

Entschließungsantrag

des Abgeordneten Bueb und der Fraktion DIE GRÜNEN

**zur dritten Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker
— Drucksachen 10/4219, 10/4533 —**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Sowohl der Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP als auch der Entwurf der Fraktion der SPD sind in Hinsicht auf eine verbesserte Versorgung und Hilfe für psychisch kranke Menschen unzureichend und inkompetent. Eine Verbesserung der Lage psychisch Kranker wird mit diesen Entwürfen nicht erreicht.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ist eine Billiglösung für den Bereich der psychiatrischen Versorgung. Es ist zynisch, hier von einer „umfassende(n) ambulante(n) Versorgung der psychisch Kranken“ zu sprechen.

Die Aufnahme der Finanzierung von Tageskliniken und die Ausweitung der Finanzierung von Institutsambulanzen – die beiden einzigen Elemente des Gesetzentwurfes – verschieben lediglich die Kosten bereits bestehender Versorgungspraktiken in die RVO.

Dringend notwendige Einrichtungen der ambulanten Versorgung (z. B. sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Kontaktstellen) werden in diesem Gesetzentwurf destabilisiert. Die Arbeit vieler vorhandener Einrichtungen wird in Frage gestellt.

Die gesamte psychosoziale Versorgung wird noch mehr als bisher medikalisiert. Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker bestehen nach diesem Gesetzentwurf aus stationärer Psychiatrie, Tagesklinik und der Arbeit von Institutsambulanzen. Die Finanzierung und Einrichtung bzw. Aufrechterhaltung klinikunabhängiger, gemeindenaher ambulanter Einrichtungen sind nicht vorgesehen.

Die psychosoziale Versorgung wird weiter zentralisiert (mit der psychiatrischen Klinik im Mittelpunkt) und die Oberhoheit der Psychiater – und damit der medizinischen Sichtweise psychischen Leidens – gefestigt.

20 Jahre Diskussion und fachliche Kompetenz werden damit gezeugnet. Dies kommt in der Nachstellung der Institutsambulanzen nach den Kliniken und niedergelassenen Nervenärzten zum Ausdruck. Eine Entlastung der Krankenkassen durch die Vermeidung oder Abkürzung vollstationärer Versorgung (so das Ziel des Entwurfes) ist so nicht zu erwarten. Denn hier werden einfach Kosten von der öffentlichen Hand zu den Krankenkassen verschoben.

Dringend notwendige Problembereiche werden nicht einmal thematisiert. Zu nennen sind vor allem

- die skandalöse Trennung in Behandlungs- und Pflegefall,
- die unzureichende Rechtsstellung der Patienten und Klienten,
- die mangelhafte Strukturierung der Hilfe.

Es ist auch festzustellen: Es spricht für eine erschreckende Unkenntnis, wenn wie in dem Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ein gesetzlicher Bedarf vor allem in dem Ausbau von Institutsambulanzen und Tageskliniken gesehen wird. Man brauchte mehr als zehn Jahre, um festzustellen, daß es günstig sein kann, Patienten ohne den Umweg in ein Bett in einer psychiatrischen Klinik auch gleich in eine psychiatrische Tagesklinik aufnehmen zu dürfen oder in einer Institutsambulanz zu behandeln. Solche Selbstverständlichkeiten können bestenfalls nur ein kleiner Teil eines Psychiatriegesetzes sein. Ohne weitere Maßnahmen, die der Verbesserung der Versorgung dienen, sind von diesen beiden Maßnahmen keine positiven Effekte zu erwarten.

Der Entwurf der Fraktion der SPD ist weitergehend. Er regelt neben der Finanzierung der tagesklinischen Behandlung und der Institutsambulanzen auch noch den Betrieb therapeutischer Wohngemeinschaften, der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und die Arbeit von sozialpsychiatrischen Diensten als RVO-Leistungen. Die ärztliche Vormachtstellung wird auf diesem Wege noch weitergehend als im Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ausgebaut, sogar bis in den Bereich der Rehabilitation und den Alltag der ehemaligen psychiatrischen Patienten hinein. Die hier beabsichtigte Medikalisierung kann schon aus praktischen Gründen nicht funktionieren.

Psychisch Kranke sind zumeist sehr arme Menschen, die von Sozialhilfe abhängig sind. Kürzungen der Sozialhilfe machen alle Bestrebungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung hinfällig.

Die Privatisierung ganzer Teilbereiche der Hilfe für psychisch Kranke (wie Psychotherapie und der Heimbereich) verschärft die Probleme nur noch. Denn die meisten psychisch Kranken

haben nicht die Möglichkeiten, solche Hilfen zu bezahlen. Deswegen entstanden in den letzten Jahren die ambulanten Ghettos, die man in allen Großstädten der Bundesrepublik Deutschland sehen kann. Hilfsbedürftige Menschen wurden in Hilfsbedürftige mit und ohne Finanzkraft gespalten.

Der Masseneinsatz der neuen Psychopharmaka (Tranquilizer, Antidepressiva und Neuroleptika) führte dazu, daß mittlerweile mehr als 25 Millionen Menschen auf der Welt leiden.

Stolz verkündete kürzlich der Medikamentenproduzent Roche, daß mittlerweile mehr als 150 Millionen Menschen auf der Welt solche Medikamente nehmen. Es ist zu befürchten, daß hier ein neuer Psychiatrieskandal großen Ausmaßes hochkommt, daß es längst an der Zeit ist, die inflationäre Anwendung von „harten“ Psychopharmaka einzudämmen. Dies vor allem deswegen, weil gerade in der Bundesrepublik Deutschland Psychopharmaka vergleichsweise sehr häufig angesetzt werden.

Das gleiche gilt auch für die in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor rechtlich problemlose Anwendung von Elektroschocks.

- II. Die Bundesregierung wird angesichts der untragbaren Defizite der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung aufgefordert, ein „Psychiatriegesetz“ vorzulegen, das die psychosozialen Hilfeangebote auf westeuropäischen Standard hebt: Das wäre ein den westdeutschen Besonderheiten angepaßter Mischtyp italienischer, niederländischer und englischer Arrangements von Hilfeinstitutionen und Maßnahmen, die vor allem die Patientenrechte betreffen.

Hierzu ist ein Rahmengesetz erforderlich, das den Gesamtbereich neu regelt. Es muß ein Sofortprogramm und eine Dauermaßnahme beinhalten, die fünf Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes in Kraft tritt.

Das Sofortprogramm beginnt mit der Verabschiedung eines Bundesrahmengesetzes und der Anpassung der entsprechenden Bundes- und Ländergesetze. Mit dem neuen Gesetz werden/wird

- a) eine sparsame institutionell verankerte psychische/psychosoziale Basisversorgung geschaffen,
- b) Raum und Mittel für innovative Modelle im ambulanten Bereich bereitgestellt,
- c) psychische/psychosoziale Hilfe weitgehend entmedikalisiert,
- d) psychiatrische Kliniken aufgelöst,
- e) die Stellung der Hilfesuchenden entscheidend verbessert.

Für die Übergangszeit von fünf Jahren beinhaltet das Gesetz folgende Elemente:

1. Simplifizierung, Vereinheitlichung und Zusammenarbeit von allen ambulanten Einrichtungen

Für alle ambulanten Einrichtungen gilt ab sofort ein einheitlicher Mindestkatalog „Leistungen und Pflichten ambulanter Einrichtungen“ in einer Region, die sie gemeinsam zu erbringen haben. Alle Einrichtungen werden zur nichtspezialisierten Hilfe verpflichtet. Ihnen ist es untersagt, Hilfesuchende gemäß der persönlichen Orientierung oder dem eigenen „Selbstverständnis“ zu selektieren. Die Kapazitäten der Einrichtungen werden im Sofortprogramm nicht erhöht. Spezialdiensten (wie z.B. Erziehungs- und Lebensberatungsstellen), die sich einer Einbeziehung verweigern, werden keine öffentlichen Mittel mehr zugestanden. Diese Maßnahme zielt auf eine koordinierte Vereinheitlichung der Aufgaben und der Einrichtungsbezeichnungen im „Kernbereich“ der Hilfe in einer Region ab.

Die ambulanten Einrichtungen, die an einer späteren Mitwirkung interessierten niedergelassenen Nervenärzte und die stationären Einrichtungen sind zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die drei Beteiligten haben die Voraussetzungen für die Dauermaßnahme zu schaffen, die fünf Jahre später eingeführt wird. Sie haben auch den Mindestkatalog als Gemeinschaftsaufgabe konkret auszugestalten. Aus dieser Zusammenarbeit hat sich das zu gründende „regionale Institut für seelische Gesundheit“ zu entwickeln.

2. Verbesserung der Rechtsstellung der Hilfesuchenden, Klienten und Patienten gemäß der Charta „Mental Health 2000“ der Weltförderation für Geistige Gesundheit und der Menschenrechtsdeklaration der UN. Dies beinhaltet:
 - a) Psychisch Kranke und leidende Menschen haben ein Recht auf bestmögliche Hilfe. Sie dürfen nicht in einer sie schädigenden Weise behandelt werden.
 - b) Schädigende Behandlungsformen (Elektroschocktherapie, Gehirnchirurgie) sind zu verbieten.
 - c) Es ist unter Strafe gestellt, Patienten (auch auf freiwilliger Basis) als Versuchspersonen für experimentelle oder pharmakologische Untersuchungen zu benutzen.
 - d) Patienten haben das Recht, voll und umfassend über die Art und Folgen ihrer Behandlung aufgeklärt zu werden. Sie haben Zugang zu allen Aufzeichnungen über ihre Person und das Recht, solche Aufzeichnungen zu verändern.
 - e) Patienten und ihre Angehörige haben die Möglichkeit, sich in Verbänden zu organisieren. Vertreter dieser Verbände haben freien Zugang zu allen psychischen/psychosozialen Organisationen und Sitz und Stimme bei Sitzungen und Tagungen.
 - f) Behandlungen und Hilfeleistungen dürfen nicht die bürgerlichen Grundrechte einschränken. Die Hilfe hat so alltagsnah wie möglich zu sein. Sie darf nur auf freiwilliger Basis nach vorheriger genauer Information über evtl.

Folgen und Schäden erfolgen. Der sog. „psychiatrische Konsens“ ist rechtlich bindende Voraussetzung für alle psychiatrischen und psychologischen Behandlungen.

- g) Für entmündigte und unter Pflegschaft gestellte Personen ist ein Vormund bzw. Pfleger aus einem zu gründenden „Sachwalterverein“ gemäß dem „österreichischen Modell“ zu bestellen. Ein Sachwalter ist Angestellter des unabhängigen Sachwaltervereins. Eine Vormundschaft bzw. Pflegschaft ist prinzipiell nur zeitlich befristet möglich.
 - h) Es ist verboten, Patienten mit der Androhung einer Entmündigung oder Pflegschaft in einer Klinik zu halten. Dies ist auch dann verboten, wenn ein Patient sich mit seinem Entschluß, die Klinik zu verlassen, voraussichtlich schadet.
- 3. Den Mitarbeitern der Kliniken ist ab sofort die arbeitsrechtliche Möglichkeit zu geben, in einem sich jährlich steigern- den Umfang außerhalb der Kliniken in ihren künftigen Arbeitsbereichen in den Regionen zu arbeiten.
 - 4. Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit ist der Gebrauch von Psychopharmaka einzudämmen. Werbung für solche Medikamente, auch in Fachzeitschriften, ist ver- boten. Statt dessen werden Mittel bereitgestellt, um öffent- lich über die Risiken des Einsatzes von Psychopharmaka sachlich aufzuklären.
 - 5. 1 % der Geldmittel, die für die psychische/psychosoziale Hilfe aufgewendet werden, kommen sozialen innovativen Projekten und lokalen Initiativgruppen zugute.

Fünf Jahre später tritt die Dauermaßnahme in Kraft. Sie bein- haltet unter der Voraussetzung einer ökonomischen Grundsich- erung, die die Verarmung auf für psychisch Kranke verhin- dert, folgendes Gesamtpaket:

1. Träger der freien Wohlfahrtspflege

Die Fachaufsicht der Träger der freien Wohlfahrtspflege über „ihre“ psychischen/psychosozialen Einrichtungen wird an die jetzt zu gründenden regionalen Körperschaf- ten, die „regionalen Institute für seelische Gesundheit“ (RISG) abgetreten. Die Träger der freien Wohlfahrtspflege werden nicht mehr im Proporz oder im Vorrang, sondern in Konkurrenz mit anderen Vereinigungen und den öffentli- chen Einrichtungen auf regionaler Ebene finanziert.

2. Niedergelassene Nervenärzte

Das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Nerven- ärzte ist abgeschafft. Damit sind nicht die niedergelassenen Ärzte „abgeschafft“, sondern Konkurrenzen zwischen nie- dergelassenen Ärzten und Institutionen ermöglicht.

3. Einschränkung der Überweisungsmöglichkeiten

Niedergelassene Ärzte dürfen Patienten nur noch in Übereinstimmung mit dem jeweiligen RISG einen Patienten in eine „psychiatrisch-klinische Einheit“ einweisen. Damit ist beabsichtigt, die enorm hohen Einweisungsquoten deutlich zu senken.

4. Die regionale Körperschaft

Das RISG arbeitet anhand eines bindenden Mindestkatalogs gemäß folgender Leitlinien:

- a) Es arbeitet gemäß einem einheitlichen Mindestkatalog für Hilfsangebote in einer Region. Dieser Katalog beinhaltet Leistungspflichten für alle psychischen/psychosozialen Problemlagen.
- b) Es hat die regionalen Aktivitäten und Hilfen zu koordinieren und zu unterstützen. Es bietet eigene Dienste an oder delegiert sie an andere Körperschaften.
- c) Die Einrichtungen in einer Region (gemäß der in der Psychiatrie-Enquete vorgeschlagenen „Standardversorgungsgebiete“) haben beratende, behandelnde, präventive und rehabilitative Leistungen als Gemeinschaftsaufgabe zu erbringen. Sie (oder das regionale Institut für psychische Hilfe) haben einen Krisendienst an 365 Tagen p. a./24 Stunden aufzubauen.
- d) Das regionale Institut hat den niedergelassenen Nervenärzten und den Mitarbeitern aus den stationären Einrichtungen die Möglichkeit zur Mitarbeit auf Angestellten- oder Honorarbasis anzubieten.

5. Psychiatrische Klinik

Die psychiatrischen Kliniken sind aufgelöst worden. Ihre Mitarbeiter arbeiten jetzt entweder in den „psychiatrisch-klinischen Einheiten“ oder den RISGs.

Die psychiatrisch-klinischen Einheiten sind entweder an die RISGs oder an Allgemeinkrankenhäuser angebunden. Ihre Kapazität beträgt ein Drittel der jetzigen Gesamtkapazität der psychiatrischen Kliniken und Stationen an Allgemeinkrankenhäusern.

6. Nachsorgender Bereich

Der nachsorgende Bereich fällt in die Zuständigkeit des RISGs. Es koordiniert, organisiert und betreibt ggf. die entsprechenden Hilfsangebote und Einrichtungen vor Ort gemäß dem Normalisierungsprinzip.

7. Spezialdienste

Das RISG hat die Möglichkeit, mit Spezialdiensten zusammenzuarbeiten. Spezialdienste sind

- a) klinisch – psychiatrische Einheiten,

- b) psychotherapeutische Institute und Ambulanzen,
- c) Hilfeinrichtungen für behinderte Menschen.

Bei der Zusammenarbeit mit bzw. der Verweisung an einen Spezialdienst ist das Normalisierungsprinzip anzuwenden. Das RISG ist in jedem Falle für die Hilfesuchenden, die sich an sie wenden, verantwortlich. Diese können, um eine Konkurrenz zu gewährleisten, auch aus anderen Standardregionen kommen. Für Überweisungen an einen Spezialdienst werden dem RISG 5 % der Kosten, die die Spezialeinheit für ihre Hilfeleistung errechnet, von ihrem Jahrespauschalbetrag abgezogen. Damit ist ein großer Anreiz geschaffen, Hilfesuchende nicht abzuschieben, abzuweisen, weiterzuschicken oder zu überweisen.

8. Qualifikation der Mitarbeiter

Die Qualifikation der Mitarbeiter ist durch öffentlich finanzierte, gemeinnützig arbeitende Fortbildungsakademien zu gewährleisten. Diese Akademien haben eng mit den RISGs und den Spezialdiensten zusammenzuarbeiten. Therapieausbildungen von Vereinen oder kommerziellen Anbietern werden nicht anerkannt.

9. Neue Subsidiarität

Das regionale Kernangebot wird durch lokale Initiativgruppen und Hilfsvereinigungen ergänzt bzw. erweitert. 5 % der regional zur Verfügung stehenden Mittel sind für die Unterstützung solcher Aktivitäten bereitzustellen.

10. Offene Angebote, Prävention und Selbsthilfe

Offene und präventive Angebote sind, wie der Aus- und Aufbau von Selbsthilfevereinigungen, unverzichtbar. 5 % der regional zur Verfügung stehenden Mittel sind für die Unterstützung solcher Aktivitäten bereitzustellen.

Die psychiatrische und psychosoziale Hilfe wurde in der faschistischen Ära zu einem offenen Instrument der Kontrolle, Ausgrenzung, Kasernierung und Tötung hunderttausender Menschen. Über dieses Desaster, das in der Zeitgeschichte seinesgleichen sucht, wurde bis in die 60er Jahre der Mantel des Vergessens und Verdrängens gelegt. Ab diesem Zeitraum erfaßte der große Modernisierungs- und Reformschub auch den psychosozialen und psychiatrischen Bereich. Er traf auf einen mittlerweile sozialpolitisch konsolidierten und institutionell verfestigten Versorgungsapparat, der sich aus den Trümmern der Nachkriegsära bis heute weitgehend plan- und konzeptionslos entwickelte.

Es wurde bisher kein politischer Wille aufgebracht, die psychosozialen Hilfsangebote zu strukturieren und zu planen. Statt dessen wurde mit Milliardenaufwand aus- und aufgebaut, wurden vor allem in den 70er Jahren neue Leistungen und Dienste finanziert. Es wurde insgesamt ein Leistungs- und Finanzierungsdschungel etabliert, der nicht mehr überschaubar ist. Es entstand ein weltweit einzigartiges System von versäulten

Institutionen, Körperschaften, Rechten, Interessen und Verbänden, das sich manchmal als interessanter, manchmal als frustrierender und erhebliche Schuldgefühle auslösender Arbeitsplatz für Professionelle erweist. Ihre Arbeit hat trotz aller Kritik großes Gewicht: mehr als 5 % der Westdeutschen benötigen solch eine Hilfe jährlich.

Eine gesetzliche Neuregelung in der hier angestrebten Form hebt die bundesdeutsche psychosoziale Versorgung auf westeuropäisches Niveau. Sie wird dazu führen, daß Klinikeinweisungen unnötig werden und die unmenschliche Internierung psychisch kranker Menschen in Anstalten ein Ende nimmt.

Bonn, den 12. Dezember 1985

Hönes, Schmidt (Hamburg-Neustadt) und Fraktion