

Entschließungsantrag

der Fraktion der SPD

zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD
— Drucksachen 12/2019, 12/4016 —

Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland

Der Bundestag wolle beschließen:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Der Bund hat, unbeschadet der Länderkompetenzen für das Gesundheitswesen, die Mitverantwortung für die Reform der Psychiatrie im gesamten Bundesgebiet, weil er nach dem Grundgesetz tätig werden kann, wenn Angelegenheiten durch die Gesetzgebung einzelner Länder nicht wirksam geregelt werden können und die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse über das Gebiet des Landes hinaus dies erfordert (Artikel 72 GG), und weil er für die wesentlichen Leistungsgesetze zuständig ist.
2. Die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse ist nicht gewährleistet. Nach der Vereinigung der beiden Teile Deutschlands ist die Verantwortung des Bundes von besonderer Bedeutung. Die katastrophale und z. T. menschenunwürdige gesundheitliche, soziale und materielle Lage der psychisch Kranken in den neuen Bundesländern erfordert gesamtstaatliche Initiativen.

Auch in den alten Bundesländern bestehen, 17 Jahre nach Abschluß der Psychiatrie-Enquete, bei der nichtstationären psychiatrischen Langzeitversorgung, bei der Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie ernstzunehmende Defizite. Zwischen und innerhalb der alten Bundesländer bestehen deutliche Disparitäten.

3. Die Sozialgesetzgebung benachteiligt die psychisch Kranken:

Die soziale Lage der psychisch Kranken ist nach wie vor beschämend und katastrophal. Ausgliederung aus dem Er-

werbsleben, finanzielle Not, ungesicherte Wohnraumversorgung sind eher die Regel denn die Ausnahme. Das Prinzip Rehabilitation vor Rente ist nach den vom Bundesministerium für Gesundheit angegebenen Zahlen auf den Kopf gestellt. Die Sozialgesetzgebung fängt diese besonderen Probleme der psychisch Kranken nicht auf.

4. Steuerungsgrundlagen fehlen:

Der Bund ist gefordert, eine Lösung dieser Probleme in Angriff zu nehmen. Zu diesem Zweck benötigt er ein bundesweites Datensystem, das ständig aktualisiert wird. Ein solches Datensystem fehlt. Dieser Mangel macht es unmöglich, den Prozeß der Psychiatriereform und die soziale Situation der psychisch Kranken bundesweit zu überblicken und so zu steuern, daß gravierende Versorgungsschiefen und gruppentypische krankheitsbedingte Notlagen vermieden werden.

II.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, folgende Maßnahmen zu ergreifen:

1. In den neuen Bundesländern ist modellhaft zu erproben (mit Vorbildwirkung in die Breite), wie die allgemeine Umstellung
 - vom zentralen Planungsbürokratismus zu dezentralen demokratisch legitimierten Entscheidungsprozessen,
 - von der staatlichen Einheitsversicherung zum gegliederten System der sozialen Sicherung,
 - von der (fast) alleinigen staatlichen Trägerschaft von Einrichtungen und Diensten zur umfangreichen Beteiligung von Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Vereinen, örtlichen Initiativen,
 - von der anstalts- zur gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung gelingen kann. Darüber hinaus ist
 - die regionale Vernetzung der Planungsprozesse Krankenhausplanung und Heimplanung, die herkömmlich völlig getrennt stattfinden, zu erproben, um eine Enthospitalisierung in gemeindeintegrierte, möglichst normale Wohnformen der Behindertenhilfe sowie der Altenhilfe zu erleichtern.

Der Titelantrag im Bundeshaushalt 1993 zur „Förderung von Modellen auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung“ (Titel 685 35-314 EP 15) ist auf jährlich mindestens 18 Mio. DM festzulegen.

2. Es sind gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen, um eine Verschärfung der sozialen Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen zu verhindern.

Insbesondere sind die Kürzungen des Arbeitsförderungsgesetzes im Bereich von Ausbildung und Umschulung sowie bei den Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) rückgängig zu

machen. Das ist vor allem dort notwendig, wo sie die berufliche und soziale Eingliederung Behinderter beeinflussen.

3. Es sind gesetzgeberische Maßnahmen zu ergreifen, um dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ auch bei psychischer Erkrankung Geltung zu verschaffen und Rehabilitation auch für jene chronisch psychisch Kranken sicherzustellen, die nicht in absehbarer Zeit in einen Beruf zurückgeführt werden können, bei denen aber eine Verschlechterung des Krankheitsbildes durch die Rehabilitationsmaßnahme verhindert werden kann.

Insbesondere das Rückgriffsrecht des Bundessozialhilfegesetzes auf Einkommen und Vermögen der Betroffenen bzw. ihrer Unterhaltspflichtigen bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte (bisher §§ 39 ff. BSHG) ist zu beseitigen. Das gleiche gilt für die entsprechenden Regelungen des geplanten SGB IX.

Die Bundesregierung soll die Initiative ergreifen zur Schaffung eines Bewilligungsverfahrens bei den Sozialversicherungsträgern, das den Zugang zur Rehabilitation erleichtert und beschleunigt.

Im Rehabilitationsrecht ist klarzustellen, daß sogenannte psychosoziale Leistungen integrierte Bestandteile der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind.

4. Die Bundesregierung wird aufgefordert, dem Deutschen Bundestag in Abstimmung mit den Ländern darzustellen, auf welche Weise die Bereitstellung von Wohnraum für psychisch Kranke und psychisch Behinderte im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Beseitigung der Wohnungsnot sichergestellt werden soll. Darin ist insbesondere die Zuständigkeit sowie die Mittelbeschaffung zu regeln.

Ferner ist rechtlich zu sichern, daß aus der Tatsache der psychischen Erkrankung allein Wohnraum nicht gekündigt werden kann.

5. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen sind in § 118 Sozialgesetzbuch V im Hinblick auf die Berechtigung zur Errichtung von Institutsambulanzen den psychiatrischen Fachkrankenhäusern gleichzustellen, sofern die Abteilungen an der regionalen Pflichtversorgung beteiligt sind.

Gesundheitsämtern ist in § 118 Sozialgesetzbuch V das Recht zur Errichtung von Institutsambulanzen im Rahmen ihrer sozialpsychiatrischen Dienste einzuräumen für die Behandlung derjenigen Patienten, die nur durch aufsuchende Tätigkeit zu erreichen sind, von niedergelassenen Ärzten und Institutsambulanzen also nicht oder noch nicht behandelt werden können, weil sie – krankheitsbedingt – Arztbesuche verweigern oder zu gestört sind, diese aus eigenem Antrieb aufzusuchen.

6. Selbständig gebietsärztlich geleitete kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen an Kinderkliniken und Allgemein-

krankenhäusern, die an der regionalen Pflichtversorgung beteiligt sind, sind in § 118 SGB V zur Errichtung von Institutsambulanzen zu ermächtigen.

Gesundheitsämtern ist in § 118 SGB V das Recht zur Errichtung von Institutsambulanzen im Rahmen ihrer sozialpsychiatrischen Dienste einzuräumen für die Behandlung derjenigen psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, die nur durch aufsuchende Tätigkeit zu erreichen sind, weil sie Arztbesuche verweigern und ihre Eltern die notwendigen Maßnahmen nicht von sich aus einleiten.

7. Es sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Versorgung der Bevölkerung sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater zu verbessern.
8. Die Bundesregierung wird aufgefordert, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um in ausreichendem Maße teilstationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.
9. Für psychisch erkrankte, aber nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftige Jugendliche – insbesondere solche an der Grenze zum Erwachsenenalter – muß die Finanzierung geeigneter Betreuungsformen gesichert werden, die diesen Jugendlichen und jungen Volljährigen Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit anbieten.
10. Die Bundesregierung wird aufgefordert, Modellprojekte zu initiieren, die Wege der Behandlung drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher erproben.
11. Die Kürzungen des AFG im Bereich von Ausbildung und Umschulung sowie bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sind da, wo sie eine Reduzierung der Zahl der Betreuer für psychisch Kranke bewirken, rückgängig zu machen.
12. Die Bundesregierung wird aufgefordert, im Rahmen der Gesamtverantwortung des Bundes das Zustandekommen einer bundesweiten Dokumentationszentrale zu fördern. Aufgabe der Einrichtung soll die Erfassung und wissenschaftliche Aufarbeitung nicht personenbezogener Daten zur Versorgungsleistung beziehungsweise zu Versorgungsdefiziten sein. Dabei ist zu prüfen, ob eine Integration in bestehende Ämter, wie z. B. das Statistische Bundesamt, sinnvoll wäre, oder ob dies eine Aufgabe wäre, die einer zu gründenden Stiftung Psychiatrie übertragen werden sollte.

Schwerpunkt in der Gesundheitsberichterstattung sollte dabei auf chronisch psychisch Kranke gelegt werden, die einen vielschichtigen und sich häufig über viele Jahrzehnte erstreckenden Hilfebedarf aufweisen. In die Betreuung dieser Patientengruppen sind zahlreiche Institutionen sowohl des Gesundheits- sowie auch des Sozialwesens involviert. Die geplanten Strukturen der Gesundheitsberichterstattung werden dieser Komplexität nicht gerecht.

Bonn, den 11. Januar 1994

Hans-Ulrich Klose und Fraktion

Begründung

Die Bundesregierung läßt in der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD – Drucksachen 12/2019 und 12/4016 – über die Situation psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland nicht erkennen, inwieweit sie an einer flächendeckenden Umsetzung der auf der Grundlage des Modellprogrammes Psychiatrie von der Expertenkommission entwickelten Reformvorstellungen interessiert ist. Sie versteckt sich bei den Einzelantworten wiederholt hinter der Zuständigkeit anderer, ohne ihre gesamtstaatliche Verantwortung im Hinblick auf die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse wahrzunehmen. Politischen Gestaltungswillen zugunsten der Ärmsten und Schwächsten in der Bundesrepublik Deutschland läßt die Bundesregierung vermissen.

Im einzelnen dokumentiert sie das außerordentliche Defizit hinsichtlich der für die Situationsbeurteilung und Weiterentwicklung der Psychiatrie notwendigen Daten und Informationen. Sie bestätigt diese Defizite, unterbreitet aber keine auch nur einigermaßen konstruktiven Vorschläge, wie diesem Mißstand abzuhelpen sei. Der wiederholt formulierte Hinweis auf föderative und angebliche datenschutzrechtliche Bestimmungen verschleiert die Möglichkeiten und die Mitverantwortung des Bundes, wohingegen die Bundesländer von der Bundesregierung eine Zusammenführung von Daten der verschiedensten Institutionen und die Initiative zur Verständigung auf eine einheitliche und zweckmäßige Datenerfassung erwarten.

Besonders erschreckend ist die in der Antwort dokumentierte Unkenntnis über die soziale Lage von psychisch Kranken sowie die Gleichgültigkeit gegenüber den finanziellen und pflegerischen Anstrengungen der Angehörigen. Eine weitere Entlastung der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen lehnt die Bundesregierung mit Hinweis auf das Ziel der Gesundheitsreform ab, den Beitragssatz zu stabilisieren. Insofern ist der Verweis auf das Sozialgesetzbuch V und die Vorschrift, daß den Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist und dieser Grundsatz in der Verantwortung der Selbstverwaltung auszuführen sei, offenbar mit dem Wunsch verbunden, daß dies ohne Folgen bleibt.

Die prekäre Rechtslage bei der Rehabilitation psychisch Kranker, die die soziale und berufliche Eingliederung mehr behindert als fördert und damit die psychisch Kranken gegenüber somatisch Kranken benachteiligt, nimmt die Bundesregierung schlicht nicht wahr.

Die im Zusammenhang mit dem Thema Enthospitalisierung getroffene schlichte Aussage, daß die Bundesregierung auch weiterhin ihre Verantwortung in dem ihr zur Verfügung stehenden Rahmen wahrnehmen wird, ohne daß dies näher ausgeführt wird, zeigt entweder Desinteresse oder Konzeptionslosigkeit.

Die Bundesregierung sieht auch keine Veranlassung, den Bereich der Institutsambulanzen für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu regeln. Ihr Begründung, die Ablehnung

eines Antrages auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuß sei justitiabel, dokumentiert den mangelnden politischen Gestaltungswillen der Bundesregierung.

Die Aussage, daß „therapeutische Dienstleistungen“ im Maße des Notwendigen erbracht würden, entbehrt jeder praktischen Grundlage und läßt die Vermutung zu, daß die Bundesregierung den Vorschlag der Expertenkommission nicht verstanden hat oder nicht verstehen will.

Auch die Antwort auf die Frage nach einem Anschub der Psychiatriereform in den neuen Bundesländern legt offen, daß die Bundesregierung nicht erkennt, daß aufgrund der Andersartigkeit der Problemlage sowie der Anforderungen die gesamtstaatliche Verantwortung in Form eines Modellprogrammes gefordert ist.

Zu Abschnitt II

Zu Nummer 1 (Modellprogramm Psychiatrie in den neuen Bundesländern)

Wie aus der Antwort der Bundesregierung zu entnehmen ist, leben in den neuen Bundesländern Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen und Behinderungen oder mit geistigen Behinderungen seit Jahren in psychiatrischen Krankenhäusern. Diese Personen sind nicht dort, weil sie noch stationär behandelt werden müssen, sondern weil sie außerhalb keinen Ort zum Leben finden. Die angemessenen Orte müssen geschaffen werden.

Bei der Bewältigung dieser Aufgabe stehen diese Länder am Beginn eines Reformprozesses, vergleichbar der Situation der 70er Jahre in den alten Bundesländern. In den Jahren bis über 2000 hinaus werden erhebliche Summen auch aus Bundesmitteln in den Aufbau von Hilfsystemen fließen (Krankenhäuser, Heime usw.). Die Antwort auf die Frage A. 4. macht mit dankenswerter Offenheit deutlich, wie problematisch die Mittelverwendung z. T. ist. Die Gefahr besteht, daß die Investitionsmittel in traditionelle Versorgungsmuster fließen (überregional zuständige große Krankenhäuser und Großheime), statt in gegliederte psychiatrische Einrichtungen entsprechend den Empfehlungen der Expertenkommission (vom Wohnort erreichbare Einrichtungen sowie möglichst viele teilstationäre und ambulante Hilfeformen). Die Bundesregierung hat hier bisher die einmalige Chance vertan, Erkenntnisse des Reformprozesses in den alten Bundesländern geordnet auf die neuen Bundesländer zu übertragen.

Dennoch reichen die Erkenntnisse aus dem Modellprogramm Psychiatrie 1980/85 und aus der bisherigen Reform der alten Bundesländer für die Reform in den neuen Ländern nicht aus, weil

- in den neuen Ländern die Überwindung der zentralen Planungsbürokratie eine besondere Herausforderung darstellt;
- die Strukturen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in den neuen Ländern ganz neu und nicht schon seit Jahrzehnten vertraut sind;

- die besondere Rolle der Initiativen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege im allgemeinen und für gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen im besonderen keine Tradition hat, wie in den alten Bundesländern (zu ergänzen sind Vereine, Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen, Angehörigen- und Betroffenenverbände).

Die Bundesverantwortung für gleiche Lebensverhältnisse macht also ein Modellprogramm auch in den neuen Ländern erforderlich unter Bezug auf die strukturell wesentlich anderen Ausgangsvoraussetzungen für die Realisierung von gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungsdiensten. Die laufenden Modellprojekte, deren planmäßige Weiterführung für 1994/95 noch nicht endgültig gesichert ist, sind zwar wichtig und richtig, aber im Vergleich zum Modellprogramm Psychiatrie 1980/85 eine Zehnerpotenz kleiner und sollen dem Plan nach nur bis Ende 1995 laufen (also viel zu kurz).

Zu Nummer 2 (soziale Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen)

Die soziale Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen wird immer schwieriger. Die Bundesregierung muß in der Antwort auf die Große Anfrage dennoch bekennen, daß sie über den Umfang der Elendsentwicklung keine genauen Angaben machen kann, sondern auf die Informationen aus einer zahlenmäßig begrenzten Umfrage älteren Datums durch den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. angewiesen ist. Nur eine kleine Minderheit der psychisch Kranken verfügt demnach über eigenes Einkommen oder Vermögen und kann so zum eigenen Lebensunterhalt beitragen.

Die Gründe hierfür liegen in der nicht krankheitsadäquaten sozialen Sicherung und im zunehmenden Sozialabbau:

- Psychische Erkrankungen haben einen besonders hohen Stellenwert in der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben. Jede achte Frühberentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit erfolgt aufgrund einer psychischen Erkrankung (rd. 26 000 von 196 000 – BMG-Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1991 Seiten 102 ff.). Das Durchschnittsalter der durch psychische Erkrankung verursachten Frühberentungen liegt, weil vorher nur in Ausnahmefällen Rehabilitationsmaßnahmen stattfinden, deutlich unter dem Durchschnittsalter aller Frühberentungen. Aus diesem Grunde kann ein großer Personenkreis unter den psychisch Erkrankten keine Anwartschaften auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung erwerben. Er ist zur Finanzierung seines Lebensunterhaltes zeitweise oder dauerhaft auf die finanzielle Unterstützung durch seine Angehörigen bzw. die Inanspruchnahme von Sozialhilfe bei gleichzeitiger Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Angehörigen angewiesen. Die Zahl derer, die auf sich allein gestellt und damit der Verelendung preisgegeben sind, nimmt deutlich zu.
- Die bislang vorgenommenen AFG-Kürzungen im Bereich von Ausbildung und Umschulung sowie im ABM-Sektor haben zu einem Kahlschlag an Qualifizierungs- und Beschäftigungsmög-

lichkeiten für leistungsgeminderte Arbeitnehmer geführt. Von den Kürzungen sind psychisch Behinderte in besonderem Maße betroffen, weil es vielerorts keine qualifizierten Rehabilitationsangebote für diesen Personenkreis gibt.

Zu Nummer 3 (Sicherung der Möglichkeiten von Rehabilitation)

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ ist bei psychisch Kranken faktisch auf den Kopf gestellt. Dies belegt die Antwort der Bundesregierung auf die Frage B. IV. 3, wie viele Personen, die jährlich aufgrund psychischer Erkrankung berufs- und erwerbsunfähig gestellt werden, vorher Reha-Leistungen erhalten haben. Von 26 086 Personen, die im Jahr 1991 infolge psychischer Erkrankung frühberentet wurden, erhielten 18 392 Personen innerhalb von fünf Jahren vor Rentenbeginn keine Rehabilitation! Dieses Mißverhältnis hat mehrere Ursachen:

- Die Angebote eines ortsnahen, auch ambulanten Leistungsspektrums als sogenannte Komplexleistung, vergleichbar mit dem stationären Komplexleistungsangebot der Reha-Zentren, ist unterentwickelt und führt zu einer Lücke der gemeindepsychiatrischen Versorgung.
- Die Bewilligungsverfahren für Rehabilitationsmaßnahmen im gegliederten Sozialleistungssystem sind zu komplex und zu langwierig. Der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen nennt Beispiele, wo zwischen dem Ausfüllen des Rehabilitationsantrages und dem Bescheid über die Bewilligung der Maßnahme mehr als eineinhalb Jahre vergangen sind.
- Psychisch Kranke und ihre Angehörigen werden bei rehabilitativen Maßnahmen zur Finanzierung herangezogen, wenn die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nicht leistungspflichtig sind und die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse dies nach den Bestimmungen des BSHG zulassen. Die Bundesregierung gesteht bei ihrer Antwort ein, daß bei einem chronischen Verlauf der Erkrankung – und dies sind die schwersten Fälle von psychischer Erkrankung – die Inanspruchnahme von Sozialhilfe und damit die Heranziehung der Angehörigen „nahezu unvermeidlich“ wird, da für die erforderlichen begleitenden Hilfen zur Alltagsbewältigung und zur Alltagsgestaltung (Leistungen zur Eingliederungshilfe §§ 39 ff. BSHG) nach der gegenwärtigen Finanzierungspraxis die Sozialhilfe weitgehend der alleinige Finanzierungsträger ist. Dies führt zu einer erheblichen Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken.

Die Praxis der Heranziehung von psychisch Kranken und ihren Angehörigen bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz hat sich dabei in mehrfacher Hinsicht als rehabilitationsfeindlich und die familiären Beziehungen zusätzlich belastend herausgestellt. Dies wird insbesondere dort deutlich, wo einerseits die Inanspruchnahme von rehabilitativen Hilfen fachlich erforderlich ist, um langfristig die gesellschaftliche und berufliche Eingliederung zu sichern, diese Leistung aber aufgrund der Kostenheranziehung der psychisch Erkrankten zu den Betreuungskosten nicht oder nicht im erforderlichen Umfang

in Anspruch genommen wird: So beenden z. B. psychisch Erkrankte vorzeitig Rehabilitationsmaßnahmen durch betreute Wohnformen oder Übergangswohnheime, wenn sie wieder eigenes Arbeitseinkommen erzielen und nun zu den Betreuungskosten herangezogen werden sollen, oder sie beginnen die Rehabilitation nicht, weil sie z. B. bei der Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte auch noch dafür bezahlen sollen, daß sie arbeiten dürfen.

Die vorgesehene Einbeziehung des BSHG in das neue Rehabilitationsrecht nach SGB IX ist zu begrüßen, bleibt aber halbherzig, wenn nicht gleichzeitig auf die Selbstbeteiligung der Betroffenen bzw. ihrer Unterhaltspflichtigen durch das BSHG-typische Rückgriffsrecht auf Vermögen und Einkommen verzichtet wird. Diese Regelungen erschweren psychisch Kranken und Behinderten den Zugang zur sozialen Eingliederung, sie sind für die betroffenen Familien eine Härte und sie wirken dem Ziel der Rehabilitation entgegen.

Der Entwurf zum SGB IX sah vor, daß sogenannte psychosoziale Leistungen integrierte Bestandteile der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind. Diese klarstellenden Bestimmungen sind aus Kostengründen gestrichen worden, so daß psychosoziale Leistungen im neuen Entwurf zum SGB IX nur noch im Rahmen der nach BSHG finanzierten sozialen Rehabilitation vorgesehen sind. Diese Regelung würde einen qualitativen Rückschlag für alle Maßnahmen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation bedeuten. Betroffen davon wären nicht nur die psychisch Behinderten, sondern auch Körperbehinderte, bei denen der Rehabilitationserfolg ebenfalls entscheidend davon abhängig ist, ob psychosoziale behinderungsspezifische Probleme konstruktiv bearbeitet werden. Der Kürzungsvorschlag muß daher dringend revidiert werden.

Zu Nummer 4 (Wohnraum für psychisch Kranke)

Mit besonderer Sorge sind die Auswirkungen der Wohnungsnot zu beobachten. Psychisch Kranke werden wieder vermehrt in Heime und Krankenhäuser eingewiesen, obwohl sie in ihrem Heimatort leben könnten, wenn es geeigneten Wohnraum und entsprechende Betreuung gäbe. Nach einem Klinikaufenthalt stehen sie entweder auf der Straße oder müssen bei ihren Angehörigen aufgenommen werden, selbst dann, wenn dies ihrer Verselbständigung und Gesundheit im Einzelfall im Wege steht. Andere geraten als Folge mangelnder Wohnung, mangelnder therapeutischer Betreuung und mangelnder Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit in die Obdachlosigkeit. Dies geschieht insbesondere dann, wenn Wohnraum aufgrund psychischer Erkrankung gekündigt wird. Im Nichtseßhaftenmilieu erleiden sie zusätzliche schwere körperliche Schäden.

Während die Zuständigkeiten für die ambulante Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Betreuung der Betroffenen vom Grunde her geregelt sind, ist unklar, wer den zusätzlichen behindertengerechten Wohnraum schaffen muß, der für die Überführung nicht mehr stationär Behandlungsbedürftiger in die Kommunen erforderlich ist. Der öffentlich geförderte Wohnungs-

bau ist hier zum einen überfordert, zum anderen nur bedingt zuständig, da sein Ziel die Wohnraumversorgung benachteiligter Familien ist. Er ist kein Instrument zur Umstrukturierung eines Teils des Gesundheitswesens.

Zu Nummer 5 (Errichtung von Institutsambulanzen)

Im Sinne der Kommunalisierung der Psychiatrie ist die Versorgung der psychisch Kranken behindert durch das Fehlen von Institutsambulanzen mit multiprofessionellem Angebot. Institutsambulanzen sind nicht flächendeckend eingerichtet, da nur psychiatrische Krankenhäuser einen Anspruch auf Ermächtigung haben, nicht aber psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Ihnen bleibt die Ermächtigung als Institutsambulanz in der Regel auf dem Weg der Bedarfsprüfung versagt. Sozialpsychiatrische Dienste aber haben keine Behandlungsbefugnis, sind aus öffentlichen Mitteln finanziert und nicht aus Mitteln der Krankenkassen (auch nicht anteilig). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, insbesondere im Hinblick auf die in Kapitel A. 7 der Antwort auf die Große Anfrage beschriebene Entwicklung, Institutsambulanzen auch an psychiatrischen Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung ohne Bedarfsprüfung einrichten zu können.

Der Ermächtigungsanspruch für psychiatrische Abteilungen als Institutsambulanz ist besonders im Interesse der neuen Bundesländer geboten. Denn wenngleich die Bundesregierung die ambulante psychiatrische Versorgung in diesen Ländern als gesichert bezeichnet, so gilt dies allenfalls für die ärztliche ambulante Versorgung, nicht aber für die übrigen für die Versorgung notwendigen Berufsgruppen.

Zu Nummer 6 (Errichtung von kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen)

Gerade angesichts der relativ großen Einzugsgebiete kinder- und jugendpsychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen (selbst nach Abbau der regionalen Ungleichverteilung der Einrichtungen) ist eine flächendeckende Versorgung durch Institutsambulanzen mit multiprofessionellem Angebot nur möglich, wenn kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen an Kinderkliniken und Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung ebenso wie kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhäuser einen Anspruch auf Ermächtigung erhalten.

Diese Notwendigkeit leitet sich zum einen daraus ab, daß ein multiprofessionelles Behandlungsangebot in besonderem Maße den Erfordernissen der Therapie psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher entspricht (Verschränkung von Therapie und pädagogisch/heilpädagogischer Unterstützung, Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Bedingungen, Erfordernis nonverbaler therapeutischer Ansätze etc.). Zum anderen kann in vielen Fällen den Besonderheiten der Therapie psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien nur durch eine enge Verzahnung ambulanter und – ggf. wiederholter kurzfristiger – stationärer Maßnahmen Rechnung getragen werden.

*Zu Nummer 7 (Ambulante Versorgung durch Kinder- und
Jugendpsychiater)*

Die Darstellung in Antwort auf Frage 14, in den meisten Regionen sei die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater als ausreichend anzusehen, ist völlig unverständlich. Vielmehr geht der eklatante Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern aus den Detaildarstellungen der Bundesregierung bereits hinreichend hervor. Lediglich in wenigen Ballungszentren kann von einer ausreichenden Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater gesprochen werden.

Noch immer werden viele kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen in der ärztlichen Gebührenordnung unzureichend honoriert, so daß die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater an letzter Stelle der Einkommensskala stehen. Auch wurden noch keine Vereinbarungen bezüglich der Honorierung nichtärztlicher Leistungen nach § 85 Abs. 2 Satz 4 Sozialgesetzbuch V („Die Vertragspartner sollen auch eine angemessene Vergütung für nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeiten vereinbaren.“) getroffen.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, auf Verbesserungen in der ärztlichen Gebührenordnung und eine Vereinbarung nach § 85 GRG zu drängen.

*Zu Nummer 8 (teilstationäre Behandlung von Kindern und
Jugendlichen)*

Die teilstationäre Behandlung ist inzwischen als eine gerade für die Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders geeignete Therapieform erkannt worden, weil sie – ggf. in Form kleiner „Satelliten-Einheiten“ rings um die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik oder Abteilung – Gemeindenähe und Einbezug der Familie in die Therapie in besonderer Weise ermöglicht. Die Zahl tagesklinischer Behandlungsplätze ist aber in den neuen wie in den alten Bundesländern noch völlig unzureichend.

Zu Nummer 9 (außerklinische Betreuungsformen für Jugendliche)

Aus Mangel an geeigneten außerklinischen Betreuungsformen für nicht mehr krankenhausbefürchtete, aber doch noch erheblich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche – insbesondere für psychisch erkrankte Jugendliche an der Grenze zur Volljährigkeit (Jugendliche und junge Volljährige) bleibt diese Patientengruppe häufig unnötig lange in der Klinik. Hier fehlen sowohl noch geeignete Betreuungskonzepte als auch Finanzierungsmodelle, um für diese Patientengruppe geeignete extramurale Angebote zu machen.

*Zu Nummer 10 (Modellprojekte für die Behandlung drogengefährdeter
Jugendlicher)*

Nur beiläufig wird in der Stellungnahme der Bundesregierung das Problem der drogengefährdeten und drogenabhängigen Kinder und Jugendlichen angesprochen, obwohl sich dieses Problem bereits heute in hohem Maße stellt und anzunehmen ist, daß diese

Problemgruppe sich in den kommenden Jahren rasch vergrößern wird. Geeignete Konzepte und Einrichtungen zur Behandlung und Betreuung gerade der nicht therapiewilligen Kinder und Jugendlichen fehlen völlig.

Zu Nummer 11 (Erhaltung der Hilfestrukturen)

Zahlreiche Betreuerstellen für psychisch Kranke und Behinderte werden aus Mitteln nach dem Arbeitsförderungsgesetz vorgehalten. Die Kürzungen im Bereich von Ausbildung und Umschulung, insbesondere bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefährden den Fortbestand dieser Stellen. Die über Jahre aufgebauten Hilfestrukturen dürfen aber nicht gefährdet werden.

Zu Nummer 12 (Datenlage)

Der Mangel an verfügbaren Datenquellen ist seit langem bekannt. Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und die forschende Begleitung ist ein funktionierendes Dokumentationssystem unerlässlich, das die Daten bei Kostenträgern, Einrichtungsträgern, Wohlfahrtsverbänden, Fachgesellschaften usw. zusammenführt und aktualisiert. Einzelne Bundesländer sind kaum in der Lage, ein derartiges Dokumentationssystem zu etablieren. Ohne verlässliche Daten in diesem Bereich und deren ständige wissenschaftliche Aufarbeitung wird es auf Dauer schwierig sein, den Prozeß der Psychiatriereform bundesweit so zu steuern, daß gravierende Versorgungsschiefen vermieden werden.