionierungsgrenzen und Anpassung der Rentengesetzgebung an die gleitende Pensionierung; Förderung von Teilzeitarbeit nach der Pensionierung.

5.3 Weitere Empfehlungen

5.3.1 Modellregion zur Erprobung primärpräventiver Maßnahmen

Da die Wirksamkeit vieler Präventivmaßnahmen noch wenig gesichert ist, empfiehlt es sich, solche Präventivmaßnahmen, wie sie die Einrichtung spezieller Dienste betreffen, zunächst in einer begrenzten Region modellhaft zu organisieren und zugleich systematisch ihre Wirksamkeit zu prüfen. Im Sinne einer Schwerpunktbildung, die natürlich gleichsinnige Ansätze an anderen Orten nicht ausschließen sollte, würde dies konkret heißen, in einer derartigen „Modellregion" ein koordiniertes Gefüge von Diensten und Präventivaufgaben zu schaffen. Ihnen wäre eine Forschungsabteilung anzugliedern, deren Aufgabe es sein müßte, Methoden zur systematischen Evaluation der getroffenen Vorkehrungen auszuarbeiten. Deshalb wäre es nötig, eine derartige „Modellregion" im Bereich einer Universität mit qualifizierten, insbesondere epidemiologisch geschulten Fachleuten vorzusehen. Dadurch würde neben einem spezialisierten Studien- gleichzeitig ein Ausbildungszentrum für Prävention psychischer Störungen entstehen, was beim gegenwärtigen Stand der Dinge einer dringenden Notwendigkeit entspricht. Anbieten würde sich beispielsweise die Etablierung eines Forschungsschwerpunktes der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

5.3.2 Einsetzung einer Arbeitsgemeinschaft zur Prävention psychischer Störungen auf Bundesebene

Da das Gebiet der Prävention bisher in unserem Lande nicht genügend bearbeitet wurde und einer besseren Förderung bedarf, da andererseits wegen der Fülle der daran beteiligten Fächer und Disziplinen eine Koordination nur unter großen Schwierigkeiten gelingt, und da schließlich im Bereich der gesamtgesellschaftlichen Aspekte die Verantwortlichkeit und Zuständigkeit für präventive Maßnahmen schwer festzulegen ist, wird empfohlen, eine Arbeitsgemeinschaft zu gründen, die nicht nur aus Fachleuten der Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch aus anderen Bereichen der Primärprävention psychischer Störungen (Geburtshilfe, Kindermedizin, Unfall- und Arbeitsmedizin, Gesundheitswesen, Sozialgesetzgebung) bestehen sollte. Ihre Aufgabe wäre es, die Arbeiten in der genannten „Modellregion" zu verfolgen, Präventivmaßnahmen in weit auseinanderliegenden Sachgebieten zu koordinieren, Informationen und Ausbildung in Präventivmedizin zu fördern und den Gesundheitsbehörden und anderen interessierten Körperschaften beratend zur Verfügung zu stehen.

6 Zusammenfassung

Erst nachdem sich Psychiatrie und Psychotherapie als Fachgebiete etabliert und beträchtliche diagnostische und therapeutische Fortschritte gemacht hatten, haben präventive Gedanken in größerem Maße in diese Disziplinen Eingang gefunden. Ausgehend von den Vereinigten Staaten, wo die psychohygienischen Bestrebungen bedeutenden Einfluß erreicht haben, zeigt sich jetzt auch bei uns eine stärkere Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven Gesichtspunkten. Wegen des noch ungenügenden Wissensstandes auf diesem Gebiet und der Komplexität der Forschungsansätze ist es hier schwieriger als beispielsweise im Bereich der Therapie, gesicherte Empfehlungen zu geben. Trotzdem sollte ein Hauptakzent der künftigen Entwicklung hier liegen und es sollten viele der hier vorgeschlagenen Maßnahmen möglichst rasch verwirklicht werden. Man kann ausgehen von der individuellen Prävention, bezogen auf verschiedene Lebensphasen, wobei den präventiven Maßnahmen in der Kindheit die größte Bedeutung zukommt. Weitere Maßnahmen sind erforderlich im Bereich der Wohngemeinde, im überörtlichen Bereich und schließlich in der gesamten Gesellschaft. Voraussetzung ist die Beeinflussung der öffentlichen Meinung, so daß die Notwendigkeit psychohygienischer Maßnahmen allgemein anerkannt wird. Hier sind als Schwerpunkte zu nennen Maßnahmen, die die Familie stützen und fördern, Maßnahmen der Hilfe in Belastungssituationen und Suicidprophylaxe sowie Maßnahmen im Bereich der Körpermedizin. — Da realistischerweise nicht anzunehmen ist, daß die vorgeschlagenen Dienste und Maßnahmen bundesweit sehr rasch verwirklicht werden können, wird empfohlen, in einer begrenzten Modellregion den Anfang zu machen und hier die Koordination präventiver und therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen zu erproben. Hand in Hand damit müßte eine wissenschaftliche Auswertung der Ergebnisse erfolgen, beispielsweise durch Etablierung eines Forschungsschwerpunktes der DFG. — Um die präventiven Erfahrungen in der gesamten Bundesrepublik nutzbar zu machen und voranzubringen, erscheint es günstig, auf Bundesebene eine Kommission zur Prävention psychischer Störungen als ständige Einrichtung zu berufen, die dann die Koordination neuer Ansätze und Entwicklungen zu ihrer Aufgabe machen müßte.

F. Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik

1 Einleitung

Der Fortschritt einer medizinischen Disziplin hängt von dem Ausmaß und der Fruchtbarkeit der Forschung ab, die sie betreibt. Wissenschaftliche Ergebnisse der Gegenwart sind die Voraussetzungen für wirksame Behandlungsverfahren und Möglichkeiten der Vorbeugung in der Zukunft. Wenn deshalb im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik Mängel nicht nur in der Versorgung, sondern auch im gegenwärtigen Wissensstand festgestellt werden, welche die Ursachen verschiedener Erkrankungen, die Möglichkeiten ihrer Heilung und vor allem die Anwendung präventiver Methoden betreffen, so ist eine nachhaltige und effektive Förderung der Forschung unerläßlich.

Wegen der Kompliziertheit der Materie und der unbedingt notwendigen breiten Ermittlung der einschlägigen Forschungstätigkeit und Forschungsförderung in zahlreichen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Bereichen, mußte die Sachverständigen-Kommission darauf verzichten, einen Katalog von Gegenständen psychiatrischer und psychoterapeutisch/psychosomatischer Forschung zu erarbeiten, der — nach Prioritäten geordnet — als Vorschlag für die Forschungsaufgaben der Zukunft hätte gelten können. Sie mußte sich vielmehr darauf beschränken, die allgemeine Situation der Forschung, ihrer Organisation und Förderung in der Bundesrepublik darzustellen und Vorschläge zu machen, die sich auf die Schaffung besserer Voraussetzungen für die psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Forschung beziehen. Die Aufgabe, einen Bericht über die Lage der Forschung in der Bundesrepublik unter Einbeziehung ihrer Gegenstände und mit daraus abzuleitenden Empfehlungen zu erarbeiten, sollte nach Auffassung der Sachverständigen-Kommission einer kleinen Arbeitsgruppe von auf diesem Gebiet besonders erfahrenen Wissenschaftlern übertragen werden. Dieser Vorschlag erscheint insofern gerechtfertigt, als die in dem folgenden Kapitel niedergelegten Empfehlungen zu den generellen Voraussetzungen psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Forschung einen großen Teil der vordringlichen Maßnahmen umfassen, während die Empfehlungen zu Gegenständen und Entwicklungslinien der Forschung eher in den Bereich langfristiger Projektionen gehören dürfte.

2 Die allgemeine Situation psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Forschung

Bis in die ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts hinein nahmen die deutschsprachigen Länder eine führende Stellung in der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung ein. Das Dritte Reich hat durch drastische Eingriffe und durch die erzwungene Emigration zahlreicher Wissenschaftler dieses Forschungsgebiet in unvorstellbarer Weise zurückgeworfen. Der Verlust wissenschaftlicher Verbindungen während des 2. Weltkrieges hat das seinige dazu getan, die überaus ungünstige Ausgangslage für die Nachkriegszeit zu schaffen.

Die zu geringe Zahl aktiver Wissenschaftler, die mangelnde Herausforderung der isolierten psychiatrischen Krankenhäuser durch den Wissensfortschritt der naturwissenschaftlichen Medizin — an dem alle anderen medizinischen Fächer teilhatten — und die lange wirksame Kluft zwischen den meisten Universitäten und den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten haben den wissenschaftlichen Wiederaufbau dieser Fachgebiete nachhaltig erschwert. Hinzu kommt, daß die psychotherapeutisch/psychosomatische Forschung dadurch behindert war, daß deren Institutionen sich außerhalb der Universitäten entwickeln mußten.

Dennoch sind in der Zwischenzeit enorme Anstrengungen unternommen worden, die wenigstens auf einigen Gebieten psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Forschung den Anschluß an den internationalen Stand, in einzelnen Bereichen sogar herausragende Positionen, wiedergewinnen ließen. Es ist zu hoffen, daß auch die jetzige Enquete dazu beiträgt, überholte wissenschaftliche Frontstellungen zu überwinden, eine Brücke zwischen verschiedenen Institutionen und Fachdisziplinen zu schlagen und damit die Voraussetzungen für eine effektivere Forschung zu schaffen.

3 Prinzipien der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung

3.1

Entstehung, Symptomatik und Verlauf vieler psychischer Erkrankungen sind nicht auf eine einzige Ursache, sondern auf das Zusammenwirken mehrerer — beispielsweise biologischer, psychologischer und sozialer — Faktoren zurückzuführen. Deshalb ist ein weiter Bereich psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Forschung zwangsläufig *interdisziplinär*. Je nach dem Schwerpunkt und den Zielen einer Forschungsrichtung sind neben dem im engeren Sinne psychiatrischen und psychotherapeutischen Methoden naturwissenschaftlich-biologische und klinisch-psychologische sowie sozialwissenschaftliche Verfahrensweisen und Einrichtungen erforderlich. Psychosomatische Forschung ist in besonderer Weise auf die Zusammenarbeit mit anderen klinischen Fachdisziplinen

und — vor allem für die Grundlagenforschung — auf die Physiologie angewiesen. Für nahezu alle Forschungsprojekte, die verallgemeinerungsfähige Ergebnisse erbringen sollen, sind statistische Methoden und damit die Zusammenarbeit mit Biostatistikern und EDV-Anlagen unerläßlich geworden.

Daneben muß beachtet werden, daß ein wesentlicher Teil der Forschung auch theoretisch angeleiteter, qualitativer Untersuchungs- und Methodenansätze bedarf.

3.2

Der deutliche Rückstand, der auf einigen Gebieten der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland besteht, läßt eine verstärkte *internationale* Zusammenarbeit dringend geraten erscheinen. Sie bringt, über die wertvolle Anregung des wissenschaftlichen Erfahrungsaustausches hinaus, den Vorteil methodischen Wissens und praktisch-technischer Erfahrungen über die Durchführbarkeit von Forschungsprojekten auch dort, wo sie im eigenen Land noch nicht vorhanden sind. Schließlich erlaubt eine Zusammenarbeit über die Grenzen hinweg — wie sie vor allem durch internationale Organisationen, etwa die WHO praktiziert wird — eine arbeitsteilige Untersuchung bestimmter Fragestellungen. Unter gleichen methodischen Voraussetzungen geplante Untersuchungen, die seit langem in zahlreichen Ländern durchgeführt werden, erlauben es, die Ergebnisse miteinander zu vergleichen und neue Fortschritte darauf aufzubauen, was bei ungleichen methodischen Ansätzen nicht möglich wäre. Damit können Wiederholungsuntersuchungen vermieden und Forschungsmittel rationeller eingesetzt werden.

3.3

Die *angewandte Forschung* hat, vor allem als Therapieforschung in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik, besonders hohe Bedeutung. Während die meisten klinischen Disziplinen ständig mit Labor- und Röntgenbefunden, Operations- oder Sektionsergebnissen konfrontiert sind, fehlt eine solche „natürliche Evaluation" (Überprüfung von diagnostischen Annahmen und therapeutischen Verfahren) bei vielen psychischen Erkrankungen. Es werden wachsende Ansprüche an den Nachweis von Wirksamkeit und an die Untersuchung der schädlichen Wirkungen medikamentöser Behandlungsverfahren gestellt. Auf die Dauer wird man auch von psychologischen und sozialen Behandlungsmethoden vergleichbare Qualitätsnachweise fordern müssen. Ein gleiches gilt für die Prüfung der Versorgungsleistungen („Versorgungsepidemiologie") und Effizienz der an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Dienste.

Über dem großen Nachholbedarf an praxisbezogener Forschung darf die entscheidende Bedeutung der *Grundlagenforschung* (beispielsweise in den Nachbarfächern Biochemie, Genetik, Physiologie, Psychologie und Soziologie) nicht vergessen werden. Sie schafft die Voraussetzungen für die Erkenntnis von Gesetzmäßigkeiten, die Krankheitsprozessen und Behandlungsverfahren zugrunde liegen. Der Wissensfortschritt in vielen Bereichen der angewandten Forschung ist abhängig von der Weiterentwicklung der Grundlagenforschung.

4 Organisation der Forschung

Der größte Teil der psychiatrischen Forschung wird nach wie vor an den einschlägigen Kliniken und Abteilungen der Universitäten durchgeführt. Sie verfügen durch ihre interdisziplinäre Verbindung und die hiermit einhergehenden, nicht zu unterschätzenden Anregungen sowie durch die Ausstattung mit Personal und Hilfsmitteln — wenn auch in unterschiedlichem Maße — über die Voraussetzungen dazu. Dagegen ging die Forschung in der Psychotherapie und Psychosomatik zunächst von außeruniversitären Weiterbildungsinstituten aus. Seit es psychosomatische Abteilungen und psychotherapeutische Lehrstühle an den Universitäten gibt, hat dort Forschungsarbeit begonnen.

An großen außeruniversitären Forschungsinstituten existieren:

1. Das *Max-Planck-Institut für Psychiatrie* in München übernimmt nicht nur mit seinem Theoretischen Institut Aufgaben der Grundlagenforschung, sondern ist mit seiner Klinik auch auf dem Gebiet der angewandten Forschung tätig. Daß das Max-Planck-Institut für Psychiatrie das einzige der zahlreichen medizinischen Institute der Max-Planck-Gesellschaft ist, welches über eine volle ausgestattete Klinik (einschließlich einer Abteilung für Kinderpsychiatrie) verfügt, unterstreicht einerseits die auch von der Max-Planck-Gesellschaft erkannte besondere Bedeutung der angewandten Forschung gerade für die Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik und bildet andererseits die Voraussetzung für eine enge Verbindung von Grundlagen- und angewandter Forschung. Die Max-Planck-Gesellschaft ist auch Träger der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in München.
2. Entscheidende Beiträge zur Grundlagenforschung leisten außerhalb der Universität neben dem bereits genannten Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München noch verschiedene andere *Max-Planck-Institute* (z. B. in Frankfurt/Main und Göttingen).
3. Das erst 1975 eröffnete, vom Bund, der Stiftung Volkswagenwerk und dem Land Baden-Württemberg errichtete *„Zentralinstitut für seelische Gesundheit"* in Mannheim hat, neben seinem Schwerpunkt „psychiatrische Epidemiologie", vor allem vorsorgungsbezogene Forschung zu leisten. Um dies zu ermöglichen, verfügt es über drei Kliniken (Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie), die zusammen mit einem psychiatrischen Kranken-

haus die gemeindenahe Versorgung eines geografisch definierten Bereichs tragen sollen.

4. Im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik kommt der außeruniversitären Forschung — gegenüber der an Universitäten betriebenen — besonderes Gewicht zu. Zu nennen sind — neben anderen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten — vor allem das *Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt/Main* und die Forschungsstellen für Psychotherapie in Stuttgart und Tiefenbrunn. In diesen Instituten wird u. a. auf folgenden Gebieten gearbeitet:
   - — vergleichende Therapieforschung,
   - — Prozeß-, Verlaufs- und Katamnesenforschung,
   - — psychosomatische und psycho-physiologische Forschung,
   - — Forschung im Bereich der Gruppen- und Familienpsychotherapie.

   Psychiatrische Landeskrankenhäuser, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychotherapeutische Krankenhäuser haben in erster Linie Versorgungsaufgaben. An einigen wenigen von ihnen haben sich, zum Teil aus eigener Initiative, überwiegend aber in Zusammenarbeit mit Universitäten oder Forschungsinstituten, Forschungsstellen entwickelt, die Untersuchungen an dem sonst kaum zugänglichen Krankengut dieser Einrichtungen unter ausreichenden methodischen Voraussetzungen erlauben. In der Regel fehlen jedoch die personellen und institutionellen Voraussetzungen, um an Krankenhäusern dieser Art anspruchsvolle Forschung zu betreiben.

   Zahlreiche Unternehmen der *pharmazeutischen Industrie* haben in den vergangenen 20 Jahren psychopharmakologische Abteilungen aufgebaut. In diesen Abteilungen, deren wissenschaftlicher Schwerpunkt auf der Entwicklung von Psychopharmaka liegt, wird auch biochemische und neurophysiologische Grundlagenforschung betrieben. Die wissenschaftlichen Fragestellungen dieser Abteilungen sind aber weitgehend auf die Fortentwicklung therapeutisch brauchbarer Pharmaka ausgerichtet.

5 Forschungsförderung

Da die Grundlagen- und die angewandte Forschung wesentlich an den Universitäten zentriert sind, sollten sie finanziell in erster Linie durch die Kultushaushalte der Länder und den Bundeshaushalt — soweit er über das Hochschulbauförderungsgesetz herangezogen werden kann — getragen werden; die zur Verfügung stehenden laufenden Mittel sind aber in der Regel so knapp bemessen, daß die Durchführung größerer Forschungsprojekte auf Drittmittel angewiesen ist. Lediglich den reinen Forschungsinstituten steht ein etwas großzügigerer Forschungsetat zur Verfügung.

Wissenschaftler, die längerfristige oder aufwendigere Vorhaben planen, sind deshalb gezwungen, mindestens einen Teil der erforderlichen Mittel von anderen Förderungsinstitutionen zu beantragen. Dabei spielt die Unterstützung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft die wichtigste Rolle. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft Forschungsvorhaben der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik sowohl im Rahmen von Schwerpunktprogrammen als auch in der Form von Einzelprojekten gefördert. Übersichten über die durch die DFG in den Jahren 1970 bis 1974 geförderten Forschungsvorhaben zeigen allerdings, daß das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik im Vergleich zu anderen Gebieten der Medizin einen verhältnismäßig bescheidenen Anteil der Gesamtförderung beansprucht. Das verhältnismäßig junge Forschungsinstrument der Sonderforschungsbereiche, das für die mittel- und langfristige Bearbeitung bestimmter interdisziplinärer Fragenbereiche entwickelt wurde, erscheint für verschiedene Gebiete der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung besonders geeignet. Bisher sind aber nur drei diesen Fachgebieten vorwiegend zuzuordnende Sonderforschungsbereiche vom Hauptausschuß der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufgenommen worden.

Die relativ geringe Beteiligung psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Projekte an den Förderungsmöglichkeiten der DFG hängt allerdings mit einer geringeren Anzahl an Antragstellern und einer vergleichsweise unzureichenden wissenschaftlichen Qualität von Anträgen zusammen.

Im Jahre 1973 förderte die DFG 50 Forschungsvorhaben in der „Psychologischen Medizin" (Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik) im Normalverfahren mit rd. 1 350 000 DM. Für insgesamt drei Sonderforschungsbereiche dieses Gebietes wurden im gleichen Jahr 3 663 000 DM aufgebraucht. Die finanzielle Förderung in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik betrug 1973 somit rund 5 000 000 DM; das ist weniger als 1 % der von der DFG aufgebrachten Bewilligung für Forschungsförderung (Gesamtsumme 1973: rd. 540 Millionen DM).

Bund und Länder fördern die psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Forschung in einem nur sehr bescheidenen Rahmen auch noch außerhalb der Haushaltsansätze für die Universitäten. Von den in der Forschungsförderung tätigen Stiftungen (Volkswagenstiftung, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, Thyssen-Stiftung) hat lediglich die Stiftung Volkswagenwerk in Einzelfällen erhebliche Mittel für die psychiatrische sowie die psychotherapeutisch/psychosomatische Forschung bereitgestellt.

6 Schwierigkeiten und Hindernisse der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung

Die ungünstige Ausgangssituation der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschung nach dem Krieg hat bis in die Gegenwart hinein einen Mangel an theoretisch und me-

thodisch hinreichend geschulten und in der wissenschaftlichen Praxis erfahrenen Psychiatern und Psychotherapeuten zur Folge gehabt. Dieser Mangel hängt nicht nur mit der geringen Zahl an Forschungsstätten zusammen, die eine breite und gründliche Ausbildung für junge Wissenschaftler ermöglichen, sondern mit der absolut unzureichenden Zahl von Lebenszeitpositionen für Wissenschaftler dieser Fachgebiete. Die höheren Verdienstmöglichkeiten für Ärzte in den meisten Bereichen praktischer Tätigkeit verringern zudem die Motivation des medizinischen Nachwuchses für eine Forschungstätigkeit. Dies, aber auch die bessere Schulung in psychologischer Methodik, hat — ähnlich wie in anderen Ländern — dazu geführt, daß Psychologen zunehmend an der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Forschungsarbeit teilnehmen. Dabei muß bedacht werden, daß der Arzt nach Abschluß seines Studiums, selbst unter den verbesserten Voraussetzungen der neuen Approbationsordnung, über ungleich mehr Wissen im Bereich der naturwissenschaftlichen Methoden als im psychologischen oder sozialwissenschaftlichen Bereich operationaler Forschung verfügt.

Zunehmend ungünstig wirkt sich für das an den Universitäten tätige wissenschaftliche Personal die Tatsache aus, daß die — gerade für die Fächer des „nervenheilkundlichen Stoffgebiets" ins Gewicht fallenden Ausweitungen der Lehrverpflichtungen im Rahmen des Vollzugs der neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) dem einzelnen Wissenschaftler immer weniger Zeit für Forschungsarbeit lassen. Dennoch wäre es eine falsche Konsequenz, wenn versucht werden sollte, Lehre und Forschung organisatorisch voneinander zu trennen. Nur wenn Studenten während des Hochschulstudiums in der Medizin, in der Psychologie usw. nicht nur Wissen vermittelt wird, sondern auch weiterhin Impulse zur Forschung gegeben werden können, wird sich die Situation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung verbessern.

Die Besonderheit der Probleme und Fragestellungen in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik zwingt zur Entwicklung von neuartigen, den speziellen Problemen adäquaten Untersuchungs- und Auswertungsmethoden. Bisher wurde methodischen und theoretischen Problemen der Forschung auf den Gebieten der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik großenteils zu wenig Bedeutung beigemessen, was zur Veröffentlichung zahlreicher nicht verallgemeinerungsfähiger Ergebnisse geführt hat und immer noch führt.

7 Vorschläge

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

G. Personalbedarf

1 Vorbemerkung

Die Ausgangsdaten für den Versuch einer Abschätzung des Personalbedarfs im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter basieren auf den Daten, die durch die Erhebung der Sachverständigen-Kommission vom 30. Mai 1973 zugänglich geworden sind. Wie bereits im Kapitel ‚Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland' dargelegt, sind diese durch die Erhebung gewonnenen Informationen in vielfacher Hinsicht unvollkommen.

Das gleiche gilt für die Daten, die dem Gutachten zur Ermittlung des Personalbedarfs zu Grunde gelegt wurden; dieses Gutachten ist von der Sachverständigen-Kommission an das SAB-Institut, Institut für Sozioökonomische Strukturforschung, Köln, vergeben worden.

Generell kann gesagt werden, daß genauere Aussagen lediglich im ärztlichen Bereich und im Bereich des Pflegepersonals gemacht werden können. Nur sehr begrenzte Aussagen sind dagegen im psychologischen Bereich, in den Bereichen der Sozialarbeit und der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie im pädagogischen Bereich möglich.

2 Probleme der Bedarfsermittlung

Ermittlungen über den Bedarf an Personal verschiedener Berufsgruppen, die für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter benötigt werden, sind von zahlreichen Faktoren beeinflußt. Zu nennen sind u. a.

Krankheitsverhalten der Bevölkerung,
therapeutische Konzepte,

Verhältnis von ambulanten, teilstationären und stationären sowie weiteren komplementären Einrichtungen,

Attraktivität der Einrichtung,

Größe und Struktur der Einrichtung,

Patientendurchgang (Aktivitätsindex),

Anteil der Auszubildenden am gesamten Personal,

Art der Dienstgestaltung (Schichtdienst, durchgehender Dienst etc.),

Finanzielle Bedingungen.

Der Personalbedarf zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter entwickelt sich aus den jeweils lokalen bzw. regionalen Bedürfnissen und verdichtet sich im allgemeinen zu sogenannten Anhaltszahlen bzw. Bettenschlüsseln, die von Fachgesellschaften, Trägern o. dgl. seit längerem entwickelt worden sind.

Nimmt man diese Anhaltszahlen zur Hand und rechnet sie z. B. auf die Gesamtzahl vorhandener oder gar neu zu schaffender Betten oder Plätze in der Bundesrepublik Deutschland hoch, so ergeben sich regelmäßig Zahlen, die weit außerhalb dessen liegen, was im ganzen realisierbar ist.

Zu ähnlichen Ergebnissen ist auch die Sachverständigen-Kommission bei Diskussionen über den Bedarf an Personal für die Dienste im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gekommen. Die Arbeitsgruppen haben jeweils aus ihrem Gesichtswinkel ein Optimum an Personalausstattung für die verschiedenen Berufsgruppen angegeben. Diese Angaben wurden gesammelt und hochgerechnet (vgl. hierzu das im Anhang abgedruckte Gutachten des SAB-Instituts). Auch hier ergab sich, daß der Umfang des angemeldeten Bedarfs in keinem realisierbaren Verhältnis zu erkennbaren Ressourcen steht.

Ein weiteres Problem bei der Ermittlung des Personalbedarfs ergibt sich daraus, daß nicht in allen Berufsgruppierungen ein Optimum an personeller Besetzung von Diensten mit ausreichender Genauigkeit angegeben werden kann. Zwar kann man z. B. davon ausgehen, daß mit Sicherheit eine Krankenstation mit akut Erkrankten auch über einen Stationsarzt und entsprechendes Pflegepersonal verfügen muß, jedoch liegen etwa über den optimalen Bedarf an Sozialarbeitern oder Beschäftigungstherapeuten eines großen psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Fachabteilung an einem allgemeinen Krankenhaus keine empirisch genügend abgesicherten, allgemeingültig gewordene Erkenntnisse vor. Hier besagen im Grunde alle Anhaltszahlen nichts anderes, als daß diese Kategorien therapeutischer Mitarbeiter mit Sicherheit unterbesetzt sind.

Die Bedarfsermittlung wird des weiteren dadurch erschwert, daß die isolierte Betrachtung einzelner Berufsgruppen, mit dem Ziel definierte Anhaltszahlen zu gewinnen, vermutlich zu einem verzerrten Gesamtbedarf führt. Ärzte, Psychologen und medizinische Assistenzberufe arbeiten nicht nebeneinander her, sondern miteinander und ergänzen sich gegenseitig zu gewissen Anteilen. In die Rechnung müßte daher eingehen, in welchem Umfange Tätigkeitsfelder der einzelnen Personalgruppen sich gegenseitig überlappen. Der durch die Feststellung solcher Überlappungsbereiche zu erzielende Rationalisierungseffekt ist schwer feststellbar und läßt sich in vereinfachten Anhaltszahlen kaum darstellen.

Schließlich ist zu bedenken, daß die Ermittlung des Personalbedarfs in starkem Maße von Bezugsgrößen abhängig ist, die den Berechnungen zugrunde gelegt werden sollen. Solche Bezugsgrößen sind z. B.:

Bevölkerungszahlen in Versorgungsgebieten bzw. Zahl der Gesamtbevölkerung,

Behandlungsbedürftige Personen in Bevölkerungsgruppen,

Betten und Plätze in Einrichtungen.

Die Berechnung des Personalbedarfs führt je nach Verwendung einzelner Bezugsgrößen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

3 Schätzung des Personalbedarfs für einige ausgewählte Berufsgruppen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf Bundesebene

3.1 Ärztlicher Bereich

3.1.1 Ressourcen

Für die Ermittlung des künftig zu erwartenden Zuwachses an Ärzten für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hat das SAB-Institut ein Prognosemodell erarbeitet, in dem neben der Fortschreibung des gegenwärtigen Bestandes (= Restangebot) die Projektion des zu erwartenden Neuzugangs (= Neuangebot) Berücksichtigung fand.

Bei der Berechnung des Restangebotes ist die Altersstruktur der erwerbstätigen Fachärzte sowie die Überlebensquote der jeweiligen Altersgruppen nach der entsprechenden Sterbetafel beachtet worden. Bei der Ermittlung des Neuangebotes sind folgende Daten in die Berechnung eingegangen:

Anzahl der Personen, die im Laufe des jeweiligen Jahres 19 Jahre alt werden;

Anteil der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des jeweiligen Jahres 19 Jahres alt werden;

Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern;

Anteil der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an den Studienanfängern dieser Fachrichtung;

Anteil der erteilten Approbationen an den bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin";

Anteil der Facharztanerkennungen an den erteilten Approbationen;

Anteil der Facharztanerkennung für Psychiatrie und Neurologie an allen Facharztanerkennungen.

Für die Ermittlung des Gesamtangebotes wurden das jeweilige Restangebot und das zu erwartende Neuangebot addiert. (Die einzelnen „Rechenschritte" wie auch die alternativen Berechnungen für die zugrunde gelegten Annahmen einer — gemessen an dem Trend der vergangenen Jahre — positiveren bzw. negativeren Entwicklung können dem Gutachten entnommen werden.)

Bei der Berechnung des zu erwartenden Zuwachses an Ärzten im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist das SAB-Institut von folgenden Zahlen ausgegangen:

Ende Mai arbeiteten in den stationären Einrichtungen (ohne Berücksichtigung des Heimsektors)

1 177 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie,

70 Fachärtze für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1 131 sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit.

Bei den letzteren handelt es sich um Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt befanden. Insgesamt waren somit 2 378 Ärzte an der Versorgung psychisch Kranker in Krankenhäusern beteiligt. Ferner wurde angenommen, da exakte Angaben nicht zu erhalten waren, daß ca. 100 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie im gesamten Bereich der Heime und Anstalten für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte arbeiteten; ferner, daß ca. 1 000 niedergelassene Nervenärzte in eigenen Praxen tätig waren und weitere 250 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiteten.

Da bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission auch Krankenhausärzte erfaßt wurden, die nur vorübergehend für relativ kurze Zeit in der Psychiatrie tätig waren, weil sie sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie befanden, und da in den Praxen der niedergelassenen Nervenärzte im unterschiedlichen Umfang Patienten rein neurologisch versorgt werden, wurde der Anfangsbestand in diesen Bereichen angemessen reduziert. — Insgesamt wurde somit als „Restangebot" im Mai 1973 ein Bestand von 3 358 Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit zugrunde gelegt. Bei diesem Restangebot blieben die ärztlichen Fachpsychotherapeuten unberücksichtigt, die jedoch zu einem erheblichen Teil bereits in den angegebenen Zahlen mitenthalten sind.

Die künftige Entwicklung im ärztlichen Bereich wird vom SAB-Institut — bei Zugrundelegung der Annahmen, daß der Anteil der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an der Gesamtzahl aller Facharztanerkennungen bei 6 % (ungünstige Entwicklung), bei 7 % (mittlere Entwicklung) bzw. bei 8 % (günstige Entwicklung) liegt — folgendermaßen beurteilt:

Im Jahre 1975 sind es insgesamt	4 021	4 141	4 261
Im Jahre 1980 sind es insgesamt	4 547	4 818	5 088
Im Jahre 1985 sind es insgesamt	4 807	5 204	5 599
Im Jahre 1990 sind es insgesamt	5 173	5 721	6 267
Im Jahre 1995 sind es insgesamt	5 627	6 338	7 047
Im Jahre 2000 sind es insgesamt	6 067	6 922	7 773

Bei der projizierten Entwicklung wird davon ausgegangen, daß unvorhersehbare und einschneidende

Veränderungen (wie z. B. Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten, gravierende Veränderung der Ausbildungsgänge) nicht eintreten werden und daß sich der erkennbare Trend der vergangenen Jahre in etwa fortsetzt.

Aus den Projektionswerten ergibt sich somit, daß ab 1975 mit folgendem Zuwachs an Ärzten gerechnet werden kann, wenn man die Annahme zugrundelegt, daß (ab 1973) der Anteil der Facharztanerkennungen im Bereich der Psychiatrie an den gesamten Facharztanerkennungen künftig bei 6 % (ungünstige Entwicklung), bei 7 % (zu erwartende Entwicklung) oder gar bei 8 % (günstige Entwicklung) liegt.

Stand 1975	4 021	4 141	4 261
Hinzu kommen			
bis 1980	526	677	827
bis 1985	786	1 063	1 338
bis 1990	1 152	1 580	2 006
bis 1995	1 606	2 197	2 786
bis 2000	2 046	2 781	3 512

3.1.2 Schätzung des Bedarfs im ärztlichen Bereich

3.1.2.1 Schätzung des Bedarfs an Ärzten in der stationären Versorgung

Nach der Erhebung der Sachverständigen-Kommission vom 30. Mai 1973 waren 2 378 Ärzte in Krankenhauseinrichtungen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligt. Setzt man diese Zahl mit der Gesamtzahl der 111 450 Betten in den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen in Beziehung, so ergibt sich durchschnittlich eine Relation von einem Arzt auf 1 : 47 (1 : 46,9) Betten. In den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beläuft sich diese Relation auf 1 : 60 (1 : 59,8).

Diese Zahlen vermitteln nur einen globalen Überblick. Dies im Bereich der psychiatrischen Fachkrankenhäuser insbesondere deswegen, weil in die Berechnung ein relativ hoher Anteil von Betten für langfristig Hospitalisierte (chronisch Kranke und Behinderte) eingeht, der naturgemäß einer weitaus geringeren Betreuung durch Ärzte bedarf als der Akutbereich. Der Informationsgehalt der beiden Verhältniszahlen 1 : 47 bzw. 1 : 60 muß ferner deshalb relativiert werden, weil — wie im Kapitel A. 4 „Bestandsaufnahme und Analyse zur gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland" aufgeführt — vor allem zwischen den 130 Fachkrankenhäusern erhebliche Differenzen in der ärztlichen Besetzung zu verzeichnen sind. So sind bei den Krankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten Häuser anzutreffen, die über eine Arzt/Betten-Relation von 1 : 25 verfügen, wohingegen andere Häuser eine Arzt/Betten-Relation von über 1 : 150 aufweisen.

Eine Bedarfsplanung an ärztlichem Personal muß auf der Grundlage der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission davon ausgehen, daß der Bereich nicht krankenhausbedürftiger Kranker und Behinderter mit der Zeit angemesseneren Betreuungsformen außerhalb der Krankenhäuser zugeführt wird, so daß in diesen schließlich am Zielpunkt der Planung nur noch Krankenhausbedürftige behandelt werden. Zwar bedürfen auch chronisch Kranke und Behinderte einer überwiegend konsiliarischen ärztlichen Betreuung, jedoch wird der größte Teil der Ärzte dort zu konzentrieren sein, wo der stationäre Krankenhausdienst diese Berufsgruppe benötigt. Eine gewisse Zahl der im stationären Dienst tätigen Ärzte wird überdies einen Teil ihrer Tätigkeit in die komplementären Dienste verlagern können.

Auf der Basis dieser globalen Betrachtung empfiehlt die Sachverständigen-Kommission *eine Verbesserung der Arzt/Betten-Relation* für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser von 1 : 60 *auf 1 : 40 im Verlauf der nächsten 10 bis 15 Jahre.* Dies würde eine rein quantitative Vermehrung von Psychiatern im stationären Dienst um etwa 820 bedeuten, wodurch die Ressourcen, wie sie dem SAB-Gutachten zu entnehmen sind, etwa um die Hälfte ausgeschöpft wären.

Berücksichtigt man hierbei, daß im Verlauf der angegebenen Zeitstrecke eine durchgreifende Verminderung der Bettenkapazität durch Verlagerung des Behinderten-Bereiches aus den psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Realisierung nähergebracht werden könnte, würde nach überschlägiger Berechnung die Arzt/Betten-Relation im verbleibenden stationären Bereich der akuten und mittelfristigen Versorgung sich etwa bei 1 : 20 bis 1 : 25 einpendeln können. Bei dieser Bedarfsschätzung sind die Zahlen für Funktions- und Chefärzte sowie für Ärzte in ambulanten und extramuralen Diensten, die vom Krankenhaus wahrgenommen werden, eingerechnet. Eine weitere Verbesserung ist durch den Einsatz klinischer Psychologen in nennenswertem Umfang zu erwarten, da die Tätigkeit klinischer Psychologen zu einer Entlastung im ärztlichen Bereich führt.

Eine derartig globale Zuteilung in den Sektor ärztlicher Versorgung im stationären Krankenhausbereich garantiert naturgemäß nicht, daß es zu einem Ausgleich der in A. 4.2.2.3 beschriebenen starken strukturellen Differenzen zwischen den einzelnen Häusern kommt. Vielmehr besteht ohne entsprechende Gegenmaßnahmen die Gefahr, daß sich heute schon personell gut ausgestattete Häuser noch verbessern und daß Häuser mit schlechter personeller Besetzung sich noch weiter verschlechtern. Einer solchen überaus prekären Entwicklung muß dadurch entgegengewirkt werden, daß sich die Träger entschließen, Häusern mit ungünstiger personeller Situation Förderungen zuteil werden zu lassen, die sie attraktiver machen. Darüber hinaus werden Überlegungen angestellt werden müssen, ob nicht einige hierfür geeignete psychiatrische Krankenhäuser einer anderen Zweckbestimmung im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behin-

derter zugeführt werden können (s. a. Kapitel B. 3.3.1 „Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen"). Die Sachverständigen-Kommission ist sich allerdings darüber im klaren, daß die Attraktivität einzelner psychiatrischer Krankenhäuser, wie sich schon jetzt zeigt, nicht allein von der geografischen Lage, der Größe und den Möglichkeiten monetärer Sonderzuwendungen abhängig ist, sondern ganz entscheidend von der Person des leitenden Arztes und dem in der Einrichtung praktizierten therapeutischen Stil bestimmt wird. Der Neubesetzung freiwerdender Stellen für Direktoren in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen mit qualifizierten Ärzten wird daher in der Zukunft besondere Bedeutung zukommen.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß unter strikter Berücksichtigung einer Bettenausgliederung des Behindertenbereiches die Empfehlung der Sachverständigen-Kommission, psychiatrische sowie psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Schwerpunkt-Krankenhäusern — wo immer möglich — anzugliedern, nicht zu einer wesentlichen Erhöhung der Gesamtbettenzahl führen soll und darf. Die vorgeschlagene Personalvermehrung im ärztlichen Sektor steht daher auch für die neugeschaffenen psychiatrischen sowie psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen zur Verfügung.

3.1.2.2 Schätzung des Bedarfs an Ärzten in der ambulanten Versorgung

Wie aus Kapitel A. 4 („Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland") zu entnehmen ist, liegt bei Zugrundelegung einer pauschalen Richtzahl von einem niedergelassenem Nervenarzt je 50 000 Einwohner ein rechnerischer Fehlbedarf von etwa 330 Fachärzten in der Bundesrepublik Deutschland vor. Da — wie in dem erwähnten Kapitel bereits ausgeführt — ein Teil der Tätigkeit der niedergelassenen Nervenärzte sich im neurologischen Bereich abspielt, dürfte der Fehlbedarf höher liegen. Ferner liegt ein außerordentlich hoher Nachholbedarf für praktizierende Fachpsychotherapeuten vor. Rechnet man beide Gruppen, die sich teilweise überschneiden, zusammen, würde die Sachverständigen-Kommission empfehlen, daß in den nächsten 10 bis 15 Jahren die Zahl der niedergelassenen Fachärzte und ärztlichen Fachpsychotherapeuten zusammen um etwa 800 erhöht wird.

In Analogie zum Krankenhausbereich bestehen auch bei der Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte und Fachpsychotherapeuten ganz beträchtliche strukturelle Verzerrungen mit einer auffälligen Zusammenballung der Praxen in dicht besiedelten Gegenden. Auch hier wird die Verbesserung der Versorgung nicht allein durch eine quantitative Kostendeckung eines numerischen Bedarfes erreichbar sein, sondern durch eine gleichmäßige und rationellere Verteilung der ansonsten schon begrenzten Ressourcen.

3.1.2.3 Bedarf an Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst

Ein verstärkter Bedarf an Fachpsychiatern in den Gesundheitsämtern bzw. der neu aufzubauenden Gesundheitsfachverwaltung ist zweifelsfrei festzustellen. Die Zahl der z. Z. im öffentlichen Gesundheitsdienst ca. 250 psychiatrisch tätigen Ärzte und Fachärzte sollte im Laufe der nächsten 10 bis 15 Jahre um etwa 100 vermehrt werden.

3.1.3 Bedarfsdeckung versus Ressourcen auf Bundesebene

Die globalen Berechnungen des Bedarfs im ärztlichen Sektor auf Bundesebene beziehen sich auf den Zeitraum der nächsten 10 bis 15 Jahre ab 1975. Die Berechnung überschreitet die vom SAB-Institut berechneten mittleren Prognosewerte, die davon ausgehen, daß die Facharztanerkennung für Psychiatrie und Neurologie anteilmäßig bei 7 % an der Gesamtzahl aller Facharztanerkennungen liegen. Die Berechnung nähert sich dem günstigeren Wert, den das SAB-Institut bei einer Quote von 8 % approbierter Ärzte, die sich entschließen, in der Versorgung psychisch Kranker tätig zu werden, angegeben hat. Die Sachverständigen-Kommission möchte ihrer Erwartung Ausdruck geben, daß sich bei allem Bemühen um eine realitätsbezogene Bedarfsplanung und den bekannten Grenzen, die durch den fortbestehenden Numerus clausus in den infrage kommenden Fächern gegeben sind, eine verstärkte Hinwendung von Studierenden und Ärzten zu einem Fach ergeben wird, dessen notwendige und in Gang befindliche Reform auch seine Anziehungskraft verstärken wird.

3.2 Psychologischer Bereich

3.2.1 Ressourcen

Es ist sehr schwer, zu Aussagen über verfügbare Ressourcen an ausgebildeten Psychologen zu kommen, da gegenwärtig nur unzureichend Daten über die Tätigkeit dieser Berufsgruppe im Bereich der Versorgung psychisch Kranker vorliegen.

Aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission ist bekannt, daß im Mai 1973 insgesamt 374 Psychologen in der stationären Versorgung psychisch Kranker tätig waren. Über den Umfang ambulanter Tätigkeit durch Psychologen ist zusammenfassend nichts bekannt. Ebenso liegen ausreichende Angaben über die Tätigkeit von Psychologen in den vielfältigen Beratungsdiensten nicht vor. Hinzu kommen ca. 200 Fachpsychotherapeuten mit psychologischer Grundausbildung.

Die in den vergangenen Jahren deutlich zu verzeichnende Zunahme an Psychologie-Studenten hat inzwischen zur Einführung des Numerus clausus geführt, so daß der überdurchschnittlich starke Zuwachs an Studenten in dieser Fachrichtung sich nicht länger fortsetzen wird.

Dennoch kann damit gerechnet werden, daß in Zukunft deutlich mehr Psychologen als in der zurückliegenden Zeit um eine Tätigkeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

nachsuchen werden. Deutlicher Hinweis für diesen Trend sind die Wartelisten an den psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten, die Bildung von Berufsverbänden für Verhaltens- und Gesprächstherapeuten sowie die Bildung der ‚Sektion Klinische Psychologie' im Berufsverband Deutscher Psychologen, die seit 1971 eine berufsbegleitende Weiterbildung zum Fachpsychologen für Klinische Psychologie propagiert.

3.2.2 Bedarf an Psychologen

Wenngleich nicht angegeben werden kann, in welchem Umfang Psychologen in der Versorgung psychisch Kranker, seelisch und geistiger Behinderter benötigt werden, kann dennoch übereinstimmend festgestellt werden, daß die gegenwärtige Situation durch einen ausgesprochenen Mangel an klinisch tätigen Psychologen gekennzeichnet ist, der sich z. B. darin zeigt, daß in den Fachkrankenhäusern im Mai 1973 durchschnittlich eine Psychologen/Betten-Relation von 1 : 506 gegeben war. Aus dieser äußerst unzureichenden Relation wird ersichtlich, daß noch auf lange Sicht eine Vielzahl von Psychologen benötigt wird. Gleiches gilt für den Bereich der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung, wo ein sehr großer Bedarf an Fachpsychotherapeuten mit psychologischer Grundausbildung vorhanden ist.

Es ist zu erwarten, daß die Entwicklung — die vor 20 Jahren damit begann, daß Psychologen zunächst fast nur in psychiatrischen Universitätskliniken, dann aber auch zunehmend in anderen Einrichtungen arbeiteten, wobei sie zunächst nur mit diagnostischen Aufgaben, später mit beratenden Tätigkeiten und schließlich mit der Übernahme therapeutischer Funktionen betraut wurden — nunmehr dazu führt, daß die attraktiv gewordenen Tätigkeitsfelder im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einen größeren Zustrom an qualifizierten Psychologen gewährleisten.

3.3 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

3.3.1 Ressourcen

Im Mai 1975 waren in der Bundesrepublik Deutschland 286 Psychagogen tätig. Weitere 309 Pädagogen, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen befanden sich zu dieser Zeit an einem der elf Institute der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie in der Weiterbildung.

Eine verläßliche Einschätzung der Personalressourcen in diesem Bereich ist erschwert dadurch, daß nicht bekannt ist, wie groß das Interesse bei Pädagogen, Sozialarbeitern und Sozialpädaogogen an einer derartigen Qualifikation ist. Voraussetzung für die Weiterbildung zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist — nach Abschluß des Studiums — eine dreijährige praktische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen. Die Weiterbildungszeit beträgt mindestens vier Jahre.

3.3.2 Bedarf an Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen ist ein enormer Bedarf an Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zu verzeichnen. Wenngleich die Kapazität der bestehenden Weiterbildungsinstitute gegenwärtig bereits ausgelastet ist, so ist dennoch deutlich zu erkennen, daß nur durch eine erhebliche Vermehrung der Weiterbildungsplätze der Mangel an Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) behoben werden kann.

3.4 Pflegepersonal

3.4.1 Ressourcen

Die künftige Entwicklung im Pflegebereich kann aufgrund der verfügbaren statistischen Unterlagen relativ gut eingeschätzt werden. Anhand eines Prognosemodells, das vergleichbar ist mit dem, welches bei der Berechnung des zu erwartenden Zuwachses im ärztlichen Bereich Anwendung fand, hat das SAB-Institut eine Fortschreibung der bisherigen Entwicklung im Pflegebereich bis zum Jahre 2000 vorgenommen.

Ausgehend von dem Stand des Pflegepersonals, das im Mai 1973 in der stationären Versorgung psychisch Kranker tätig war, ergab die Projektion folgendes Gesamtangebot an Pflegepersonen unterschiedlicher Qualifikation, wobei auch hier alternative Projektionen erstellt wurden: Bei einer *ungünstigen Entwicklung* (Fortschreibung des 1972 erreichten Anteils von in der Ausbildung zu Krankenpflegepersonen befindlichen an der Gesamtzahl der 17- bis 20jährigen) liegt der Zuwachs deutlich unter der *für wahrscheinlich gehaltenen Entwicklung* (Fortschreibung des seit 1960 bestehenden Trends um die Hälfte, da mit einem Fortgang eines derart starken Zugangs kaum gerechnet werden kann) und einer *überaus günstigen Entwicklung* (Fortsetzung des seit 1960 zunehmenden Anteils von 17- bis 20jährigen an der Ausbildung zu Krankenpflegepersonen).

Es sind:

1975	30 337	30 642	31 128
1980	37 635	39 305	41 698
1985	46 345	50 815	56 692
1990	51 461	59 319	69 247
1995	55 469	66 941	81 143
2000	59 304	75 049	94 376

Generell kann gesagt werden, daß der zu erwartende Zuwachs an Pflegepersonen als durchaus zufriedenstellend angesehen werden kann. Wenn der Trend sich in der vorhergesagten Weise (mittlere Variante) bestätigt, dann ist innerhalb der nächsten 15 Jahre mit einer Verdoppelung des Personals im Pflegebereich zu rechnen.

3.4.2 Bedarf an Pflegepersonal

Gegenwärtig ist in zahlreichen Einrichtungen ein oft gravierender Mangel an Pflegepersonal zu verzeichnen, so daß zahlreiche Planstellen deshalb nicht entsprechend besetzt werden können. Eine derartige Situation macht nicht selten eine Beschränkung auf unbedingt notwendige pflegerische Tätigkeiten erforderlich, wodurch häufig ein überwiegend kustodialer Umgangsstil bestärkt wird, da ausreichendes Personal für systematische Aktivierungsprogramme, insbesondere im Bereich der mittel- und langfristig Untergebrachten, nicht zur Verfügung steht.

Wenn sich die ermittelten Ressourcen als realistisch erweisen und somit in den folgenden Jahren mit einem deutlichen Zuwachs an Pflegepersonen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gerechnet werden kann, dann zeichnet sich eine durchaus günstige Entwicklung ab, die es zuläßt, den akuten Fehlbedarf abzudecken. Darüber hinaus wird es möglich sein, dem Pflegepersonal durch Fortbildungsveranstaltungen vermehrt Kenntnisse über psychosoziale Zusammenhänge und zeitgemäße Therapiemöglichkeiten zu vermitteln. Gleichzeitig sollte dem Pflegepersonal ein Bereich erschlossen werden, dem sich diese Berufsgruppe bislang noch zu wenig hat zuwenden können —, nämlich den vielfältigen Tätigkeiten zur Vermeidung sekundärer Behinderungen bei hospitalisierten Patienten. So wird es z. B. in vielen Fällen zweckmäßig sein, Krankenpflegepersonen damit zu betrauen, mit Patienten Sport zu betreiben, Freizeitprogramme zu erstellen und in einem gewissen Umfang Beschäftigungs- und Arbeitstherapie durchzuführen. Gerade die Beteiligung des Pflegepersonals an der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie wird in absehbarer Zeit deshalb so dringend erforderlich sein, weil die Ressourcen bei diesen spezialisierten Berufsgruppen in der nächsten Zeit noch begrenzt sein werden. Ein Tätigwerden von Pflegepersonen in diesen Bereichen wird sich zudem auch in den übrigen Krankenhausbereichen positiv auswirken.

3.5 Bereich der Sozialarbeit

3.5.1 Ressourcen

Die Schwierigkeiten, Aussagen über Personalressourcen im Bereich der Sozialarbeit zu machen, sind vergleichsweise größer als im Bereich der Psychologen.

Dies hängt insbesondere damit zusammen, daß es zuverlässige statistische Grunddaten kaum gibt. Aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission ist nur bekannt, daß im Mai 1973 im Bereich der stationären Versorgung psychisch Kranker insgesamt 457 Sozialarbeiter tätig waren. Es kann davon ausgegangen werden, daß das Gros dieser Sozialarbeiter über eine formale Qualifikation verfügt, die nicht vergleichbar ist mit der Ausbildung, die seit 1971 an den Fachhochschulen für Sozialwesen vermittelt wird, da die Ausbildung von Sozialarbeitern zuvor an Höheren Fachschulen und an Fachschulen erfolgte.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß die Bereiche der Sozialarbeit und Sozialpädagogik weder von den gegenwärtig an den Fachhochschulen vermittelten Ausbildungsinhalten noch von den Berufsbezeichnungen der Absolventen und den beruflichen Tätigkeiten her eindeutig unterscheidbar sind. Aus diesem Grund gibt es auch Bestrebungen, diese Unterscheidung künftig nicht länger beizubehalten.

Ein Problem besteht weiterhin darin, daß nicht bekannt ist, wie viele Sozialarbeiter/Sozialpädagogen nach Beendigung ihrer Ausbildung an einer Fachhochschule eine berufliche Tätigkeit aufnehmen. Der Anteil derjenigen, die ein Universitätsstudium anschließen, ist in den vergangenen Jahren auf ca. 30 % der Fachhochschul-Absolventen angestiegen.

Da in der Zwischenzeit auch in den Fachhochschulen für Sozialwesen der Numerus clausus eingeführt worden ist, wird sich der enorme Zuwachs an Studenten, so wie er sich in den vergangenen Jahren abzeichnete, abschwächen.

Über den Anteil der Fachhochschul-Absolventen, die in Zukunft im Bereich des Gesundheitswesens arbeiten, kann gegenwärtig keine Aussage gemacht werden. Ebenso ist unklar, in welchem Umfang sich künftig Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligen werden.

3.5.2 Bedarf an Sozialarbeitern

Eine Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die sich an der Gemeinde orientiert und verstärkt extramural tätig ist, wird künftig einen großen Bedarf an qualifizierten Sozialarbeitern und Sozialpädagogen haben, um insbesondere die vielfältigen beratenden und rehabilitativen Aufgaben verwirklichen zu können. Wegen fehlender empirischer Grundlagen ist es jedoch schwer zu beurteilen, wann die an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Institutionen optimal mit Sozialarbeitern und Sozialpädagogen ausgestattet sind.

Um Sozialarbeiter und Sozialpädagogen für die Arbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu gewinnen, wird es einerseits erforderlich sein, die Vermittlung von Kenntnissen über die spezifischen Belange von deren Versorgung mehr als bisher in die Ausbildung an den Fachhochschulen einzubeziehen. Auf der anderen Seite wird jedoch das traditionelle Arbeitsangebot in psychiatrischen Krankenhäusern erst dann für den graduierten Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zunehmend attraktiv werden, wenn das Tätigkeitsfeld stärker als bislang die mit der Fachhochschul-Ausbildung erworbene Qualifikation berücksichtigt.

3.6 Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

3.6.1 Ressourcen

Die gegenwärtige Situation im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist durch eine äußerst

geringe Kapazität der Ausbildungsstätten gekennzeichnet. 1974 existierten sieben Fachschulen für Beschäftigungstherapie und eine Ausbildungsstätte für Arbeitstherapeuten. Die sieben Fachschulen für Beschäftigungstherapie nahmen jährlich nur ca. 20 % der Bewerber an; dies entspricht etwa 200 bis 220 Interessenten.

Wenn bislang nur 252 ausgebildete Beschäftigungstherapeuten und 124 ausgebildete Arbeitstherapeuten in der stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig sind, so ist das primär eine Konsequenz fehlender Ausbildungsplätze.

Der ausgeprägte Mangel an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten zeigt sich nicht nur darin, daß gegenwärtig zahlreiche Stellen nicht besetzt werden können, sondern insbesondere darin, daß die Einrichtungen zur ‚Selbsthilfe' greifen und angelernte Kräfte in einem erheblichen Ausmaß einsetzen; das Verhältnis zwischen ausgebildeten Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten einerseits und den angelernten Kräften andererseits verhält sich im Bereich der stationären Versorgung wie 1:1,8.

3.6.2 Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

Im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie wird der Bedarf an ausgebildeten Kräften zunehmend größer, zumal eine extramural orientierte Versorgung ohne qualifiziertes Personal in diesem Bereich nicht auskommen wird. Solange keine einschneidende Vermehrung an Ausbildungsplätzen erfolgt, wird man auf Pflegekräfte zurückgreifen müssen, die sich Grundkenntnisse im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aneignen müssen.

3.7 Pädagogischer Bereich

3.7.1 Ressourcen

Einen Überblick darüber zu gewinnen, in welchem Umfang mit pädagogisch ausgebildetem Personal unterschiedlicher Qualifikation für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in absehbarer Zeit gerechnet werden kann, ist kaum möglich. Zu vielfältig sind die verschiedenen Ausbildungsstätten und vor allem die Ausbildungsgänge.

Heilpädagogen z. B. werden gegenwärtig vornehmlich in Fachschulen ausgebildet; daneben gibt es seit einiger Zeit auch die Möglichkeit, sich in Fachhochschulen zum Heilpädagogen ausbilden zu lassen. Die jeweiligen Ausbildungsgänge innerhalb der unterschiedlichen Qualifikation differieren sehr stark nach der jeweiligen Art und Länge der Ausbildung.

Ähnliches gilt für die berufsbegleitende Ausbildung zum Heilerziehungspfleger. Die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen (Heilerzieher, Sondererzieher, staatlich anerkannter Erzieher etc.) lassen deutlich werden, daß es — mit Ausnahme von inzwischen drei Bundesländern — keine einheitliche Ausbildung gibt. Die insgesamt 25 Ausbildungsstätten sind fast ausschließlich an Heimen und Anstalten für chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte zu finden. Jährlich verlassen ca. 300 Heilerziehungspfleger diese Ausbildungsstätten.

Während die berufsbegleitende Ausbildung zum Heilerziehungspfleger (auf Fachschulebene) drei Jahre dauert, erfolgt die ebenfalls berufsbegleitende Ausbildung zum Heilerziehungshelfer auf Berufsfachschul-Niveau in einem Jahr. Die Heilerziehungshelfer werden in der Regel an denselben Ausbildungsstätten ausgebildet wie auch Heilerziehungspfleger; jährlich sind es ca. 600. Viele dieser Heilerziehungshelfer schließen dann eine Ausbildung zum Heilerziehungspfleger an. Über die Zahl der Ausgebildeten und auch beruflich Tätigen läßt sich — wie auch bei den übrigen pädagogischen Berufen —, keine genaue Angabe machen.

3.7.2 Bedarf an pädagogischem Personal

Gegenwärtig befinden sich noch in einem z. T. erheblichen Umfang seelisch und geistig Behinderte in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie, obwohl diese Behinderten nicht krankenhausbedürftig sind. Wenn es gelingen soll, diese Behinderten künftig in geeigneten Einrichtungen zu betreuen, dann wird in verstärktem Maße entsprechend qualifiziertes pädagogisches Personal benötigt. Eine deutliche Erhöhung der Ausbildungsplätze für die entsprechenden pädagogischen Berufe wird dringend erforderlich sein, da die gegenwärtig existierenden Ausbildungskapazitäten gerade ausreichen, um den „Eigenbedarf" derjenigen Einrichtungen zu decken, denen diese Ausbildungsstätten angegliedert sind.

4 Zusammenfassung

Die Problematik des Bedarfs an qualifiziertem Personal für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter stellt sich für die jeweiligen Berufsgruppen unterschiedlich dar.

Im Bereich der ärztlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wird auch künftig eine Lücke bestehen zwischen den zu erwartenden Ressourcen und dem für erforderlich gehaltenen Personal. Zu einem Teil wird sich diese Lücke schließen lassen, wenn es gelingt, mehr Psychologen für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu interessieren, als dies bislang möglich war.

Nach allem, was bekannt ist, werden in Zukunft in ausreichemdem Maße Psychologen ausgebildet werden. Hier wird es u. a. erforderlich sein, durch ein vermehrtes Angebot an Fort- und Weiterbildung die Voraussetzungen dafür zu schaffen, die Arbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter attraktiv zu gestalten.

Um die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung, die von Fachpsychotherapeuten mit ärztlicher und psychologischer Grundausbildung wahrgenommen wird, verbessern zu können, wird

es unerläßlich sein, insbesondere die Weiterbildungskapazitäten zu vermehren.

Gleiches gilt für den Bereich der Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Auch hier wird erst eine Vermehrung der Weiterbildungsplätze zu einer Verbesserung der Situation führen können.

Die zu erwartenden Ressourcen im Bereich des Pflegepersonals können durchaus als zufriedenstellend betrachtet werden. Über die Beseitigung des aktuten Fehlbedarfs hinaus wird Pflegepersonal voraussichtlich auch dort vermehrt eingesetzt werden, wo Aufgaben wahrzunehmen sind, die weit über eine kustodiale Tätigkeit hinausgehen.

Der Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist sehr groß. Es ist ebenfalls bekannt, daß Sozialarbeiter und Sozialpädagogen an den Fachhochschulen in großer Zahl ausgebildet werden. Hier wird es sicher notwendig, bereits in der Ausbildung die speziellen Aspekte der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter stärker, als dies gegenwärtig geschieht, zu gewichten. Gleichzeitig jedoch wird es erforderlich, die Tätigkeitsfelder für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter der qualifizierten Ausbildung dieser Berufsgruppe anzupassen.

Die Ausbildungskapazitäten für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sind erheblich zu vermehren, damit dem enormen Bedarf an diesen qualifizierten Kräften entsprochen werden kann.

Die Situation im pädagogischen Bereich stellt sich ähnlich dar. Eine Vermehrung der Ausbildungsplätze ist deshalb erforderlich, weil die Ausbildung von Heilerziehungspflegern und Heilerziehungshelfern sowie vergleichbarer Berufsgruppen z. Z. überwiegend bei den großen Behinderten-Einrichtungen erfolgt, die jedoch nur unzureichend derartiges Personal auch für andere Einrichtungen ausbilden. Für die große Zahl langfristig Untergebrachter in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern wird in Zukunft aber vermehrt pädagogisches Personal erforderlich, wenn es gelingen soll, künftig nur noch Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern zu behandeln, die einer solchen Behandlung auch tatsächlich bedürfen.

H. Prioritäten*)

1 Grundforderung

Die Sachverständigen-Kommission hat bereits im Zwischenbericht mit Nachdruck gefordert, daß die Beseitigung grober inhumaner Mißstände unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vorauszugehen hat. Sie hält es für selbstverständlich, daß in den vorhandenen Einrichtungen für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ein ausreichender Standard zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse gewährleistet wird. Dazu gehören ausreichende sanitäre Ausstattungen, ein ausreichender Bereich für das persönliche Eigentum und die persönliche Kleidung sowie eine Inneneinrichtung, die den heutigen Ansprüchen einer Krankenhausunterbringung entspricht.

Auf keinen Fall dürfen Reformen der Versorgung auf dem Rücken derjenigen ausgetragen werden, die sich gegenwärtig in den psychiatrischen Einrichtungen befinden.

Mit Genugtuung kann die Sachverständigen-Kommission feststellen, daß seit der Zuleitung des Zwischenberichts an den Deutschen Bundestag die Länder und die zuständigen Träger bereits erhebliche Anstrengungen unternommen haben, dieser Grundforderung zu entsprechen.

2 Rahmenbedingungen einer Neuordnung der Versorgung

Bei der Realisierung der einzelnen Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission ist es unabdingbar, daß eine Reihe von Prinzipien festgelegt werden, von denen unter gar keinen Umständen abgewichen werden darf. Beim Abwägen unausweichlicher Zielkonflikte muß die Einbehaltung dieser Prinzipien gewährleistet bleiben. Derartige Prinzipien sind hier als Rahmenbedingungen aufgeführt. Versorgungskonzeptionen, die gegen diese Rahmenbedingungen verstoßen, müssen verworfen werden.

Die Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß folgende Prinzipien den Charakter von Rahmenbedingungen besitzen:

a) Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung (s. B. 3.1.2).

b) Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten (s. B. 3.1).

c) Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste (s. B. 3).

d) Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken (s. B. 3.1.3).

*) s. Sondervoten von Prof. Dr. R. Degkwitz und Prof. Dr. G.-E. Meyer, S. 417, und Prof. Dr. Dr. H. Häfner, S. 417.

3 Notwendigkeit von Prioritäten

Bei der Vielzahl der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sind unter der Voraussetzung, daß die Rahmenbedingungen eingehalten werden, verschiedene Realisierungswege möglich.

So ist es denkbar, bei breiter Streuung der Mittel — ausgehend von dem gegenwärtigen jeweils unterschiedlichen Niveau — eine gleichmäßige Verbesserung der Versorgung in der gesamten Bundesrepublik Deutschland anzustreben. Mit einem solchen Vorgehen ist jedoch unter einengenden finanziellen Bedingungen, begrenzten Personalressourcen und Ausbildungskapazitäten kein augenfälliger Erfolg zu erreichen. Die Zuwachsraten an Verbesserungen werden nämlich — über einen sehr großen Bereich verteilt — für die einzelnen Versorgungsgebiete nur sehr gering bleiben. Außerdem würden nicht zu vertretende gegenwärtige Niveauunterschiede bestehen bleiben.

Das Festlegen abgestufter Vorrangigkeiten und Dringlichkeiten erscheint daher unerläßlich. Allerdings stößt das Setzen derartiger Prioritäten auf erhebliche Schwierigkeiten, solange man versucht, *zugleich* für die Versorgung psychisch Kranker auf Bundesebene und auf der Ebene einzelner Versorgungsgebiete *einheitlich* geltende Rangfolgen und Dringlichkeiten zu finden. Die Schwierigkeit gründet in der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der im Bundesgebiet anzutreffenden Versorgungszustände und regionalen Verhältnisse. Eine von vornherein festgeschriebene Prioritätsordnung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete und übergeordneten Versorgungsgebiete erscheint daher nicht zweckmäßig, da sich die örtlichen Maßnahmen flexibel an den jeweils versorgungsspezifischen Umständen und Bedürfnissen ausrichten sollten. Dagegen können Prioräten für die Versorgung psychisch Kranker auf nationaler Ebene länder- und bundeseinheitlich in Form eines *globalen konzeptionellen Rahmens* ausgedrückt werden.

Daneben empfiehlt die Sachverständigen-Kommission die Verwirklichung ihrer Empfehlungen in Modellversorgungsgebieten voranzutreiben. Dies sollte nicht allgemein aus Gründen der Mittelkonzentration, sondern auch zur Ermöglichung eines Effektivitätsnachweises und insbesondere zur Demonstration leitbildhafter Versorgungskonzeptionen geschehen.

4 Prioritäten

4.1 Aus- und Aufbau der komplementären Dienste („Heimsektor")

Auszugehen ist von dem mehrfach beschriebenen Sachverhalt, daß neben einem quantitativen und qualitativen Mangel komplementärer Dienste ein

hoher Anteil der zur Zeit in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Kranken und Behinderten nicht krankenhausbedürftig ist. Ein System stationärer Versorgung psychisch Kranker kann aber auch unter dem Gesichtspunkt rationellen Mitteleinsatzes auf Dauer nur dann bedarfsgerecht gestaltet werden, wenn nicht krankenhausbedürftige Kranken- bzw. Behindertengruppen aus den psychiatrischen Krankenhäusern in — ihren Bedürfnissen angemessene — Behandlungs- und Betreuungsformen, d. h. in den Bereich der komplementären Dienste übergeführt werden.

Während durch Bundesgesetz und Ländergesetze Krankenhausplanung und -finanzierung weitgehend geordnet und übersehbar gemacht worden sind, finden sich ähnliche Regelungen, die Planung und Finanzierung der vielgestaltigen komplementären Dienste regeln, bislang nicht.

Der dringend notwendige bedarfsgerechte Aus- und Aufbau der komplementären Dienste führt zu einer allseitigen Verbesserung der Rehabilitationschancen und der Versorgungslage für alle betroffenen Personengruppen, insbesondere für

— psychisch kranke alte Menschen,
— chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte,
— Schwerst- und Mehrfachbehinderte.

Darüber hinaus kommt es dadurch zu der erwünschten Verkleinerung der bisherigen großen psychiatrischen Krankenhäuser. Dies geschieht einerseits dadurch, daß nicht krankenhausbedürftige Behinderte aus den Krankenhäusern in entsprechend geeigneten Heimen aufgenommen werden, andererseits dadurch, daß ein ausgebautes Netz komplementärer Dienste die primäre Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten übernimmt, die sonst in Ermangelung entsprechender Angebote dem psychiatrischen Krankenhaus zugewiesen worden wären.

4.2 Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste

Die Sachverständigen-Kommission mißt der quantitativen Verstärkung und qualitativen Verbesserung der ambulanten Dienste im Gesamtbereich der Versorgung psychisch Kranker besondere Bedeutung zu. Dies beginnt mit dem Ausbau der Beratungsstellen, betrifft die Vermehrung, Verteilung und den Ausbau der Praxen niedergelassener Nervenärzte, Psychotherapeuten sowie Praktiker bzw. Allgemeinärzte, die Einrichtung von ambulanten Diensten mit umschriebenem Aufgabenkreis in psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern, Abteilungen und verwandten Institutionen, die Akzentuierung ambulanter Behandlung und Betreuung spezieller Patientengruppen, ferner die Ermöglichung vielfältiger ambulanter Aktivitäten bei der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung von Personen mit seelisch bedingten und mitbedingten Störungen.

Die stärkere Betonung ambulanter Dienste entspringt der Einsicht, daß diese Versorgungsform geeignet ist, unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden, die Verweildauer abzukürzen sowie den Standard der Vorsorge/Nachsorge und Rehabilitation anzuheben.

4.3 Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

Die Forderung, psychiatrische sowie psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen angemessener Größe an allgemeinen Krankenhäusern, wo immer dies möglich ist, zu errichten, entspricht dem generellen Ziel, die Versorgung psychisch Kranker in den Bereich der allgemeinen medizinischen Versorgung zu integrieren, und damit gleichzeitig zu dezentralisieren und gemeindenäher orientieren zu können.

4.4. Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Eine Verbesserung der Versorgungslage wird sicher nicht allein durch organisatorische Maßnahmen sowie Bereitstellung von Investitions- und Betriebsmitteln zu bewirken sein. Entscheidend ist, daß diejenigen, welche die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu leisten haben, in ausreichender Zahl vorhanden und derart aus-, weiter- und fortgebildet sind, daß sie ihre Aufgabe optimal erfüllen können.

Die Empfehlungen, welche die Sachverständigen-Kommission im Kapitel „Aus-, Weiter- und Fortbildung" ausgesprochen hat, sind daher vordringlich aufzugreifen.

4.5 Spezielle Patientengruppen

Die Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß der Aufbau der Versorgung für zwei Patientengruppen vorrangig herausgehoben und generell gefördert werden sollte. Es sind dies

— die Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher,
— die Versorgung von Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken.

Ein irgendwie geordnetes und koordiniertes System von Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher ist nur in (schwachen) Ansätzen erkennbar. Dabei kommt der Versorgung dieser Altersgruppe wegen der Möglichkeiten präventiver Früherfassung, Früherkennung und Frühbehandlung besondere Bedeutung zu. Zudem zwingt das starke Angewiesensein gewisser komplementärer Dienste, der Behindertenversorgung, der Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien, der schulpsychologischen Dienste und sonderpädagogischer Institutionen auf kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychagogische (kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische) Hilfen zu einer energischen Weiterentwicklung dieses Gebietes. Der erhebliche Mangel an Weiterbildungsstätten verzögert überdies ein dem Bedarf entsprechendes Nachwachsen von Fachkräften.

Der großen, offensichtlich weiter anwachsenden Zahl von Suchtkranken — ganz überwiegend Alkoholkranken — stehen im ganzen keine adäquaten Möglichkeiten der Prävention, Behandlung und Rehabilitation gegenüber. Viele Alkoholkranke bleiben, selbst wenn sie meist für relativ kurze Zeit in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurden, mehr oder weniger ihrem Schicksal überlassen.

Diese gravierende Situation hat bei den zuständigen Trägern und Planungsinstanzen bislang zu keiner angemessenen Reaktion geführt. Weder gibt es Fachambulanzen noch in ausreichender Qualität und Zahl stationäre Einrichtungen, wie Kliniken und Institutionen für längerfristige Behandlung und Rehabilitation der Suchtkranken. Der systematische Aus- und Aufbau einer bedarfsgerecht gegliederten Versorgung für Suchtkranke sollte daher vorrangig in Angriff genommen werden. Mit gleicher Intensität sollten multidisziplinäre Forschungsprogramme für eine wirksame Prävention entwickelt und Modellinstitutionen zur Versorgung und Rehabilitation von Suchtkranken erprobt werden.

4.6 Modellversorgungsgebiete

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission beziehen sich in erster Linie auf *Vollversorgungszustände* in Standardversorgungsgebieten mit ca. 250 000 Einwohnern und übergeordneten Versorgungsgebieten, die mehrere Standardversorgungsgebiete zusammenfassen. Die Realisierung der Empfehlungen in Modellversorgungsgebieten liegt nahe, weil in ihnen die Umstrukturierung und Ergänzung der bestehenden Einrichtungen und Dienste bei äußerst unterschiedlichen regionalen Verhältnissen in der BRD erprobt werden kann. Zugleich ermöglicht der Aufbau verschiedener Modellversorgungsgebiete unter differenzierten Bedingungen eine begleitende Auswertung: Effizienzvergleiche, Überprüfung der Bedarfszahlen und die evtl. Korrektur der gegebenen Empfehlungen aus der Erfahrung. Voll ausgebaute, gut funktionierende Modellversorgungsgebiete wirken überdies als Leitbilder für die Durchsetzung der Reform auch in anderen Teilen des Landes. Der vorgeschlagene Weg ermöglicht schließlich eine Konzentration der Mittel unter Berücksichtigung der notwendigen Beseitigung von Mißständen (s. Abschnitt 2), der allgemeinen Prioritäten (s. Abschnitt 5) und der Prioritäten für spezielle Patientengruppen (s. Abschnitt 6). Bei der Lokalisierung von Modellversorgungsgebieten sind grundsätzlich zwei Typen zu unterscheiden:

a) Modellversorgungsgebiete in Stadtregionen,

b) Modellversorgungsgebiete in ländlichen Regionen.

Dieser Unterscheidung soll im Vollzug des Aufbaus die Feststellung ermöglichen, ob und in welchem Maße sich Besonderheiten durch strukturelle Unterschiede zeigen.

Es wird vorgeschlagen, daß jedes Bundesland langfristig mindestens zwei Modellversorgungsgebiete, besonders in schlecht versorgten Regionen, entwickelt, um in der Auswertung Vergleiche ziehen zu können. Kleinere und finanzschwächere Bundesländer könnten ihre Modellvorhaben aufeinander abstimmen und gemeinsam auswerten.

In einem Planungszeitraum von 20 Jahren ergeben sich somit höchstens 31 Modellversorgungsgebiete:

Schleswig-Holstein	2
Hamburg	2
Niedersachsen	4
Bremen	1
Nordrhein-Westfalen	4
Hessen	4
Rheinland-Pfalz	2
Baden-Württemberg	4
Bayern	4
Saarland	2
Berlin (West)	2
	31

Modellversorgungsgebiete sind derart zu planen, daß sie entweder verstreut im Lande liegen oder zusammengelegt werden. Im letzteren Falle würden sie ein übergeordnetes Versorgungsgebiet bilden. Es empfiehlt sich, wenigstens an einigen Stellen derart zu verfahren, weil so die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission auch für die übergeordnete Versorgung einer praktischen Erprobung unterzogen werden können.

5 Weiteres Vorgehen

Das Kapitel „Prioritäten" konnte von der Sachverständigen-Kommission im Zuge der Gesamtarbeit am Enquete-Schlußbericht erst in Angriff genommen werden, nachdem die Empfehlungen auch in den einzelnen Teilgebieten festgeschrieben waren und die Erhebung vom Mai 1973 ausgewertet war. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit veranlaßte im Einvernehmen mit der Sachverständigen-Kommission, die Firma Heinle & Wischer, Planungs-GmbH mit einer Kosten- und Planungsstudie zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik zu beauftragen. Ein erster Abschnitt der unter Mitwirkung von Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Planungsstudie ist teilweise in den vorliegenden Text eingegangen. Darlegungen über *Kosten- und Finanzierungsgrundlagen*, denen die Sachverständigen-Kommission besondere Bedeutung beimißt, werden erst nach Ablieferung des Enquete-Schlußberichtes an die Bundesregierung möglich.

Sondervoten von Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission

Sondervotum von Prof. Dr. H. Hippius, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, zum Enquete-Schlußbericht

Der Beschluß des Deutschen Bundestages vom 23. Juli 1971, mit dem die Bundesregierung ersucht wurde, eine „Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" erstellen zu lassen, ist von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) vorbehaltlos begrüßt worden. Seither haben viele Mitglieder der DGPN als vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit berufene Sachverständige und im Rahmen der zahlreichen Arbeitsgruppen und anderweitiger Gremien der Sachverständigen-Kommission an der Enquete mitgearbeitet.

Doch nicht nur alle an der Kommissionsarbeit direkt beteiligten Mitglieder der DGPN, sondern die DGPN insgesamt ist sich während der mehr als vierjährigen Kommissionsarbeit immer der Bedeutung der Enquete für die künftige Entwicklung der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten in unserem Lande bewußt gewesen. Deswegen hat die DGPN als Ganzes die Arbeit der Sachverständigen-Kommission immer tatkräftig unterstützt.

Von seiten des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit und der Sachverständigen-Kommission wurde der wichtigen Rolle der DGPN von vornherein bereits bei der Konstituierung der Kommission am 31. August 1971 dadurch Rechnung getragen, daß festgelegt wurde, der jeweilige Präsident der DGPN (1971/72 Prof. Dr. R. Degkwitz; 1973/74 Prof. Dr. H. Hippius) solle unabhängig von seiner ohnehin erfolgten Berufung als Sachverständiger dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission angehören. Auf Beschluß des Vorstandes der DGPN und mit Billigung sowohl des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit als auch der Sachverständigen-Kommission gehörte Prof. Dr. H. Hippius auch nach Ablauf seiner zweijährigen Amtszeit als Präsident der DGPN ab 1. Januar 1975 als nunmehriger Vizepräsident und ständiger Vertreter des neu gewählten Präsidenten der DGPN, Herrn Professor Dr. E. Christiani, weiterhin als Repräsentant der DGPN dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission an.

Die durch diese Regelung bereits bei der Konstituierung der Sachverständigen-Kommission zum Ausdruck gebrachte, der DGPN auferlegte besondere Verantwortung für die gesamte Kommissionsarbeit ist der Grund dafür, daß dem nunmehr vorliegenden Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission eine generelle Stellungnahme aus der Sicht der DGPN angefügt wird.

Diese Stellungnahme ist durch den Vorstand der DGPN ausdrücklich gebilligt worden und wird darüber hinaus von einer Reihe der Mitglieder der Sachverständigen-Kommission, die auch der DGPN angehören, mitgetragen.

Der umfangreiche Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission stellt in großen Teilen mit seinen realisierbaren Vorschlägen und Empfehlungen eine konsequente Fortentwicklung des von der DGPN im September 1971 in der Anfangsphase der Kommissionsarbeit veröffentlichten kurzgefaßten „Rahmenplans zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Entwicklung und heutige Situation — Vorschläge zur Verbesserung" dar (Dtsch. Ärzteblatt 68, 2485—90 [1971]).

Bedauerlicherweise sind jedoch verschiedene Teile des Schlußberichts weitschweifig und unklar. Im Schlußbericht werden außerdem leider verschiedene Forderungen nicht mehr so klar und eindeutig ausgesprochen, wie das bereits im „Zwischenbericht" geschehen war (Sofortmaßnahmen zur Beseitigung aktueller Mißstände; Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung). Schließlich wird durch die Art der Darstellung vieler Probleme im Schlußbericht der nicht berechtigte Eindruck erweckt, als seien die niedergelegten Vorschläge und Empfehlungen der einzig mögliche Weg, die Situation der psychisch Kranken und Behinderten in der Bundesrepublik zu verbessern.

Die DGPN fühlt sich daher verpflichtet, auf verschiedene Punkte aufmerksam zu machen, die im Rahmen des Berichts nicht in der wünschenswerten Klarheit und Deutlichkeit zum Ausdruck gekommen sind. Außerdem müssen verschiedene Besonderheiten der

Entstehungsgeschichte des Schlußberichts erwähnt werden.

Zunächst muß auf Eigenarten der *Arbeitsweise der Sachverständigen-Kommission* hingewiesen werden. So begrüßenswert die Verbreiterung der Informationsbasis für die Sachverständigen-Kommission durch die Einrichtung vielfältiger Arbeitsgruppen war, so erwuchs aus dieser Organisationsform jedoch die Gefahr, daß es immer wieder versucht wurde, den Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission Bindungen an „Beschlüsse", „Vorschläge" und „Empfehlungen" von Nicht-Mitgliedern der Kommission aufzuerlegen.

Der in solchen Situationen dem einzelnen Sachverständigen empfohlene Weg des Sondervotums mußte demgegenüber als unzweckmäßig und außerdem als weitgehend wirkungslos angesehen werden. So ist es dazu gekommen, daß der Schlußbericht zu manchen Fragen sehr breit, zu anderen Problemen nur sehr knapp Stellung nimmt; im gesamten Bericht wird jedoch in erster Linie das Ziel verfolgt, die Darstellung unterschiedlicher Betrachtungsweisen möglichst zu vermeiden. Dadurch sind die Aussagen zu einer Reihe von Problemen vergleichsweise unverbindlich oder mehrdeutig. In verschiedenen Punkten wäre die Gegenüberstellung klarer Alternativen zweckmäßiger gewesen.

Hierdurch sind im Bericht einerseits Unklarheiten, andererseits Einseitigkeiten nicht vermieden worden. Das ergab sich ebenfalls aus der Arbeitsweise, aber auch aus der *Zusammensetzung der Kommission*. So war z. B. lediglich *ein* niedergelassener Nervenarzt Mitglied der Kommission, obwohl — wie aus dem Bericht hervorgeht — der niedergelassene Nervenarzt die wichtigste Rolle für die ambulante Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten spielt. Dieses Kommissions-Mitglied hatte auch nicht die Möglichkeit, sich bei seinen Argumenten auf das Gewicht der Meinungsbildung in zusätzlich berufenen, von vornherein homogen zusammengesetzten Arbeitsgruppen zu berufen, da die Auflage der Vertraulichkeit der Kommissionsarbeit bestand.

Unter Berücksichtigung dieser Situation hält es die DGPN für notwendig, einige besonders wichtige Gesichtspunkte des Schlußberichts zu präzisieren bzw. zu erläutern.

1. Der Schlußbericht ist so umfassend und enthält eine so *umfangreiche Sammlung von Vorschlägen*, daß Gesundheitspolitiker sehr unterschiedlicher Richtung und mit sehr verschiedenen Zielen ihre Argumentation auf ihn stützen könnten. Dieser Gefahr ist durch die Festlegung von *Prioritäten* durch die Sachverständigen-Kommission nur in beschränktem Umfange begegnet worden. Die Gesamtheit der Vorschläge und Empfehlungen wurde ohne Rücksicht auf die Grenzen im ökonomischen und personellen Bereich formuliert und läuft auf eine *maximale psychiatrische Versorgung* hinaus, die *nicht zu realisieren* ist.

2. Äußerst bedenklich ist das vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in Aussicht genommene *„Weitere Vorgehen"* (s. S. 410 des Berichts), ausgehend vom vorliegenden Bericht, die Leitlinien für die künftige Entwicklung nicht mehr mit der gesamten Sachverständigen-Kommission, sondern in Zusammenarbeit mit einer Planungsfirma festzulegen. Es ist zwingend notwendig, daß die Ergebnisse der erst nach Drucklegung des Schlußberichts in Arbeit befindlichen Planungsstudien von der Sachverständigen-Kommission selbst zur Kenntnis genommen und dann unter Berücksichtigung lediglich sachlicher Aspekte hinsichtlich der Prioritäten kommentiert werden.

3. In diesem Zusammenhang sollte dann die Sachverständigen-Kommission ohne hinzuberufene kommissions-externe Arbeitsgruppen, Ausschüsse und Einzelpersonen klar zum Ausdruck bringen, welche Empfehlungen des Schlußberichts aus ihrer Sicht *erforderlich, realistisch und realisierbar* sind und welchen Empfehlungen erst in zweiter Linie eine Bedeutung zukommt. Die Sachverständigen-Kommission hätte nach Auffassung der DGPN auch die Pflicht gehabt, *Schritte und Stufen zur Verwirklichung* ihrer verschiedenen Empfehlungen aufzuzeigen. Das ist jedoch nicht geschehen. Wären solche Überlegungen angestellt worden, dann hätten sich als erste Stufe alle die Empfehlungen herausschälen lassen, deren Verwirklichung unverzüglich und ohne Bereitstellung größerer Haushaltsmittel möglich ist.

4. Der gesamte Bericht wird nach Ansicht der DGPN zu stark von der Überzeugung getragen, daß Verbesserung der Situation gleichbedeutend ist mit *Reform im Sinne zunehmender Institutionalisierung* (Einrichtung „institutionalisierter Dienste"). Auf der gleichen Ebene liegt die an verschiedenen Stellen des Berichts zum Ausdruck kommende Überzeugung, daß Mangel an *Koordination* nur durch zentrale, womöglich staatliche Lenkung behoben werden könne. Gerade im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung muß aber immer wieder versucht werden, *Institutionalisierung auf ein Minimum zu beschränken.* Immer wird das Vertrauen der zu versorgenden psychisch Kranken, Gestörten und Behinderten in die Person des Arztes oder in eine andere, dem Patienten Hilfe bietende Person das tragfähigere Fundament jeglicher Therapie sein als das von voreiligen Reformen erwartete, jedoch fiktive Vertrauen in eine Institution.

5. Die DGPN begrüßt die bisher durch die Sachverständigen-Kommission festgelegten *Prioritäten* (s. Kapitel H., S. 408 bis 410 des Berichts), hält jedoch einzelne Ergänzungen und Erläuterungen für unbedingt notwendig.

   a) Neben der Versorgung

      psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

      und der Versorgung

      von Suchtkranken, insbesondere von Alkoholkranken (s. S. 409 des Berichts)

muß die *Versorgung psychisch kranker und gestörter alter Menschen* ebenfalls mit Vorrang generell gefördert werden.

b) Der Forderung, bevorzugt den Aus- und Aufbau der komplementären Dienste, des *„Heimsektors"*, zu fördern (s. S. 408 und 409 des Berichts), kann einschränkungslos beigepflichtet werden. Es sollte aber in diesem Zusammenhang auch klar ausgesprochen werden, daß dies ein Bereich ist, in dem die Hilfe für den psychisch Kranken und Behinderten nicht nur über die Schaffung zahlreicher neuer Institutionen und Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft laufen sollte. Die Kirchen und andere freie Träger sollten mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß sie in diesem Versorgungsbereich wichtigste Aufgaben übernehmen könnten. Es muß angeregt und die Voraussetzungen müssen dafür geschaffen werden, daß psychiatrisch-psychotherapeutisches Fachpersonal (z. B. niedergelassene Nervenärzte oder Fachpersonal der stationären Versorgung) für den Aufbau und den Betrieb derartiger Einrichtungen nebenamtlich tätig werden kann und sich auch tatsächlich zur Verfügung stellt.

c) *Kirchen und anderen freien Trägern* von Versorgungseinrichtungen sollte dringend empfohlen werden, nicht nur im stationären und komplementären Bereich vermehrt tätig zu werden, sondern ihre Hilfsangebote stärker als bisher *auch auf den ambulanten Sektor* auszudehnen und in diesem Rahmen die *Laienhilfe* stärker zu aktivieren. Wenn derartige Bemühungen der freien Träger in enger Zusammenarbeit mit den bereits jetzt die ambulante Versorgung wesentlich tragenden niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten realisiert werden, kann das bisher bestehende System der ambulanten Versorgung in seiner Wirksamkeit wesentlich verbessert werden. Bei allen diesen Planungen darf nicht außer acht gelassen werden, daß für den überwiegenden Teil der ambulant versorgbaren psychisch Kranken und Behinderten die Versorgung in diesem Versorgungsbereich mehr Nervenärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung ständen.

Es ist falsch, wenn angenommen wird, die ambulante Versorgung könnte nur durch eine fortschreitende Institutionalisierung verbessert werden.

d) Die DGPN bedauert, daß die *Förderung der Forschung* auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nicht unter die Prioritäten eingereiht worden ist. Für die Bundesrepublik ist es beschämend, wenn man Stand und Förderung der Forschung auf diesem Gebiet mit der Situation der Forschung in anderen, auch kleinen Ländern (z. B. Schweiz, Niederlande, skandinavische Länder) vergleicht. Um in unserem Lande die ungelösten Probleme des volksgesundheitlich zunehmend wichtigen Gebietes der psychischen Krankheiten, Störungen und Behinderungen in Zukunft zunehmend besser lösen zu können, ist langfristig angelegte Grundlagenforschung und klinische Forschung auf verschiedenen Komplexitätsebenen unabdingbar. Forschung muß in Zukunft nicht nur an Instituten und Kliniken der Universitäten, an Max-Planck-Instituten und anderen Forschungsinstituten, sondern in allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mit *Priorität* gefördert werden. Forschung muß unbedingt schon deswegen zur Priorität erhoben werden, weil es absurd wäre, die Einrichtung von Modellversorgungsgebieten aufgrund theoretischer Überlegungen und Berechnungen zu fordern (s. S. 410 des Berichts), ohne gleichzeitig mit Nachdruck die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit derartiger Modelle zu fordern. *Modelle zur Versorgung müssen durch Modelle der Forschung ergänzt werden.*

e) Die Forderungen auf dem sicher zu Recht als Priorität anerkannten Bereich der *Aus-, Weiter- und Fortbildung* bergen die Gefahr in sich, bei dem in Aus- und Weiterbildung stehenden und bei fortzubildenden Personal völlig unrealistische Vorstellungen und Bedürfnisse zu wecken. Um dies zu verhindern, muß bei allen Berufsgruppen die Weiter- und Fortbildung *berufsbegleitend* durchgeführt werden. Ferner muß die Aus-, Weiter- und Fortbildung direkt auf die praktische Berufsarbeit bezogen bleiben.

6. Für die DGPN ist die *Integration der Psychotherapie* in ein einheitliches, in der Gesamtmedizin verankertes Versorgungssystem für psychisch Kranke und Behinderte unabdingbar. Diese Grundforderung wird an verschiedenen Stellen des Schlußberichts zwar deutlich ausgesprochen; aus anderen Teilen des Berichts könnte jedoch auch die Empfehlung einer Aufgliederung in ein psychiatrisches und in ein psychotherapeutisch/psychosomatisches Versorgungssystem abgeleitet werden. Eine derartige Entwicklung wäre dem Ziel der Verbesserung der Situation der psychisch Kranken und Behinderten abträglich; sie führt unweigerlich zu einer neuen Form der „Zweiklassen-Psychiatrie". Grundsätzlich muß stets darauf geachtet werden, daß Reform-Maßnahmen zugunsten einzelner Patientengruppen auf keinen Fall neue benachteiligte Gruppen entstehen lassen.

7. Die in der Medizin verankerte integrierte psychiatrisch-psychosomatische Versorgung ist *der* Teil der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge, der *breite Berührungsflächen und Überlappungszonen mit dem Bereich der sozialen Vorsorge und Fürsorge* hat. In diesem Bereich sind Kooperation und Koordination notwendig und möglich, ohne daß so verschwommene Begriffe wie das bedauerlicherweise von der WHO aufgestellte Konzept von „psycho-

sozialer" Gesundheit zum Bezugspunkt gemacht wird.

8. An vielen Stellen des Berichts wird darauf hingewiesen, daß die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten sich bisher an zu einseitig biologisch ausgerichteten Konzepten von Krankheit und Gesundheit orientiert hat. Das trifft sicherlich zu. Der Bericht läßt jedoch an einigen Stellen erkennen, daß heute wiederum die Gefahr einer Vereinseitigung der Grundauffassungen in der Psychiatrie und Psychotherapie besteht — diesmal im Sinne einer Überbetonung der psychodynamischen und sozialen Aspekte psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen.

9. Die DGPN ist der Ansicht, daß verschiedene im Schlußbericht benutzte Begriffe und Begriffsverknüpfungen beim Leser falsche Vorstellungen hinsichtlich wichtiger Grundpositionen in der Psychiatrie erwecken könnten. Deswegen sei hier ausdrücklich hervorgehoben, daß Psychotherapie nicht gleichbedeutend ist mit psychoanalytischer Psychotherapie. Vielmehr gibt es heute ein breites Spektrum psychotherapeutischer Methoden, die im Rahmen der Versorgung der Bevölkerung nicht vernachlässigt werden dürfen. So kommen z. B. dem ärztlichen Beratungsgespräch und den sogenannten pragmatischen Verfahren eine größere Bedeutung zu, als aus dem Bericht zu ersehen ist. Und im Zusammenhang damit ist auch zu betonen, daß für die Verknüpfung der Begriffe Psychosomatik und Psychotherapie (i. e. S. psychoanalytische Psychotherapie) — wie dies im Schlußbericht durchweg geschieht — die sachlichen Argumente weit schwächer sind, als aus der im gesamten Bericht gebrauchten Formulierung „Psychotherapie/Psychosomatik" hervorgeht. Solange es auf dem Gebiet der Psychosomatik noch so wenig gesicherte Erkenntnisse gibt wie bisher, kann sich die DGPN nicht dafür aussprechen, die stationären psychosomatischen Institutionen überproportional zu vermehren. Die DGPN kann dies um so weniger, weil mit einer solchen Entwicklung zwangsläufig die Entstehung einer neuen Zwei-Klassenpsychiatrie verknüpft ist (s. oben).

10. *Vordringlich ist vorläufig und sicher für viele Jahre noch die Verbesserung der Versorgung der Schwerst- und/oder chronisch Kranken und Behinderten.* Es muß immer wieder in Erinnerung gerufen werden, daß es gerade das Bemühen um die Verbesserung der Versorgung dieser Kranken und Behinderten war, das den Anstoß für die Berufung einer Sachverständigen-Kommission zur Erstellung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik gegeben hat. Dieses Bemühen war auch das zentrale Anliegen des von der DGPN im Jahre 1971 vorgelegten Rahmenplans zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik.

Die DGPN vertraut darauf, daß diese Stellungnahme nicht als negative Kritik am Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik aufgefaßt wird, sondern einen Beitrag dazu leistet, zweckmäßige und realistische Vorschläge der Sachverständigen-Kommission möglichst bald im Interesse der Verbesserung der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten zu verwirklichen. Die DGPN hofft zuversichtlich, daß nach Beratung des Schlußberichts im Parlament und nach dessen Übergabe an die Öffentlichkeit der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entscheidende Impulse und große Förderung zuteil werden.

H. Hippius
für die DGPN

Diesem Sondervotum haben sich außerdem folgende Mitglieder der Sachverständigen-Kommission angeschlossen:

Prof. Dr. Degkwitz, Freiburg

Dr. Dilling, München

Prof. Dr. Harbauer, Frankfurt

Prof. Dr. Janz, Ilten

Dr. Leonhardt, Bingen

Prof. Dr. Reimer, Weinsberg

Dr. Sautter, Stuttgart

Prof. Dr. v. Zerssen, München

Sondervotum von Prof. Dr. Dr. H. Häfner zum Kapitel B. 3.3.1 „Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen — Psychiatrische Behandlungszentren"

Die Forderung, ein neues psychiatrisches Behandlungszentrum müsse grundsätzlich alle Ebenen der Versorgung umfassen, ist abzulehnen. Wenn die Koordination gesichert ist, erlaubt eine Gliederung psychiatrischer Krankenhäuser in solche der Grund- und Regelversorgung und solche der Haupt- und Schwerpunktversorgung, analog zum übrigen Krankenhauswesen, mehr Funktionsteilung, Spezialisierung und einen höheren Behandlungsstandard, nicht zuletzt für langfristig oder chronische Kranke.

Begründung

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker war bisher einstufig organisiert: Wegen der absolut unzureichenden Zahl psychiatrischer Abteilungen hatten die Landeskrankenhäuser für ihr jeweiliges Einzugsgebiet die Funktion der Grund- und Regel-, aber auch der Haupt- und Schwerpunktversorgung einschließlich verschiedener Spezialaufgaben zu tragen. Naturgemäß waren sie in der Regel nicht im Stande, diese Vielfalt von Aufgaben, die unterschiedliche geographische, Ausstattungs-, Kooperations- und Personalvoraussetzungen erforderten, auf gleich hohem Standard zu erfüllen.

Der Vorschlag der Kommission, den neuen psychiatrischen Behandlungszentren bzw. den psychiatrischen Abteilungen wiederum alle Versorgungsebenen in einer Stufe zusammengefaßt aufzuerlegen, ist das Ergebnis eines mühevoll erreichten Kompromisses zwischen weit auseinanderliegenden Auffassungen in der Kommission. Ein gemeinsames Ziel war dabei das Bemühen, eine Schlechterstellung chronisch Kranker zu vermeiden.

Gegen diesen Kompromiß sind schwerwiegende Bedenken zu erheben. Die Unterbringung chronisch Kranker in neuen, kleineren Einrichtungen garantiert noch keineswegs eine bessere Versorgung. Es besteht sogar die Gefahr, daß kleine Gruppen Kranker, die einer besonders intensiven Behandlung bedürfen, in solchen kleinen Einheitskrankenhäusern mit großer Aufgabenvielfalt vernachlässigt werden müssen. Gerade für diejenigen Kranken, die einer langfristigen gezielten Therapie bedürfen, sind Spezialkrankenhäuser, die nach Personal und Einrichtung entsprechend ausgerüstet sind, besser geeignet. Die Vernachlässigung bestimmter Gruppen von Kranken ist eher eine Folge von nach Lage und Ausstattung ungeeigneten Krankenhäusern als eine Konsequenz sinnvoller Gliederung und Spezialisierung.

Die erstrebte Wiedereingliederung der stationären psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Medizin ist auf lange Sicht nur möglich, wenn auch den psychiatrischen Abteilungen der Weg in eine analoge Aufgabenteilung von Grund- und Regel-, Haupt- und Schwerpunktversorgung nicht versagt wird. Sie ist überdies Voraussetzung für eine sinnvolle Spezialisierung, die wiederum zur Qualität der stationären Versorgung entscheidend beiträgt. In Holland wird beispielsweise eine vergleichbare Funktionsteilung mit guten Erfahrungen bereits praktiziert und eine dem übrigen Krankenhauswesen voll entsprechende Gliederung der stationären psychiatrischen Versorgung angestrebt.

Der Übergang eines Teils der Versorgungslast von den jetzt bestehenden Großkrankenhäusern auf psychiatrische Abteilungen ist eher ohne nachteilige Folgen zu vollziehen, wenn die neuen Abteilungen nicht verkleinerte Abbilder der Großkrankenhäuser werden, sondern eine echte, nach Funktionen sinnvoll aufgeteilte Zusammenarbeit mit den bestehenden Fachkrankenhäusern eingehen. Dabei bietet sich beispielsweise an, die Versorgung Akut- und Schwerkranker und die Betreuung psychisch Behinderter in der Gemeinde vorwiegend von der psychiatrischen Abteilung am Ort, mittelfristige und Behandlungen, die besonderer Einrichtungen bedürfen, dagegen bevorzugt im regionalen Landeskrankenhaus durchzuführen.

H. Häfner

Sondervotum von Prof. Dr. Dr. H. Häfner zum Kapitel B. 4.2.4 „Die Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre psychotherapeutische und psychosomatische Dienste)"

Votum

Der weitere Aufbau oder die Erweiterung von Bettenkapazitäten in gesonderten Einrichtungen für Psychotherapie oder für psychosomatisch Kranke ist nur dort zu vertreten, wo diese der Forschung und Lehre dienen.

Begründung

Die Behandlung neurotischer Leidenszustände geschieht in der Regel ambulant. Stationäre Behandlung ist nur ausnahmsweise und meist kurzfristig erforderlich, wenn etwa schwere Krisen im Leidensverlauf oder besonders ernste Symptome wie Selbstmordgefährdung dies erfordern. Jedes Psychiatrische Behandlungszentrum muß über die personellen und institutionellen Voraussetzungen zur prästationären Krisenintervention, stationären Versorgung und ambulanten Nachbehandlung dieser Kranken verfügen. Wo diese Voraussetzungen noch unzureichend sind, muß das Schwergewicht auf ihrer Verbesserung, nicht aber auf der gesonderten Versorgung eines Teiles der psychotherapeutisch zu Behandelnden liegen.

Die Kenntnis und Anwendung psychotherapeutischer Verfahren sind ein unerläßlicher Bestandteil jeder modernen psychiatrischen Tätigkeit, der sich nicht annähernd auf die Versorgung neurotisch und psychosomatisch Kranker beschränkt. Die genannten Voraussetzungen lassen sich vermutlich in Psychiatrischen Behandlungszentren, die eine breite und differenzierte Versorgung anbieten können, langfristig besser sichern als auf irgendeine andere Weise.

Die Unterbringung der wenigen Krankenhausbedürftigen unter den Neurosekranken in gesonderten Einrichtungen hätte zur Folge, daß Psychiatrische Behandlungszentren, ohne triftigen Grund, vorwiegend die Psychosekranken und andere, meist an schweren oder chronisch verlaufenden Leiden Erkrankte zu versorgen hätten. Neurosekranke wären nur dann von ihnen aufzunehmen, wenn sie, etwa als Selbstmordgefährdete oder wegen zusätzlich bestehender Alkohol- und Drogenabhängigkeit, nicht von psychotherapeutischen Abteilungen oder Krankenhäusern versorgt werden können. Dies würde den Psychiatrischen Behandlungszentren zwangsläufig wieder den Ruf eines Irrenhauses einbringen und ihre Personalsituation ernsthaft verschlechtern, eine Entwicklung, der soeben eine Kommission englischer Psychiater entgegenzutreten versucht.

Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus ist außerdem zu bedenken, daß einige der in den Empfehlungen (s. 4.2.4.2.1.1) genannten Indikationen nicht die Versorgungsintensität eines Krankenhauses erfordern. Internate an Rehabilitationseinrichtungen, Tages- oder Nachtkliniken könnten einen Teil der genannten Aufgaben erfüllen. Krankenhausbedürftige Patienten mit körperlichen Leiden (z. B. psychosomatisch Kranke), die gleichzeitig einer psychiatrischen Behandlung bedürfen, werden in der Regel besser in der entsprechenden Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses versorgt und dort konsiliarisch psychotherapeutisch betreut. Schließlich ist zu bedenken, daß ein großes Bettenangebot in Einrichtungen, die zudem die Konfrontation mit dem vollen Ernst seelischen Erkrankungen ausschließen, sich mit dem Bedürfnis mancher Neurosekranker nach Vermeidung drückender Lebensschwierigkeiten verbinden und zu einer verstärkten Inanspruchnahme führen könnte. Wenn stationäre Behandlung einmal als Hilfe angeboten wurde, so wird sie in ähnlichen Situationen anderen Möglichkeiten der Hilfe mit Wahrscheinlichkeit vorgezogen werden. Deshalb muß die Indikation zur stationären Aufnahme von Kranken mit Lebenskrisen, Erlebnisreaktionen und neurotischen Leidenszuständen mit Zurückhaltung beurteilt werden.

Die hier vertretene Auffassung stimmt mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und mit den Empfehlungen nahezu aller entwickelten Länder, die Pläne für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker vorgelegt haben, überein.

Gegen psychotherapeutische oder psychosomatische Abteilungen, die aus Gründen der Forschung und Lehre über Betten verfügen müssen, bestehen, ebenso wie gegen selbständige psychotherapeutische Abteilungen, die vorwiegend ambulante und konsultative Funktionen an psychiatrischen oder anderen medizinischen Fachabteilungen oder Krankenhäusern tragen, keine Bedenken. **H. Häfner**

Sondervotum von Prof. Dr. Dr. H. Häfner zum Kapitel H. „Prioritäten"

Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie ist eine unerläßliche Voraussetzung für eine zuverlässige Ermittlung des Behandlungsbedarfs, für die Entwicklung oder Verbesserung von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und für die Erfolgsprüfung und Weiterentwicklung von Versorgungseinrichtungen. Forschungsförderung ist deshalb eine Aufgabe von höchster Priorität.

Begründung

Nach dem schweren Rückschlag, den sie zwischen 1933 und 1945 erlitt, hat die psychiatrische Forschung in der Bundesrepublik unter großen Anstrengungen auf einigen Gebieten wieder internationalen Standard erreicht. Weite Bereiche der Psychiatrie, beispielsweise die Ursachen mehrerer großer Krankheitsbilder, die Indikation und Wirksamkeit vieler Verfahren psychischer oder sozialer Therapie und die Mehrzahl psychosomatischer Zusammenhänge müssen zudem noch als unerforscht gelten. An die meisten Behandlungsverfahren in der Psychiatrie, vor allem psychotherapeutische Methoden, kann derzeit noch kein vergleichbarer Anspruch des Nachweises von Wirksamkeit und Unschädlichkeit gestellt werden, wie es für medikamentöse Behandlungsverfahren in der Medizin bereits gesetzlich angestrebt wird. Im Interesse des psychisch Kranken muß aber durch entsprechende Forschungsförderung angestrebt werden, diesem Ziel in der Psychiatrie auch für die außerordentlich wichtigen nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden näherzukommen. Eine Vielfalt anderer Forschungsbereiche ist von gleicher Wichtigkeit wie die hier nur als Beispiel angeführte Therapieforschung.

H. Häfner

Sondervotum von Prof. Dr. R. Degkwitz und Prof. Dr. J.-E. Meyer zum Kapitel H. „Prioritäten"

In Abweichung vom Urteil der Kommission sind wir der Auffassung, daß neben der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Versorgung der psychisch kranken alten Menschen vorrangig zu fördern ist. Wir begründen dies — unter Hinweis auf B. 3.7.2 und die Zusammenfassung des Schlußberichts — folgendermaßen:

Psychisch kranke alte Menschen machen mit 20 bis 30 % einen sehr hohen Anteil der Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser aus. Mit einer weiteren Zunahme von psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters ist zu rechnen. Dem steht in der Bundesrepublik Deutschland eine quantitativ und qualitativ gravierende Unter- bzw. Fehlversorgung gegenüber. Vor allem auf die Notwendigkeit einer koordinierten gesamtmedizinischen Versorgung im ambulanten Bereich, auf die Verbesserung der Struktur und der therapeutisch-rehabilitativen Möglichkeiten der Altenkrankenheime und auf den Ausbau von Tageskliniken ist zu verweisen.

Entscheidend für unser Sondervotum, die Gerontopsychiatrie *anstelle* der Versorgung Suchtkranker vordringlich zu fördern, ist die Tatsache, daß unser gegenwärtiger Wissensstand es erlaubt, durch multidisziplinäre Diagnostik wesentliche Risikogruppen im Bereich der Alterskrankheiten zu erfassen und hier präventiv, therapeutische bzw. rehabilitativ wirksam zu werden. Entsprechend gesicherte Grundlagen in der Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker scheinen uns noch zu fehlen; hier dürfte zum jetzigen Zeitpunkt in erster Linie die Förderung der Forschung und die Errichtung von Modelleinrichtungen (mit begleitender Evaluation) dringlich sein.

R. Degkwitz

J.-E. Meyer

Sondervotum von Ministerialrat Dr. Heinze zum Kapitel B. 3.7.2.4.2.1 „Facharzt für Geriatrie"

Die von der Mehrheit der Sachverständigenkommission befürwortete Einführung eines Facharztes für Geriatrie wird nicht für zweckmäßig gehalten.

Den besonderen Belangen der Gerontopsychiatrie kann nur durch eine vertiefte Vermittlung der psychologischen und physiologischen Gegebenheiten dieses Lebensabschnittes Rechnung getragen werden. Dies ist in die Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen aller betroffenen Berufsgruppen einzubringen. Dabei ergeben sich zahlreiche Wechselbeziehungen zu den Nachbardisziplinen.

Der Vergleich mit der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem selbständigen Fachgebiet ist nicht stichhaltig: hier handelt es sich um einen bei weitem eindeutiger vor allem altersmäßig abgrenzbaren Bereich mit spezifischen entwicklungsdynamisch bedingten Problemen.

Dem in Weiterbildung befindlichen Arzt müssen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei psychisch Alterskranken ihrem Stellenwert entsprechend vermittelt werden, ohne durch eine zu weitgehende Spezialisierung von Anfang an den Gesamtüberblick über das Fach „Psychiatrie" zu begrenzen.

Wesentlich ist die Verbesserung der speziellen geriatrischen Kenntnisse der Ärzte für Allgemeinmedizin, in deren Tätigkeitsbereich die Prävention und Früherkennung der Alterskrankheiten eine entscheidende Rolle spielen.

Auch innerhalb eines Psychiatrischen Behandlungszentrums sollte bei der Besetzung der leitenden ärztlichen und pflegerischen Positionen besonderer Wert auf die Möglichkeit gelegt werden, durch Vermeidung einer fixierten Spezialisierung den Betroffenen eine ständige Erweiterung ihres Erfahrungsspektrums zu ermöglichen und damit die Voraussetzungen für eine arbeitspsychologisch wesentliche Fluktuation zu erhalten.

H. Heinze

Sondervotum von Prof. Dr. Degkwitz, Prof. Dr. Hippius, Ministerialrat Dr. Sautter, Sanitätsrat Dr. Schmitz-Formes zum Kapitel B. 3.9.3 „Psychisch kranke Straftäter" und zum Kapitel D. 13 „Gerontopsychiatrie und Strafrecht"

In Übereinstimmung mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" erscheint den Unterzeichneten der Bericht der Sachverständigen-Kommission über rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in Kapitel D. (Seite 355 bis 384) in zwei wesentlichen Punkten der Ergänzung bzw. Korrektur bedürftig.

1. Zu den grundsätzlichen Themen, die von der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" zu behandeln waren, gehörte die Behandlung und Resozialisierung psychisch kranker oder gestörter Rechtsbrecher unter den teilweise neuen rechtlichen Voraussetzungen, die sich aus der Reform des Strafrechts und der in Vorbereitung befindlichen Reform des Straf- und Maßregelvollzugs ergeben.

Im Anschluß an die überholte Stellungnahme zu diesem Punkt in dem Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124) hat der Vorsitzende der Arbeitsgruppe, Prof. Ehrhardt, wiederholt darüber berichtet. Nach sehr gründlicher und ausführlicher Diskussion des Themas legte die Arbeitsgruppe eine Stellungnahme vor, die aber nicht in diesen Bericht übernommen wurde. Das ist besonders bedauerlich, da die Unterbringung nach strafrechtlichen Vorschriften im Zusammenhang mit den verschiedenen Formen der Unterbringung unter anderen rechtlichen Voraussetzungen gesehen werden muß. Durch die Ausführungen in Kapitel B. 3.9.3 wird die Problematik in ihrem systema-

tischen Zusammenhang keineswegs hinreichend abgedeckt. Deshalb wird der Text der Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" wiedergegeben (s. I).

2. Das Thema „Gerontopsychiatrie und Strafrecht" hat die Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" sehr lange und sehr eingehend beschäftigt. Wegen wiederkehrender Meinungsdifferenzen mit einzelnen Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie" wurden weitere kompetente Juristen außerhalb des Kreises der Mitglieder der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" konsultiert. Die seit etwa einem Jahr bekannte Stellungnahme der Arbeitsgruppe schrumpfte aber in dem vorliegenden Bericht (Seite 382) auf eine Zusammenfassung und auf „Erwägungen", die nach der langen Diskussion des Themas in einem anderen Licht gesehen wurden. Die Unterzeichneten müssen deshalb — zugleich im Namen der Mitglieder der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" — die Verantwortung für diesen Teil des Berichts (Nr. 13, Seite 382) ausdrücklich ablehnen. Die Darstellung ist in dieser Form der Bedeutung des Themas nicht angemessen und mißverständlich. Deshalb wird der Text der Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Rechtsfragen" wiedergegeben (s. II.).

I. Behandlung und Resozialisierung psychisch kranker oder gestörter Rechtsbrecher

Der Zwischenbericht der Kommission (Drucksache 7/1124) enthält unter Nr. 2.6.1 eine kurze Stellungnahme zu diesem Thema. Die verbreitete Unzufriedenheit mit den bisherigen Formen des Vollzugs der Unterbringung gem. § 42 b StGB a. F. war Hauptanlaß für die damalige Empfehlung, den Maßregelvollzug aus den psychiatrischen Krankenhäusern herauszunehmen und dafür Spezialeinrichtungen auf der übergeordneten Versorgungsebene zu schaffen. Die zumindest teilweise veränderte Situation, die sich durch die Neufassung des Strafgesetzbuchs (seit dem 1. Januar 1975) und durch die in Vorbereitung befindliche gesetzliche Neuregelung des Vollzugs von Strafen und Maßregeln ergeben hat, fand in dem Zwischenbericht noch keine Berücksichtigung. Eine erneute Erörterung der vielschichtigen Problematik war deshalb erforderlich. Im folgenden stehen die rechtlichen Gesichtspunkte im Vordergrund. Das Thema wird außerdem in Kapitel B.3.9.3 unter vorwiegend organisatorischen und therapeutischen Gesichtspunkten abgehandelt, wobei sich Überschneidungen nicht vermeiden lassen.

1. Es war zu beachten, daß neben dem Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) auch der Vollzug bei Suchtkranken nach § 64 StGB und § 93 a JGG, der Vollzug in der sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 StGB sowie die Unterbringung gem. § 81 und 126 a StPO zu dem Gesamtkomplex der psychiatrischen Versorgung gehören, deren Neuordnung und Verbesserung das Ziel dieser Enquete ist.

   Zum Bereich der Behandlung und Resozialisierung psychisch kranker oder gestörter Rechtsbrecher müssen zwar auch die heilerzieherische Behandlung durch einen Sachverständigen aufgrund einer Weisung oder einer Auflage nach § 10 Abs. 1 und § 23 JGG sowie die Heilbehandlung nach § 56 c Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 StGB gerechnet werden. Da diese Behandlung jedoch in freier Form, überwiegend ambulant, vorgenommen wird, fällt sie im Prinzip unter die psychiatrische Regelversorgung, in deren Rahmen den Erfordernissen Rechnung getragen und den Gerichten die zur Verfügung gestellten Einrichtungen und Sachverständigen benannt werden sollten. Hier braucht daher nur auf die genannten besonderen Maßnahmen, die eine stationäre Unterbringung erfordern, eingegangen zu werden.

   In einer Entziehungsanstalt waren am 31. Dezember 1973 nur 147 Personen (davon sieben Frauen) untergebracht. Demnach befindet sich das Gros der delinquenten Suchtkranken zweifellos im psychiatrischen Krankenhaus. Die 514 Personen (davon 45 Frauen), die am 31. Dezember 1973 nach 126 a StPO untergebracht waren, wie auch die zur Begutachtung nach § 81 StPO Eingewiesenen, werden meist in den Abteilungen der Krankenhäuser für den Maßregelvollzug betreut.

   Geht man von den gegebenen Verhältnissen aus, muß im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen das psychiatrische Krankenhaus stehen. Justizeigene Vollzugseinrichtungen neuer Art, vor allem die sozialtherapeutischen Anstalten, sind in ihrer potentiellen Entlastungsfunktion zu berücksichtigen. Eine Entlastung darf aber nicht dazu führen, daß die psychiatrischen Krankenhäuser lediglich mit Abteilungen für unverbesserliche Delinquenten angereichert werden.

   Das *Hauptproblem des ganzen Maßregelrechts*, soweit es sich um freiheitsentziehende Maßregeln handelt, sind nicht die wenigen Straftäter, die an einer Krankheit im engeren psychiatrischen Sinn (somatogene oder kryptogene Psychosen) leiden, sondern die vielen Delinquenten mit Störungen der Erlebnisverarbeitung (Neurosen), der Persönlichkeit oder des Charakters (Psychopathien), des Sexualverhaltens (sexuelle Deviationen). Dazu kommt die große Zahl von Süchtigen infolge Mißbrauchs von Alkohol oder anderen Rauschmitteln. Bei dieser großen und sehr unterschiedlich zusammengesetzten Gruppe psychisch abnormer oder gestörter Rechtsbrecher sind unter psychiatrischen, kriminologischen und sozialpädagogischen Gesichtspunkten nach Eigenart und Dauer ganz verschiedenartige Methoden der Behandlung und der Sozialisierung oder Resozialisierung geboten. Will man diesen Anforderungen gerecht werden, bedarf es eines entsprechenden Angebotes an Möglichkeiten für Behandlung und Rehabilitation.

   Im *bisherigen Maßregelrecht* spielte der Gedanke der Besserung und der Resozialisierung bei diesem Personenkreis eine so untergeordnete Rolle, daß die unbefriedigenden Ergebnisse nicht überraschen können. Man hatte den psychiatrischen Krankenanstalten einen zusätzlichen Aufgabenbereich übertragen, man hatte sich aber auch nach 1945 erstaunlich wenig Gedanken über die Schaffung der institutionellen und personellen Voraussetzungen zur Erfüllung dieser Aufgaben gemacht. Trotz der kümmerlichen Bedingungen haben die Krankenanstalten auf diesem ihnen unerwünschten und aufgezwungenen Sektor zum Teil dennoch recht Beachtliches geleistet.

   Sofern die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit mit einer behandlungsfähigen psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinne zusammenhängt, ist die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt zweckentsprechend und angebracht. Die Psychiater erklärten aber schon bald nach der Einführung des § 42 b StGB a. F., und erklären seither fortlaufend, daß die vermindert schuldfähigen Delinquenten mit geistiger Behinderung, Neurosen, Psychopathien oder sexuellen Verhaltensstörungen eine nicht zu verantwortende Belastung für die Krankenanstalten bedeuten:

Eine sachgerechte Behandlung und Resozialisierung sei mit den der Anstalt zur Verfügung stehenden Mitteln regelmäßig nicht durchführbar, und die Möglichkeiten der Sicherung seien unvollständig, wenn man nicht den Krankenhauscharakter der Anstalten nach Art eines Gefängnisses verändern wolle.

Der Schwerpunkt der Behandlung dieser Tätergruppen liegt im sozialpädagogischen, nicht aber im eigentlich medizinisch-psychiatrischen Bereich. Es besteht freilich kein Zweifel, daß es hier um *psychiatrische Rehabilitation, um Sozialisation oder Resozialisation* geht. Die gegebenen, wenn auch begrenzten Möglichkeiten einer sozialisierenden oder resozialisierenden Behandlung psychisch gestörter oder charakterlich abnormer Rechtsbrecher sollten genutzt werden. Aber in den Krankenhäusern werden die wenigen Ärzte und sonstigen Mitarbeiter durch die Aufgaben der Krankenversorgung in den übrigen Bereichen bereits voll und ganz beansprucht. Es fehlt ganz einfach an den personellen, räumlichen und sonstigen Voraussetzungen für eine adäquate Behandlung und Resozialisierung dieser Delinquenten im Maßregelvollzug.

2. Insbesondere in der letzten Phase der Strafrechtsreform hat sich der Gesetzgeber intensiv um eine *Erweiterung und Verbesserung des Maßregelrechts* bemüht. Die angestrebte Neuorientierung zeigt sich bereits in der Überschrift des betreffenden Titels im StGB: Maßregeln der Besserung und Sicherung (bisher: Sicherung und Besserung). Der Besserungsgedanke wurde bewußt in den Vordergrund gerückt. Hinsichtlich der Voraussetzungen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB hat sich — bis auf eine terminologische Bereinigung — gegenüber dem alten § 42 b nur wenig geändert. Die über § 63 Abs. 2 in Verbindung mit § 65 Abs. 3 eröffnete Möglichkeit des Vikariierens im Vollzug mit der — bis 1. 1. 1978 suspendierten — sozialtherapeutischen Anstalt stellt auf die jeweils besseren Einwirkungsmöglichkeiten ab und ist insoweit als Unterstreichung des Gedankens der Besserung zu verstehen. Noch deutlicher wird das erst durch § 123 RegEStVollzG, in dem Heilung oder Besserung als Behandlungsziel genannt werden.

Über die Zweckmäßigkeit des Vikariierens kann man geteilter Meinung sein, was aber für die Praxis um so weniger ins Gewicht fällt, je mehr Möglichkeiten zur Entfaltung bessernder Aktivitäten den Institutionen des Maßregelvollzugs gegeben werden. Leider ist der bisherigen Reformgesetzgebung einschließlich des inzwischen vom Sonderausschuß für die Strafrechtsreform verabschiedeten Entwurfs für ein Strafvollzugsgesetz kein Hinweis zu entnehmen, ob und in welcher Form die Bedingungen des Vollzugs der Maßregel nach § 63 StGB verbessert werden könnten und sollten. § 125 RegEStVollzG verweist hier auf den Landesgesetzgeber und unterstreicht damit, daß nach §§ 63, 64 StGB Untergebrachte ausschließlich die *Rechtsstellung* von psychisch Kranken haben, was aber nur bei dem kleinen Kreis von Schuldunfähigen angemessen ist. Der Arbeitsgruppe erscheint deshalb eine Rahmenregelung durch den Bund zweckmäßig.

3. *Kostenträger* des Maßregelvollzugs ist die Justiz. Nach den Ausführungsgesetzen der Länder zum BSHG — in Hessen nach dem Gesetz über die Mittelstufe der Verwaltung und den Landeswohlfahrtsverband — wird die Zuständigkeit für den Vollzug der Maßregel nach § 63 StGB dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe, also dem jeweiligen Träger der psychiatrischen Krankenhäuser, übertragen. Diese Regelung hat in der Vergangenheit vor allem deshalb zu großen Schwierigkeiten geführt, weil die Justizverwaltung in vielen Bundesländern ihre *Finanzierungsverpflichtung* mit der Erstattung der jeweiligen Pflegekosten als mehr oder weniger erfüllt ansah. Auch wenn man an der Dominanz des Sicherungsgedankens unverändert festhält, ist diese Haltung nicht mehr zu rechtfertigen. Das läßt sich bereits an der kleinen Gruppe der im engeren Sinne psychisch kranken Rechtsbrecher demonstrieren. Diese Patienten bedürfen nur wenige Wochen oder Monate einer speziellen Krankenhausbehandlung, die durch den Pflegesatz gedeckt werden kann. Dann kommt aber die wichtige und meist länger dauernde Phase der Rehabilitation, deren institutioneller und personeller Aufwand zweifellos nicht mehr über die Pflegekosten zu decken ist. Das gilt natürlich in noch höherem Grade etwa für geistig behinderte oder psychopathische Delinquenten.

Da die Resozialisierungs-Chancen bei den in einem psychiatrischen Krankenhaus unterzubringenden Delinquenten insgesamt und im Durchschnitt nicht schlechter sind als bei dem für die sozialtherapeutische Anstalt vorgesehenen Personenkreis, muß auch bei ihnen für ein *angemessenes und vergleichbares Angebot an therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten* Sorge getragen werden; also für ein Angebot, das dem für die sozialtherapeutische Anstalt mindestens entspricht. Wenn den psychiatrischen Krankenhäusern ein bestimmter Sektor des Maßregelvollzugs übertragen wird, dann muß der zuständige Kostenträger auch für die notwendigen Investitionen aufkommen, die für die verantwortliche Durchführung einer solchen Aufgabe unerläßlich sind.

Im Zeichen des Resozialisierungs-Strafrechts können sich die Justizbehörden gegenüber dem psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrecher nicht mehr — wie bisher — auf die Rolle des Trägers der Krankenversicherung nach altem Recht beschränken: Sie sind vor allem *Träger der Rehabilitation,* also der Resozialisierung gerade dieses Kreises von Delinquenten.

4. Weil das bisher nicht oder doch jedenfalls nicht im erforderlichen Umfang geschehen ist, plädieren viele Psychiater für eine Herausnahme der Abteilungen oder Funktionsbereiche für psychisch kranke Rechtsbrecher aus den psychiatrischen Krankenhäusern und für die *Schaffung justizeigener Sonderanstalten.* Die Realisierung dieser Forderung dürfte aber heute auf noch größere Schwierigkeiten als vor einigen Jahren stoßen.

Durch die Reformgesetzgebung wurde als neues und zentrales Institut die sozialtherapeutische Anstalt geschaffen. Sie ist vor allem für Täter mit „schwerer Persönlichkeitsstörung" vorgesehen. Nach § 65 Abs. 3 StGB können in ihr aber auch schuldunfähige oder erheblich vermindert schuldfähige Delinquenten, etwa solche mit einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit" (§§ 20, 21 StGB), untergebracht und behandelt werden. Nach § 67 a Abs. 2 StGB kann schließlich auch der „Hangtäter", gegen den Sicherungsverwahrung angeordnet wurde, und nach § 9 RegEStVollzG sogar jeder sonstige Strafgefangene in die sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn dies zum Zwecke seiner Resozialisierung angezeigt ist. Es handelt sich also um *verschiedene Gruppen von Delinquenten, die in psychopathologischer Sicht sehr eng beieinanderliegen.* Bei den meisten dieser Delinquenten wird eine verminderte Schuldfähigkeit zu konstatieren sein; ob diese Verminderung „erheb-

lich" i. S. des § 21 StGB ist, ist dabei eine nur im Einzelfall zu entscheidende Frage, die für Sachverständige wie Richter einen erheblichen Ermessensspielraum enthält.

Theoretisch könnten alle diese Delinquenten in der sozialtherapeutischen Anstalt als justizeigener Sonderanstalt untergebracht und behandelt werden. Es bliebe dann nur noch der psychotische Rechtsbrecher, der immer in das psychiatrische Krankenhaus gehört, auch dann, wenn er als Schuldunfähiger einen Menschen umgebracht hat. Wollte man auch diesen Kreis von delinquenten Patienten in der Sonderanstalt unterbringen, bedürfte diese einer ganz anderen Organisationsstruktur. Es wäre hier auf das Konzept einer „Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher" nach § 21 des am 1. Januar 1975 in Kraft getretenen StGB für Österreich zu verweisen, das einen solchen Weg geht.

Die österreichische Lösung hat aus psychiatrischer Sicht manches für sich. Beim derzeitigen Stand unserer Gesetzgebung kann aber kaum damit gerechnet werden, daß der Gedanke aufgegriffen wird. Es erscheint deshalb an der Zeit, den *unergiebigen Streit um die Kompetenz* für die Versorgung der psychisch kranken Rechtsbrecher zu beenden. Wenn wir, wie bereits in dem Zwischenbericht dieser Kommission ausgeführt, Psychiatrie so verstehen, daß Sozialtherapie, Rehabilitation oder Resozialisierung selbstverständlich zu ihr dazugehören, dann gehören grundsätzlich auch die psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrecher in den Bereich der — insgesamt zu verbessernden — psychiatrischen Versorgung; sie sind ein Sektor im System dieser Versorgung, und die Frage, ob dies mit Hilfe justizeigener Anstalten geschieht oder nicht, ist in der Sache nur ein untergeordnetes Zuständigkeitsproblem (s. a. 6.).

Eindringlich zu betonen ist im Hinblick auf die *zentrale Bedeutung des Personalproblems*, daß der Maßregelvollzug nach seiner neuen Konzeption ein besonders personalintensiver Sektor der künftigen psychiatrischen Versorgung ist. Dabei erhält das Personalproblem eine noch schärfere Bedeutung, wenn man daran denkt, gleichzeitig auch den normalen Strafvollzug unter dem Gesichtspunkt der Resozialisierung zu reformieren. Schließlich sind es immer dieselben Berufsgruppen, von denen die Rehabilitation oder Resozialisation geleistet werden muß.

5. Am 31. Dezember 1973 befanden sich in der Bundesrepublik 3 437 Delinquenten (davon 184 Frauen) im Maßregelvollzug nach § 42 b StGB a. F. Es stellt sich die Frage, ob, insbesondere nach Errichtung der neuen sozialtherapeutischen Anstalten, in absehbarer Zeit eine nennenswerte Verminderung dieser Zahl erwartet werden kann. Schon früher, bei generell optimistischerer Beurteilung der Entwicklung, ergaben Umfragen in den bestehenden Vollzugseinrichtungen keinen Anhalt in dieser Richtung. Obwohl den Ärzten in diesen Einrichtungen von verschiedenen Seiten unterstellt wurde, sie würden die nächstmögliche Gelegenheit nützen, um ihre schwierigen und störenden Patienten abzuschieben, waren die Zahlenangaben über möglicherweise in sozialtherapeutische Anstalten verlegbare Patienten erstaunlich niedrig. Offenbar hat auch bei den Krankenhausträgern kaum jemand im Ernst daran geglaubt, daß auf diesem Sektor eine nennenswerte Entlastung zu erwarten sei. In den Planungsarbeiten ist man schlicht davon ausgegangen, daß man auch künftig mit diesem Patientenkreis rechnen muß.

6. So ergibt sich: Will oder kann man keine justizeigenen Sonderanstalten, etwa nach dem österreichischen Konzept, schaffen, die die Versorgung aller psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrecher übernehmen, so hat die Reform an den bestehenden Abteilungen oder *Funktionsbereichen für forensische Psychiatrie* anzusetzen, und zwar auf der übergeordneten Versorgungsebene. Diese Reform muß vor allem die Versorgungsmöglichkeiten selbst verbessern. Dabei ist sorgfältig zu beachten, daß die Einrichtungen nicht zu reinen Verwahranstalten für Unverbesserliche oder Unheilbare degradiert werden.

   Je nach Größe und Bevölkerungsdichte werden in jedem Bundesland ein bis drei Funktionsbereiche mit etwa 100 bis 200 Plätzen benötigt. Hinsichtlich des Personalbedarfs wäre für Psychiater und Psychologen ein Schlüssel von 1 : 10 bis 1 : 15, für Pflegepersonal 1 : 1,5 anzusetzen. Dazu käme eine ausreichende Zahl von Sozialarbeitern, Pädagogen, Ergotherapeuten, Werkmeistern etc.

   Die administrative und institutionelle *Anbindung der Funktionsbereiche an ein psychiatrisches Krankenhaus* dürfte die zur Zeit praktikablere und wahrscheinlich auch bessere Lösung sein. Anbindung heißt nicht unter einem Dach. Doch ist, soweit noch nicht erfolgt, eine „Entflechtung" mit anderen Krankenhausbereichen erforderlich.

   Die neuen Abteilungen müssen eine ihrer differenzierten Klientel entsprechende Untergliederung ermöglichen. Für einen *rehabilitationsorientierten Stufenvollzug* sind geschlossene, halboffene und offene Stationen erforderlich. Teilstationäre Einrichtungen und ambulante Nachbehandlung in Verbindung mit Führungsaufsicht und Bewährungshilfe sind wesentliche Voraussetzungen für eine schrittweise Wiedereingliederung.

   Abgesehen von dem selbstverständlichen Instrumentarium für eine zeitgemäße ärztlich-psychiatrische Diagnostik und Behandlung müssen die Möglichkeiten zur Anwendung und Erprobung verschiedener Methoden von Sozialpädagogik und anderer therapeutischer Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

   Vielleicht noch wichtiger ist ein ausreichendes Angebot von Arbeitsmöglichkeiten, vor allem aus der handwerklichen und industriellen Fertigung, mit den dazugehörigen Möglichkeiten der beruflichen Ausbildung und Fortbildung.

7. Die Funktionsbereiche oder Abteilungen für forensische Psychiatrie an den psychiatrischen Krankenhäusern müssen zu *Zentren der Diagnostik, der Therapie und der Rehabilitation* von psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrechern entwickelt werden.

   Zentren der Diagnostik werden vor allem im Hinblick auf die ständig *wachsenden Anforderungen in der Begutachtung* benötigt. Der steigenden Nachfrage steht eine immer kleiner werdende Zahl qualifizierter Gutachter gegenüber. Die wenigen der zur Zeit an bundesdeutschen Universitäten bestehenden Institute oder Abteilungen für forensische Psychiatrie haben durchweg über einen empfindlichen Mangel an Mitarbeitern zu klagen. Es fehlt an Stellen im Haushalt und — was noch bedenklicher ist — vorhandene Stellen können nicht besetzt werden. Das Interesse der jüngeren Psychiater an der Gutachtertätigkeit wird aus verschiedenen Gründen immer geringer. Dazu kommt, daß die Fragen an den Gutachter vielfältiger und komplizierter geworden sind. Wenn man es mit dem Resozialisierungs-Bemühen ernst meint,

dann wird in Zukunft vor allem die Prognose-Problematik immer mehr in den Vordergrund rücken.

Die Kombination von Diagnostik (Begutachtung) und Behandlung (Rehabilitation) in den spezialisierten Krankenhausabteilungen könnte für manchen interessierten Psychiater oder Psychologen einen stärkeren Anreiz bedeuten. Dazu käme die bisher ganz vernachlässigte Funktion für die *Aus-, Weiter- und Fortbildung* aller beteiligten Berufsgruppen auf diesem Spezialgebiet. In einem rehabilitativ orientierten psychiatrischen Krankenhaus kann auf einem vorhandenen Fundus an Erfahrungen aufgebaut werden. Übergangseinrichtungen können gemeinsam genutzt und Personal kann — auch für Fortbildungszwecke — ausgetauscht werden. Bei der Rehabilitation in der Psychiatrie spielt es gar keine so große Rolle, ob der Patient zufällig delinquent geworden ist oder nicht.

8. Im Laufe der Arbeiten an der Strafsrechtsreform ist sehr deutlich geworden, daß es weithin an fundierten Forschungsergebnissen in der forensischen Psychiatrie wie in der Kriminologie fehlt. Dem kann nur durch eine breitere *Institutionalisierung der Forschung,* zunächst einmal an den Universitäten, abgeholfen werden. An jeder Universität sollte deshalb, im Rahmen der psychiatrischen Klinik, eine selbständige Abteilung oder ein Institut für diesen Zweck geschaffen werden. Entsprechend der interdisziplinären Aufgabenstellung müssen diese Abteilungen oder Institute mit den Nachbardisziplinen, insbesondere Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften und Psychologie, kooperieren. Weiterhin bedarf es der engen Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Funktionsbereich für forensische Psychiatrie in einem psychiatrischen Krankenhaus. Nur hier kann der Kreis von delinquenten Patienten konzentriert werden, auf den die Bemühungen in Forschung und Lehre gerichtet sind. Von einem solchen *Verbund universitärer und extrauniversitärer Einrichtungen* können beide Partner nur profitieren. Mit einer mehr oder weniger bescheidenen Zahl zusätzlicher Betten in einer psychiatrischen Universitätsklinik kann man dagegen den hier gestellten Aufgaben kaum gerecht werden.

9. Vom *Gesetzgeber* ist insbesondere zu fordern, daß im Strafvollzugsgesetz Bestimmungen über die *Ausstattung der Krankenhausabteilungen,* in denen die Maßregel vollzogen werden soll, aufgenommen werden. Dabei könnte an den — im RegEStVollzG leider nicht übernommenen — Vorschlag im Entwurf der Strafvollzugskommission (§ 121) zur Ausstattung der sozialtherapeutischen Anstalten angeknüpft werden.

   Weiterhin ist eine dem § 113 RegEStVollzG entsprechende Vorschrift über *Urlaub zur Vorbereitung der Entlassung* aus dem psychiatrischen Krankenhaus in das Vollzugsgesetz aufzunehmen. Die hier bestehende Rechtsunsicherheit muß im Interesse der Sache beseitigt werden.

   Schließlich ist es erforderlich, daß die Abteilungen für den Maßregelvollzug in psychiatrischen Krankenhäusern *mit geeigneten wissenschaftlichen Institutionen zusammenarbeiten,* wie es bereits zu Beginn der Konzeption für die sozialtherapeutischen Anstalten vorgesehen war. Dafür kommen in erster Linie die unter 8. genannten Spezialeinrichtungen an psychiatrischen Universitätskliniken in Frage.

   Eine solche institutionelle und personelle Planung erfordert *Investitionen,* die nicht durch die bisher üblichen Pflegesätze (s. oben 3.) gedeckt werden können. Die Justizverwaltungen und die sonstigen zuständigen Organe müssen aber wissen: Ohne solche Investitionen sind die hier ganz konkret bestehenden Einrichtungen des Maßregelvollzugs, die in diesem Bereich die praktische Hauptarbeit leisten und auch weiterhin leisten müssen, am Ziel der Resozialisierung ausreichend nicht zu orientieren; sie bleiben Kümmer-Institutionen.

10. Empfehlungen

    Schaffung neuer Einrichtungen für den Maßregelvollzug gem. § 63 StGB in Verbindung mit psychiatrischen Krankenhäusern als Einheiten der übergeordneten Versorgungsebene in einer den regionalen Bedürfnissen entsprechenden Größenordnung.

    Ausbau und Verbesserung der bestehenden Einrichtungen für den Maßregelvollzug an psychiatrischen Krankenhäusern unter denselben Gesichtspunkten.

    Sicherstellung einer den zeitgemäßen Erfordernissen von Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation entsprechenden Ausstattung dieser Vollzugseinrichtungen in institutioneller wie personeller Hinsicht.

    Schaffung neuer und Ausbau bestehender Institute (Abteilungen) für forensische Psychiatrie an psychiatrischen Universitätskliniken, die in Verbindung mit den Einrichtungen für den Maßregelvollzug an psychiatrischen Krankenhäusern der Forschung und Lehre dienen.

R. Degkwitz

H. Hippius

G. Sautter

J. Schmitz-Formes

II. Gerontopsychiatrie und Strafrecht

Die Probleme der Alterskriminalität sowie die Frage, ob es eines besonderen „Altenstrafrechts" bedarf, sind in den letzten Jahren aus psychiatrischer wie aus juristischer Sicht wiederholt behandelt worden. Die Arbeitsgruppe hat den Komplex eingehend erörtert und beurteilt ihn wie folgt.

1. Eines speziellen *„Altersstrafrechts"* als Parallele zum Jugendstrafrecht bedarf es nicht. Ein solches Altersstrafrecht ließe sich, im Gegensatz zum Jugendstrafrecht, sinnvoll kaum abgrenzen, könnte aber leicht sogar eine ungute Diskriminierung der älteren Menschen fördern und müßte im übrigen neben dem Jugendstrafrecht das allgemeine Strafrecht in bedenklicher Weise aushöhlen, ja zur „Minderheitsnorm" machen.

2. Wohl aber besteht gerade auch aus psychiatrischer Sicht aller Anlaß für die nachdrückliche Forderung, dem Strafrichter und den sonstigen an der Strafrechtspflege Beteiligten die Ergebnisse und Einsichten der modernen Altersforschung nahezubringen. Das gilt nicht nur für die spezifisch kriminologischen und kriminalistischen Fragen, z. B. der Verkehrskriminalität. Es gilt vielmehr vor allem für die psychische Gesamtsituation des alternden und alten Menschen überhaupt. Insbesondere beim immer stärkeren Altersüberhang und einer zunehmenden Verjüngung der Richterschaft ist diese *Unterrichtung* ein sehr dringendes Anliegen, weil sie das wohl wichtigste Mittel darstellt, den schwierigen Problemen, die die Alters-

kriminalität forensisch und menschlich aufwirft, sachgerecht zu begegnen.

3. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob im Hinblick auf die Situation des alten Menschen Einzeländerungen des Strafrechts angezeigt sind.

   a) Mitunter wird gefordert, in der StPO eine Verpflichtung des Richters gesetzlich zu verankern, zur *Beurteilung der Schuldfähigkeit* (§§ 20, 21 StGB) von einem bestimmten Alter des Beschuldigten an stets oder mindestens in der Regel einen Gutachter heranzuziehen. Dies ist jedoch nicht zu empfehlen: Eine *allgemein gehaltene* Formulierung („in der Regel") würde unnötige rechtliche Schwierigkeiten aufwerfen und wäre — als eine Art gesetzgeberischer Erinnerung an ohnedies bestehende Anforderungen der richterlichen Aufklärungspflicht — im System der StPO ein bedenklicher Fremdkörper. Die Markierung einer *zwingenden Grenze*, die dann etwa bei 60, 65 oder 70 Jahren liegen müßte, aber wäre, von allen anderen Problemen und Bedenken abgesehen, eher ein Rückschritt, und zwar ein gefährlicher Rückschritt, weil sie den Eindruck aufkommen lassen könnte, vor der Grenze seien Begutachtungen im Zweifel nicht erforderlich. Im übrigen ist nicht erkennbar, daß die Grundsätze der Revisionsgerichte über die Begutachtung älterer Delinquenten Anlaß zur Klage geben könnten.

   Das eigentliche und berechtigte Anliegen der genannten Forderung ist es, die strafgerichtliche Alltagspraxis auf Probleme aufmerksam zu machen, die ersichtlich manchmal zu wenig bedacht werden oder bekannt sind. Der geeignete Weg, dem Rechnung zu tragen, ist nach Meinung der Arbeitsgruppe die Aufnahme eines — mit angemessener Vorsicht formulierten — mehr belehrenden Hinweises in den bundeseinheitlichen *„Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren"*, ähnlich den in diesen Richtlinien (Nr. 53) schon heute enthaltenen Hinweisen über Besonderheiten bei „Strafverfahren gegen Hirnverletzte". Der Hinweis sollte sich dabei aber nicht nur auf die Fragen der Begutachtung beziehen. Er sollte vielmehr auch auf die allgemeinen Besonderheiten im psychischen Gesamtbild älterer Menschen aufmerksam machen (oben 2.) und im übrigen, wie Nummer 53 Abs. 3 der Richtlinien, eine Äußerung zur Bestellung notwendiger Verteidiger (§ 140 Abs. 2 StPO) enthalten, die hier in vielen Fällen angezeigt ist und mit aller Großzügigkeit gehandhabt werden sollte.

   b) Gefordert oder erwogen wird weiterhin, dem Richter in Fällen *verminderter Schuldfähigkeit* (§ 21 StGB) bei alten Menschen gesetzlich zu gestatten, über die Milderungsmöglichkeiten der §§ 21, 49 StGB hinauszugehen bzw. ihn überhaupt nicht an Mindeststrafrahmen zu binden.

   Dem ist zu widersprechen: Es besteht kein Anlaß, den alten Menschen (von welchem Alter ab?) im Falle des § 21 StGB anders zu behandeln als sonstige vermindert schuldfähige Täter, insbesondere, nachdem die Strafdrohung gegen den sexuellen Mißbrauch von Kindern (§ 176 n. F.) im 4. StrRG vom 23. November 1973 generell erheblich herabgesetz worden ist. Denn die besondere Härte, die in der Verurteilung eines alten Menschen namentlich zu einer länger dauernden Freiheitsstrafe liegen kann, ist kein Problem, das von den Voraussetzungen des § 21 abhängig ist. Es ist vielmehr, soweit der Richter im Einzelfall eine solche Härte nicht vermeiden kann, ein Problem der Gnadeninstanzen.

   c) Die Arbeitsgruppe hat erwogen, ob es sich empfiehlt, für alte Menschen die *Institution eines „Altenhelfers"* als Sonderform des Bewährungshelfers zu schaffen und diesen Altenhelfer, über das geltende Recht hinaus, in geeigneten Fällen auch dann zu bestellen, wenn der Täter nicht mit Freiheitsentzug, sondern nur mit Geldstrafe belegt worden ist.

   Die Bestellung eines solchen Altenpflegers bei bloßer Verurteilung zu Geldstrafe empfiehlt sich sicher nicht. Denn hier würde die regelmäßig relativ geringfügige Straftat nur als Mittel benutzt, eine letztlich aus anderen Gründen für notwendig erachtete Hilfe zu gewähren. Dies ist aber nicht der geeignete Weg zur Hilfe, weil die Bestellung des Helfers immer eine strafrechtliche Zwangsmaßnahme bleibt, die gerade von alten Menschen als diskriminierend empfunden werden dürfte. Überdies würde es sich dabei um einen Bruch im System unseres Strafrechts handeln, das aus rechtsstaatlichen und kriminalpolitischen Erwägungen die Unterstellung unter einen Bewährungshelfer bei Verurteilung zu Geldstrafe nicht vorsieht.

   Für die Fälle hingegen, in denen der Täter nach geltendem Recht im Zusammenhang mit einer freiheitsentziehenden Strafe oder Maßregel der Bewährungshilfe unterliegt, hat der Gedanke, einen „Altenhelfer" als Sonderform des Bewährungshelfers einzuführen, von der Sache her ohne Zweifel viel für sich. Zweifelhaft bleibt jedoch, ob er sich in angemessener Weise praktisch realisieren läßt. Insoweit bestehen Probleme nicht nur hinsichtlich der Anforderungen an die besondere Ausbildung eines solchen Helfers im Spannungsfeld zwischen Strafrecht und Altenhilfe sowie hinsichtlich der Frage, ab welchem Alter der Probanden dieser Helfer gegebenenfalls einzusetzen wäre. Zu besorgen ist vor allem, daß ein spezieller Altenhelfer wegen der geringen Zahl der Probanden jeweils einen viel zu großen räumlichen Bereich betreuen müßte und dadurch den entscheidend notwendigen persönlichen Kontakt zum Schützling zu wenig wahren könnte. So empfiehlt es sich, dem berechtigten Kern des Gedankens in zwangloserer Form näherzutreten, und zwar insbesondere durch eine spezielle Ausbildung der Bewährungshelfer (oben 2.) sowie durch verstärkte Bemühungen, im Einzelfall Sachkundige als ehrenamtliche Bewährungshelfer (vgl. § 56 d Abs. 5 StGB) zu gewinnen.

   d) Kritische Situationen können entstehen, wenn alte Menschen in *Untersuchungshaft* genommen werden. Eine altersbedingt eingeschränkte Toleranzbreite kann zu schwerer psychosomatischer Dekompensation führen, die das übliche Maß der Belastung durch die Haft erheblich übersteigt. Die Arbeitsgruppe hält wegen des Ernstes dieser Folgen Regelungen zur Abwendung oder zur *Milderung des Untersuchungshaft-Vollzugs* für dringend wünschenswert; solche Maßnahmen werden durch § 126 a StPO nicht ausgeschlossen, weil diese Vorschrift eine andere Zielsetzung hat und nur Schuldunfähige bzw. vermindert Schuldfähige erfaßt, während die anzustrebende Regelung gerade schuldfähigen alten Menschen helfen sollte, deren Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus regelmäßig sachwidrig wäre. Zu wünschen ist insbesondere, daß die Untersuchungshaft in geeigneten Fällen anstatt in einer Vollzugsanstalt in einem geeigneten Heim oder einer ähnlichen Einrichtung vollzogen wird, wenn die sonstigen Möglichkeiten zur Aussetzung des Vollzugs nicht in Betracht kom-

men. Nach dem Wortlaut des § 116 StPO ist der Richter zwar schon nach geltendem Recht nicht gehindert, so zu verfahren; aber tatsächlich geschieht dies, soweit ersichtlich, nirgends. Ob es möglich ist, dem mit Hilfe einer gesetzlichen Normierung — sei es in der StPO, sei es im Strafvollzugsgesetz, sei es in einem künftigen Untersuchungshaft-Vollzugsgesetz — zu begegnen, oder ob sich wegen der unverkennbaren praktischen und rechtlichen Schwierigkeiten einer solchen Normierung nur der Weg bietet, wenigstens durch Hinweise in den Richtlinien (oben a) weiterzukommen, muß im einzelnen der Abklärung durch die zuständigen Instanzen vorbehalten bleiben.

e) Besondere Normierungen über den *Vollzug freiheitsentziehender Strafen und Maßregeln* an alten Menschen dürften sich mit dem Inkrafttreten des neuen Strafvollzugsgesetzes erübrigen. Alte Verurteilte sollten möglichst nicht unter sich gehalten werden; dies ist, abgesehen von der Konzentration bei Pflegebedürftigkeit, aber auch nicht üblich und wird ersichtlich auch gar nicht angestrebt.

4. Zusammenfassung und Empfehlungen
Die Arbeitsgruppe hält es für unzweckmäßig, ein besonderes „Altersstrafrecht", in Parallele zum Jugendstrafrecht, zu schaffen. Es erscheint ihr aber notwendig, daß die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher nahegebracht werden. Sie empfiehlt, dazu auch die „Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren" zu benutzen, in denen überdies ausdrücklich auf die Probleme der Schuldfähigkeit, der Bestellung notwendiger Verteidiger und — falls hier nicht eine gesetzliche Normierung angezeigt ist — auf Möglichkeiten zur Milderung des Vollzugs der Untersuchungshaft, insbesondere durch Unterbringung in geeigneten Heimen, hingewiesen werden sollte.

R. Degkwitz
H. Hipplus
G. Sautter
J. Schmitz-Formes

Sondervotum von Sanitätsrat Dr. Schmitz-Formes zur Zusammenfassung — Teil B — 2.5 „Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems" und zum Kapitel B. 3.2.2 „Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen"

1. Zusammenfassung — Teil B — 2.5 „Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems"

Der Text des Schlußberichtes (Seite 16) —

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

— Beratungsdienste;

— ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen und andere Institutionen);

..."

— sollte folgendermaßen lauten:

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

— Beratungsdienste;

— ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte, qualifizierte Krankenhausärzte, niedergelassene Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen u.a. Institutionen); ....

(Begründung: Durch die ausdrückliche Erwähnung der qualifizierten Krankenhausärzte soll die Bedeutung der übrigen mitwirkenden Personenkreise stärker hervorgehoben werden.)

2. B. 3.2.2 „Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen"

a) Der Text des Schlußberichtes (Seite 211) —

„Infolge des bereits in Kapitel B.3.2.1 beschriebenen generellen quantitativen Defizits an niedergelassenen Nervenärzten, des beträchtlichen Anteils neurologischer Patienten in deren Praxen, der oben geschilderten erheblichen Unterschiede zwischen der Verteilung ihrer Patientengruppen zu den in stationäre Behandlung Aufgenommenen und bei der in vielen Fällen schlechten Erreichbarkeit der Praxen ist die notwendige Nachbehandlung von krankenhausentlassenen Patienten durch niedergelassene Nervenärzte nicht gesichert."

— ist ersatzlos zu streichen.

b) Der Text des Schlußberichtes (Seiten 211 bis 212) —

„In besonderem Maße nachteilig für die ambulante Versorgung wirkt sich die ungleichmäßige Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte aus. 60 % aller niedergelassenen Nervenärzte üben ihre Praxistätigkeit in Großstädten aus. Ferner ist rein rechnerisch festzustellen, daß sich in 140 Kreisen und

kreisfreien Städten (von insgesamt 389) kein Wohnsitz eines niedergelassenen Nervenarztes findet. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Einzugsgebiete der nervenärztlichen Praxen mit den Kreisgrenzen nicht identisch sind."

— sollte folgendermaßen lauten:

Die ungleichmäßige Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte kann sich unter Umständen für die ambulante Versorgung nachteilig auswirken, weil 60 % aller niedergelassenen Nervenärzte ihre Praxistätigkeit in Großstädten ausüben.

c) Der Text des Schlußberichtes (Seite 212) —

„Die aus den geschilderten Gründen relativ geringe Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an der Weiterbehandlung aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassener Patienten sowie die ungünstige Verteilung nervenärztlicher Praxen sind zweifellos Faktoren, die die ambulante Versorgung nachsorgebedürftiger psychisch Kranker negativ beeinflussen."

— sollte folgendermaßen lauten:

Diese Verteilung der nervenärztlichen Praxen ist ein Faktor, der die ambulante Versorgung nachsorgebedürftiger psychisch Kranker negativ beeinflussen kann. Eventuelle Versorgungslükken können durch die Beteiligung oder Ermächtigung von qualifizierten Krankenhausärzten geschlossen werden. Nur diese, an die Person des Arztes gebundene Ermächtigung garantiert die auch in diesem Bericht unter B. 3.2.2.6 geforderte Kontinuität der Behandlung.

(Begründung: Angesichts des besonderen personellen Engpasses an den psychiatrischen Landeskrankenhäusern, deren extrem ungünstiger geographischen Lage [vgl. B. 3.3.1.1.5.1 dieses Berichtes] sowie der beängstigenden Personalsituation der Gesundheitsfachverwaltung ist es als irreal anzusehen, diesen Institutionen zusätzliche Aufgaben in der ambulanten Versorgung anzuvertrauen.)

d) Der Text des Schlußberichtes (Seite 212) —

„Deswegen hält es die Sachverständigen-Kommission für notwendig, daß die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teiles der psychisch Kranken durch geeignete ambulante Aktivitäten, welche von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, ausgefüllt wird. Die hier erforderliche Versorgungsform wird den Charakter einer ausgesprochen *aktiv-nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Behandlung* haben müssen. Eine derartige, auf die Gemeinde hin orientierte ambulante Tätigkeit wird nicht vom Arzt allein, sondern in der Regel von einer Gruppe von Mitarbeitern (Sozialarbeiter, Schwestern oder Pfleger mit spezieller Weiterbildung oder Erfahrung und Psychologen) getragen. Sie kann naturgemäß nur in einem definierten, überschaubaren, räumlich begrenzten Versorgungsgebiet effizient werden."

— sollte folgendermaßen lauten:

Mögliche Lücken in der ambulanten Versorgung eines Teiles der psychisch Kranken können bei einer sachgerechten Auslegung der derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen durch eine Beteiligung oder Ermächtigung qualifizierter Krankenhausärzte voll ausgefüllt werden. Dabei kann die erforderliche Versorgungsform durchaus den Charakter einer ausgesprochen aktiv nachgehenden, aufsuchend ambulanten Behandlung haben.

e) Der Text des Schlußberichtes (Seite 212) —

„Ambulante Versorgungsleistungen dieser Art lassen sich von nervenärztlichen Praxen mit ihrer gegenwärtigen Struktur nur unter Ausnahmebedingungen erbringen. Es überfordert den niedergelassenen Nervenarzt bei der heutigen Situation generell, wenn von ihm die zur sozialen Wiedereingliederung bestimmter Patientengruppen unbedingt notwendigen sozialen und rehabilitativen Hilfen erwartet werden, die jedoch von den stationären psychiatrischen Einrichtungen in der Regel angeboten werden können."

— sollte folgendermaßen lauten:

Ambulante Versorgungsleistungen dieser Art lassen sich von nervenärztlichen Praxen mit ihrer gegenwärtigen Struktur nur unter Ausnahmebedingungen erbringen. Es überfordert den niedergelassenen Nervenarzt bei der heutigen Situation generell, wenn von ihm die zur sozialen Wiedereingliederung bestimmter Patientengruppen unbedingt notwendigen sozialen und rehabilitativen Hilfen erwartet werden.

(Begründung: Der letzte Halbsatz sollte ersatzlos gestrichen werden bis zur Erbringung des Nachweises eines derartigen Angebotes als Regelleistung.)

f) *Zu B.3.2.2.3 „Vorschaltambulanz, Krisenintervention"*

Die tägliche Erfahrung der frei praktizierenden Ärzte widerspricht der Darstellung in Abschnitt B.3.2.2.3: Gesetzliche Einweisungsbeschlüsse sind in der Regel auf *diejenigen* Fälle beschränkt, die einer Hospitalisierung bedürfen und nicht in einer vorgeschalteten Ambulanz versorgt werden können. Es fehlt — und dazu wäre gewiß bei dem sonst so umfangreichen Zahlenmaterial, mit dem Darstellungen und Vorstellungen untermauert werden sollten, Gelegenheit gewesen — jeder Versuch eines Beweises für die in diesem Abschnitt aufgestellten Behauptungen. Es ist völlig unverständlich, durch welche personellen Kapazitäten derartige Vorstellungen einer Realisierung zugeführt werden könnten.

Zum „Abfangen" der „zur Aufnahme anstehenden Patienten" bedarf es keiner neuen Institutionen. Patienten, die zur stationären Behandlung eingewiesen wurden, können hier — wie auch in allen anderen Disziplinen — der ambulanten Behandlung ohne jede Institution zugeführt werden, wenn dies der aufnehmende Arzt für möglich hält.

Bei aller Würdigung der Besonderheiten im Sektor psychisch Kranker und Behinderter ist die Durchführung von Hausbesuchen durch Krankenhausärzte abzulehnen, weil diese

a) nicht immer und nicht ausreichend zur Verfügung stehen

und weil diese Regelung

b) zu einer Konfliktsituation mit den Hausärzten führen würde, die ihrerseits dann die notwendigen Hausbesuche einstellen würden.

Bei einer vernünftigen Kooperation zwischen Klinik, Krankenhaus und freier Praxis — dies gilt ganz besonders für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter — wird jeder Hausarzt den Empfehlungen der Krankenhausärzte für die hausärztliche Betreuung und die Weiterführung einer notwendigen Behandlung folgen.

g) *Zu B.3.2.2.4 „Mobiles Team, Sozialpsychiatrischer Dienst"*

Das hier angesprochene Mobile Team kann im Rahmen eines Institutsvertrages durchaus seine Aufgaben wahrnehmen. Aufgrund der in anderen Ländern mit derartigen Einrichtungen gemachten Erfahrungen sollte aber die Effizienz Mobiler Teams — vor allem hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Effektes — zunächst an Modellen erprobt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die auf den Seiten 212 und 213 gemachten Vorschläge zur ambulanten ärztlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bei entsprechender Anwendung der diesbezüglichen Bestimmungen heute bereits durchführbar sind.

Ausführungen in Kapitel B. 3.2 „Aumbulante Dienste", die den Eindruck vermitteln könnten, daß das Schwergewicht zur Verbesserung der Lage psychisch Kranker und Behinderter im *ambulanten* Bereich liege, sind zurückzuweisen.

Eine derartige Darstellung bedeutet eine Akzentverschiebung, die angesichts der „brutalen Realitäten" im Bereich der stationären Versorgung unzulässig ist.

J. Schmitz-Formes