



Psychiatrie in der Gemeinde

Die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts

DLZ!

ERZIEHUNGS
BERATUNG

PRAKTISCHER
ARZT

PATIENTEN
CLUB

SOZIAL
DIENST
←
DER
KIRCHEN
UND VER-
BÄNDE

TAGESSTÄTTE

WOHN-
GEMEINSCHAFT

ALTEN-
HEIM

NACHT-
KLINIK

KRANKENHAUS

psych.
Abt. I. Stock
Ambulanz
II. Stock

esst
mehr Obst!

FRISCH
FLEISCH

WOHNHEIM

Ordnung
in der
Gasse

Psychiatrie in der Gemeinde –
Die administrative Umsetzung des
gemeindepsychiatrischen Konzepts

Herausgegeben von
C. Kulenkampff
H. Martini
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 13

Psychiatrie in der Gemeinde – Die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts

Tagungsbericht

Herausgegeben von C. Kulenkampff
H. Martini
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 13

1986
Rheinland-Verlag GmbH Köln
in Kommission bei
Dr. Rudolf Habelt GmbH Bonn

Gefördert durch das
Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

© 1986 Rheinland-Verlag GmbH
Anschrift: Abtei Brauweiler 5024 Pulheim 2
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln
Gesamtherstellung: ICS Kommunikations-Service GmbH, Bergisch Gladbach
ISBN 3-7927-0922-8

Inhalt

	Seite
Vorwort.	7
<i>H. Martini</i>	
Kommunales Entscheidungsverhalten und die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts - Einführung in die Thematik der Tagung.	9
Diskussion	17
Vier Beispiele zum Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung.	27
<i>- K. Finke</i>	
Der Aufbau der gemeindenahen Versorgung in Herne - Das Beispiel einer Modellregion	29
<i>- R. Thieringer</i>	
Die Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie in Stuttgart - Das Beispiel einer Großstadt im Aufbruch (Zusammenfassung)	38
<i>- H. Müller</i>	
Die Entwicklung der gemeindenahen Versorgung in Esslingen - Das Beispiel eines Landkreises im Aufbruch	41
<i>- G. Buhlmann</i>	
Der Aufbau der gemeindenahen Psychiatrie in Mönchengladbach - Das Beispiel einer autochthonen Entwicklung	48
- Berichte aus den Arbeitsgruppen zu den vier Beispielen	62
1. Arbeitsgruppe: Herne (Berichterstatter: G. Bosch)	62
2. Arbeitsgruppe: Stuttgart (Berichterstatter: R. Thieringer)	64
3. Arbeitsgruppe: Esslingen (Berichterstatter: Vl. Bauer)	66
4. Arbeitsgruppe: Mönchengladbach (Berichterstatter: G. Buhlmann)	68
Anforderungen und Wünsche an ein ausgebautes System gemeindenaher Versorgung.	71
<i>- C. Kulenkampff</i>	
Die wünschenswerte Ausstattung einer Region/Kommune aus der Sicht der Fachpsychiatrie - Das fachliche Szenario	73

E. Pommerin

Die Erfordernisse einer gemeindenahen Psychiatrie aus der Sicht der
Betroffenen und ihrer Angehörigen 80

Podiumsdiskussion über Aufbau und Gestalt einer funktionalen gemeindenahen
Versorgung 88

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer 104

Vorwort

„Psychiatrie in der Gemeinde - Probleme der administrativen Umsetzung“ ist zweifelsfrei ein kommunales Thema. Angesprochen sind in erster Linie die jeweilig zuständigen Dezernenten, welche mit mehr oder weniger Interesse und Energie bei unterschiedlichen politischen Gegebenheiten die Verhältnisse in ihrem Gebiet zu ordnen, den Aufbau der Dienste und das Zusammenspiel der Beteiligten zu steuern versuchen und angesichts der zahlreichen auf sie zukommenden Probleme über Lösungswege nachdenken. Aus diesem Grunde haben wir uns - abweichend von sonst Üblichem - die Mühe gemacht, sämtliche kreisfreie Städte, Landkreise und kreisangehörige Städte über 80 000 Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland anzuschreiben, um bei Zusagen eine persönliche Einladung versenden zu können. Tatsächlich sind 65 Gesundheits- und Sozialdezernenten aus allen Teilen des Landes der Einladung gefolgt - eine beachtliche Zahl, die von einem weitverbreiteten Engagement zeugt.

Sicher ist es vergleichsweise einfach, Mißstände, Versorgungsdefizite festzustellen und entsprechende Empfehlungen zu formulieren. Schwieriger schon dürfte es sein, unter jeweils sehr variablen Bedingungen in den Gebietskörperschaften das Geforderte und als notwendig Erkannte zu verwirklichen. Das hat vielerlei nicht nur finanzielle Gründe. Aber zweifellos spielt - wer wollte dies leugnen - das Geld eine besondere Rolle. Dies um so mehr, als hinsichtlich des auslaufenden Modellprogramms die Fragen der Anschlußfinanzierung auf dem Tisch liegen. Der warme Regen der Bundesförderung hat manches in den Modellregionen aufblühen lassen. Aber es ist doch erfreulich, feststellen zu können, daß auch anderswo ohne Unterstützung von außen Weiterführendes und Beachtliches bei der Entwicklung psychiatrischer Versorgung auf den Weg gebracht wurde.

Die psychiatrischen Experten haben sich auf dieser Tagung bewußt zurückgehalten. Das Wort gehörte der kommunalen Stimme. Wir sind davon ausgegangen, daß der Diskurs zwischen den Gebietskörperschaften im problem-orientierten Austausch der praktischen Erfahrungen die Sache, um die es geht, am besten voranbringen könnte. Für alle Beteiligten ist es ermutigend, daß die in langjähriger Diskussion entwickelten Vorstellungen zu einer Reform der psychiatrischen Versorgung nun nicht mehr überwiegend deklamatorischen Charakter haben, sondern von den Adressaten - nämlich der kommunalen Familie selbst - mit beachtlicher Initiative vielfach getragen, fortgeführt und umgesetzt werden.

Bonn/Mannheim, März 1986

Die Herausgeber

Kommunales Entscheidungsverhalten und die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts

H. Martini

I

Psychiatrie hat viel mit Politik zu tun. Wer diesen Satz hört, kann an sehr Verschiedenes denken. Ich meine heute folgenden Zusammenhang:

Keine Medizin kommt in der arbeitsteiligen Industriegesellschaft ohne die Hilfe der Politik aus. Die Politik hat die Aufgabe, den rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmen zu richten, in dem die Medizin den Gesunden oder Kranken erst erreichen kann. Die Medizin kann nur so gut sein, wie die Wege gut sind, die ihr die Politik zum Kranken und gesundheitlich Gefährdeten baut. Dies gilt für kein Fachgebiet der Medizin so sehr wie für die Psychiatrie. In hohem Maße hängt die Qualität der psychiatrischen Versorgung davon ab, wie gut es der Politik gelingt, die organisatorischen Hindernisse zu überwinden, die zunächst zwischen der Medizin und dem Kranken stehen. Mit der Forderung nach der gemeindenahen Psychiatrie sind diese Organisationsprobleme der psychiatrischen Versorgung differenzierter und schwieriger geworden.

Die Politik tut sich schwer damit, diese Probleme der gemeindenahen Psychiatrie zu lösen, wie die jetzt fast zehn Jahre seit der Verabschiedung der Psychiatrie-Enquete gezeigt haben. Die von der Psychiatrie in der Enquete als möglich vorgeschlagenen Versorgungskonzepte sind von der Politik noch lange nicht ausgefüllt. In den Gemeinden, auch in Städten, die miteinander vergleichbar sind, ist der Entwicklungsstand krass unterschiedlich: in einigen Kommunen werden die gemeindepsychiatrischen Konzepte mit Elan aufgegriffen und verwirklicht, gelegentlich im Übereifer schon zuviel oder Falsches; in anderen Kommunen geschieht fast gar nichts.

Die Gemeindenähe der Psychiatrie umschreibt zunächst einen therapeutischen Ansatz: die Behandlung der seelisch Kranken soll an ihrem Wohnort oder jeden falls in dessen Nähe erfolgen können; die Kranken und Behinderten sollen in den Gemeinden leben, also dort wohnen und arbeiten und ihre Freizeit verbringen, um möglichst gute und enge soziale Kontakte pflegen zu können. Die psychiatrische Versorgung wird auf diese Weise in die Gemeinde zurückgeholt, sie wird rekommunalisiert,

Aber gemeindenaher Psychiatrie bedeutet mehr. Mit der Kommunalisierung der Versorgung wird auch die politische Verantwortung für den psychisch Kranken oder seelisch Behinderten auf die politische Gemeinde zurückverlagert oder dort erst neu begründet; der Kranke oder Behinderte wird wieder zum Mitbürger. Allzu lange war diese Verantwortung abgeschoben auf die mehr oder weniger anonymen überörtlichen Träger der großen Heil- und Pflegeanstalten. Das Abschieben

der seelisch Kranken in die Ghettos der Anstalten und das Abschieben der politischen Verantwortung für ihre angemessene Versorgung war - und ist es häufig immer noch - ein einheitlicher Vorgang. Er hat bei vielen Kommunalpolitikern eine Bewußtseinslücke verursacht: für den körperlich Kranken war man sich immer seiner Verantwortung bewußt, häufig hat man eher des Guten zu viel getan. Den seelisch Kranken dagegen konnte man aus dem Bewußtsein tilgen, denn für ihn waren andere, höhere und damit weitgehend anonyme Zuständigkeiten begründet, um die sich andere zu kümmern hatten: wer auch immer - häufig wollte man es gar nicht genau wissen. Da jetzt aus therapeutischen und humanitären Gründen die Behandlung der seelisch Kranken in der Gemeinde erfolgen soll, so muß folgerichtig auch die politische Verantwortung für ihre Versorgung von den Stadt- und Gemeindeparlamenten und den Kreistagen getragen werden.

Das Konzept der gemeindenahen Psychiatrie hat also zur Folge, daß jetzt alle politischen Ebenen in die Verantwortung einbezogen sind. Der Bund ist in erster Linie als Gesetzgeber in den Bereichen des Sozial- und Versicherungsrechts einbezogen, Die Länder sind auch deswegen gefordert, weil sie dafür zu sorgen haben, daß die kommunale Selbstverwaltung ihre Aufgaben erfüllen kann.

Die politische Verantwortung der kommunalen Ebene für die psychiatrische Versorgung wird dadurch teilweise verdeckt, daß die gemeindenaher Psychiatrie die volle psychiatrische Versorgung noch nicht leisten kann. Nach dem heutigen Sachstand kann auf bestimmte Formen der überörtlichen Versorgung in Krankenhäusern und Heimen, die nicht am Wohnort des Kranken oder Behinderten vorgehalten werden, nicht oder noch nicht verzichtet werden; dies gilt für Pflege- wie für Behandlungsfälle. Dieser Umstand erleichtert es offensichtlich vielen Kommunen, total bei ihrer seit Jahrzehnten gewohnten Unzuständigkeit zu verharren.

Zur Klarstellung: wenn hier von der politischen Verantwortung der Gemeinde für die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung am Ort gesprochen wird, so heißt dies selbstverständlich nicht, daß die Gemeinde selbst als Träger der hierfür erforderlichen Einrichtungen und Maßnahmen auftreten müßte. Es heißt auch nicht, daß die Gemeinde der Kostenträger sei. Jedenfalls nicht ohne weiteres und in allen Fällen. Die Gemeindepsychiatrie heißt nämlich nur so, weil sie eine Form der Psychiatrie ist, die in der Gemeinde angeboten wird; sie heißt nicht so, weil die Gemeinde sie bezahlt. Die Gemeinde kann, wie bei anderen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens auch, ihre Anteile an der psychiatrischen Versorgung vor Ort entweder selbst erbringen, also in eigener Trägerschaft, oder sie kann sie von Dritten erbringen lassen, indem sie diese ideell und finanziell anregt oder, was noch besser ist, deren schon vorhandene Bereitschaft fördert, auf dem Felde der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung tätig zu werden: indem zum Beispiel ein Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft eine psychiatrische Abteilung einrichtet oder ein freier Wohlfahrtsverband ein Wohnheim für psychisch Kranke betreibt. Adressaten zur Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts sind daher auf der örtlichen Ebene nicht nur die politischen Gemeinden, sondern alle Träger von Einrichtungen und Maßnahmen, die her-

kömmlich das Sozial- und Gesundheitswesen bestücken. Die politische Planungs- und Vorhalteverantwortung liegt jedoch in allen Fällen bei der politischen Gemeinde. Eine zweite Klarstellung; Wenn hier von der Verpflichtung und Verantwortung der politischen Gemeinde für die psychiatrische Versorgung gesprochen wird, so ist immer nur die politische Seite gemeint. Es wird mit Absicht offen gelassen, ob und mit welchen Einschränkungen eine rechtliche Verpflichtung solcher Art besteht, die sich auch Bundes- und Ländergesetzen entnehmen läßt.

Mit dieser Feststellung kommen wir im ersten Abschnitt dieses Referats zu zwei zentralen Erfahrungssätzen zum kommunalen Entscheidungsverhalten:

Erstens: Die Erfahrung lehrt, daß die Gemeinden bei der Schaffung neuer Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitswesen nicht deswegen tätig werden, weil sie von einer Rechtsverpflichtung dazu gezwungen würden. Sie werden vielmehr immer nur dann tätig, wenn sie von der kommunalpolitischen Notwendigkeit einer Sache überzeugt sind und sie einen Weg sehen, wie die Sache organisierbar und finanzierbar ist. Die Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, soweit eine solche nicht schon besteht, zur Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts wird allein nicht viel bewirken, zumal eine solche Verpflichtung ihrer Natur nach immer nur sehr schwach ausgebildet sein kann. Es ist daher wichtiger und wirksamer, zu überzeugen als rechtlich zu verpflichten.

Zweitens: Kommunale Politik ist - wie jede andere Politik - ein ständiger Prozeß der Auswahl unter Zielkonflikten. Dabei bleibt die gemeindenahere Psychiatrie schon deswegen leicht auf der Strecke, weil sie für viele kommunale Entscheidungsträger noch immer verhältnismäßig neu und ungewohnt ist. Also ist es notwendig, die Konkurrenzfähigkeit der gemeindenaheren Psychiatrie im Verhältnis zu anderen Ansprüchen, die an die Gemeinde gestellt werden, erheblich zu verbessern.

So muß den Gemeinden gezeigt werden, wie auf der Grundlage des jeweiligen Wissens um die seelischen Erkrankungen den Kranken und Behinderten am besten geholfen werden kann; auch in den Fällen, in denen eine Heilung oder eine erhebliche Linderung nicht möglich ist. Für den Konflikt der kommunalen Ziele ist mit beweisbaren Fakten zu begründen, weswegen die Chance, psychiatrische Versorgung am Ort zu leisten, aufholt; auch im Vergleich zu den herkömmlichen Aufgaben der Gemeinden, besonders auch zum sachnahen Gebiet der Versorgung der körperlich Kranken und Behinderten; warum heute die Versorgung der seelisch Kranken in der Gemeinde humaner und auf lange Frist finanziell effizienter ist, als sie es früher war. Auf diese Weise ist ständig - also nicht einmal, sondern immer wieder - zu versuchen, auf der gemeindlichen Ebene den Prozeß des Auswählens verstärkt auf die gemeindenahere Psychiatrie hinzulenken. Dies wird leichter gelingen, wenn Einrichtungen und Dienste vorgeschlagen werden, die in ihrer organisatorischen Form leicht nachvollziehbar, nach dem Maße ihres personellen Aufwands finanzierbar und in ihrer Wirksamkeit erprobt sind. Es muß sich für die möglichen Maßnahmeträger und Kostenträger darlegen und begründen lassen, was noch im Stadium von Experiment oder Modell ist und was dagegen schon als Regelversorgung gelten darf. Oder anders ausgedrückt: es

muß sich unterscheiden lassen, was schon auf sicherem Grunde getan werden kann, was sich wenigstens zu versuchen lohnt und was man besser läßt. Die Gemeinde als Experimentierfeld zur Erprobung von Utopien zu benutzen, schadet nur.

Von der psychiatrischen Forschung wird erwartet, daß sie aufzeigt, ob die vorgeschlagenen gemeindenahen Versorgungskonzepte auch tatsächlich das leisten, was sie zu leisten behaupten, ob sie im Verhältnis zu ihrem personellen und finanziellen Aufwand genügend verläßlich und valide sind.

In einem Maße wie von keinem anderen medizinischen Fachgebiet werden somit von der Psychiatrie auch Beiträge zur organisatorischen Seite der Versorgung ihrer Patienten erwartet.

Nur wenn es gelingt, der Informationsflut, die auch auf die Entscheidungsträger der örtlichen Ebene niedergeht, genügend Informationen über die heutigen Möglichkeiten der psychiatrischen Versorgung in werbender Weise entgegenzustellen, läßt sich im gemeindlichen Entscheidungsprozeß das Konzept der gemeindenahen Psychiatrie durchsetzen. Das Hauptziel ist dabei, die Stadt- und Landkreise davon zu überzeugen, daß die gemeindenahe Psychiatrie zum Bereich der Grundversorgung der Bevölkerung gehört, oder genauer: sie in diesen Bereich durch die Entwicklung der letzten 20 Jahre hineingewachsen ist und damit die Psychiatrie eine zentrale Aufgabe der Gemeinden geworden ist. „Wenn sich diese Gremien (Gemeindeparlamente) einmal so intensiv mit der Versorgung der psychisch Kranken befaßten wie mit der Geburtshilfe oder der Intensivmedizin, hätten wir bald genügend gemeindenahe psychiatrische Stationen und ausreichende komplementäre Dienste.“ (Flöhl, 1977).

//

Im ersten Abschnitt dieses Referats, der an dieser Stelle zu Ende ist, wird in der von der begrenzten Zeit gebotenen Kürze Allgemeines und Grundsätzliches behandelt. Nachfolgend wird im zweiten Abschnitt aufzählend und doch nur auswählend vorgetragen, was mit Blick auf das gemeindliche Entscheidungsverhalten der Durchsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts förderlich oder hinderlich sein kann. Im einzelnen:

1. Die kommunale Verwaltungsorganisation. Es spricht viel dafür, daß sich das gemeindenahe Konzept leichter durchsetzen läßt, wenn in einer Stadt das Gesundheitswesen und das Sozialwesen in einem Dezernat oder Referat und damit in einer Hand vereinigt sind. Die Psychiatrie ist speziell in ihrer gemeindepsychiatrischen Ausprägung dasjenige medizinische Fachgebiet, das am engsten mit der traditionellen kommunalen Sozialpolitik zusammenwirkt, ja in Teilen mit dieser verschmolzen ist. Schwierigkeiten der Finanzierung der gemeindenahen Psychiatrie rühren zum Teil daher, daß in manchen Fällen kaum mehr zu unterscheiden ist, was zur ärztlichen und medizinischen Versorgung gehört und was zu sozialen Hilfen. Sind die Bereiche Gesundheit und Soziales in einem einzigen Dezernat zusammengefaßt, so lösen sich nicht nur die Kooperationsprobleme leichter. Auch das Interesse und die Bereitschaft, das gemeindenahe Konzept zu

versuchen, sind meist leichter zu wecken. Man wird deswegen nicht fordern dürfen, daß diese Dezernente allein der gemeindenahen Psychiatrie wegen vereinigt sein sollten; das Konzept muß sich letztlich auch bei getrennten Dezernaten verwirklichen lassen. Aber die beschriebene Tatsache zeigt, daß vorgeprägte Organisationsstrukturen für ein so organisatorisch akzentuiertes Konzept wie das gemeindenahe von großer Bedeutung sein können.

2. Die Trägerschaft der psychiatrischen Krankenhäuser. Eine weitere, zu beachtende Organisationsstruktur ist die Frage, in welcher Trägerschaft in einem Bundesland die psychiatrischen Großkrankenhäuser stehen. Man muß vermuten, daß es für die Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie auf lange Sicht günstiger ist, wenn auch die Großkrankenhäuser gewissermaßen kommunalisiert sind, indem sie nicht wie zum Beispiel in Baden-Württemberg und Niedersachsen von einem Bundesland getragen werden, sondern wie zum Beispiel in Hessen in der Trägerschaft eines von Kommunalpolitikern kontrollierten Kommunalverbandes (Landeswohlfahrtsverband) stehen. Man muß annehmen, daß eine solche Organisation auf Dauer zu einer stärkeren Kooperation zwischen der regionalen Ebene (Großkrankenhaus, Landeswohlfahrtsverband) und der örtlichen Ebene (gemeindenahe Psychiatrie, Stadt- und Landkreis) führt, mit der Folge, daß sich der dann kommunal zu nennende Entscheidungsprozeß vereinfacht, der Verlegungen auf die örtliche Ebene betreibt.

Allein schon die Einbeziehung der Kommunalpolitiker in die Gremien, die das regionale psychiatrische Krankenhaus verwalten, und der dadurch ausgelöste Informationsfluß auf die örtlich-kommunale Ebene müßten als Anstoß für die Entwicklung einer gemeindenahen Versorgung von Vorteil sein. Denn: wer als Kommunalpolitiker weder am Ort seiner Tätigkeit eine psychiatrische Einrichtung zu verwalten hat, noch bei einem Kommunalverband mitwirkt, der Träger eines psychiatrischen Krankenhauses ist, ist in seiner Zuständigkeit von der psychiatrischen Versorgung abgeschnitten. Kein Wunder, daß bei solchen Konstellationen oft nur mühsam Entscheidungen für die gemeindenahe psychiatrische Versorgung zu erhalten sind.

3. Vermeidung der Psychiatisierung. Wenn die psychiatrische Versorgung am Ort geleistet wird und sich eng mit dem örtlichen Sozialwesen verbindet, kann eine Gefahr auftreten, die man als Psychiatisierung bezeichnet hat. Die Gefahr nämlich, daß zu viele soziale Probleme aus dem Blickwinkel der Psychiatrie gesehen werden. Diese Gefahr hat zwei mögliche Ursachen. Erstens: Der Psychiater mutet sich zuviel zu, indem er zum Beispiel meint, er könne soziale Institutionen in fast allen ihren Aspekten umfassend beraten. Zweitens, was eher häufiger ist: aus den Institutionen selbst wird vom Psychiater zuviel Rat abgefordert, weil die Mitarbeiter als Folge einer unkritischen Popularisierung psychiatrischen Wissens von der Psychiatrie zu viel erwarten. Die Gefahr einer Psychiatisierung aus solchen Ursachen ist in den letzten zehn Jahren allerdings deutlich geringer geworden, weil auch die Psychiatrie heute bekanntermaßen nicht mehr auf einem Höhenflug ist wie Mitte der 70er Jahre. Aber die Sache ist auch in ihrem heutigen Umfang noch lehrreich und bedenkenswert. Bei der Rezeption der gemeindenahen psych-

iatischen Versorgung sollte auch nur der Anschein, man wolle eine Psychiatisierung des örtlichen Sozialwesens vornehmen, sorgsam vermieden werden. Es ist viel nützlicher, klar und deutlich zu sagen, was die Psychiatrie leisten kann und was nicht. Sie kann weniger als sie sollte; und sie kann selten mehr, als man von ihr erwartet. Daher können nicht viele unserer Sozialprobleme unter dem „Schirm der Psychiatrie“, wie man formuliert hat (Giel, 1980), versammelt werden. Es ist abzugrenzen, was einerseits psychiatrische Versorgung auf der gemeindlichen Ebene ist und was andererseits zu dem größeren Bereich der gemeindlichen Sozialaufgaben gehört. Eine derartige Beschränkung auf den Kernbereich der Psychiatrie erleichtert in vielen Kommunen die Entscheidung für die Akzeptanz der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung.

4. Die Psychiatrie als Teilgebiet der Medizin. Bei der Werbung für die gemeindenaher Psychiatrie ist es ratsam, die psychiatrische Versorgung in der Kommune klar einzuordnen in die weit umfassendere kommunale Aufgabe der Verbesserung der medizinischen Versorgung allgemein. Es ist zweckmäßiger, argumentativ von der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung auszugehen und nicht von der Ausweitung des Sozialbereichs. Die komplementären Einrichtungen und Dienste sind eine unverzichtbare Folge der Absicht, die medizinische Versorgung vor Ort auch auf den psychiatrischen Bereich zu erstrecken. Die seelische Gesundheit ist in erster Linie Teil des Gesamtsystems des Gesundheitswesens.

Mit der hier nur angedeuteten Begründung lassen sich in der Kommune am ehesten Entscheidungen für die gemeindenaher Psychiatrie erreichen.

5. Betroffenheit als Handlungsgrund. Wir sind bisher davon ausgegangen, daß Kommunen und Verbände entscheiden: die Stadt - ihr Gemeinderat, der Landkreis - sein Kreistag, der Landeswohlfahrtsverband - sein Verbandsausschuß, der Wohlfahrtsverband - sein Vorstand. In der Wirklichkeit entscheiden Personen: natürliche Personen sogar, wie die Juristen sagen. Wie verhalten sich natürliche Personen in unserer Sache?

Soweit sie gewählt sind, sagt eine verbreitete Meinung, schauen sie darauf, ob eine Handlung für ihre Wahl günstig ist. In dieser Hinsicht haben die Werber für die gemeindenaher Psychiatrie wenig zu versprechen, denn ihre Klientel ist, nach Wählerstimmen gemessen, klein.

Persönliche Betroffenheit in der eigenen Person, in der Familie und unter Bekannten oder Freunden erzeugt, wie man weiß, den stärksten Handlungsdruck in Richtung auf eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. In den anderen Bereichen der Medizin ist es ebenso. So ist die stürmische Entwicklung des Krankenhauswesens für körperlich Kranke in den letzten drei Jahrzehnten nicht zuletzt ein Ergebnis der Betroffenheit der kommunalen Entscheidungsträger; oder der Furcht, man könne betroffen werden, oder besser: der Gewißheit, daß man eines Tages betroffen sein wird. Persönliche Betroffenheit in dem hier umschriebenen Personenkreis ist überhaupt ein wichtiges und durchaus legitimes Handlungsmotiv kommunaler Politik.

Es besteht, was die mögliche Betroffenheit angeht, ein ganz erheblicher Unter-

schied zwischen körperlicher Krankheit und seelischer Krankheit. Körperlich krank wird man selbst, seelisch krank werden andere, glauben die meisten. In der subjektiven Einschätzung ist das Maß der potentiellen Betroffenheit von seelischer Krankheit gering, jedenfalls solange man seelische Krankheit an sich selbst oder anderen nicht tatsächlich erfahren hat. Deswegen ist es im Vergleich zur Körpermedizin so viel schwerer, die Entscheidungsträger der örtlichen Ebene zu Handlungen für die gemeindenahe Psychiatrie zu motivieren. Vorurteile, die sich heute mehr gegen die Psychiatrie als gegen die psychisch Kranken zu richten scheinen, kommen hinzu.

Jedoch darf das hier zu zeichnende Bild insgesamt nicht düster erscheinen. Die Verhältnisse hinsichtlich der Einstellung der kommunalen Entscheidungsträger zur Psychiatrie haben sich im Laufe der letzten 20 Jahre insgesamt gesehen kontinuierlich gebessert und bessern sich weiter. Die meisten, bei denen die Entscheidungen liegen, sind zwar nicht mit dem eingangs genannten Personenkreis betroffen, sie sind aber betroffen und grundsätzlich zum Handeln bereit, weil sie sich über die Lage der psychisch Kranken und die noch unausgeschöpften Möglichkeiten der Psychiatrie gut informiert haben. Dabei ist unübersehbar, daß zwar alte Vorurteile nicht ganz ausgerottet sind, aber in den Gemeinderäten und im Sozialbereich eine neue Generation nachwächst, die gegenüber seelischer Krankheit unbefangener, toleranter, verstehender und damit handlungsbereiter eingestellt ist als die Älteren. Dies geht mitten durch alle Parteien und kommunale Gruppierungen.

6. Kommunales Entscheidungsverhalten und Finanzierung. Von den Anfängen unserer Republik bis heute reagieren die Gemeinden auf die goldenen Zügel, die ihnen die Länder und der Bund immer wieder anlegen. Auf nicht wenigen Gebieten werden die Kommunen nur noch tätig, wenn ihnen Zuschüsse fest zugesagt sind. Man mag diese Verhältnisse aus der Sicht der kommunalen Selbstverwaltung beklagen: sie sind eine Tatsache, und es wird so bleiben, daß die Gemeinden auf nichts schneller reagieren, als auf die Mitfinanzierung des Landes oder eines Kommunalverbandes; bestimmt schneller als auf die bloße Normierung einer gesetzlichen Verpflichtung. Solche Mischfinanzierungen sollen im Verhältnis zwischen dem Bund und den Ländern abgebaut werden, in den Ländern selbst sind sie im Verhältnis zu den Gemeinden unverzichtbar, besonders auf einem im Vergleich zu anderen kommunalen Aufgaben noch so rückständigen Gebiet wie der gemeindenahe Psychiatrie. Andererseits: wenn die gemeindenahe Psychiatrie ein Teil der Grundversorgung der Bevölkerung geworden ist, muß es den Gemeinden klar werden, daß bestimmte Teile dieser Versorgung für die Kommunen nicht ohne Kostenbeteiligung zu beschaffen sind. Die politische Verantwortung für die psychiatrische Versorgung vor Ort tragen schließt ein, daß die Gemeindeparlamente, wie sie es in der Körpermedizin schon immer tun, auch einen Teil der finanziellen Last übernehmen müssen. Parallel zum Bundesmodellprogramm Psychiatrie ist zur Zeit ein Tauziehen im Gange, welche Teile der gemeindenahe Psychiatrie von der Sozialversicherung zu tragen sind und welche von den Ländern und Kommunen. Ich möchte hierauf im einzelnen nicht eingehen. Es empfiehlt sich im Augenblick Zurückhaltung.

Aber so viel steht fest: aus der Natur der gemeindenahen Psychiatrie, aus ihrer engen Verflechtung mit sozialen Einrichtungen und Diensten, folgt, daß die Psychiatrie, wenn sie gemeindenah organisiert wird, enger in die kommunalen Finanzen eingebunden werden muß als andere Fachgebiete der Medizin. Das heißt nicht, daß die psychiatrische Versorgung den Gemeinden mehr Finanzmasse abfordert als andere Bereiche der Medizin. Bestimmt ist das Gegenteil der Fall, wenn die Investitionen in die Betrachtung mit einbezogen werden. Was die Gemeindevertreter meist stört, ist der Umstand, daß sie laufende Betriebskosten außerklinischer Einrichtungen tragen oder mittragen sollen.

Um Entscheidungen auf der örtlichen Ebene zu erleichtern, muß bald Klarheit geschaffen werden, welcher Teil der psychiatrischen Versorgung aus der Sozialversicherung, in erster Linie aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, und damit bundeseinheitlich finanziert werden kann. Hier hat die Diskussion der letzten Jahre bei den Entscheidungsträgern in den Kommunen, und teilweise auch den Ländern, Erwartungen aufgebaut, die sich jetzt als unrealistisch erweisen; und es genau besehen schon immer waren. Der Grund hierfür liegt nicht allein in der allgemeinen finanziellen Anspannung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Fast noch wichtiger ist, daß sich die Finanzierung der komplementären Dienste teils überhaupt nicht und teils nur sehr schwierig in das System der Sozialversicherung einpassen läßt. Mit allen Überlegungen kommt man immer wieder auf den Kern der Sache; Entscheidungen zugunsten der gemeindenahen Psychiatrie setzen voraus, daß die Entscheidungsträger auf der örtlichen Ebene diese Art der psychiatrischen Versorgung als eine zentrale Aufgabe der Gemeinde sehen und daraus beherzt Folgerungen ziehen. Um ein solches Entscheidungsverhalten zu beflügeln, plädiere ich nachdrücklich dafür, daß die Länder und höheren Kommunalverbände ihr ganzes Instrumentarium einsetzen, das sie für ihre Politik des goldenen Zügels in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben.

Ich schließe aus zeitlichen Gründen mit folgender Bemerkung. Unsere Städte dürfen nicht nur für gesunde Bürger, Erwachsene und berufstätige Bürger geplant und gebaut und eingerichtet werden, sondern ebenso für alle anderen Gruppen der Bevölkerung, also auch für die städtischen Minderheiten. Dann aber auch für die in besonderer Weise schutzbedürftige und relativ kleine Minderheit der schwer seelisch Kranken und der chronisch seelisch Behinderten unter uns Stadtbürgern. Dieser Minderheit für den Regelfall in der Stadt selbst ambulant wie stationär die ärztliche Versorgung anzubieten und ihr Wohnen in einer normalen Wohnung, im Ausnahmefall in einer Wohngruppe oder einem Wohnheim sicherzustellen, ist zunächst ein gesundheitspolitisches Gebot. Es ist zugleich mehr als dies: nämlich eine allgemeinpolitische Forderung, weil damit ein Stück Gleichberechtigung unter den Bürgern verwirklicht wird. Dieses Argument steht am Schluß dieses Referats, aber es sollte nicht als letztes in die kommunale Entscheidungsfindung zugunsten der gemeindenahen Psychiatrie einfließen.

Diskussion

Moderation: C. Kulenkampff

(gekürzte Fassung)

Thieringer: Von gemeindenaher Psychiatrie zu sprechen, verlangt auch ein Stück Entscheidung, was man unter Psychiatrie versteht: ob der Akzent mehr auf dem Sozialen oder auf dem Medizinischen liegen soll. Wir reden doch auch hier primär über die medizinischen Aspekte, also über die Möglichkeit, diese Krankheit zu neuen oder zu lindern. Dann aber wäre die Frage der gemeindenahen Psychiatrie zunächst auch eine Frage nach derjenigen Gesundheitspolitik, die nicht in der Planungskompetenz der Kommunen oder Kommunalverbände steht. Das bedeutet natürlich auch, daß die Diskussion darüber lebendig bleibt, wer dann für diese Einrichtungen zu sorgen hat und wie bei Trägerschaften Kritik formuliert und Kontrolle durchgesetzt werden kann. Das betrifft ja bei weitem nicht mehr nur die Krankenhäuser, sondern seit einigen Jahren auch den gesamten Bereich der komplementären Dienste. Ich sage nicht, daß die Kommunen hier nichts tun sollten, aber es kommt doch darauf an, wer fordert und wer bestellt, wer durchführt und wer finanziert, wer in der Planungsverantwortung steht und wer in der Finanzierungsverantwortung.

Bosch: Sie sprechen das Problem der Planung und der Koordination an. Es ist ja nicht so, daß in den Kommunen gar nichts geschähe; im Gegenteil. In großflächigen Regionen zumindest passierte und passiert eine Menge, auch außerhalb des Modellprogramms, aber die Dinge überschneiden sich teilweise und laufen recht konfus nebeneinander her. Da ist die Kommune, da sind überörtliche Träger, freigemeinnützige Träger und private Institutionen im Spiel, und es breiten sich alle möglichen Zusammenschlüsse von Psychologen in Beratungszentren aus. Die jeweiligen Ziele der Beteiligten sind nicht koordiniert und der Patientenfluß ebensowenig. In manchen Bereichen entsteht auf diese Weise Überversorgung, während andere weiterhin unterversorgt bleiben. Welche Möglichkeiten hat eigentlich die Kommune, Koordinierung zu erreichen? Die Enquete hat seinerzeit zwei Instrumente vorgeschlagen: die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, die sich recht gut entwickelt haben und noch weiter entwickeln, aber auch ein anderes, mit Planungs- und Koordinationsbefugnissen, also mit Macht ausgestattetes Instrument, nämlich die psychosozialen Ausschüsse. Deren wesentlicher Akzent war ihre enge Anbindung an die Gesundheits- bzw. Sozialdezernate der Kommunalverwaltung; sie sind jedoch meines Wissens in der Form, wie wir sie damals vorgeschlagen haben, fast nirgends entstanden. Die Gründe dafür sollten einmal geklärt werden.

Martini: Ich für meine Person sehe die psychiatrische Versorgung als ein Teilgebiet der medizinischen Versorgung allgemein. Ich gehe also vom „medizinischen Modell der Psychiatrie“ aus - es scheint ja auch ein nicht-medizinisches Modell

der Psychiatrie zu geben, d. h. ein Abwandern der Therapie seelischer Erkrankungen in den Sozialbereich. Das wollen wir nicht! Dennoch liegt die Besonderheit der Psychiatrie, in Sonderheit der gemeindenahen, eben darin, daß sie ohne die Hilfen des Sozialbereichs nicht auskommt. Das ist der Ausgangspunkt für meine Ausführungen zu dieser ganzen Sache.

Zur Frage der Planungskompetenz, Herr Bosch, habe ich mit voller Absicht in meinem Referat darauf verzichtet, die Frage zu behandeln, wer da nun, *rechtlich* gesehen, die Planungsverantwortung haben könnte, sondern ich habe darauf abgestellt, daß eine *politische* Verantwortung zu tragen sei. Denn wenn man die Bundesrepublik betrachtet, zeigen sich auf der gemeindlichen Ebene enorme Unterschiede in der Rechtslage und der Gemeindeorganisation. Das Gemeinderecht ist nach dem Zweiten Weltkrieg ganz auseinander gelaufen, und es bestehen auch keinerlei Bestrebungen nach einer Vereinheitlichung dieses Gemeinderechts. Deswegen glaube ich, daß auch für die Organisation der gemeindenahen Psychiatrie die Voraussetzungen in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich sind. Die psychosozialen Ausschüsse, die in der Enquete vorgeschlagen wurden, sind nicht überall gebildet worden, weil sie in vielen Städten und Landkreisen mit der dort herrschenden gemeinderechtlichen Situation nicht zu vereinbaren sind. Sie sollten ja auch nur beratende Funktion haben; man hatte von vornherein anerkannt, daß diese psychosozialen Ausschüsse nicht als beschließende Ausschüsse in das Gemeinderecht eingehen können.

Schließlich bin ich der Meinung, daß es z. B. einen großen Unterschied macht, wer Träger der psychiatrischen Großkrankenhäuser ist. Wir wissen, in Hessen ist dies ein kommunaler Zusammenschluß, nämlich der Landeswohlfahrtsverband, der eben auch auf der gemeindlichen Ebene aktiv werden konnte. Dagegen ist eine gemeindenaher Psychiatrie in Baden-Württemberg, wo die Landeskrankenhäuser in der Verwaltung des Landes stehen, nach meinem Eindruck etwas schwieriger zu organisieren.

Bauer: Ich bin ganz entschieden der Auffassung, daß kommunale Psychiatrie in letzter Konsequenz bedeutet, daß die Verantwortung dafür, daß psychisch Kranke angemessen behandelt und betreut werden, bei der politischen Gemeinde, sei dies nun eine Stadt oder ein Landkreis, liegen sollte. Das ist ja gerade das Dilemma, daß es in der Vergangenheit den Kommunen zu leicht gemacht wurde bzw. sie selbst es sich zu leicht gemacht haben, indem sie die Verantwortung auf einen überkommunalen Träger verlagerten. Die Existenz dieser Träger hat auf der anderen Seite die politischen Gemeinden entwöhnt, ihnen ist das Problem der Versorgung ihrer psychisch kranken Bürger aus dem Blick geraten, und sie haben dadurch auch an Kompetenz eingebüßt. Gerade weil ich mit Herrn Martini die Überzeugung teile, daß die Psychiatrie ein Teilgebiet der Medizin ist, sollten die Organisations- und Trägerstrukturen psychiatrischer Versorgung, zumindest was den Krankenhausbereich betrifft, keine anderen sein als in den übrigen medizinischen Fächern.

-Im Prinzip könnte dies für den komplementären und sogar - soweit es z. B. Sozialpsychiatrische Dienste an Gesundheitsämtern betrifft - für den ambulanten

Bereich gelten. Daß sich die Kommunen für die Durchführung bestimmter Aufgaben freigemeinnütziger Träger bedienen können sollten, steht dabei außer Frage. Nur die Verantwortung dafür, daß notwendiges überhaupt geschieht, läge eben bei ihnen selbst. Und daß ein Sozial- oder Gesundheitsdezernent einer Stadt oder eines Kreises besser übersieht, was in seiner Region not tut als ein Ministerialbeamter oder der Angehörige einer Oberbehörde scheint mir schwer bestreitbar. Ganz entscheidend ist für die vor Ort psychiatrisch Tätigen aber nicht zuletzt, daß dies ansprechbare und greifbare, auch politisch angreifbare Personen sind, die sich eben auch rechtfertigen müssen, wenn einmal etwas Sinnvolles nicht geschieht.

Bock: Nach meiner Beobachtung der Entwicklungen in der Psychiatrie geht es mehr und mehr darum, insbesondere die chronischen Patienten nicht nur in die Kommune zurückzubringen, sondern möglichst auch in ihren eigenen Lebensbereich zurückzuführen. Das heißt, ihnen möglichst auch eigene Mietverträge zu ermöglichen und sie möglichst innerhalb ihrer eigenen Wohnungen zu betreuen. Wenn man diese Entwicklung ernst nimmt, so heißt es ja, daß der Schwerpunkt auch der Diskussion vor allen Dingen auf der Betreuung im ambulanten Bereich liegen muß. Auf diesem Gebiet aber kommt der Beantwortung der Frage eine enorme Bedeutung zu, ob und wie sich Kommunen und Krankenkassen auf eine mögliche Kostenteilung einigen. Denn grundsätzlich ist diese Betreuung von chronischen Patienten im eigenen Lebensbereich immer beides: Daseinsfürsorge der Kommune und Teil der Behandlung. Die Rückgewöhnung an eine eigene Umgebung und an eigene Rechte ist immer auch Teil der Behandlung, und dies von der sozialen Komponente zu trennen, scheint mir fachlich kaum möglich: eine solche Trennung ist nur als politische Übereinkunft denkbar. Die beiden Kostenträger dürfen sich die Bälle nicht mehr länger gegenseitig zuspielen, sondern müssen zu mehr Gemeinsamkeit kommen, insbesondere zu einer gemeinsamen Finanzierung.

Hier sind zwei Modelle denkbar: Zum einen das „gleichzeitige Modell“, wenn die Kommune selbst Träger einer psychiatrischen Klinik ist. Hier wäre es doch möglich, daß ein Teil des Personals die Patienten nach draußen begleitet und für diese „nachgehende Pflege“ gemeinsam von Kommune und der Krankenkasse pauschal finanziert wird; also in etwa das was in Frankreich unter dem Stichwort „Budget global“ läuft. Ein anderes Modell wäre das, was in Berlin paraphiert worden ist zwischen der AOK und dem Senat. Die Krankenkasse übernimmt für chronische Patienten die Betreuung in eigenen Wohnungen zumindest für 1 1/4 Jahr, sogar bei Patienten, für die sie eigentlich nicht mehr in der Leistungspflicht war; daran anschließend erst setzt die Kostenpflicht der Kommune ein. Die gemeinsame Finanzierung wird in diesem Modell also durch eine zeitliche Abfolge geregelt. Wichtig ist dabei nur, daß die Menschen, um die es geht, nicht von einer Einrichtung in die andere verschoben werden, je nachdem welcher Kostenträger zuständig ist, sondern daß das Ziel, die Fähigkeit zu einem selbständigen Leben wiederherzustellen, durch die Art der Finanzierung unterstützt oder jedenfalls nicht behindert wird.

Finke: In Nordrhein-Westfalen ist das Land zuständig für die Krankenhausbedarfsplanung. Die überkommunalen Landschaftsverbände sind Hauptträger der Landeskrankenhäuser, aber nicht die einzigen Träger im Bereich der stationären Betreuung. Für alle anderen Einrichtungen und Dienste ist die Gemeinde zumindest politisch verantwortlich. Ich komme aus Herne, was haben wir dort gemacht? Im Krankenhausbedarfsplan des Landes ist das Krankenhaus - ein freigemeinnütziges Krankenhaus - als psychiatrisches Fachkrankenhaus aufgenommen; alle anderen Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung werden vom Gesundheitsamt der Stadt koordiniert. Die Leiterin des Gesundheitsamtes ist auch Vorsitzende der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Einen psychosozialen Ausschuß haben wir nicht; dafür arbeiten allerdings in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ein oder zwei Vertreter aus jeder Ratsfraktion mit. Diese Art der Zusammenarbeit hat bisher recht gut funktioniert.

Kulenkampff: Wenn ich mich recht erinnere, haben wir in der Enquete-Kommission den psychosozialen Ausschuß ursprünglich sehr wohl als einen Ausschuß mit Konzert der kommunalen Ausschüsse gesehen, auch mit Entscheidungsbefugnis. Das ist uns in der Verhandlung mit den kommunalen Spitzenverbänden damals abgelehnt worden, wohl noch als eine Reaktion auf die Erfahrung mit dem Jugendwohlfahrtsausschuß, der den Kommunen per Gesetz verordnet worden war. Die Kommunen wollten sich nicht noch einmal in ihr originäres Selbstverwaltungsrecht hineinregieren lassen. Das ist durchaus verständlich; dennoch würde ich gerne Ihr geschicktes Auseinanderhalten von politischer Verantwortung und den rechtlichen Möglichkeiten, die die kommunale Verfassung hergibt, noch einmal etwas problematisieren. Denn wenn das wirklich so ist, wie Sie sagen, dann wird gemeindenaher Psychiatrie sehr stark personalisiert. Dann können wir nur darauf hoffen, daß an vielen Stellen sich zufällig Leute wie Sie finden, die Spaß an der Sache haben und die einsehen, daß das ein wichtiges Gebiet ist; wenn wir aber Pech haben und jemand schlechte Erfahrung mit der Psychiatrie gemacht oder sonstwie Hemmungen hat, dann liegt die Sache am Boden.

Bei allem Verständnis und aller Anerkennung für das Einwirken einzelner Personen hat man natürlich auch das Bedürfnis, über solche Zufälle hinaus noch irgendwie klare Kompetenzen zu verankern. Denn wenn Sie in einer großen Stadt wie z. B. in Kassel einen sehr gut ausgebildeten sozialpsychiatrischen Dienst haben und daneben eine Institutsambulanz mit einer Tagesklinik und ein paar Betten, dann kriegt die Stadt mit ihrem Dezernenten die Koordination nicht in den Griff, wenn hinter dieser Ambulanz ein starker Landschaftsverband steht. Er kann nur an die Vernunft und den Kooperationswillen aller Beteiligten appellieren, hat aber keine Möglichkeit einen Gesamtplan durchzusetzen. In einer solchen Situation ist verständlich, daß beide, Institutsambulanz und sozialpsychiatrischer Dienst, ihre Sache so gut wie möglich betreiben wollen. Beide wollen sie natürlich Vor- und Nachsorge machen, und ich habe neulich gefragt, ob sie das vielleicht nach dem Alphabet organisieren wollen? Der eine von A-K, der andere von L-Z, oder welche Kriterien sie bei der Aufteilung der Patienten eigentlich anwenden wollen. Der zuständige Stadtrat ist einer solchen Situation gegenüber Verhältnis- mäßig ratlos. Und das ist nur ein Beispiel von vielen. Auch bei den Altenplänen..

o. ä. der Kommunen und Kreise ist ja noch nicht gesagt, daß es nachher so läuft, wie es auf dem Papier steht, aber es sind doch gewisse Bereiche abgesteckt. Da sehe ich ein gewisses Defizit, ohne gleich den Gebietskörperschaften irgendwelche Zwänge überstülpen zu wollen. Es ist eine Sache, daß man das gleichsam zwanghaft macht, und eine andere, daß man alles völlig personalisiert und der Gunst der Stunde und den Individuen überläßt. Gibt es da nicht einen Mittelweg, Herr Martini?

Martini: ich will der Personalisierung der gemeindenahen Psychiatrie nicht das Wort reden, aber wenn wir uns hier schon über Kommunalpolitik und gemeindenaher Psychiatrie unterhalten, muß man natürlich sehen, daß die Kommunalpolitik überhaupt sehr stark personalisiert ist, was ja nicht zuletzt ihren Reiz ausmacht. Das ist auch auf dem Gebiet des Sozialwesens der Fall. Wer sich in der Landschaft der deutschen Städte einigermaßen auskennt, der weiß, daß bestimmte Personen im Sozialwesen oder Kulturwesen ganz Bestimmtes bewirkt haben. Und so war es vielleicht in der Vergangenheit ganz wichtig, daß auch die gemeindenaher Psychiatrie eine personalisierte Sache war. Natürlich muß man jetzt für die Zukunft darauf sehen, daß die Entwicklung nicht von den Zufälligkeiten abhängig bleibt, aber da sind wir schon auf einem gute Wege.

Nun möchte ich aber zu den drei politischen Ebenen hier in der Bundesrepublik noch etwas sagen, in Ergänzung des Referates und in Beantwortung von Diskussionsbeiträgen.

Auf der Bundesebene haben wir, glaube ich, jetzt Klarheit: der Bund zieht sich auf seine Rolle als Gesetzgeber zurück. Das gilt nicht nur für die Psychiatricversorgung, sondern auch auf anderen Gebieten, und nicht nur für diese Regierung, sondern auch für die vorige. Man wird in den kommenden Jahren keine Mitfinanzierung vom Bund erwarten können; auch im Krankenhauswesen wird die Mischfinanzierung aufgegeben. Und in der Gesetzgebung wird für die gemeindenaher Psychiatrie, so wie es aussieht, nicht viel geschehen. Eher sind Vereinbarungen der Sozialversicherungsträger auf Landesebene mit Landesinstitutionen zu erwarten; das Beispiel Berlin wurde ja genannt. Ähnliche Dinge wie in Berlin bahnen sich eventuell in Bayern an, das ja auch auf dem Krankenhausesektor ein Stück weit aus der allgemeinen Diskussion der Kassen ausgespart ist. Vielleicht liegt also das Heil, was die Sozialversicherung angeht, nicht in einer Änderung der Reichsversicherungsordnung oder anderer Sozialgesetze, sondern in Absprachen auf Landesebene oder gar auf der örtlichen. Denn wenn sich der Bundesgesetzgeber nun zurückzieht, dann ist klar, daß die Länder gefordert sind.

Ich bin der festen Überzeugung, daß wir eine psychiatrische Versorgung bekommen werden, besonders im komplementären Bereich, die sehr Länder-unterschiedlich sein wird. Man muß überhaupt sehen, daß sich die Bundesländer im Augenblick sehr stark auseinanderentwickeln. Es wird heute sehr viel stärker als in der Vergangenheit betont, daß viele Gebiete unseres Lebens länderunterschiedlich geregelt werden können. Es war ja sogar überlegt worden und ist dann verworfen worden, ob die Pflegesätze für die Krankenhäuser nicht länderunterschiedlich geregelt sein könnten. Allein daß man darüber nachgedacht hat, zeigt

die Entwicklung an. Also wir werden sicher keine gesetzliche Grundlage für die gemeindenahere Psychiatrie bekommen, die bundeseinheitlich ist. Diese ganzen bundeseinheitlichen Dinge müssen wir ein Stück weit vergessen. Deshalb glaube ich, daß die Ordnung der psychiatrischen Versorgung auf Landesebene eben vom Land, von den Kommunalverbänden höherer Ordnung, den Landeswohlfahrtsverbänden, soweit es solche gibt, und von den Kommunen gemeinsam arrangiert werden muß. Und da macht es doch einen Unterschied, ob z. B. die Landeskrankenhäuser in Landesträgerschaft sind oder nicht. Da macht es einen Unterschied, ob ein Land diese Ordnung gesetzlich regeln oder in anderer Weise vornehmen will. Deswegen bin ich von diesen rechtlichen und gesetzlichen Dingen abgewichen und habe gesagt, die politische Letztverantwortung liegt in allen Lebensbereichen bei der Kommune.

Nun wissen wir, daß viele Kommunen auf einem solchen Gebiet nicht tätig werden, wenn sie nicht von außen angestoßen werden. Das wissen wir aber nicht nur aus der Psychiatrie, das war bei den Erziehungsberatungsstellen, bei den Sozialstationen und ähnlichen Dingen ähnlich. D. h. es reicht nicht aus zu deklarieren, die Gemeinden haben die politische Verantwortung, da muß alles geschehen, sondern man muß von den Ländern her, von den Landeswohlfahrtsverbänden her, von den Kommunalverbänden höherer Ordnung her finanzielle Anstöße bringen. Und nun komme ich auch auf die Frage zurück, wer das alles koordinieren kann. Ich persönlich bin der Meinung, der beste Koordinator ist der goldene Zügel. Der, der das Geld gibt, bestimmt, was geschieht. Und wenn eben die Gemeinden und die höheren Kommunalverbände in erster Linie finanzieren oder mitfinanzieren, so haben sie das Sagen, wenn das Land - auch indirekt - der Hauptgeldgeber ist, so kann es auf diese Weise auch eine Ordnungsfunktion wahrnehmen. Im ganzen Sozialbereich besteht ja die Gefahr, daß sich Personen und Institutionen betätigen, die sich nicht mehr am Bedarf orientieren. Deswegen gegen Ende meines Referates meine Bemerkung, man möge das Instrumentarium einsetzen, das man in den verschiedenen Ländern z. B. bei den Sozialstationen erprobt hat. Psychosoziale Ausschüsse sind jedenfalls nirgends mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet worden. Das ließ und läßt sich schon deswegen nicht durchsetzen, weil dann jeder andere Bereich der kommunalen Politik damit käme, einen eigenen beschließenden Ausschuß zu wollen. Und man muß natürlich sehen, daß die psychiatrische Versorgung - ich habe das mit dem Stichwort „Zielkonflikte“ zu beschreiben versucht - eben doch nur ein Teil der kommunalen Politik ist.

Frau Stürmer: Herr Martini, Ihr Wort vom goldenen Zügel ist als Grundsatz sicher richtig; nur müßte der goldene Zügel dann auch auf der Ebene der Länder oder Landeswohlfahrtsverbände eine horizontale Koordinierung erfahren. Denn leider ist es heute noch so, daß für die psychiatrische Versorgung auf Landesebene sicher vier bis fünf Referate zuständig sind, die häufig sogar noch in zwei Ministerien angesiedelt sind. Dadurch fehlt auf Landesebene oft nicht nur die einheitliche Stelle, die den goldenen Zügel im Sinne einer koordinierten Gesamtversorgung wirklich anlegen könnte; die beklagte fehlende Koordinierung vor Ort wird durch das Nebeneinander auf Landesebene sogar noch verstärkt.

Motsch: Es hat gar keinen Sinn, sich über Dinge zu unterhalten, die nicht sind. Man muß ganz klar von den Kompetenzen in den jeweiligen Ländern ausgehen, und die sind sehr unterschiedlich. Und selbst innerhalb der Länder kann es noch Unterschiede geben. In Bayern sind z. B. die Gesundheitsämter staatlich, außer in München, Nürnberg und Augsburg, die eigene kommunale Gesundheitsämter haben. Daher glaube ich auch, daß das einzige wirksame Koordinierungsinstrument nun einmal der goldene Zügel ist. Wenn der richtig eingesetzt wird, kann dann doch verhindert werden, daß die Dinge sich nebeneinander oder zum Teil auch gegeneinander entwickeln. Wenn wir hier unsere Erfahrungen austauschen, sollten wir deshalb immer von den wirklich existierenden Kompetenzen und von den existierenden finanziellen Zügeln ausgehen. Alles andere hat wenig Sinn. Sonst gehen wir dann nach Hause und haben das Gefühl, doch nichts Näheres oder Besseres oder Wertvolleres erfahren zu haben, als wir eh schon wissen.

Haase: Ich muß sagen, ich wundere mich über die kommunalen Kollegen, daß hier nach dem Gesetzgeber, nach dem goldenen Zügel oder nach den Ministerien gerufen wird. Für uns kann doch nach wie vor nur die Forderung gelten, daß die kommunale Selbstverwaltung die entsprechenden Handlungsspielräume erhält oder wiederbekommt und daß die kommunale Selbstverwaltung vor Ort entsprechend finanziell ausgestattet ist, um dann eben ohne Ministerien, ohne höhere Kommunalverbände in ihrem Entscheidungsraum handeln zu können. Wenn wir von einer gemeindenahen Versorgung sprechen, dann muß die auch im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung durchgeführt werden. Eine andere Sache ist natürlich, daß die Kommunen in der Tat häufig angestoßen werden müssen. Das aber kann eigentlich nur durch einen Bewußtseinswandel geschehen, der auch durch solche Modellprogramme bewirkt werden kann. Aber wenn wir sehen, was dieser Bewußtseinswandel in den Gemeinden auch ohne große Gesetzgebung auf dem Gebiet des Umweltschutzes bewirkt hat, so bin ich für diesen Weg.

Stahl: Ich meine, daß da die Grenze der Planbarkeit erreicht ist und daß die Qualität der Versorgung letztlich immer von den Personen abhängt, die die Betreuung der Erkrankten konkret durchführen. Wir sollten Abschied nehmen von der Illusion, durch die Vergabe von institutionellen Rahmenbedingungen daran etwas wesentliches ändern zu können. Wenn man die Verantwortung für die gemeindenahen Psychiatrie der kommunalen Selbstverwaltung wieder in die Hände gibt, so daß die Entscheidungsträger auf dieser Ebene liegen, dann können sich diese auch mit größerem Engagement dieser Sache zuwenden.

Becker: Ich wollte noch einmal zu dem Problem Stellung beziehen, ob Gemeindepсихiatrie ein medizinisches Problem ist oder eher ein psychosoziales. Die Enquete-Kommission hat mit ihrer Forderung nach einem eigenen psychosozialen Ausschuß und einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft neben dem bestehenden Gesundheitsausschuß ja ganz bewußt einen Schwerpunkt gesetzt, nämlich den, daß Gemeindepсихiatrie eben nicht allein ein medizinisches Problem ist. Im Beispiel der Psychiatrie, der psychosozialen Versorgung ist doch ganz offenkundig, daß man einen Menschen nur sehr schlecht unterteilen kann in einzelne Problembereiche; gerade hier erscheint der Mensch sehr oft als jemand,

der sowohl körperliche als auch medizinisch-psychiatrische als auch andere Probleme - z. B. Arbeitsprobleme - hat, die eben nicht voneinander zu trennen sind und einer umfassenden Sichtweise bedürfen.

Deswegen möchte ich dagegen sprechen, die Veränderung der psychosozialen Versorgung in Richtung Gemeindepsychiatrie als ein rein medizinisches Problem zu sehen. Die rein medizinische Seite der Gemeindepsychiatrie hat doch bessere Aussichten auf eine Realisierung und Finanzierung als der soziale Bereich. Gerade in dem sehr wichtigen komplementären Bereich wird es doch schwierig, und dieser Bereich ist auch in der Kommune kaum als eine medizinische Sache zu verstehen.

Taktisch mag es zuweilen klug sein, in der Kommune zu sagen, das sei eine medizinische Sache, hier gehe es um medizinische Probleme und man müsse im Gesundheitssektor neue Pfähle einschlagen. Dabei darf man aber nie vergessen, daß es sich im Kern um ein psychosoziales Problem, um eine integrierte Sache handelt. Man kann die Leute eigentlich nicht so aufteilen und müßte im Prinzip ein bedürfnisgerechtes psychosoziales Angebot bereitstellen, das eben nicht allein medizinisch oder allein sozial sein dürfte, sondern alle Aspekte berücksichtigen müßte.

Schwendy: Wenn man die letzten 20 Jahre Revue passieren läßt, dann kann man heute bei der Versorgungsplanung auf kommunaler Ebene nicht mehr sagen, Hauptsache, es passiert überhaupt etwas, sondern man muß schon etwas genauer hinsehen, wer was für wen macht. Und die hier bereits vielfach diskutierte Gefahr der Überversorgung bestimmter Gruppen bei gleichzeitiger Unterversorgung von Langzeitkranken sowie das Konkurrenzgerangel der Träger ist vor allem in großstädtischen Bereichen nicht gering zu schätzen. Das zeigt auch das Modellprogramm Psychiatrie. Das Problem ist heute nicht mehr, wie mache ich ein Übergangsheim oder wie mache ich eine Wohngemeinschaft, sondern wie binde ich so etwas sinnvoll in eine kommunale Versorgung ein. Vielfach ist es so, daß all diese Dienste an der kommunalen Ebene vorbei entstehen. Da kommt ein freier Träger oder ein engagierter Verein und bringt ein bißchen Geld auf die Beine und setzt sich mit einem überörtlichen Gremium, mit dem Wohlfahrtsverband zusammen, und dann wird eine neue Einrichtung in eine Stadt gesetzt, und man denkt, das wäre schon in sich gut. Das ist aber nur dann vernünftig, wenn es in das bestehende System eingebaut ist.

Herr Martini hat vielleicht in seinem Vortrag das Prinzip der Regionalisierung, das auch im gemeindepsychiatrischen Konzept enthalten ist, nicht so ganz deutlich gemacht. Dieses Prinzip meint, daß die jeweiligen Dienste verpflichtet werden, für genau definierte Gebiete und genau definierte Problemgruppen in diesen Gebieten genau definierte Angebote zu machen. Sie kennen das aus der Schulplanung, aus der Krankenhausplanung und aus der Jugendhilfe, aus der Altenhilfe; in allen Gebieten der Daseinsvorsorge gibt es heute mehr oder weniger genaue Aufgabenbeschreibungen für verschiedene Dienste, die geprüft und vereinbart werden, bevor man den goldenen Zügel anlegt oder locker läßt. Im Bereich der kommunalen Psychiatrie fehlt Entsprechendes weitestgehend - ich weiß auch nicht, wie die

'Steuerungsinstrumente aussehen müßten, aber ich glaube, die werden uns dann einfallen, wenn wir uns der Probleme, die aus dieser Nichtsteuerung erwachsen, erstmal hinreichend bewußt werden.

Wenn Patienten heute in diesem außerklinisch unkoordinierten System von Dienst zu Dienst und Einrichtung zu Einrichtung geschoben werden, so ist eigentlich genauso schlimm wie das früher zu beklagende jahrelange Verbleiben der Leute in Anstalten und Großkrankenhäusern. Wir müssen daher Versorgungssysteme planen auf kommunaler Ebene, die diesem Weiterreichen schwieriger Menschen von Dienst zu Dienst einen Riegel vorschieben! Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, der wohl der größte Leistungsanbieter in diesem Bereich ist, hat sich bei seiner Fachtagung zum 60jährigen Bestehen dieser Frage in einer Arbeitsgruppe angenommen und eine Empfehlung ausgearbeitet, die den Kommunalpolitikern eigentlich aus dem Herzen gesprochen sein muß: nämlich daß die Vor- und Nachsorge für seelisch Kranke und Behinderte kommunale Aufgabe sein muß, also eine Art Sicherstellungsauftrag auf diesem Gebiet; daß aber die Trägerschaft - unter der Steuerung der Kommunen mit Aufgabenzuweisung -sicherlich Sache freier oder anderer Träger bleiben muß. Wenn ein so großer Verband eine solche Empfehlung gibt und sich damit auch ein bißchen aus der Omnipotenz der freien Trägerschaft heraus entfernt, dann sollte Sie das als Kommunalpolitiker nachdenklich machen.

Kulenkampff: Eine abschließende Frage noch an Herrn Martini: Das alte Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 ist immer noch Grundlage vieler Tätigkeiten der Gesundheitsämter. In den 70er Jahren gab es zwar eine Initiative bei der Bundesgesundheitsministerkonferenz, Richtlinien für die Vereinheitlichung der öffentlichen Gesundheitsfachverwaltungen auf den Weg zu bringen; daraus wurde aber nichts. Es ist ein merkwürdiger Vorgang, daß wir die Placierung von Leistungen, z. B. der sozialpsychiatrischen Dienste, immer in die Ordnungsgesetze, also in den PsychKGs oder Unterbringungsgesetzen der Länder verpacken, und es keine Initiative gibt, den Gesundheitsdienst als solchen gesetzlich zu regeln. Das muß ja nicht bundeseinheitlich sein, aber auch die Länder haben es nur partiell und eigentlich nicht durchgreifend getan.

Martini: Zum Teil werden Regelungen auf Landesebene auf diesem Gebiet einfach mit der Begründung abgelehnt, daß man nicht zu viele Dinge gesetzlich regeln solle, wenn es ohne Gesetz ginge, sei es besser. Das Argument ist bekannt, und ich glaube auch nicht, daß wir etwas erreichen werden, wenn wir die Forderung nach gesetzlichen Regelungen stellen. Ein ganz anderer Grund ist, daß das zukünftige Zusammenwirken oder Nicht-Zusammenwirken der sozialpsychiatrischen Dienste mit der niedergelassenen Ärzteschaft ein heißes Eisen zu werden verspricht und dies insofern einer gesetzlichen Regelung entgegensteht, als man einfach diesem Problem aus dem Wege geht.

Vier Beispiele zum Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung

Der Aufbau der gemeindenahen Versorgung in Herne – Das Beispiel einer Modellregion

K. Finke

1. Vorbemerkung

Die Stadt Herne besteht in ihrer heutigen Form seit dem 1.1.1975. Vorher waren es zwei Städte mit je ca. 100 000 Einwohnern und mit gleicher Struktur, nämlich Herne-Alt und Wanne-Eickel. Heute, nach knapp zehn Jahren, hat die Stadt etwa 180000 Einwohner.

Ich selbst bin seit knapp 25 Jahren Sozial- und Gesundheitsdezernent - zuerst in Wanne-Eickel, seit 1975 in der neuen Stadt Herne.

2. Vorgeschichte des Modellprogramms Psychiatrie

Mitte der sechziger Jahre stellte sich dem Träger des St. Marien-Hospitals Wanne-Eickel die Frage, was mit dem Krankenhaus - rund 230 Betten, zwei hauptamtlich geleitete und mehrere Belegabteilungen - in Zukunft geschehen sollte; es war zunächst nur an eine Modernisierung und an Anbauten gedacht.

Die sogenannte Krankenhauskommission des Landes Nordrhein-Westfalen entschied nach einer Besichtigung, daß nur ein Neubau in Betracht kommen könnte. Es war die letzte Phase der damaligen Neubau-Euphorie. Dieser Plan wurde dann aber doch nicht verwirklicht.

Weil das Haus in seiner damals bestehenden Form nicht weitergeführt werden konnte, meldete sich der Träger Anfang der siebziger Jahre erneut im zuständigen Ministerium. Nach einer erneuten Besichtigung durch eine neue Krankenhauskommission wurde vorgeschlagen, das Haus in ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie umzuwandeln.

Dieser Vorschlag war für den Träger, wie sich denken läßt, damals wie ein Keulenschlag. Dennoch fiel relativ schnell eine positive Entscheidung, zumal die Landesregierung Mittel zur Modernisierung und zu Anbauten in Aussicht stellte.

Nachdem das Haus im Krankenhausbedarfsplan als Fachkrankenhaus aufgenommen war, konnte 1976 die Arbeit als Psychiatrisches Krankenhaus Schritt für Schritt aufgenommen werden. Die Belegabteilungen wurden geschlossen, alsbald auch die Chirurgie. Lediglich die Innere Abteilung blieb mit ca. 20 Betten bestehen.

Nach einer gründlichen Modernisierung und nach einer Erweiterung durch einen Anbau für Ambulanz und Therapie ist das St. Marien-Hospital heute ein voll funktionierendes Krankenhaus, das seit Anfang 1984 für die gesamte Stadt Herne die sogenannte Vollversorgung sicherstellt. Vorher war hierfür das Landeskran-

kenhaus Eickelborn zuständig, das ca. 100km von Herne entfernt und mit öffentlichen Verkehrsmitteln äußerst schwer zu erreichen ist.

Mit der Umwandlung dieses Krankenhauses in ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie war ein wesentlicher, ja sogar der entscheidende Schritt auf dem Wege zum Aufbau eines gemeindenahen, bedarfsgerechten und möglichst umfassenden Versorgungsnetzes getan.

In den Jahren vor und auch parallel zur Umwandlung des St. Marien-Hospitals in ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie waren Einrichtungen und Dienste teilweise neu entstanden oder verbessert worden:

- Eröffnung einer vierten Nervenarztpraxis
- Errichtung einer Frühförderstelle für Risikokinder
- Errichtung eines Wohnheimes für Geistigbehinderte mit 55 Plätzen
- Errichtung einer Werkstatt für Behinderte
- personelle Ausweitung des sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt
- Einrichtung einer Drogenberatungsstelle beim Gesundheitsamt

3. Beteiligung am Modellprogramm Psychiatrie

Als von der Bundesregierung das Modellprogramm Psychiatrie aufgelegt wurde, hat die Stadt Herne sofort erkannt, daß mit Hilfe dieses Programms der Ausbau des psychosozialen Versorgungsnetzes fortgesetzt, ja wesentlich beschleunigt werden konnte. Sie hat sich deshalb auch sofort zur Beteiligung am Modellprogramm gemeldet und einen entsprechenden Projektantrag eingereicht.

Die Stadt Herne sah die Chance, das bestehende Versorgungsnetz zu ergänzen und Lücken in verschiedenen Versorgungsbereichen zu schließen, nämlich

- in der ambulanten, komplementären und rehabilitativen Versorgung von psychisch Kranken allgemein, insbesondere durch die Erweiterung des St. Marien-Hospitals um ambulante Betreuungskapazitäten und Übergangseinrichtungen (Multiprofessionelles Team, Wohngruppe, Übergangswohnheim) sowie durch den Aufbau einer Werkstatt für psychisch Kranke und einer Wohnanlage für psychisch Kranke im WfB-Bereich;
- in der ambulanten Versorgung von Alkoholkranken und Medikamentenabhängigen durch Ausbau der Beratungsstelle des Diakonischen Werkes und durch den Aufbau einer Beratungsstelle des Caritasverbandes;
- in der ambulanten und komplementären Versorgung von jüngeren Suchtkranken, insbesondere von Drogenabhängigen, durch den Aufbau einer Therapiekette mit einer Beratungsstelle, einer therapeutischen Wohngemeinschaft und einer Nachsorgeeinrichtung.

Nachdem dieser Projektantrag 1980 bewilligt worden war, wurden im Zuge einer Nachbeantragung 1982 zusätzliche Betreuungsangebote für psychisch kranke alte Menschen und Geistigbehinderte sowie das Projekt „Sozialarbeiter in Nervenarztpraxen“ in die Förderung aufgenommen.

Für koordinierende Funktionen gemäß dem „Netzgedanken“ des Modellpro-

gramms bestand von Beginn des Modellprogramms an eine eigens geschaffene Koordinationsstelle beim Gesundheitsamt.

4. Gesamtübersicht der psychosozialen Versorgung und Darstellung ausgewählter Versorgungsbereiche

ich habe Ihnen eine Gesamtübersicht über die psychosoziale Versorgung der Stadt Herne beigefügt (s. S. 36f.). Diese Gesamtübersicht zeigt Ihnen auf einen Blick, welche Einrichtungen und Dienste für welche Patientengruppen in der Stadt Herne gegenwärtig vorhanden sind.

Diese Einteilung - einerseits nach Patientengruppen, andererseits nach dem ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich - entspricht meines Wissens weitgehend auch der Einteilung, wie sie in den Veröffentlichungen nach der Psychiatrie-Enquete zu finden sind.

Die mit einem Sternchen versehenen Einrichtungen und Dienste bedeuten, daß sie sich außerhalb von Herne befinden; die kursiv gesetzten Einrichtungen und Dienste sind im Modell gefördert, zum Teil durch laufende, zum Teil durch einmalige Zuschüsse.

Ausführlich möchte ich Ihnen die Versorgung psychisch kranker Erwachsener erläutern, wobei ich mir hier, wo die institutionelle Seite im Vordergrund steht, erlaube, die Einrichtungen und Dienste für die Patientengruppen „organische und nicht-organische Psychosen" sowie „neurotisch und psychosomatisch Kranke" zusammenzufassen. Außerdem werde ich noch kurz die Versorgungssituation der Suchtkranken und der psychisch Alterskranken erwähnen.

Versorgung psychisch kranker Erwachsener

Im ambulanten Bereich sind es die vier niedergelassenen Nervenärzte (aus Modellmitteln erweitert um zwei Sozialarbeiter), das multiprofessionelle Ambulanzteam und der sozialpsychiatrische Dienst, die im wesentlichen die Versorgung sicherstellen. Am Krankenhaus besteht eine sogenannte Institutsambulanz mit einem mobilen multiprofessionellen Team.

Gefördert wird nur das multiprofessionelle Team, das z. Z. besetzt ist mit

1,5 Ärzten
0,5 Psychologen
1 Pflegekraft
2 Sozialarbeitern

Aufgabe der Institutsambulanz mit multiprofessionellem Team ist:

- Nachbetreuung ehemals stationär behandelter Patienten mit schweren Erkrankungen
- ambulante Dauerbehandlung von Langzeitpatienten
- akute und Notfallversorgung psychisch Kranker (Krisenintervention)
- Betreuung von Patientenclubs und Offenen Treffs
- Arbeit mit Angehörigen
- sozialarbeiterische Hilfestellung im Alltag

Die Arbeit des Multiteams hat für bestimmte Patientengruppen

- frühzeitigere Entlassung aus stationärer/teilstationärer Behandlung ermöglicht,
- durch Dauerbetreuung, z. B. der Langzeitpatienten, deren sonst notwendige stationäre Behandlung ersetzt,
- durch rechtzeitige Akut- oder Notfallversorgung dazu beigetragen, stationäre Behandlung zu vermeiden oder deren Dauer deutlich zu verkürzen.

Die Kosten der eigentlichen Ambulanz ohne Multiteam werden z. Z. von den Krankenkassen unter Anrechnung der Erlöse aus abrechenbaren Leistungen getragen. Für die Zukunft ist die Kostenfrage des multiprofessionellen Teams noch nicht gelöst.

Der sozialpsychiatrische Dienst arbeitet z. Z. mit sechs Sozialarbeitern, zwei Schreibkräften und einer Arztstelle, die z. Z. nicht besetzt ist.

Die vier niedergelassenen Nervenärzte in Herne haben zwei modellgeförderte Sozialarbeiter eingestellt, die diejenigen Patienten beraten und betreuen, die aufgrund einer psychischen oder somatischen Erkrankung soziale Schwierigkeiten haben. Obgleich es so scheint, daß die den Praxen angegliederte Sozialarbeit sinnvoll ist, wird sich dieses Projekt sicherlich nicht halten lassen, da die Leistungen der Sozialarbeiter für die Nervenärzte nicht abrechenbar sind.

Außerdem muß für den ambulanten Bereich noch das Institut für Heilpädagogik und Psychotherapie aufgeführt werden. Dahinter verbirgt sich die städtische Erziehungsberatungsstelle mit Ambulanz und heilpädagogischer Tagesstätte, der schulpsychologische Dienst, die Bildungsberatung, die allgemeine Lebensberatung und die Familien- und Eheberatung. Hier sind insgesamt 25 hauptamtliche und 15 nebenamtliche Mitarbeiter tätig.

In vier Abteilungen gegliedert (Abteilung für psychosomatische Diagnostik und Psychotherapie; Heilpädagogische Ambulanz; Klinische Abteilung für Heilpädagogik (Tagesklinik); Abteilung für Bewegungstherapie), wird je nach Diagnose und spezieller Therapieerforderlichkeit eine Vielzahl heilpädagogischer bzw. psychotherapeutischer Maßnahmen einzeln oder in Gruppen angeboten.

Die zentrale Einrichtung im stationären Bereich ist das Psychiatrische Fachkrankenhaus St. Marien-Hospital, das 100- vollpsychiatrische Betten, 35 gerontopsychiatrische Betten und eine Innere Abteilung mit 25 Betten besitzt. Dieses Krankenhaus hat, wie ich schon erwähnt habe, die Vollversorgung für die Stadt übernommen. Das Krankenhaus hat in einem in unmittelbarer Nachbarschaft stehenden älteren großen Wohnhaus auch eine Tagesklinik mit 15 Plätzen.

Im stationären Bereich sind noch die Westfälischen Landeskrankenhäuser Lippstadt (Eickelborn) und Bennänghausen aufgeführt, weil aus früheren Zeiten dort noch Patienten aus Herne sind.

Was den komplementären Bereich angeht, möchte ich zunächst auf den Wohnbereich zu sprechen kommen:

Hier ist das Krankenhaus auch Träger eines Übergangwohnheimes, das, in einem anderen Stadtteil als das Krankenhaus gelegen, 16 Personen Platz bietet.

Aus dem Modellprogramm werden zusätzlich zu dem üblichen Personal ein Sozialarbeiter und ein Beschäftigungstherapeut finanziert. Z. Z. findet ja eine Auseinandersetzung zwischen den Trägern von Übergangwohnheimen und den Kostenträgern darüber statt, die personelle Ausstattung erheblich zu verbessern, weil nur dann eine rehabilitative Arbeit gewährleistet werden kann. Es besteht die Erwartung, daß die Entscheidung vor Ende des nächsten Jahres gefallen ist.

Schließlich betreut das Krankenhaus noch in einer angemieteten Wohnung eine Wohngruppe mit vier Patienten.

Mit gleicher Beteiligung wie bei der schon über zehn Jahre bestehenden Werkstatt für Behinderte, nämlich mit der Beteiligung der Städte Herne und Castrop-Rauxel sowie der Lebenshilfen in Herne und Wanne-Eickel, wurde eine Wohnstättengesellschaft ins Leben gerufen, die Wohnmöglichkeiten für psychisch Kranke schaffen soll.

Dies hat sich dadurch ergeben, daß es möglich war, auch mit Mitteln des Modellprogramms zehn Wohnhäuser mit 60 Wohnungen von 40-50 qm (Bergmannswohnungen) käuflich zu erwerben,

Hier soll das Zusammenwohnen von Behinderten und Nichtbehinderten erprobt werden. In vier nebeneinanderliegenden Häusern wird ein Wohnheim mit 40 Plätzen errichtet, das im wesentlichen für die psychisch Kranken vorgesehen ist, die in der benachbarten Werkstatt für psychisch Kranke arbeiten und sonst keine Unterkunft hätten. In den übrigen Wohnungen wohnen größtenteils Nichtbehinderte.

Die hauptamtlichen Mitarbeiter dieses Wohnheimes sollen gleichzeitig, unter Mitarbeit anderer professioneller und nicht-professioneller Kräfte, in die Lage versetzt werden, auch andere Wohnformen in der Stadt - z. B. Wohngemeinschaften - bedarfsgerecht einzurichten und zu betreuen. Die Mitarbeiter stehen rund um die Uhr zur Verfügung, sind für jeden, der Schwierigkeiten hat, zu jeder Zeit ansprechbar.

Auch neben dem in vier Häusern untergebrachten Wohnheim können Wohnungen oder Appartements kurz- oder mittelfristig zur Verfügung gestellt werden. Das Wohnheim befindet sich wie die Werkstatt noch im Aufbau; die ersten 6 Personen wohnen jedoch schon dort. Z. Z. werden alle Häuser saniert und modernisiert.

Außerdem sind noch insgesamt zwischen 200 und 230 Patienten außerhalb der Stadt Herne untergebracht. Es handelt sich überwiegend um Langzeitpatienten und Pflegefälle, die in den Landeskrankenhäusern Lippstadt und Benninghausen sowie in Heimen außerhalb von Herne untergebracht sind.

Die Werkstatt für Behinderte, eine GmbH ebenfalls mit Beteiligung der Städte Herne und Castrop-Rauxel sowie der Lebenshilfe in Herne und Wanne-Eickel, betreibt seit ca. 12 Jahren eine Werkstatt im Sinne des Schwerbehindertengesetzes mit z. Z. rund 250 Behinderten, davon ca. 15-20 psychisch Kranke.

Z. Z. wird auf dem vergrößerten Gelände, jedoch optisch getrennt, auch mit einer entfernter, an einer anderen Straße liegenden Zufahrt, eine Werkstatt für psy-

chisch Kranke, zum Teil mit Modellmitteln, gebaut. Wir rechnen mit der Fertigstellung und Inbetriebnahme dieser Einrichtung etwa Mitte nächsten Jahres. Hier können zunächst 40, evtl. aber auch mehr, psychisch Behinderte beschäftigt werden.

Sicherlich können durch die Nachbarschaft der Werkstatt für Behinderte, der Werkstatt für psychisch Kranke und des Wohnheims für psychisch Kranke Probleme aufkommen. Doch ich glaube, daß durch die architektonischen und organisatorischen Maßnahmen und Vorkehrungen sowie durch die interne Schulung der Mitarbeiter und deren Auswahl solche Probleme weitgehend ausgeschlossen werden können. Die bisherigen Erfahrungen haben dies bestätigt.

Sicherlich wäre mein Überblick über die Versorgung psychisch kranker Erwachsener unvollständig, wenn ich nicht das Vorfeld und das Umfeld dieser Patientengruppe erwähnen würde. Ich möchte ausdrücklich auf die Anstrengungen und Bemühungen hinweisen, die Laienhilfe und die Angehörigenarbeit zu intensivieren und weitere Patientenclubs einzurichten; auch die Kooperation mit der Telefonseelsorge Bochum, die die Herner Bürger mitbetreut, möchte ich in diesem Zusammenhang nennen.

Versorgung Suchtkranker

Hier gibt es für Jugendliche und junge Erwachsene ein relativ gutes in sich gegliedertes Versorgungsangebot: eine Jugend-, Konflikt- und Drogenberatungsstelle, die neben der unmittelbaren Suchtberatung auch ein weit gefächertes prophylaktisches Angebot hat. Außerdem unterhält der Träger dieser Beratungsstelle auch eine Rehabilitationswohngemeinschaft für 12 Personen. Diese Wohngemeinschaft arbeitet u. a. auch eng mit der therapeutischen Langzeiteinrichtung „Quellwasser“ zusammen, die etwa 25 km von Herne entfernt 20 weiblichen und männlichen Drogenabhängigen im Alter von 16-26 Jahren die Möglichkeit einer 12-monatigen Langzeittherapie bietet.

Für junge Suchtmittelabhängige besteht also ein Versorgungsangebot von der Beratungsstelle über die Langzeitbehandlung zur Nachsorge: die Entgiftung kann in den örtlichen Krankenhäusern durchgeführt werden.

Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Im Bereich der Gerontopsychiatrie möchte ich Ihnen nur kurz die Einrichtung einer Begegnungsstätte für psychisch kranke alte Menschen vorstellen, die das Deutsche Rote Kreuz Wanne-Eickel e. V. betreibt.

Aufgabe der Begegnungsstätte ist es, psychisch kranken und gefährdeten alten Menschen die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft in ihrem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Besucher dieser Einrichtung finden Kontakt zur Begegnungsstätte über Vermittlung der am Ort praktizierenden Ärzte oder durch Empfehlung von Ärzten der gerontopsychiatrischen Abteilung des Marien-Hospitals, in dem einige der Besucher bereits einen stationären Aufenthalt verbracht haben,

5. Zur Versorgungssituation nach Ablauf des Modellprogramms Psychiatrie

Für einen großen, im Bereich des Wohnens und Arbeitens angesiedelten Teil der geförderten Einrichtungen und Dienste gibt es schon jetzt eine Finanzierungsgrundlage, die die Weiterexistenz dieser Einrichtungen und Dienste nach Ablauf der Modellförderung sichert. Besondere Finanzierungsschwierigkeiten liegen im ambulanten Bereich, in dem die Finanzierungsgrundlagen - und das gilt bundesweit - für bestimmte Einrichtungen und Dienste noch nicht gesichert sind. In Herne zählen zu den noch finanziell nicht abgesicherten Einrichtungen vor allem die um das multiprofessionelle Team erweiterte Institutsambulanz. Schon jetzt ist abzusehen, daß für die Sozialarbeiter bei den Nervenärzten z. Z. keine Finanzierungsmöglichkeit besteht, es sei denn, die Kosten werden von den Ärzten selbst getragen. Hinzu kommen auch die verschiedenen Beratungsstellen, deren Finanzierungsgrundlage noch nicht zufriedenstellend ist.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich grundsätzlich dazu bereit erklärt, diejenigen Projekte im Jahre 1986 zu fördern, die sich bewährt haben und für die bisher keine Regelfinanzierung - und das gilt ja insbesondere für den ambulanten Bereich - gefunden wurde, da frühestens Anfang 1987 grundsätzliche Entscheidungen über die Regelfinanzierung dieser Dienste und Einrichtungen in Aussicht stehen.

Durch die vom Land in Aussicht gestellte Förderung ambulanter Einrichtungen im Jahre 1986 können immerhin noch die Ergebnisse der Begleitforschung des Modellprogramms Psychiatrie sowie weitere Auswertungen des Modellprogramms in die dann notwendigen Planungen und Entscheidungen einfließen.

Ein Problem, auf das Herr Kulenkampff bei seinem Besuch in Herne mit Nachdruck hingewiesen hat, ist indes klar erkannt: der ambulante Bereich - multiprofessionelles Team/sozialpsychiatrischer Dienst - muß sowohl im Hinblick auf die Finanzierungsgrundlagen, aber vor allem auch in Bezug auf Organisation und Konzeption neu strukturiert werden. Hier ist daran gedacht, zwei Beratungsstellen des sozialpsychiatrischen Dienstes in Herne und Wanne-Eickel einzurichten und diesen Dienst ggf. noch personell aufzustocken. Dabei dürfte aber von entscheidender Bedeutung sein, in welchem Umfang die Institutsambulanz personell ausgestattet und in diese Arbeit einbezogen wird.

Schon jetzt kann man sagen, daß das psychosoziale Versorgungsnetz der Stadt Herne in seinen Kernbereichen nach Ablauf der Modellförderung funktionsfähig bleibt; sicherlich werden aber nicht alle Vorstellungen sofort realisiert werden können. Die Stadt Herne wird auf jeden Fall alles in ihren Kräften Stehende tun, damit das aufgebaute, nahezu lückenlose psychosoziale Versorgungsnetz auch nach Ablauf der Modellphase bestehen bleibt und keine neuen Lücken entstehen.

6. Schluß

in meinen Ausführungen konnte ich nicht alle Einrichtungen und Dienste erwähnen und Ihnen genau vorstellen, so daß Sie sicherlich zu der einen oder anderen Einrichtung sowie zu bestimmten Problemen Fragen an mich haben. Ich stehe Ihnen gern Rede und Antwort.

Die Psychosoziale Versorgung der Stadt Herne – Gesamtüberblick –

	Vorfeld/Umfeld	Ambulanter Bereich
Organische und nicht-organische Psychosen	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin – Patientenclubs – Angehörigenarbeit – Laienarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt) – <i>Ambulanz des St. Marien-Hospitals Eickel</i>
Neurotisch und psychosomatisch Kranke	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin – Ärzte für Innere Medizin – Gynäkologen – Telefonseelsorge – Angehörigenarbeit – Patientenclubs – Laienarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt) – <i>Ambulanz des St. Marien-Hospitals Eickel</i> – Institut für Heilpädagogik und Psychotherapie
Suchtkranke	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin – Ärzte für Innere Medizin – Selbsthilfegruppen – Sozialdienste – Patientenclubs 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt) – <i>Ambulanz des St. Marien-Hospitals Eickel</i> – <i>Drogenberatungsstelle</i> – <i>Suchtberatungsstellen (Caritas und Diakonie)</i>
Epilepsiekranken	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)
Geistig Behinderte (Erwachsene)	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin – Teestube – Angehörigenarbeit – Laienarbeit – Kommunikationszentrum in der WfB (in Planung) 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – <i>Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)</i> – Beratungsstelle für Behinderte (Gesundheitsamt)
Psychisch kranke Rechtsbrecher		<ul style="list-style-type: none"> – Sozialpsychologischer Dienst (Gesundheitsamt)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Kinderheilkunde – Ärzte für Allgemeinmedizin – Frühförderstelle 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Institut für Heilpädagogik und Psychotherapie – Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche – Ambulanz (WLK) in der Haard*)
Gerontopsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzte für Allgemeinmedizin – Sozialstationen – Sozialdienste – Laienarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Niedergelassene Nervenärzte</i> – Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)

*) Einrichtungen außerhalb der Region

schräge Schrift = modellgeförderte Einrichtungen

Teilstat. Bereich	Stationärer Bereich	Komplementärer und rehabilitativer Bereich
– Tagesklinik des St. Marien-Hospitals Eickel	– Psych. Krankenhaus St. Marien-Hospital Eickel – WLK Lippstadt*) – WLK Benninghausen	– <i>Übergangswohnheim St. Marien</i> – <i>Therapeut. Wohngr. St. Marien</i> – <i>Werkstatt und Wohnungen für psychisch Kranke (im Aufbau)</i> – versch. Heime außerhalb (Sozialwerk St. Georg)
– Tagesklinik des St. Marien-Hospitals Eickel	– St. Marien-Hospital Eickel – Neurolog./psych. Abteilung Ev. Krankenhaus Herne 1 – Neurolog./psych. Belegstation St. Anna-Hospital – Internist. Abteilung der Allgemeinkrankenhäuser – Psychosomatische Fachklinik*)	– <i>Übergangswohnheim St. Marien</i> – <i>Therapeut. Wohngruppe St. Marien</i>
– Tagesklinik des St. Marien-Hospitals Eickel	– St. Marien-Hospital Eickel – Neurolog./psych. Abteilung Ev. Krankenhaus Herne 1 – Neurolog./psych. Belegstation St. Anna-Hospital – Internist. Abteilung der Allgemeinkrankenhäuser – WLK Lippstadt – Verschiedene Fachkliniken*)	– <i>Therap. Wohngemeinschaft für drogenabhängige (Esborn/Wetter)</i> – <i>Rehabilitations-Wohngemeinschaft für Drogenabhängige</i> – <i>Krisenhilfe</i>
	– Neurolog./psych. Abteilung Ev. Krankenhaus Herne 1 – Neurolog./psych. Belegstation St. Anna-Hospital	– Betheler Anstalten*)
	– WLK Benninghausen*)	– Werkstatt für Behinderte – Wohnheim für Behinderte – Verschiedene Heime außerhalb*) (Sozialwerk St. Georg)
	– Westf. Zentrum für forensische Psychiatrie (Lippstadt*)	
	– WLK in der Haard*) – Vestische Kinderklinik Datteln*)	– Sonderkindergarten für geistig Behinderte – Sonderschulen für geistig Behinderte
	– Gerontopsychiatrische Station des St. Marien-Hospitals Eickel – Internistische Abteilung der Allgemeinkrankenhäuser – WLK Lippstadt*)	– Altenpflegeheime verschiedener Träger – <i>Begegnungsstätte für psych. Alterskranke</i> – Sozialwerk St. Georg*)

Die Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie in Stuttgart – Das Beispiel einer Großstadt im Aufbruch

Zusammenfassung des Referates von

R. Thieringer

Die Landeshauptstadt von Baden-Württemberg hat mit ca. 500 psychiatrischen Betten in sieben stationären Einrichtungen (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik) keine für ihre Einwohnerzahl (ca. 573 000 Einwohner) ausreichende Bettenkapazität. Im Jahre 1984 waren die stationären psychiatrischen Einrichtungen durchweg mit 105% bis 110% überbelegt. Die Stadt Stuttgart muß deshalb in ihrer stationären Versorgung auf die umliegenden, z. T. weiter entfernten Psychiatrischen Landeskrankenhäuser zurückgreifen. Bemühungen seitens der Stadt um Verbesserung dieser unbefriedigten Situation sind seit Jahren erfolglos.

Im Rahmen des Baden-Württembergischen Landesprogramms zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung hat sich die Stadt Stuttgart mit drei Modellregionen (Süd, Vaihingen und Plieningen) beteiligt, in denen jeweils Sozialpsychiatrische Dienste in kirchlicher Trägerschaft erprobt werden. Die Finanzierung der jährlichen Kosten von 1,3 Millionen ist zwischen Land (50%), Stadt (37%) und den beiden Kirchen (13%, davon zwei Drittel Diakonie und ein Drittel Caritas) aufgeteilt.

Um die Einheitlichkeit der Projektdurchführung zu gewährleisten, hat die Stadt mit den beiden Trägern einen Kooperationsvertrag geschlossen. Auf dieser Grundlage wurde ein Projektrat gebildet, dem Vertreter aus dem Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt der Stadt, Vertreter der Träger, Vertreter der am Projekt beteiligten Sozial- und Diakonie-Stationen und ein Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte angehören. Dieser Projektrat tagt vier bis fünf Mal im Jahr und bestimmt die Rahmenrichtlinien der Projektarbeit.

Daneben besteht in Stuttgart ein psychosozialer Ausschuß, der zwar keine unmittelbar beschließende Funktion ausübt, aber als sehr fachkompetentes Gremium wichtige Arbeit leistet. Den Vorsitz in diesem Ausschuß führt der Gesundheitsdezernent der Stadt persönlich. Die in ihm vertretenen Mitglieder des Gemeinderates können sich einen konkreten Einblick in die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste verschaffen und ihre so gewonnene fachliche Kompetenz in die beschließenden Ausschüsse und in das Plenum des Gemeinderates einbringen. Diese Möglichkeit zur Vor-Ort-Information der Gemeinderäte ist angesichts des noch immer äußerst gespaltenen politischen Willens gegenüber den Sozialpsychiatrischen Diensten von großer Bedeutung.

Die drei Sozialpsychiatrischen Dienste verfügen insgesamt über elf Fachkräfte und drei Sekretärinnen. Die Teams bestehen ausschließlich aus nichtmedizinischem Personal, weisen also keine Ärzte oder Pflegekräfte auf. Sie setzen sich im wesentlichen aus Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen zusammen.

Die Schwerpunkte der Arbeit liegen auf Prävention und Nachsorge sowie auf der Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In letzterem Falle hat sich gezeigt, daß im Grunde ein 24-Stunden-, Sieben-Tage-Dienst dringend erforderlich ist; aufgrund dieser Erfahrung wurde nun, gleichsam als Modell im Modell, ein Wochenend-Notfalldienst auf freiwilliger Basis eingerichtet - allerdings auch wieder ohne Beteiligung von Ärzten.

Darüber hinaus ist den drei Teams neben der jeweils eigenverantwortlichen Öffentlichkeitsarbeit auch die Regelung der Koordination und Kooperation zwischen den psychiatrischen Einrichtungen in ihrem Bereich übertragen worden. Hier hat sich leider gezeigt, daß die Rückkoppelung und der fruchtbare Kontakt mit den Fachärzten und den fachärztlich geleiteten Einrichtungen sehr schwierig ist. Insbesondere die niedergelassenen Nervenärzte, von denen es in Stuttgart immerhin 42 gibt, verweigern - wohl aus Konkurrenzängsten heraus - größtenteils nach wie vor die Zusammenarbeit.

Der stadtteilbezogene Ansatz in der Arbeitsweise der sozialpsychiatrischen Dienste hat sich als sehr wichtig und fruchtbar erwiesen. Durch die genaue Kenntnis der Bezirke in ihrer Struktur und ihren Eigentümlichkeiten und durch vielfältige persönliche Kontakte zu Vereinen, Kirchen und Einzelpersonen in den jeweiligen Bezirken wird eine sinnvolle Arbeit erst möglich.

Als Ergänzung zur ambulanten Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste wurden Wohngruppen eingerichtet. Hier wurde das Konzept der flexiblen Wohngruppen entwickelt; was nicht bedeutet, daß die Wohngruppen selbst häufig gewechselt werden, sondern daß sich die Betreuungsintensität flexibel den wechselnden Notwendigkeiten in den einzelnen Wohngruppen anpaßt. Diese Arbeitsweise ist zwar sehr personalintensiv, es wurden damit aber auch recht gute Erfolge erzielt. In der Endstufe sollen etwa 40 solcher Wohngruppen-Plätze angeboten werden, was zusätzliche Betreuungskosten von etwa 400 000 bis 450 000 DM erfordern wird.

In groben Zahlen sieht die Arbeit der beschriebenen Sozialpsychiatrischen Dienste folgendermaßen aus (Gesamtzahlen für alle drei Bezirke):

Es werden etwa 700 Klienten pro Jahr betreut, davon sind ca. 80% selbst erkrankt und 20% Angehörige, die sich an den Dienst wenden. Zwei Drittel der betreuten Klienten sind weiblich, 90% sind Deutsche. Der Altersschwerpunkt liegt mit 40% zwischen 26 und 45 Jahren. 23% stehen in Arbeit, 6% sind in der Ausbildung, 20% sind Arbeitslose, und ca. 50% sind Hausfrauen oder Rentner, stehen also nicht im Erwerbsleben. Die Kontaktaufnahme mit den Sozialpsychiatrischen Diensten erfolgte zu 18% aus eigenem Antrieb; 11% wurden vom Hausarzt überwiesen, 5% von niedergelassenen Nervenärzten; von psychiatrischen Einrichtungen kamen 12%, der Rest sind längerfristige und Mehrfachbetreuungen.

Während der bisherigen Laufzeit des Modells hat sich gezeigt, daß die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in dieser Form als Fünf-Tage-Dienst nicht ausreicht, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Die klinischen Einrichtungen sind nach wie vor überbelegt und haben überhaupt keine spürbare Entlastung erfahren.

Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf die Bereitschaft der Stadt, sich in der Anschlußfinanzierung zu engagieren. Denn wenn diese Dienste flächendeckend für das ganze Stadtgebiet und am besten als Sieben-Tage-Dienste eingerichtet werden, kommen jährlich etwa drei bis fünf Millionen DM an Kosten zustande. Diese Summen kann die Stadt nicht allein tragen; es wäre höchstens denkbar, daß die bisherige Kostenverteilung zwischen Land, Stadt und freien Trägern beibehalten wird. Dies ist allerdings nur möglich, wenn auch der politische Wille zur Fortführung und zum Ausbau der Dienste vorhanden ist. Nach wie vor aber sind die Mehrheitsverhältnisse in dieser Frage knapp, und das zukünftige Gesicht der psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt bleibt ungewiß.

Die Entwicklung der gemeindenahen Versorgung in Esslingen - Das Beispiel eines Landkreises im Aufbruch

H. Müller

Landkreise — Niemandland der Psychiatrie?

Als in der Bundesrepublik Deutschland - durch entschlossenes Handeln der Gesetzgeber in Bund und Land - ein allumfassendes Hilfenetz für Tuberkulosekranke entstand, war einem großen Personenkreis die drückende Angst vor wirtschaftlicher Verelendung genommen und eine wichtige Voraussetzung für die nahezu völlig gelungene Eindämmung der Tuberkulose geschaffen. Eine ähnliche zukunftsweisende konzertierte Aktion gab es bisher für die nicht minder große Zahl der psychisch Kranken leider nicht. Ihnen droht noch heute, je nach Art und Dauer ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die Ausgliederung aus Familie, Beruf und Gesellschaft. Aber viel zu Wenigen steht diese schicksalhafte Wechselbeziehung täglich vor Augen, und noch weniger sind es, die Einfluß genug hätten, innerhalb kurzer Zeit Entscheidendes dagegen zu tun. Die Öffentlichkeit war bislang nicht im nötigen Umfang zu aktivieren, denn dafür fehlt es an einem Beweggrund, wie er etwa bei der Tuberkulosebekämpfung in Gestalt der Furcht der breiten Massen vor Ansteckung die Sozial- und Gesundheitspolitik beflügelte. Und so ist eine psychische Krankheit auch heute noch Einzelschicksal, das allenfalls die Familie mitbelastet und stigmatisiert und das deshalb häufig zu lange verdrängt und der Umwelt verheimlicht wird.

Die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg als örtliche Träger der Sozialhilfe kamen vor Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes mit diesem Problem meist nur mittelbar in Berührung. Sie zahlten für die Landeswohlfahrtsverbände die Anstaltspflege und beteiligten sich neben den Wohngemeinden der Kranken mit je einem Viertel an den Kosten, wobei sie sich am Vermögen der Kranken schadlos zu halten hatten. Zerbrachen Familien, was oft vorkam, so unterstützten sie auch diese notdürftig; Zukunftsperspektiven hatten sie den Betroffenen nicht zu bieten. Ein Bewußtsein der Verantwortung für eine zielgerichtete Daseinsvorsorge im Sinne von Vorbeugung, begleitenden Hilfen und Nachsorge fehlte völlig. Hilfeeinrichtungen freier Träger - oft aus schöpferischer Initiative einzelner Persönlichkeiten entstanden - hatten nur selten örtlichen Bezug und blieben außerhalb eines in sich schlüssigen Systems.

Das Bundessozialhilfegesetz brachte vor zwei Jahrzehnten einige wirtschaftliche Verbesserungen für die Kranken und ihre Angehörigen, aber Gegenstand kreis-kommunaler Sozialpolitik war die Psychiatrie deshalb noch nicht. Dies war auch nicht zu erwarten, denn das Bundessozialhilfegesetz ist auf Individualleistungen angelegt. Den Trägern ist zwar in § 93 eine Einrichtungsgarantie auferlegt, aber diese ist nachrangig und die beschränkt sich zudem auf den Pflichtenkreis der Sozialhilfe.

Ein Aufruf zu umfassender Daseinsvorsorge ergibt sich am ehesten noch aus der Gemeindeordnung und der Landkreisordnung. Hier allerdings sind Verantwortlichkeit und Zuständigkeiten oft unscharf und umstritten.

Unterschiedliches Leistungsangebot zwischen Landkreisen und Stadtkreisen

Neben den Landkreisen sind auch die Stadtkreise örtliche Träger der Sozialhilfe. Bei ihnen ist im allgemeinen die soziale Infrastruktur besser ausgebildet. Bemühungen um eine gemeindenähere Psychiatrie fanden bei ihnen eine stärkere Resonanz. Die Gründe sind vielgestaltig. Nur einige wenige seien erwähnt:

- Im urbanen, in sich geschlossenen Wohnbereich größerer Städte treten gesellschaftspolitische Bedürfnisse schärfer zutage; sie lassen sich aber auch operational wirksamer angehen als in der Fläche.
- Die Städte sind in ihrer Finanzpolitik wesentlich handlungsfähiger. Sie können die erforderlichen Mittel ohne Drittbeteiligung unmittelbar aus ihren Haushalten aufbringen. Die Landkreise hingegen sind gehalten, sich die fehlenden Deckungsmittel über die Kreisumlage bei den zu ihrem Gebiet gehörenden Gemeinden zu beschaffen.
- Die Landkreise sollen im Bereich der Selbstverwaltung nur Aufgaben an sich ziehen, die die Leistungskraft der einzelnen Gemeinden überfordern. Es ist in den zuständigen Beschlußgremien häufig umstritten, wann dies der Fall ist.
- Mitglieder der kreiskommunalen Vertretungskörperschaft - in Baden-Württemberg des Kreistages - sehen sich vorrangig gegenüber den Wählern ihrer Wohngemeinden verpflichtet. Dort sind die Vita Interessen anders geartet als auf Kreisebene. Kleinere Gemeinden sehen manchmal da keinen kreiskommunalen Handlungsbedarf, wo in Städten längst schwerwiegende Mißstände reklamiert würden. Ob der Landkreis seinen Aufgaben als örtlicher Träger der Sozial- und Jugendhilfe gerecht wird, ist für die Masse der Wählerschaft auf dem flachen Lande ein Thema minderen Ranges. Umweltfragen, Müllbeseitigung, Schulwesen oder Straßenbau - im lokal überschaubaren Rahmen -wiegen schwerer. Diese Realität verkörpert sich unverkennbar in den weitverbreiteten und einflußreichen freien Wählergemeinschaften.
- Mitglieder des Kreistages können auch die Bürgermeister der kreisangehörigen Gemeinden sein. Bei der starken Stellung, die sie aufgrund der Baden-Württembergischen Gemeindeordnung innehaben, ist es naheliegend, daß die Wähler ihre Bürgermeister in den Kreistag berufen, wo immer sich eine Gelegenheit dazu bietet. Sie erwarten von ihnen, daß sie für eine möglichst niedrige Kreisumlage eintreten, was zwangsläufig die sozialpolitische Potenz des Landkreises schwächt, umsomehr als die von den kreiskommunalen Organen in der Summe kaum beeinflussbaren Aufwendungen für Einzelleistungen der Sozial- und Jugendhilfe die Kreishaushalte von Jahr zu Jahr stärker belasten.

Daß trotz dieser weniger günstigen Startbedingungen die Landkreise keineswegs Niemandsland der Psychiatrie geblieben sind, spricht für die Bereitschaft vieler

ihrer Einwohner zu gesellschaftlicher Mitverantwortung, für die Verwaltungskraft ihrer Administration und für das Problembewußtsein ihrer Spitzenverbände. Wegbereiter von hohem Anspruch und anerkannter Autorität waren insbesondere die Empfehlungen des Landkreistages Baden-Württemberg zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung. Sie sind zugleich ein Beitrag zur Sozialplanung der Landkreise. Gerade in dieser Zielsetzung waren sie nicht nur Appell an die Organe und Verwaltungen der Landkreise. Sie wurden als für einige herkömmliche Denkstrukturen bedrohlich empfunden und lösten in Fachkreisen eine letztlich klärende, weiterführende Diskussion aus.

Landkreis Esslingen: Die Psychiatrie rückt in den kommunalen Pflichtkreis

Eher zufällig als von langer Hand geplant faßte die Idee einer gemeindenahen Psychiatrie im Landkreis Esslingen Fuß. Er zählt 460 000 Einwohner. Vor etwa 10 Jahren sollte das alte Kreiskrankenhaus in Nürtingen - nach Vollendung eines Neubaus - in ein Altenheim umgestaltet werden. Die Beschaffenheit des Baukörpers erwies sich jedoch als für diesen Zweck wenig geeignet. Von staatlicher Krankenhausbedarfslenkung noch wenig behindert, aber nach anfänglichem Widerstreben in den Gremien der Stadt und des Landkreises, aber auch in der Öffentlichkeit, wurde eine psychiatrische Klinik als besondere Abteilung des Kreiskrankenhauses in Nürtingen eingerichtet. Damit war bereits der Rahmen gezogen, in dem es zügig zu handeln galt. Der Aufbau von Komplementäreinrichtungen rückte in den Vordergrund. Im Mittelpunkt aller Denkanstöße stand damals noch immer der klinische Kern. Das Land hatte zwar schon 1974 einen Psychiatrieplan aufgestellt. Dessen wichtigstes Anliegen, die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser als Staatliche Großkliniken innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes auf die regionale Versorgung zurückzunehmen, scheiterte aus mehreren Gründen. Zu deren nötigem Umbau und zum Aufbau fehlender Kliniken auf regionaler Ebene fehlte es bald an Geld, hinzu kam hinhaltender Widerstand aus den Großkliniken. Ein sich abzeichnender Bettenüberhang bei der stationären Allgemeinversorgung und die wohl auch gebotenen Korrekturen der im Psychiatrieplan ausgewiesenen Bettenmeßzahlen taten das ihre, um zeitraubende und kräfteverzehrende Irritationen hervorzurufen. Vom Psychiatrieplan des Landes wird inzwischen nicht mehr viel geredet.

Aufwind durch die Psychiatrie-Enquete

Die Kräfte, die sich im Landkreis Esslingen um die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mühten, segelten vor dem Wind, je mehr die in der 1975 vorgelegten Psychiatrie-Enquete gewiesenen Wege bundesweit ins Gespräch kamen. Politiker und Verwaltungsleute, mit dem gesicherten Stand der Wissenschaft und mit fachlichen Details nur mangelhaft vertraut, hatten mit einem eine Orientierung für nötige Beschlüsse und Entscheidungen. Eine wichtige Erkenntnis setzte sich damals durch: Die Klinik soll nicht etwa Kristallisationspunkt, sondern nur eines unter mehreren Fundamenten im psychosozialen Hilfesystem des Landkreises sein.

Die kreiskommunalen Gremien (Jugendwohlfahrtsausschuß, Sozialausschuß und Kreistag) hatten ein Ohr für die Erfordernisse der Zeit und stellten erstmals Mitte zum Aufbau und Ausbau eines möglichst flächendeckenden Hilfenetzes bereit. Sie sahen sich damals in der Selbstbindung auf dem Hintergrund des Kreisbehindertenplanes, der vom Kreistag 1980 zum Internationalen Jahr der Behinderten beschlossen wurde und in dem, gestützt auf die Psychiatrie-Enquete, den Hilfen für seelisch Behinderte und psychisch Kranke ein umfangreiches Kapitel gewidmet ist.

Einige in der Enquete beschriebenen Nahziele werden vielleicht, wenn überhaupt, erst später zu verwirklichen sein, weil das dafür nötige Geld fehlt. Die wirtschaftlichen Krisen, Umweltprobleme und Arbeitslosigkeit, um nur einige zu nennen, ließen den ersten Schwung wieder verebben. Aber in die frühere Nichtexistenz wird die Psychiatrie auch in den Landkreisen nicht mehr zurückfallen.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Wegen der Einbettung der Psychiatrischen Klinik in die soziale Infrastruktur des Landkreises war es geboten, eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft ins Leben zu rufen. Dies geschah 1978. Nach anfänglicher Zurückhaltung arbeitet mit vielen örtlichen und regionalen Helfern auch das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit. Sie versteht sich nicht in erster Linie als Beschlußgremium, sondern als ein Organ für Information, Kooperation und Koordination. Zur Vertiefung ihrer Arbeit gliederte sie sich in je eine Arbeitsgruppe für Öffentlichkeitsarbeit, Patientenclubs, Wohngemeinschaft und Laienhelfer, eine zweite für Suchtkrankenhilfe und eine dritte für Planung stationärer und teilstationärer Einrichtungen. Vorsitz und Geschäftsführung liegen bei der Sozialverwaltung des Landkreises, eine Regelung, die nicht unumstritten ist, inzwischen aber von allen Beteiligten zweimal in geheimer Wahl bestätigt wurde. Ein Vorteil mag dabei den Ausschlag gegeben haben: Die von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ausgearbeiteten Empfehlungen fanden im Kreissozialausschuß und im Kreistag stets ein zustimmendes Echo und waren ausschlaggebend für die Schaffung einer ganzen Anzahl teilstationärer und offener Hilfeangebote unter maßgeblicher finanzieller Beteiligung des Landkreises. Darüber hinaus stellt der Landkreis seit längerem jährlich 90000,- DM für die Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft bereit. Ist es auch mühsam und beschwerlich, die nicht allgemein mit letzter Legitimation ausgestatteten Vertreter der unterschiedlichen Institutionen auf eine bestimmte Meinung zu verpflichten, die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hat sich trotzdem als überaus tragfähig und als ein unentbehrliches Kooperationsinstrument erwiesen. Sie ist inzwischen auch Mitglied im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen.

Nicht gelungen ist es bis jetzt, die Ärzteschaft oder wenigstens die niedergelassenen Nervenärzte zur ständigen Mitarbeit zu gewinnen. Dies wird als erheblicher Nachteil empfunden, denn die niedergelassenen Nervenärzte sind nach wie vor das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung der Landkreisbewohner.

Ein Psychosozialer Ausschuß wurde nicht gebildet. Auch der Landkreistag Baden-

Württemberg riet in seinen Empfehlungen davon ab mit der Begründung, mit gleicher Berechtigung wäre für die Alten- oder für die Behindertenhilfe oder für eine Reihe anderer Fragen ein solcher Ausschuß zu fordern. Hilfen für psychisch Kranke gehörten zum selbstverständlichen Aufgabenbereich des Krankenhausausschusses und des Sozialausschusses. Wenn immer nötig, sei es möglich, Vertreter freier Verbände oder Sachverständige beratend zu deren Sitzungen beizuziehen.

Die psychosoziale Infrastruktur im Landkreis Esslingen

Die in sich schon unvollständige Aufzählung von Diensten und Einrichtungen, wie sie in dieser oder jener Form auch in anderen Landkreisen bestehen, ist für sich noch kein Nachweis einer eigentlichen sozialen Infrastruktur, Und doch, sie hat Aufbruchcharakter und läßt schon jetzt erkennen, daß sich vieles zum besseren entwickelt hat. Hier sind im Landkreis Esslingen - sei es in kommunaler oder in freier Trägerschaft - insbesondere zu nennen:

- Die Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus in Nürtingen
- Die Psychosomatische Klinik am Städtischen Krankenhaus in Esslingen
- Die sozialen Krankenhausdienste an beiden Kliniken
- Die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Zahl niedergelassener Nervenärzte, allerdings nicht regional ausgewogen verteilt
- Die geriatrische Klinik eines Altenheims
- Ein der überörtlichen gerontopsychiatrischen Versorgung dienendes Pflegeheim
- Weitgehende Öffnung der Altenheimpflege für die gemeindenahe gerontopsychiatrische Versorgung
- Eine Tagesklinik
- Eine Nachsorgeeinrichtung mit Tagesstätte, Werkstatt und Arbeitstherapie
- Zwei Übergangsheime
- Eine familientherapeutische Beratungsstelle
- Ein den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation entsprechend ausgebautes Netz an psychologischen Beratungsstellen mit weitgehend abgebauten Kommstrukturen
- Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen einschließlich Pro Familia
- Zwei Suchtberatungsstellen mit mehreren Außenstellen und angegliederten Freundeskreisen
- Eine Beratungsstelle für Selbstmordgefährdete
- Ein multidisziplinär arbeitendes Team für Früherkennung und Frühbetreuung
- Mehrere Wohngruppen

- Patientenclubs
- Angehörigengruppen
- Laienhelfergruppen
- Flächendeckend arbeitende Sozialstationen
- Mehrere Sonderkindergärten
- Die erforderlichen Plätze in Werkstätten für geistig Behinderte
- Ansätze für Arbeitstherapie
- Bildungs- und Freizeitangebote, Informationsveranstaltungen, Ausstellungen
- Fachberatungsdienst für Nichtseßhafte
- Zwei Psychosoziale Hilfsvereine.

Genug der Selbstdarstellung. Weitere Dienste oder Angebote kommen hoffentlich dazu. Manches ist unorganisch, aus der Gunst des Augenblicks heraus entstanden. Die Einbindung alles Vorhandenen in ein integratives Konzept ist eine nachgerade übermenschliche Aufgabe. Nur die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft vermag hier das nötigste zu tun.

Umfangreicher noch als die Bestandsdarstellung wäre die Mängelliste. Nur zwei Merkposten seien hervorgehoben:

- Der in seinem Ausbau finanziell nicht gesicherte sozialpsychiatrische Dienst
- Die fehlenden Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke,

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hofft mit dem Sozialausschuß des Landkreises, durch die beantragte Aufnahme in den Modellverbund beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in einigen Jahren den Beweis dafür erbringen zu können, daß gerade der sozialpsychiatrische Dienst die Rückfallquote deutlich nach unten zu drücken und die Kostenträger finanziell zu entlasten vermag.

Bedrückender noch als das Wohnungsproblem ist das Fehlen beschützter Arbeitsplätze, insbesondere in Industriebetrieben. Die allgemeinen Werkstätten für Behinderte sind für psychisch Kranke nur ausnahmsweise das angemessene Arbeitsangebot zur Stärkung ihres Selbstwertgefühls. Und doch sind sie noch immer die ultima ratio für viele Betroffene.

Zwischenbilanz und Ausblick

Auch ein noch so gut ausgebautes Hilfenetz bleibt unwirksam, wenn die Betroffenen die verschiedenen Dienste, insbesondere die teilstationären Angebote, nur um den Preis der Hingabe ihres Vermögens in Anspruch nehmen können. Solange hier die Sozialhilfe alleiniger öffentlicher Kostenträger bleibt, sind viele Anstrengungen der Kommunen und freigesellschaftlicher Kräfte vergebens. Es wäre zu wünschen, daß die Sozialversicherungsträger ihre bisherigen Vorbehalte aufgeben.

Wenn Bund und Länder weiterhin nebeneinander anstatt ineinander arbeiten, wird sich daran aber wohl nichts ändern, denn die Kommunen allein sind außerstande, die Großwetterlage umzugestalten. Sie können, eingedenk der schmalen finanziellen Basis, lediglich versuchen, das auf schwankendem Boden mühsam gezimmerter Mischfinanzierungen errichtete Gebäude der gemeindenahen Psychiatrie zu erhalten und mit manchmal gewagten Experimenten allmählich auszubauen. An der dafür nötigen Opferbereitschaft vieler der Allgemeinheit verpflichteter Bürger fehlt es nicht.

Der Aufbau der gemeindenahen Psychiatrie in Mönchengladbach - Das Beispiel einer autochthonen Entwicklung

G. Buhlmann

A. Die Ausgangslage

1. Zu Land und Leuten

Jede autochthone Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie hat damit zu tun, vorhandene örtliche Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen. Eine Betrachtung des Mönchengladbacher Beispiels stößt schnell darauf, daß ein langer historischer Prozeß zu einer fundierten Aufgeschlossenheit gegenüber sozialen Prägen führte, die bis heute in diesem Raum spürbar ist.

Dieser Raum war einmal ein recht buntscheckiges Gebilde: Mönchengladbach -eine alte Benediktinerabtei, über ihren Gründer mit dem Erzbistum Köln, den Ottonen und St. Matthias in Trier verbunden wie auch St. Gallen locker verknüpft, mit Grund- und Gerichtsherrschaft, unter dem Schutz der Jülicher Herzöge, später ein bedeutender Teil dieses Herzogtums, recht lange den pfälzischen Wittelsbachern gehörend, als Kloster Anfang des 19. Jahrhunderts aufgehoben, doch danach weiterhin Ziel einer wichtigen Heiligtumsfahrt, noch heute niederrheinischer Mittelpunkt der Matthias-Pilger nach Trier.

Dann Rheydt - Sitz eines zwar nicht zur Reichsunmittelbarkeit aufgestiegenen, aber immerhin durch seine Händel mit geistlichen und weltlichen Fürsten hervorgetretenen, am Niederrhein und in den Niederlanden begüterten Herren- und Grafengeschlechts, schon früh nach der Reformation ein Hauptort der Reformierten, wenn schon nicht brandenburgisch geworden wie Moers, so doch seit dem 19. Jahrhundert gut preußisch gesinnt, ein „Eckstein der Monarchie“, von den Hohenzollern nach Königsberg und Potsdam durch eine von drei Königlichen Höheren Gewerblichen Lehranstalten ausgezeichnet.

Schließlich Wickrath - reichsunmittelbare Herrschaft bis zum Ende des Heiligen Reiches unter einer bekannten reichsständischen Familie, die, zu Napoleons Zeiten durch eine rechtsrheinische Standesherrschaft entschädigt, heute im württembergischen Allgäu lebt.

Dieser kurze Abriß soll verdeutlichen, daß bei uns viele religiöse, geistige und politische Entwürfe auf engem Raum versucht, verwirklicht, in Gegensatz zueinander und endlich zu friedlichem Ausgleich gebracht wurden. Man kannte sich genau, seine Stärken und seine Schwächen. Das vertraute Umfeld erzwang ein Zusammenleben, das andere Auffassungen gelten ließ und auftretende Probleme oft auf rheinische Art löste.

Frucht dieser Überschaubarkeit ist seit 1975 die neu gegliederte Stadt Mönchengladbach mit etwa 260000 Einwohnern. Sie bestätigt in gewisser Weise die Überlegungen der Enquete zur Gestalt eines Standardversorgungsgebiets: Einerseits hält sie als Oberzentrum zwischen Rhein und Maas für ihr Einzugsge-

biet zentrale Einrichtungen in der gewerblichen, öffentlichen und sozialen Infrastruktur vor. Andererseits bleibt sie in den Grenzen, die der Überschaubarkeit des Raumes und der persönlichen Begegnung unter den Bürgern nun einmal gezogen sind.

Was sich seit den Anfängen unserer Territorialgeschichte immer stärker herausbildete, gilt für Land und Leute nach wie vor: Probleme treten offen zutage und können von niemandem hintangehalten oder gar versteckt werden. So hat hier vor Ort jedes religiöse Bekenntnis, jede weltanschauliche Richtung, jeder politische Zusammenschluß durch praktisches Tun auf soziale Fragen antworten müssen. Es wäre sicher reizvoll, auf die von Mönchengladbach ausgegangene Arbeit des Volksvereins für das katholische Deutschland und deren Einfluß auf die Sozialgesetzgebung namentlich der Weimarer Zeit, auf unseren Platz in der Gewerkschaftsgeschichte oder bei den Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiterschaft und nicht zuletzt auf die starke Ausstrahlung örtlicher Beiträge der evangelischen Sozialarbeit über nationale Grenzen hinaus näher einzugehen. Diese einleitenden Bemerkungen müssen sich indessen auf das beschränken, was zum Verständnis unserer autochthonen Entwicklung in der gemeindenahen Psychiatrie unumgänglich ist. Festzuhalten bleibt, daß das historische Erbe einer besonderen Problemnähe in dem begrenzten und dadurch vertrauten Lebenskreis soziale Fragen im weitesten Sinne einschließt und durch die persönliche Begegnung zu einer alltäglichen Erfahrung breiter Kreise wird.

2. Frühe Beiträge zu einer gemeindenahen Versorgung

Seit 125 Jahren ist Mönchengladbach ein bedeutsamer Platz stationärer Einrichtungen in der psychosozialen Versorgung. Im Februar 1859 nahm die Evangelische Bildungs- und Pflegeanstalt „Hephata“ ihre Arbeit auf. Ihr wurde eine Sonderschule, die heutige Karl-Barthold-Schule, angeschlossen. Schon im November 1861 bezog sie große neue Gebäude an anderer Stelle der Stadt. Im Jahre 1879 zählte sie bereits 130 geistig behinderte Bewohner. Gleichfalls in dieser für die soziale Bewegung unserer Stadt so wichtigen Zeitspanne, nämlich 1877, erhielt das St. Josefshaus die Erlaubnis, geistesschwache Kinder aufzunehmen. Bald darauf verfügte die einer katholischen Genossenschaft gehörende Einrichtung über 80 Plätze. Vor gut 100 Jahren umfaßten beide Anstalten um die 250 behinderte Kinder und Erwachsene. Es liegt auf der Hand, daß der Behindertenarbeit angesichts der damaligen starken sozialen Strömungen ein prägender Einfluß auf unsere Stadt zuwuchs, hatte doch München-Gladbach 1884 nur wenig mehr als 40000 und mit Rheydt zusammen gerade 60000 Einwohner. Die Industrialisierung sorgte zwar rasch für ein beträchtliches Wachstum, verstärkte aber auch die sozialen Tendenzen der Zeit sowohl in der Arbeiter- als auch in der nach dem damaligen Wahlrecht maßgebenden Unternehmerschaft. Führende Köpfe unter den Fabrikanten waren in den Gremien von „Hephata“ oder auf katholischer Seite ehrenamtlich tätig, arbeiteten als Stadtverordnete kommunalpolitisch mit und sorgten für ein waches Problembewußtsein, das für die Anfänge ambulanter psychosozialer Dienste bei den kommunalen Fürsorgeärzten mitbestimmend wurde.

Aus diesen drei Wurzeln entwickelte sich das heutige Angebot, für das freie und kommunale Initiativen bezeichnend blieben. In die geistige Verbundenheit wurden auch die Einrichtungen der damaligen preußischen Rheinprovinz einbezogen, zu denen neben jugendfürsorgerischen Anstalten am Ort ein benachbartes psychiatrisches Krankenhaus gehörte. Für irgendwelche Formen organisierter fachlicher Zusammenarbeit vor Ort fehlen jedoch Anhaltspunkte. Das ehrenamtliche Engagement vor allem einiger Unternehmer in den Vorständen freier Träger und in der Stadtverordnetenversammlung bewirkte wohl eine gewisse informelle Verbindung unter den mit verwandten Problemen befaßten örtlichen Stellen.

3. Die weitere Entwicklung bis zu den Arbeiten an der Enquete

Im Laufe der Zeit entstanden Angebote in den verschiedenen Diensten, die von der Enquete für ein Standardversorgungsgebiet genannt werden, also im Vorfeld sowie bei den ambulanten, halbstationären, stationären, komplementären, speziell rehabilitativen und den Diensten für Behinderte.

Nach fachlichen oder gar nach abgestimmten fachlichen Vorstellungen vollzog sich dieser Ausbau allerdings nur auf Teilgebieten;

Die großen örtlichen Behinderteneinrichtungen, sozusagen die Keimzellen einer psychosozialen Versorgung, gewannen schon Ende des 19. Jahrhunderts überörtliche Bedeutung im Rheinland und konnten sich dank günstiger Rahmenbedingungen in Mönchengladbach weiter ausdehnen und je nach aktuellem Erkenntnisstand auch zu Differenzierungen übergehen. Sie umfassen heute über 700 Plätze, sind auch außerhalb Nordrhein-Westfalens bekannt und nehmen u. a. wie anfangs Örtliche Aufgaben wahr.

Zu Sonderkindergärten für geistig und für körperlich behinderte Kinder traten Tagesbildungsstätten, die inzwischen als Sonderschulen für Geistigbehinderte, für Körperbehinderte und für Erziehungshilfe ihre Arbeit weiterführen.

Der Altenplan 1970 bewirkte Abstimmungsprozesse zwischen freien Trägern der Altenhilfe und Stadt. Er zog auch erste Kontakte mit der Psychiatrie nach sich.

Die enge Zusammenarbeit freier Träger und der Stadt in der Jugendhilfe bewirkte einen reichen Besatz an Beratungsstellen für Familien-, Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung. Ihr Ausbau zwischen 1958 und 1967 traf auf schon vorhandene Beratungsstellen für psychisch Kranke, für Suchtkranke und für Behinderte beim Gesundheitsamt. Eine nicht zu unterschätzende faktische Koordination jedenfalls im Einzelfall wuchs dem Sozialen Dienst der Stadt zu, der sowohl für das Gesundheitsamt wie für die Jugendhilfe tätig war und allmählich die Allgemein- und Sonderkrankenhäuser einbezog.

Berührungspunkte und gelegentliche inhaltliche Absprachen gab es selbstverständlich zwischen Gesundheitsamt und der seit 1969 vorhandenen Tages- und Nachtambulanz, einer Außenstelle des LKH Viersen, Auch zu niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten bestanden Kontakte.

Das Geschehen auf den hier nicht weiter genannten Teilgebieten ließ noch keinen

größeren Zusammenhang erkennen. Alles in allem läßt sich sagen, daß es wirksame, aber entweder überhaupt nicht oder nicht eng genug miteinander verknüpfte Antriebskräfte gab, die durchweg in isolierten Entwicklungstendenzen der Teilgebiete lagen.

B. Zum Aufbau der gemeindenahen Psychiatrie

1. Die örtliche Lösung der Koordinationsfrage

Kreise und kreisfreie Städte sind als örtliche Träger der Sozial- und der Jugendhilfe mit Koordinationsproblemen vertraut, die der Sozialarbeit immanent sind. Besondere Dimensionen gewinnt das Gestrüpp verschiedenartiger Zuständigkeiten in Psychiatrie und Behindertenhilfe, in denen zu dem örtlichen Verbund öffentlicher und freier Träger überörtliche Träger, diesen zugeordnete freie Verbände und zahlreiche Stellen mit eigener Selbstverwaltung vor allem aus allen Zweigen der Sozialversicherung treten.

Daß mit den Arbeiten an der Enquete die Umrisse eines gemeindepsychiatrischen Konzeptes frühzeitig sichtbar wurden, lag nicht zuletzt an der 1972/1973 entstandenen Landeslinik Mönchengladbach, damals Rheydt. Das von ihr übernommene alte städtische Krankenhaus Rheydt und die ihr zugewachsene Außenstelle des LKH Viersen wiesen sowohl nach ihrer bescheidenen Größenordnung als auch nach Teilen der vorgefundenen Arbeit auf einen starken, durch die innenstadtnahe Lage noch geförderten örtlichen Bezug. Herrn Dr. Veltin gelang es als dem ersten ärztlichen Direktor auf Anhieb, diesen Rahmen fachlich überzeugend zu füllen und das Gedankengut der Enquete örtlich zu vertreten. Der Begegnung zwischen Psychiatrie und anderen für eine gemeindenaher Versorgung wichtigen Fächern kam zustatten, daß sich am 29. Januar 1973 auf Anregung des damaligen Direktors von „Hephata“ eine Arbeitsgruppe „Hilfe für Behinderte“ bildete. Sie schloß freie Träger, Selbsthilfegruppen und Behörden und mit diesen alle stationären Einrichtungen, Sonderschulen, Sonderkindergärten, ambulante und teilstationäre Dienste, Wohngemeinschaften, organisierte Freizeitangebote sowie Arbeitsamt, Gesundheitsamt, Sozialen Dienst und Sozialamt zusammen. Der ärztliche Direktor der Landeslinik und der Sozialdezernent arbeiteten in diesem Kreise mit.

Die Arbeitsgruppe bewirkte eine wachsende Verflechtung der Angebote für Behinderte aus den beiden Anstalten mit ihren überörtlichen Einzugsbereichen und aus den ansässigen Familien. Sie bildete damit letztlich das ab, was auch für die Versorgung psychisch Kranker notwendig war. Die Mitarbeit der Landeslinik in dieser Arbeitsgruppe legte nach der Verabschiedung der Enquete und ersten Äußerungen des Landes Nordrhein-Westfalen den Gedanken nahe, das entwickelte örtliche Koordinationsinstrument über die Behindertenhilfe hinaus auszudehnen. Nach längeren Vorarbeiten kam es am 12. Dezember 1977 zur konstituierenden Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, deren Moderatoren seitdem die Leiter der Arbeitsgruppen und der Sozialdezernent sind. Es bestehen die Arbeitsgruppen „Kinder und Jugendliche“, „Erwachsene“, „Behinderte“ und „Suchtkranke“.

Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft wurde beim Gesundheitsamt eingerichtet. Die frühere Arbeitsgruppe „Hilfe für Behinderte“ ging in der entsprechenden neuen Arbeitsgruppe auf. Ihre Leitung blieb bei der Anstalt „Hephata“. Es würde zu weit führen, alle Mitglieder der einzelnen Arbeitsgruppen aufzuzählen. Festgehalten werden muß aber, daß nicht nur ambulante, teilstationäre, stationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste mit der bunten Palette ihrer unterschiedlichen Träger- und Arbeitsformen vertreten sind. Auch die Kirchen, auch die Kreisstelle der Ärztekammer neben niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, auch das Polizeipräsidium und das Ordnungsamt, auch die beiden Amtsgerichte und weitere der Justiz zugeordnete Stellen wirken mit. Die Psychiatrie ist durch die Mitarbeit der beiden für das Stadtgebiet zuständigen Landeskliniken, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik und niedergelassener Psychiater in allen Arbeitsgruppen zu Hause. Die Leitung der Arbeitsgruppen obliegt neben dem Direktor/Verwaltungsdirektor von „Hephata“ dem Chefarzt einer Pädiatrischen Klinik, dem Leiter einer Beratungsstelle, dem Direktor der Landesklinik Mönchengladbach und dem Amtsarzt.

Angesichts der großen Zahl zusammenzuführender Teilnehmer, die bei uns nahezu 100 erreicht, halten wir es nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre für richtig, Verflechtung und Pflege eines Institutionen, Freie Berufe, interessierte Private mit unterschiedlichen rechtlichen Bindungen übergreifenden örtlichen Versorgungssystems aus den Arbeitsgruppen zu entwickeln, in denen Sachverstand und Einsatzbereitschaft jedes einzelnen Mitglieds besser zum Zuge kommen können als im Plenum.

Dennoch hat das Plenum eigenen Wert. Er liegt vor allem abseits der Umsetzung und der Koordinationsfrage im Selbstverständnis und in der Motivation psychosozialer Arbeit, die nach Erfahrungsaustausch über die Grenzen des eigenen Fachs und nach Überprüfung eingeschlagener Wege verlangt. Aber auch für örtliches Entscheidungsverhalten gewinnt das Plenum Bedeutung, weil es fachlich fundierten Vorschlägen aus den einzelnen Arbeitsgruppen durch seine Meinungsbildung größeres Gewicht verschaffen kann.

Damit^{7sT} bereits angesprochen, daß die Lösung der Koordinationsfrage im Zusammenhang mit Entscheidungsprozessen gesehen werden muß. Die Enquete greift diese von ihr auf Planungsaufgaben erweiterte Frage mit dem Vorschlag auf, in die kommunale Selbstverwaltung einen Psychosozialen Ausschuß einzufügen, dessen Empfehlungen dem jeweiligen Hauptausschuß unmittelbar vorzulegen sind. Die damit verbundenen rechtlichen Probleme möchte ich hier nicht verfolgen. Statt dessen will ich berichten, daß bei uns die Treffen von Moderatoren und Arbeitsgruppenleitern der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft die für eine Umsetzung geeigneten fachlich fundierten Vorschläge aus den Arbeitsgruppen unter dem Aspekt notwendiger Entscheidungen aufgreifen und entsprechende Empfehlungen z. B. des Plenums vorbereiten, soweit dies erforderlich ist. Dabei mag hilfreich sein, daß es dem Sozialdezernenten als einem der Moderatoren und dem Gesundheitsamt als der Geschäftssteile der Arbeitsgemeinschaft leichter fallen mag, Empfehlungen in den kommunalen Willensbildungsprozeß einzuführen. Doch führen selbstverständlich bei uns wie anderswo viele Wege nach Rom.

Die von der Enquete gesehene Erschwernis zu eng geschnittener Zuständigkeiten der Ausschüsse kommunaler Vertretungen hat bei uns die Umsetzung nicht ernsthaft behindert. Wir haben z. B. eine aufgabenübergreifende Empfehlung des Plenums in einer gemeinsamen Sitzung von Jugendwohlfahrts- und Sozialausschuß behandelt, in der für die Arbeitsgruppenleiter der Direktor der Landeslinik mitwirkte, und dort konkrete Aufträge an die Verwaltung festlegte, die mein Dezernat überstiegen und auch das Liegenschaftsamt einbezogen. In einem anderen Falle übernahm eine Arbeitsgruppe so etwas wie eine Ausgleichsfunktion für zu enge Zuständigkeiten kommunaler Gremien, indem sie eine mit zahlreichen Beteiligten erarbeitete Fachplanung der Stadt begleitete und vorberiet, sodaß die spätere Beschlußfassung der Ratsausschüsse u. a. hierauf aufbauen konnte. Die Arbeitsweise ist so flexibel, daß sie es auch erlaubt, im Interesse einer wirksamen Koordination ganz neuartige Wege zu gehen. So führte die Suicidproblematik vorübergehend zu einer eigenständigen Arbeitsgruppe und berührte auch die konsiliarische Tätigkeit in den Akutkrankenhäusern. Die Verbesserungsvorschläge fanden durch die Beratung im Krankenhausbeirat für die Stadt eine noch breitere fachliche Basis, bevor ihr wesentlicher Inhalt nach dem bedauerlichen Ausfall von Landesmitteln mit kommunaler Hilfe wenigstens im Ansatz aufgegriffen wurde.

Die Einübung in einen wirksamen Umgang mit komplexen Problemen führt nach meinem Eindruck dahin, daß nicht mehr in jedem Fall Empfehlungen des Plenums notwendig sind. In die Entscheidungen von Ratsausschüssen und Verwaltungsstellen gehen inzwischen Fragen eines gemeindenahen Versorgungssystems oftmals ohne besonderen Koordinationsaufwand ein. Herr Dr. Veltin etwa hat für viele Details keiner Unterstützung durch Ausschüsse oder Dezernenten bedurft und sie einfach dank einer wachsenden Aufgeschlossenheit auf dem „keinen Dienstweg“ erfolgreich abschließen können.

Die Differenzierung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft nach Plenum als Motivationsinstanz/Informationsbörse/Umschlagstelle für Erfahrungen/Empfehlungsorgan, nach Arbeitsgruppen als problemorientierten Denk- und Arbeitshilfen und Moderatorentreffen als Geburtshelfern für Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse hat unser Instrumentarium für die örtliche Lösung der Koordinationsfrage m. E. ausreichend bestückt. Sie erwies sich als zwanglose Fortentwicklung schon früher gewachsener Koordinationsformen.

Das Thema unserer Tagung bringt es mit sich, unsere Arbeitsgemeinschaft in ihrer Wirkung als Helfergemeinschaft für die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts vorzustellen. Es klang schon an, daß sich die Arbeitsgemeinschaft nicht nur so versteht. Viele offene Fragen zur Rolle psychosozialer Arbeitsgemeinschaften gibt es selbstverständlich auch bei uns. Selbstverständlich darf und will ich nicht unterschlagen, daß manche Mitglieder an die Arbeitsgemeinschaften Erwartungen auf selbsttätige Realisierungsschübe und auf eine weitgehende Entbindung von ihren institutionellen Pflichten geknüpft haben, andere wieder aus unterschiedlichen Gründen gelegentlich frustriert sind und Ermutigung brauchen. Für unsere Überlegungen zu praktischem Verwaltungshandeln wollte ich indessen nur ein Beispiel liefern, wie der Beitrag einer Arbeitsge-

meinschaft zu Koordinations- und Entscheidungsprozessen sein kann. Damit verbundene Erfolge gehen auch in das Selbstverständnis einer Arbeitsgemeinschaft ein.

2. Verwaltungshandeln beim Aufbau eines psychiatrischen Behandlungszentrums

A. Veltin und B. Dimmek haben unser gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz unter besonderer Berücksichtigung ambulanter und komplementärer Behandlungs- und Betreuungsformen 1981 in einer umfassenden und beeindruckenden Veröffentlichung als psychiatrisches Behandlungszentrum dargestellt (Band 162 der Schriftenreihe des BMJFG). Für die einzelnen Bestandteile dieser komplexen Angebote muß ich auf diese Untersuchung verweisen. Ergänzende Hinweise auf einige zwischenzeitliche Veränderungen können zurückstehen, -

Eine Betrachtung des Verwaltungshandelns beim Aufbau unserer gemeindenahen Psychiatrie stößt auf ein unterschiedliches Vorgehen. Zivilrechtliche Verträge, Verwaltungsakte, öffentlich-rechtliche Rechtsgeschäfte und rechtsfreies Handeln sind Mittel, das Konzept in die Wirklichkeit umzusetzen. Die Erwähnung dieser Formen soll genügen und im übrigen einer zielorientierten Wiedergabe Platz machen.

Die folgenden Abschnitte sind ein Versuch, zumindest einige Schritte darzustellen, die vielleicht auch anderenorts diskutiert werden.

3. Hilfen beim Knüpfen des Netzes aus stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Behandlungs- und Betreuungsformen

Diese Hilfen sind abhängig von der Definition der Aufgaben des stationären Kerns, natürlich auch von dessen Möglichkeiten und Wegen zu einer Differenzierung. An nur wenigen Orten kann dies wohl so nachvollzogen werden wie in Mönchengladbach, das Aufnahmebereich verschieden strukturierter Landeskliniken ist.

Von ihnen wurde die Landesklinik Mönchengladbach für ihr Pflichtaufnahmegerbiet von etwa 180000 Einwohnern schon bei ihrer Gründung „als Einrichtung der ortsnahen psychiatrischen Versorgung“ in einem „regional gegliederten abgestuften System leistungsfähiger, einander ergänzender und leicht erreichbarer psychiatrischer und sozialer Einrichtungen“ konzipiert (vgl. Veltin/Dimmek, aaO, S. 66 f). Der differenzierten Binnenstruktur der neuen Klinik, mit der die Realisierung einer therapeutischen Gemeinschaft verfolgt wurde, entsprachen die Erwartungen an das Umfeld, die Wünsche nach extramuralen Aktivitäten der eigenen Einrichtung, aber auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten.

Der Differenzierungsprozeß führte zwangsläufig zu einer abgestuften Folge von Angeboten, die rechtlich und finanziell vom stationären Betrieb getrennt werden mußten, wenngleich sie fachlich mit der Klinik in einer Versorgungskette und vor allem in einer engen Beziehung zu deren engagierten Mitarbeitern blieben. Mit Tageskliniken, Wohnheimen, beschützenden Wohngruppen und Wohngemein-

Schäften, Patientenclubs und Kontaktzentren stellte sich zunächst einmal das Problem, geeignete bauliche Objekte zu finden. Hier war zwar nur zu einem Teil der städtische Hausbesitz gefordert, doch mußte er mit viel beachteten Bauten Hilfe leisten. Die Vermittlung geeigneter Gebäude kann nur selten aus dem Stand erfolgen, Dennoch hat unser Liegenschaftsamt diese Aufgabe in zumutbarer Zeit gemeistert. Wenn ich die Erwartung äußere, daß die Stadt über ihre Kreisbau AG eine angenehme Vermieterin ist, so geschieht dies als vorbeugender Hinweis auf Problemlagen, die nicht in wirtschaftlichen Überlegungen begründet sind. Sozialdezernate haben öfter Raumbedarf für weniger beliebte Aufgaben und erfahren gelegentlich bei der Auswahl möglicher Standorte erheblichen Widerstand. Vergleichbares habe ich in diesem Zusammenhang nicht zu berichten. Die hohe Akzeptanz des gemeindepsychiatrischen Konzepts ließ keine erwähnenswerte Schwierigkeiten entstehen.

Der fließende Übergang stationärer, teilstationärer und nichtstationärer Angebote ist in der gesamten psychosozialen Arbeit anzutreffen. In dieser Kreise brauche ich nicht zu vertiefen, daß demgegenüber vorhandene gesetzliche Regelungen für Zuständigkeiten und Finanzierung von einem überholten statischen Bild ausgehen. Der Aufbau beschützender Wohngruppen und Wohngemeinschaften kann dadurch stark behindert werden. Der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft lag deshalb daran, den Bedarf auf den verschiedenen Gebieten sichtbar zu machen. Ihre Untersuchung vom 21. April 1980 empfahl, zu den damals für psychisch Kranke vorhandenen weitere 17 Wohngemeinschaften für Suchtkranke, seelisch Behinderte, Körperbehinderte, geistig Behinderte, jugendliche Klienten der Erziehungshilfe, junge Volljährige, Nichtseßhafte und Strafgefangene einzurichten. Die Erwartung der Arbeitsgemeinschaft, überörtlicher Träger der Sozialhilfe und Hauptfürsorgestelle übernehmen neben dem örtlichen Träger die laufenden Kosten, erfüllte sich für die Wohngemeinschaften nicht. Dennoch gab die von den Ratsausschüssen gebilligte Empfehlung den Anstoß für die Stadt, für den weiteren Ausbau dieser Hilfeformen Sorge zu tragen. Dabei hat es sich wie anderenorts durchgesetzt, mit den Möglichkeiten der Einzelfallhilfe kostengerechte Tagessätze zu bilden.

Gerade bei den Wohngemeinschaften für psychisch Kranke und Suchtkranke finden wir beschützende Wohngruppen, die das gebotene Maß begleitender Betreuung für die Bewohner vermitteln. Qualifikation und zeitlicher Einsatz der hier tätigen Mitarbeiter können durchaus unterschiedlich sein. Gemeinsam ist diesen Formen, daß Personalkosten entstehen. Deren Refinanzierung ist durch Tagessätze in der Einzelfallhilfe nicht ausgeschlossen, aber immer dann unzweckmäßig, wenn Bewohner von Wohngemeinschaften ihre Selbständigkeit im Alltag durch eigene Erwerbsarbeit allmählich zurückgewinnen wollen. Der von Mitarbeitern der Landeslinik ins Leben gerufene Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker und der gleichfalls mit Hilfe von Mitarbeitern der Klinik gegründete Mönchengladbacher Arbeitskreis Kontaktzentrum und Übergangwohnheim boten nicht nur der Klinik eine Handhabe zu extramuralen Aktivitäten, sondern sind auch für die Stadt förderungsfähige freie Zusammenschlüsse, deren Personalkosten die für unsere freien Träger üblichen Zuschüsse erfahren. Den verblei-

benden Betrag übernimmt nach einer Absprache der Landschaftsverband, der auf dieser Grundlage einer faktischen Kostenteilung inzwischen auch Richtlinien entwickelt hat und hiernach in seinem Verbandsgebiet verfährt.

4. Die Bestimmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes in einem gemeindepsychiatrischen Konzept

Das Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten - PsychKG NW - in der Fassung vom 3. Dezember 1974 (GV NW 1969

5. 872 und 1974 S. 1504) hat den Gesundheitsämtern die vorsorgende und nachsorgende Hilfe bei psychisch Kranken und Suchtkranken übertragen. Die Stadt hält hierfür einen sozialpsychiatrischen Dienst mit Beratungsstellen für psychisch Kranke und Suchtkranke vor. Dienstgebäude des Gesundheitsamtes gibt es in den beiden Aufnahmegebieten der zuständigen Landeskliniken. Die örtliche Abgrenzung der Arbeitsbereiche für unsere Mitarbeiter deckt sich indessen nicht völlig mit der Einteilung dieser Aufnahmegebiete.

Der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems veränderte selbstverständlich die Rechtslage nicht, blieb aber nicht ohne tatsächliche Auswirkungen. Gemeindepsychiatrie als ein Konzept sich gegenseitig durchdringender Hilfen läßt einen isolierten Vollzug säuberlich getrennter Teilaufgaben nicht mehr zu. So sehen Veltin/Dimmek in Mönchengladbach „ein gutes Beispiel dafür, daß einer psychiatrischen Klinik innerhalb eines überschaubaren Versorgungsgebietes geradezu zwangsläufig Aufgaben ambulanter Behandlung und Betreuung für bestimmte Patienten zuwachsen, auch wenn die Region . . . über eine befriedigende, zum Teil sogar gute Ausstattung mit ambulanten medizinischen und psychosozialen Diensten verfügt" (aaO, S. 96). Ambulante Aktivitäten aus dem stationären und teilstationären Raum für ehemalige Patienten führten folgerichtig zu einer Nachsorgeambulanz, zu deren schwierigen, finanziellen Grundlagen ich mich nicht näher zu äußern brauche. Festzuhalten bleibt jedoch, daß ungeachtet der dem öffentlichen Gesundheitsdienst entzogenen Therapie für einen nicht unbeträchtlichen Teil der Zielgruppen Bestandteile der Nachsorge bei beiden Stellen erbracht werden können. Auch eine gesonderte Betrachtung ehemaliger Patienten der Klinik und der Patienten niedergelassener Ärzte löst diese Gemengelage nicht dahin auf, daß beide Stellen voneinander unabhängig für diese Gruppen tätig werden könnten: Nachsorge für einen in der Behandlung eines niedergelassenen Arztes stehenden Klienten kann inhaltlich Vorsorge für einen möglichen Klinikpatienten sein. Auch andere Überschneidungen sind natürlich denkbar.

Das Ergebnis dieser Auswirkungen ist ein in der Sache liegender Zwang zur Kooperation, von der sich der öffentliche Gesundheitsdienst trotz seiner Bewehrung mit öffentlich-rechtlichen Befugnissen ebensowenig ausnehmen kann wie ein freier Träger in einem ungeregelten Betätigungsfeld.

Die neue Bestimmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes heißt demnach nichts anderes als deren kooperative Einbindung in das gemeindepsychiatrische Konzept. Dazu gehören regelmäßige Konferenzen der

Mitarbeiter von Klinik und Gesundheitsamt. So unverzichtbar diese sind, läßt sich eine noch wirksamere Form des Verbundes erreichen. Stadt und Landschaftsverband Rheinland haben mit Wirkung vom 1. Januar 1980 vereinbart, daß die ärztlichen Aufgaben nach dem PsychKG einschließlich der Vor- und Nachsorge für das Aufnahmegebiet der Landesklinik Mönchengladbach von einem Arzt der Klinik mit festgelegten Zeitanteilen gegen Kostenerstattung im Gesundheitsamt wahrgenommen werden. Nach den bisherigen Erfahrungen hat sich diese Regelung außerordentlich bewährt. Eine wirksame Bündelung ärztlicher Aktivitäten bei Behandlung und Betreuung wie in dieser Form strahlt auch auf das Kooperationsverhalten der übrigen Mitarbeiter aus.

Heute sind Klinik, Ambulanz und psychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes miteinander verbundene Glieder einer helfenden Kette, die viele weitere Glieder aufweist, diesen dreien aber eine besondere Tragfähigkeit zuweist. Aus unserer Sicht ist es von großer Bedeutung, daß die Ambulanz weiterhin eine auskömmliche finanzielle Grundlage behält. Ein ersatzloser Ausfall ihrer bisherigen Förderung und eine Einstellung ihrer Arbeit würde alle anderen an der Versorgung beteiligten Stellen nachhaltig berühren und nicht ohne Nachteile für die gemeindenahere Psychiatrie bleiben.

5. Förderung der notwendigen Initiativen Betroffener

Sieht ein Konzept der klinischen Behandlung im Patienten den mithandelnden Partner im therapeutischen Alltag, so ist es auch in den anderen Handlungsbereichen gemeindenahere Psychiatrie notwendig, die eigene Aktivität der Klienten zu wecken oder stärken und die Betroffenen zu Initiativen zu ermutigen.

Wenngleich sie ihre Bewohner häufig nur in einer Übergangsphase begleiten, beruhen doch letztlich die Trägervereine der Wohngemeinschaften und Kontaktzentren auf diesem Gedanken. Das damit verbundene methodische Vorgehen war der Stadt aus eigener, vor der Gründung der Klinik liegender Erfahrung bekannt. Sie hatte sich mit der Frage auseinandersetzen, wie drogensüchtigen oder -gefährdeten Jugendlichen und jungen Erwachsenen wirksam geholfen werden kann. Auch dabei ging es um die Anwendung des PsychKG, zu dem weitere Bestimmungen des Jugendwohlfahrtsrechts traten. Die Mitarbeiter der freien und kommunalen Jugendhilfe wie des Gesundheitsamtes standen unter dem Eindruck, die Betroffenen mit behördlichen Mitteln kaum zu erreichen. Sie zogen daraus mit anderen Beteiligten die Folge und riefen Anfang 1972 den Verein „Drogenberatung“ ins Leben, der Betroffene auf jugendgemäßen Wegen aktiviert. Mitglieder sind Stadt, freie Träger, Einzelpersonen und unter diesen zahlreiche „Ehemalige“. Im Gegensatz zu anderen Versuchen dieser Art hat der Verein seine Arbeit seit seiner Gründung ununterbrochen betreiben können. Dazu hat ganz wesentlich beigetragen, daß er über den bescheidenen Anspruch seines Namens hinaus mit im Einzelfall großen Anstrengungen therapeutische Behandlung vermitteln und nach deren Abschluß so etwas wie berufliche Rehabilitation leisten konnte. Unter seinem Dach haben Betroffene, ihre Eltern eingeschlossen, in Gruppen zu Selbsthilfe zusammengefunden. Den größten Teil des Vereins-

haushalts bestreitet die Stadt, für die der Verein eine Strategieform zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben ist.

Selbsthilfegruppen Suchtkranker bestehen bei uns wie in anderen Städten schon lange. Das auf das gesellschaftliche Umfeld mitabgestellte gemeindepsychiatrische Konzept verstärkte den Willen zum Zusammenschluß Betroffener erheblich. Das Erlebnis, in einer Gemeinschaft mit gleichartigen Erfahrungen neue Kraft zur Lebensbewältigung zu finden, steigert diesen Prozeß noch weiter. Die Stadt bemüht sich nach Kräften, diese Entwicklung zu fördern. So stellt sie für Selbsthilfegruppen je Mitglied berechnete Pauschalzuschüsse bereit. Einige Selbsthilfegruppen mit einer anderen Kostenbasis erhalten darauf ausgerichtete Zuweisungen. Aus einer Art Selbsthilfebewegung sind zwei große und über unsere Mauern hinaus bekannte Zusammenschlüsse entstanden, die Vereine „Sport für betagte Bürger“ und „Aktion Freizeit behinderter Jugendlicher“. Inzwischen bestehen nahezu 50 Selbsthilfegruppen, die mit ihren Aktivitäten oft weite Kreise der Bürgerschaft für psychosoziale Probleme nachhaltiger sensibilisieren, als es Rat oder Verwaltung können. Berichten Veltin/Dimmek noch von 15 Selbsthilfegruppen Suchtkranker (aaO, S. 100/101), so sind es inzwischen 22.

6. Versuche, aus der gemeindenahen Psychiatrie einen weitergehenden differenzierten Verbund zu entwickeln

Die Enquete bezieht Behindertenfragen ein und greift Probleme psychotherapeutischer/psychosomatischer Versorgung auf. Es wäre reizvoll, die administrative Umsetzung des Gemeindekonzepts auch für die Versorgung Behinderter oder für andere psychosoziale Aufgaben zu verfolgen. Die begrenzte Zeit läßt dies nicht zu. Die Verwurzelung der Behindertenhilfe gerade in Mönchengladbach gestattet die schlichte Bemerkung, daß auf diesem Gebiet eine vergleichbare Entwicklung stattfindet und hinlängliche Querbezüge bestehen.

Drei weitere Details möchte ich kurz erwähnen:

Psychiatrie und Altenhilfe sind in den letzten Jahren dadurch in eine gewandelte Beziehung getreten, daß es möglich wurde, psychisch gestörten alten Menschen ohne oder ohne längere stationäre Behandlung ihr früheres Umfeld zu erhalten, zu dem eben auch Altenheime/Pflegeheime/Altenkrankenheime gehören können. Anfangs bedurfte es gewisser Mühen, die Einrichtungen der Altenhilfe für die Wiederaufnahme psychiatrischer Patienten aufzuschließen. Zum Gelingen trug bei, daß Mitarbeiter der Landeskliniken eine begleitende Betreuung dieses Personenkreises in den Heimen übernahmen. Dies konnte für jetzt 16 Einrichtungen sichergestellt werden und führt mittlerweile dazu, daß aus der Nachsorge für ganz bestimmte Heimbewohner eine jedenfalls ideelle Vorsorge für das Heim entsteht.

Neben diesem erfolgreichen Versuch, die Dynamik eines differenzierten Verbundes über die ursprünglichen Grenzen hinaus nutzbar zu machen, gibt es natürlich auch Versuche, die erst zu Lösungsansätzen gediehen sind. Beispiel hierfür sind die Bemühungen um den großen Teil der Suicidanten, die weder mit den Landeskliniken noch mit der Klinikambulanz noch mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes in Berührung kommen. Wir rechneten 1982 mit

jährlich etwa 1500 Suicidversuchen und verzeichneten schon 1976 zwischen 600 und 700 Suicidpatienten in den Akutkrankenhäusern. Diese Zahlen können wegen der Dunkelziffer nur eine ungefähre Größenordnung vermitteln. Die Betriebsabläufe in den Akutkrankenhäusern bringen es mit sich, daß die konsularische Behandlung durch niedergelassene Psychiater nicht den notwendigen Spielraum haben kann, um die ursächlichen Konfliktlagen aufzugreifen oder gar aufzuarbeiten. Eine Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus scheidet in der Regel aus. Die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus, sobald es die körperliche Verfassung erlaubt, setzt der günstigen Interventionszeit ein Ende. Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und Krankenhausbeirat untersuchten wiederholt Möglichkeiten für eine Veränderung. Der Versuch, unter einem engagierten niedergelassenen Psychiater einen Kreis geschulter ehrenamtlicher Helfer aus nichtärztlichen medizinischen und aus sozialen Berufsgruppen schon in den ersten Stunden nach dem Suicidversuch einzusetzen, brachte wegen der Zurückhaltung der Krankenhäuser gegenüber den Helfern des Konsiliars nicht den erhofften Erfolg. Neue Erwartungen knüpften sich an die Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft an die Stadt, wegen des hohen Anteils suizidgefährdeter Kinder und Jugendlicher eine der freien Beratungsstellen durch eine entsprechende Förderung um einen Psychologen für die Akutphase zu erweitern. Die bereitgestellten städtischen Mittel mußten indessen wegen der dann einsetzenden beträchtlichen Kürzungen bei der Landesförderung von Beratungsstellen dazu verwandt werden, deren Bestand zu sichern. Immerhin verständigten sich Stadt und Beratungsstellen darauf, daß für jede Kinderklinik eine bestimmte Beratungsstelle die akute Hilfe für Suicidfälle übernahm. Eine breitere Anlage der Hilfe macht weitere Anstrengungen notwendig. So mag dieses Beispiel für einen fortzuentwickeln differenzierten Verbund zugleich die Hartnäckigkeit verdeutlichen, die vonnöten ist.

Zur Versorgung von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen empfiehlt die Enquete ein Verbundsystem für zwei Standardversorgungsgebiete. In diesem Sinne gibt es bei uns Beziehungen zu einer benachbarten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik. Eine eigenständige Entwicklung in der Jugendhilfe brachte uns dazu, einen örtlichen Beitrag zu einem fachlichen Verbund zwischen Jugendhilfe, Heilpädagogik und somatischer wie psychiatrischer Medizin zu liefern. Die Aufgaben unseres Jugendamtes bei der Fremdunterbringung von Kindern waren der Anlaß, den vorhandenen und, wie wir meinen, guten Bestand an freien Beratungsstellen Anfang 1973 um ein kommunales Beratungs- und Diagnosezentrum zu erweitern, das nach einer abgesicherten psychologischen/medizinischen Diagnose die Möglichkeiten für einen Verbleib im häuslichen Umfeld ausschöpfen, aber auch die dann verbleibenden notwendigen Fremdunterbringungen begleiten, für die angemessene Unterbringungsstelle sorgen und von uns belegte Einrichtungen beraten sollte. Die Berührungspunkte mit verhaltensauffälligen und verhaltensgestörten Klein- und Schulkindern ließen die Überlegung reifen, mit fachlich qualifiziertem Personal in der Form einer Tagesstätte teilstationäre und ambulante Hilfen anzubieten, die in engem Kontakt mit den Eltern, aber auch in Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und Schulen durch

gesicherte therapeutische Methoden Auffälligkeiten und Störungen abbaut. Dieser seit Ende 1973 unternommene Versuch einer gemeindenahen Versorgung im vorstationären Raum löste ein überaus starkes Echo aus. Heute bestehen vier Gruppen an zwei Standorten mit 50 Kindern und werden weitere 40 Kinder in ambulante Hilfen einbezogen. Für unser Thema bemerkenswerter als eine überörtliche Auszeichnung unserer Sozialpädagogischen Bildungsstätte bleibt wohl, daß trotz des dann durch die Enquete verstärkten Gedankenguts gemeindenaher Lösungen eine Kostenregelung wie für andere Tageseinrichtungen der Jugendhilfe nicht erreichbar war. Die fachlich außerordentlich fruchtbare Arbeit muß allein von der Stadt finanziert werden.

C. Eine Zwischenbilanz

In der verfügbaren Zeit waren nur einige Aspekte einer administrativen Umsetzung beim Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie zu schildern. Manches ließ sich nicht aufgreifen. Zusammen mit der mehrfach erwähnten Veröffentlichung über das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach (Veltin/Dimmek, aaO) mag diese kurze Betrachtung aus der Sicht eines Sozial- und Gesundheitsdezernenten unterstreichen, daß es möglich ist, vorhandene Versorgungselemente ungeachtet ihrer Trägerschaft und unbeschadet gesetzlicher Aufgaben in einen fachlichen Verbund zu bringen und durch Ergänzungen in mehreren Schritten zu einem Netz kooperierender Dienste im stationären, teilstationären, ambulanten, komplementären und rehabilitativen Bereich zu knüpfen. Festzuhalten bleibt auch, daß diese Entwicklung nicht auf die Psychiatrie begrenzt ist, sondern mit Behindertenhilfe, Altenhilfe und verwandten Gebieten zu einem in den sozialen Bezügen ihrer Klienten verwurzelten und deshalb örtlich verankerten psycho-sozialen Versorgungssystem beigetragen hat.

Dennoch bleibt natürlich auch bei uns noch viel zu tun. Der Hinweis auf das Suicidproblem zeigte schon, daß erst eine Annäherung an eine Lösung erreicht wurde. Eine psychotherapeutische/psychosomatische Fachabteilung fehlt nach wie vor. Auch eine weitere Verdichtung unserer Dienste namentlich im zweiten Pflichtaufnahmegebiet unserer Stadt muß uns beschäftigen und wird auf den dort zuständigen stationären Kern noch besser einzugehen haben. Die Sicherung der Institutsambulanz und der Ausbau des Werkstättenangebots für Behinderte konfrontieren uns mit neuen Schwierigkeiten für bereits erkämpfte Angebote, die nicht mehr mit örtlichen Anstrengungen allein zu beheben sind, sondern auch staatlichen Instanzen fordern. Dies provoziert die Frage nach den Prioritäten, nach verbindlichen Normen, nach den Ressourcen an Personal und Geld. Die Diskussion über den Stellenwert der gemeindenahen Psychiatrie darf auch zehn Jahre nach der Enquete nicht verstummen.

Die autochthone Entwicklung in Mönchengladbach ist kein Beispiel für die Entbehrlichkeit dieser Diskussion. Sie ist aber ein Beispiel für eine weitgehende Selbsthilfe vor Ort, mit der die Behandlung und die Betreuung der Betroffenen in ihrem Lebenskreis verbessert und durch tägliche Arbeit der Anspruch aller Beteiligten verdeutlicht wird, Psychiatrie als Gemeindekonzept zu verwirklichen.

Auch dazu werden Mitarbeiter und Geld gebraucht. Im sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt sind 14 Kräfte tätig. Bei dem Versuch, Investitions- und laufende Kosten der Stadt zu ermitteln, haben wir uns wegen der recht schwierigen Abgrenzung von einer umfassenden Auswertung aller psychosozialen Aufgaben lösen müssen. Statt dessen haben wir uns inhaltlich an Teil B der Enquete orientiert und dann noch einmal auf die gemeindenahere Psychiatrie ohne Behindertenhilfe abgestellt. An Investitionskosten ergaben sich für etwa 10 Jahre rund 3 Mio DM zur Enquete und davon etwa 1,1 Mio DM für die gemeindenahere Psychiatrie. Die laufenden Kosten je Jahr ohne die Personalkosten für städtische Mitarbeiter betragen rund 1,5 Mio DM zur Enquete und darunter etwa 1/3 Mio DM für die gemeindenahere Psychiatrie. Darin sind 1/4 Mio DM Zuweisungen an Kooperationspartner eingeschlossen. Stets handelt es sich um ungefähre Angaben.

Diese Hinweise können nur Anhaltspunkte liefern. Sie stützen jedoch die Annahme, daß auch mit bescheidenen und von den vorgefundenen örtlichen Strukturen beeinflussten Größenordnungen ein Entwicklungsprozeß in Gang gesetzt werden kann. In erster Linie hängt nach unseren Erfahrungen die Selbsthilfe vor Ort davon ab, daß sich einige Personen aus unterschiedlichen Disziplinen des Gemeindekonzeptes annehmen, ihre eigene Handlungskompetenz einbringen, vorhandene Dienste zu enger Kooperation motivieren und verbinden, sichtbar werdende Lücken des örtlichen Angebots mit der Unterstützung ihrer Institutionen ausfüllen und aus dem wachsenden Engagement einer breiteren Basis Mitverantwortung für die gemeindenahere Psychiatrie werden lassen.

Persönlicher Einsatz, Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Einübung in fachlich differenzierte Vorgänge bilden die wichtigsten Voraussetzungen, um dem Gemeindekonzept zum Durchbruch zu verhelfen. In dieser Summe der letzten 12 Jahre liegt zugleich ein herzlicher Dank an den früheren Direktor der Rheinischen Landeslinik Mönchengladbach, Herrn Dr. Veltin, und an den ehemaligen Direktor der Evangelischen Bildungs- und Pflegeanstalt „Hephata“, Herrn Pfarrer Kaempf.

Berichte aus den Arbeitsgruppen

1. Arbeitsgruppe „Herne“

Berichterstatter: G. Bosch

Wir haben am Beispiel der wachsenden Psychiatrie in Herne den Aufbau dieses Systems diskutiert. Hier hatte die Kommune einen wesentlichen Anteil an der Initiative, obwohl sich nur der geringste Teil der Einrichtungen tatsächlich in kommunaler Trägerschaft befindet und sehr verschiedene Träger beteiligt sind. Schon bei der wesentlichen Initiative zur Umwandlung des Krankenhauses eines kirchlichen Trägers für die Zwecke der Psychiatrie war die Kommune mit im Spiel. Mit den hier zur Verfügung stehenden 100 Betten, von denen für das reine Stadtgebiet Herne mit seinen 180000 Einwohnern nur 65 vorgehalten werden, scheint in der Tat die Vollversorgung gewährleistet zu sein. Es wandern praktisch keine Patienten mehr in die benachbarten Krankenhäuser, in denen allerdings noch 130 „alte“ Patienten aus Herne liegen. Ein großer Teil dieser Patienten müßte jedoch in dem heutigen umgebauten gemeindenahen Versorgungssystem in Herne gar nicht mehr stationär versorgt werden. Das Herner Krankenhaus ist auch verpflichtet, die nach dem PsychKG Zwangseingewiesenen aufzunehmen, was aber nur etwa 3% der Fälle betrifft. Ein sehr guter Schlüssel von Ärzten und Pflegepersonal macht sogar das Führen von geschlossenen Stationen überflüssig.

Das zweite Problem, das uns lange beschäftigt hat, war die Frage der Kooperation. In Herne bestehen zwei Einrichtungen, die ambulant tätig sind: der sozialpsychiatrische Dienst, der zum Gesundheitsamt gehört, und eine Ambulanz an der klinischen Einrichtung mit einem sehr aktiven mobilen Team, das im Jahr etwa 5000 Konsultationen, davon 2000 extramural, macht. Zwischen beiden Diensten besteht eine sehr gute Zusammenarbeit. Weil Ärzte im sozialpsychiatrischen Dienst in Herne nicht vorhanden sind, gehen die Ärzte aus der Klinikambulanz mit den Sozialarbeitern des SpD einen Hausbesuch machen - also etwas nicht ganz so Selbstverständliches. Beim Nachfragen zeigte sich, daß dieser Kooperation sicher auch durch einen gewissen Druck seitens des Bundesministeriums nachgeholfen wurde, indem die Kooperation für bestimmte Förderungsanteile zur Bedingung gemacht wurde. Sicherlich ist in Herne in dieser Hinsicht auch ein Bewußtseinswandel erfolgt; aber es zeigt sich hieran eben auch, daß eine Verpflichtung auch ganz hilfreich sein kann.

Herne ist wohl überhaupt ein Beispiel dafür, daß sehr verschiedene, auch recht kleine Institutionen und Einrichtungen im Rahmen einer solchen Modellförderung aus verschiedenen Gründen an guter Kooperation interessiert sein können; zunächst gab es eine Starteuphorie, weil so viel Neues und Schönes gemacht

werden konnte - die in Herne offenbar lange vorgehalten hat -, und dann die Sorge um die Anschlußfinanzierung, die wiederum alle diese Träger sehr dicht verbindet. Zu essentiellen Kooperationsproblemen ist es dadurch nicht gekommen, auch nicht mit den Nervenärzten, denen gegenüber man allerdings sehr vorsichtig ist und deren Patienten man, wenn sie in diesem Netz auftauchen, praktisch ausnahmslos an die Praxen zurückgibt. Die Situation ist dort allerdings auch deshalb günstig, weil es in Herne insgesamt nur vier Nervenärzte gibt; bekanntlich wird die Situation bei sehr großer Nervenarztdichte kritischer.

Natürlich gibt es auch in Herne Kompetenzgerangel zwischen den Trägern. Es scheint sich aber mehr an Einzelfragen der Patientenverschiebung festzumachen; und es besteht der Konsens, ein solches Kompetenzgerangel nicht zu Lasten des Patienten auszutragen. Dadurch kommt man trotz der verschiedenen Träger zu einem flexiblen System, im Sinne einer „positiven Drehtürpsychiatrie“ mit „weichen“ Übergängen, wodurch die therapeutische Kontinuität gefördert wird. Man läßt z. B. einen Sozialarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes einen Patienten, der stationär weiterbehandelt werden muß, auch auf Station weiterbetreuen und greift nicht zum eigenen Sozialarbeiter - auch etwas nicht ganz Selbstverständliches.

Krisen und Probleme werden in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft diskutiert, die gleichzeitig auch das wichtigste Bindeglied zur Kommunalverwaltung ist. Sie besteht einerseits aus problemorientierten Arbeitsgruppen an denen jeweils Vertreter der betroffenen Bereiche teilnehmen, die aber gleichzeitig mehr oder weniger auch für bestimmte Träger stehen. Andererseits gibt es im Plenum der Arbeitsgemeinschaft sehr dichte Verbindungen zur Kommune: Erstens gibt es in allen im Rat vertretenen politischen Parteien Ansprechpartner für die Probleme der psychosozialen Versorgung, und zweitens ist die Vorsitzende der PSAG gleichzeitig Leiterin des städtischen Gesundheitsamtes, wodurch letztlich alle Fäden in kommunaler Hand vereint sind.

2. Arbeitsgruppe „Stuttgart“

Berichterstatter: R. Thieringer

Wir haben in unserer Gruppe auf der Basis der Stuttgarter Situation diskutiert, aber die kritische Reflexion weist zum Teil auch darüber hinaus. Ich möchte unsere Diskussion in wenigen Punkten zusammenfassen.

1. Ambulanter Dienst: Bei einem ambulanten Dienst ist nach Meinung der Arbeitsgruppe die Integration eines Psychiaters unverzichtbar - auch dann, wenn sozialpsychiatrische Dienste, wie wir das in Stuttgart haben, sowohl in der Psychiatrischen Klinik wie beim Gesundheitsamt verankert sind. Darüber hinaus sollte ein sozialpsychiatrischer Dienst, wenn er alle notwendigen Aufgaben wahrnehmen will, ein 7-Tage-Dienst sein; das gilt vor allem für eine sinnvolle Möglichkeit zur Krisenintervention. Zum Personal eines solchen Dienstes sollten auch Krankenpflegekräfte gehören; fast schlagwortartig wurde formuliert, „Krankenschwestern ins Team!“ - u. a. weil sie es gewohnt seien, auch zu ungünstigen Zeiten ihren Dienst zu tun. Dies wurde in der Tat so formuliert; und wörtlich wurde gesagt, bei den anderen Berufsgruppen im Sozialdienstbereich sei eine „makabre Bequemlichkeit“ festzustellen.

2. Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgung: Die Stuttgarter Betten-Meßziffer von 0,8‰, die ich in meinem Vortrag genannt habe, wurde als zu hoch angesehen, jedenfalls wenn der ambulante Bereich, wie gesagt wurde, den Vorrang vor der stationären Versorgung haben sollte. Bei einem gut ausgebauten Netz von ambulanten und komplementären Hilfen reiche eine Bettenmeßziffer von 0,3‰, wie dies in Mönchengladbach verwirklicht ist. Für einen flexiblen Wohngruppenverbund, wie er in Stuttgart erprobt wird, ist ein Personalschlüssel von 1 zu 4 ausreichend, wobei die Arbeitszeit hier frei und selbstverständlich über 7 Tage je nach Bedarf eingeteilt werden soll.

3. Formen der Krankenhaus-Ambulanz: Die Ermächtigungs-Ambulanz wurde in der Arbeitsgruppe als ineffizient angesehen; die Instituts-Ambulanz dagegen als sehr sinnvoll und wichtig. Einerseits mußten wir jedoch berichten, daß diese Form der Ambulanz aus standespolitischen Gründen bei uns in Baden-Württemberg überhaupt nicht funktioniert; andererseits wurde in der Arbeitsgruppe zu bedenken gegeben, Institutsambulanzen könnten der Tod der sozialpsychiatrischen Dienste sein, weil sie diese dann vermeintlich ersetzen könnten. Ich bin nicht dieser Auffassung, denn die Steuerungsfunktion der sozialpsychiatrischen Dienste ist nicht so leicht ersetzbar.

Erlauben Sie mir abschließend eine Stellungnahme zu den hier vorgetragenen Forderungen der Kommunen. Ich bin durchaus der Meinung, daß die Kommunen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung mitzuwirken bereit sein sollten

und dies größtenteils auch sind; sie sollten aber nicht in die Rolle des Lückenbüßers gedrängt werden. Man sollte die Kommunen zum Verbündeten gewinnen, aber nicht zum Angeklagten machen, indem man nur fordert und die Mängel und die Versäumnisse den Kommunen zuschreibt, die richtige Erkenntnis aber den Psychiatern und den Betroffenen. Wir sollten in einem sehr kritischen, aber positiven Miteinander versuchen, die Dienste sozusagen als die dritte Säule der Versorgung aufzubauen. In diesem Sinne bin ich für die Mischfinanzierung, sozusagen als Mehrträgerschaft in der Finanzierung unter Beibehaltung der Einzelträgerschaft, was die Funktion angeht. Wir sollten aber den Kommunen nicht alles das aufbürden, was in der Klinik und von den niedergelassenen Ärzten nicht geschafft werden kann; dafür ist nicht die richtige Zeit. Man sollte darauf sehen, daß die Schotten nicht dicht gemacht werden, sondern versuchen, bei den Kommunen die Bereitschaft zu fördern, hier im Rahmen ihrer Möglichkeiten als kompetente und auch finanziell beteiligte Kräfte mitzuarbeiten.

3. Arbeitsgruppe „Esslingen“

Berichterstatter: M. Bauer

Uns hat zunächst der Anspruch des Landkreises Esslingen beschäftigt, die volle Versorgungsverpflichtung zu übernehmen. Herr Müller hatte dies ja selbst schon insofern etwas relativiert, als er die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den Maßregelvollzug aus diesem Anspruch herausgenommen hat. Vielleicht sollte man den Begriff „Vollversorgung“ ohnehin durch „Regelversorgung“ ersetzen, was der Realität in der Bundesrepublik sehr viel näher kommt. Gemeint ist doch im Grunde, daß für alle relevanten Patientengruppen ein angemessenes Angebot in der Gemeinde vorgehalten wird, es aber darüber hinaus für Kinder und Jugendliche sowie für Patienten des Maßregelvollzuges durchaus überregionale Spezialangebote geben sollte.

Einen breiten Diskussionsraum hat die Frage der ambulanten Dienste, der ambulanten Versorgung überhaupt eingenommen. Dies scheint in Esslingen/Nürtingen offensichtlich derzeit noch nicht optimal geregelt. Es gibt Schwierigkeiten, einen Sozialpsychiatrischen Dienst einzurichten und so zu strukturieren, daß er angemessen funktioniert, wobei die Probleme und Wünsche der Angehörigen an derartige Dienste in unserer Arbeitsgruppe gestern noch gar nicht zur Sprache kamen. Dabei wurde über eine Reihe von Problemen gesprochen, die in anderen Arbeitsgruppen ebenfalls thematisiert worden sind: Kooperation und Abgrenzung zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz und zwischen beiden Einrichtungen und den niedergelassenen Nervenärzten.

Hier muß man freilich davon ausgehen, daß die Klientel niedergelassener Nervenärzte sich deutlich von derjenigen Sozialpsychiatrischer Dienste unterscheidet, wofür die Ergebnisse aller empirischen Studien sprechen. Andererseits ist es notwendig und wichtig, daß Sozialpsychiatrische Dienste insbesondere mit Allgemeinärzten und niedergelassenen Internisten kooperieren, die oft ihre primären Ansprechpartner sind. Das kommt ja auch darin zum Ausdruck, daß die Überweisungsraten zu Sozialpsychiatrischen Diensten von niedergelassenen Nervenärzten deutlich geringer sind als diejenigen von Allgemeinärzten oder Ärzten ohne spezielle psychiatrische Fachkompetenz.

Ein Spezialproblem ist die Tatsache, daß Sozialpsychiatrische Dienste im Regelfall nicht mit Behandlungsrecht ausgestattet sind, die Kooperation zwischen diesen Diensten und niedergelassenen Allgemeinärzten aber dort erschwert ist, wo es um die Rezeptur von Psychopharmaka geht, die nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden kann, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen dies meist nicht akzeptieren. Frau Schoenenborn, die Vertreterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Arbeitsgruppe, hat dies ebenso gesehen und hier durchaus einen Regelungsbedarf seitens der Bundes-KV anerkannt.

Schließlich kam die Frage der Einbeziehung der Altenheime, Pflegeheime und der ambulanten Altenhilfe für verwirrte, desorientierte alte Menschen zur Sprache. Dies ist in Esslingen/Nürtingen offensichtlich deswegen kein sehr großes Problem, weil dort die Träger der lokalen Altenheime über Belegungsschwierigkeiten zu klagen hatten und deswegen ganz froh waren, ihre Betten mit gerontopsychiatrischen Patienten auslasten zu können. Ob dies allerdings ein wünschenswerter Regelungsmechanismus ist, mag dahin gestellt bleiben.

4. Arbeitsgruppe „Mönchengladbach“

Berichtersteller: G. Buhlmann

In unserer bisherigen Diskussion über die Entwicklung in Mönchengladbach wurden im wesentlichen vier Punkte behandelt. Erstens die Frage nach Inhalt und Grenzen des Gemeindekonzepts, d. h. ob das gemeindepsychiatrische Konzept für alle Krankheitsbilder und für alle Klientengruppen gelten sollte oder ob bestimmte Gruppen herausgenommen und weiter durch eine überregionale Versorgung bedient werden sollten. Als Beispiele wurden die psychisch kranken Rechtsbrecher, aber auch die Gruppe der chronisch Kranken genannt. Wir einigten uns darauf, daß das Gemeindekonzept ein durchgängiges Angebot für alle vorsehen und, wenn man einmal die Besonderheit der psychisch kranken Rechtsbrecher ausklammern mag, für alle gelten muß. Hier müssen wir uns dann auch selbst unter Druck setzen, örtliche Lösungen zu finden. Bei diesem selbstgewählten Druck ist natürlich immer mit zu bedenken, daß wir zu unseren unvollkommenen Kräften stehen und einfach die entsprechende Geduld mitbringen müssen, um allmählich ein solches System aufzubauen.

Der zweite Punkt galt der Frage, wie eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bei der administrativen Umsetzung eingesetzt werden kann. Es fand großes Interesse, auf welche Weise Empfehlungen einer Arbeitsgemeinschaft in die kommunale Willensbildung mit eingebracht werden können. Interessant war, daß gar keine Ausflüge mehr ins kommunale Verfassungsrecht unternommen wurden; es wurde nicht mehr über psychosoziale Ausschüsse und dergleichen gesprochen, sondern man war ganz offen für alle möglichen Formen, Empfehlungen in das kommunalpolitische Geschäft einzubringen. In diesem Zusammenhang fanden auch die kleineren Treffen der Moderatoren bei uns in Mönchengladbach als Beispiel eines möglichen Weges Interesse.

Das dritte war ein Detail, das ich aber wegen seiner Bedeutung doch ansprechen möchte. Es galt der Öffnung der Einrichtungen der Altenhilfe für die Nachsorge, damit auch psychisch verwirrte alte Menschen oder alte Menschen nach einer akuten Behandlung in den Landeskliniken in den Einrichtungen der Altenhilfe Aufnahme finden können und dort die gleiche Nachsorge erhalten wie zu Hause. Die Frage, wie eine solche Nachsorge von den Landeskliniken organisiert werden kann, fand sehr großes Interesse; in dem Zusammenhang wurden natürlich auch Finanzierungsprobleme angesprochen. Bei uns wird eine solche Nachsorge durch die Ambulanz möglich gemacht; vielleicht bietet auch die Vorschrift über die Nachsorge im PsychKG hier eine gesetzliche Grundlage für eine gewisse kommunale Hilfe.

Der letzte Punkt galt dem Vertrag zwischen Stadt und Landschaftsverband über die Beteiligung eines Klinikarztes an den psychosozialen Aufgaben beim Gesund-

heitsamt nach dem PsychKG. Aus einer Stadt, die bisher nicht Sitz einer Landeslinik war und mit einer psychiatrischen Abteilung an einem Akutkrankenhaus und Spezialeinrichtungen eigene Einrichtungen aufbauen mußte, kamen Bedenken, daß es durch solche Absprachen mit Trägern größerer Bettenbestände zu gewissen Interessenkollisionen kommen könnte. Wir konnten aus unserer Erfahrung in Mönchengladbach nur dagegen halten, daß das Gemeindekonzept an sich ja eine eng begrenzte Auslegung stationärer Einrichtungen zum Inhalt hat; das ist natürlich bei uns als Voraussetzung erfüllt, und vor diesem Hintergrund hat sich die Absprache auch außerordentlich bewährt.

Anforderungen und Wünsche an ein ausgebautes System gemeindenaher Versorgung

Die wünschenswerte Ausstattung einer Region/Kommune aus der Sicht der Fachpsychiatrie - Das fachliche Szenario

C, Kulenkampff

Die Sachverständigen-Kommission hat vor vielen Jahren in ihren Bericht hineingeschrieben, daß ein regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem bedarfsgerecht und umfassend zu sein habe. Umfassend wäre ein solches System immer 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.“ Bei dem Versuch, die Frage zu beantworten, wie von diesem Grundsatz ausgehend eine Region idealtypisch mit psychiatrischen Versorgungsdiensten auszustatten sei, geraten Experten, die es gewohnt sind, sich mit derlei Problemen herumzuschlagen, leicht ins Schwärmen: In den Köpfen dieser Versorgungsarchitekten steigen Traumbilder auf. Zum Beispiel, daß es doch möglich sein müßte, Bedarfsgerechtigkeit in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht auf dem Papier festgeschrieben zur Maxime des Handelns zu machen und mit den Bedürfnissen derer, denen geholfen werden solle, zur Deckung zu bringen, so daß sich harmonische Zufriedenheit ergäbe. Da eine Vielzahl an der regionalen Versorgung unterschiedlich beteiligter Dienste vor Augen stehen, entwickelt sich sogleich der Traum von fachkompetenten, vernünftigen, fleißigen, kooperationswilligen und -fähigen Mitarbeitern und Beteiligten überhaupt in der Region - eine hocheufreuliche Szenerie, auf deren Hintergrund gemäß der differenzierten Aufgabenverteilung alle mit allen effizient und rationell zusammen arbeiten. Steuerung, Kontrolle, Aufsicht sollten sich da eigentlich fast erübrigen. Das allenthalben im Angebot liegende Versorgungssortiment verbände sich, möglichst über Meßzahlen fixiert, zu einem flächendeckenden Netz. Hierzu freilich gehört ein letzter Traum: Von den zahlungsbereiten Kostenträgern nämlich, den großen Finanzressourcen, aus denen das Erforderliche beglichen werden kann, von einem System der sozialen Sicherheit, das flexibel genug ist, sich den spezifischen Belangen psychisch Kranker und Behinderter anzupassen.

Es erscheint zunächst leicht, träumerische Vorstellungen dieser Art durch die sehr unvollkommene Wirklichkeit zu korrigieren: Menschen sind unterschiedlich begabt, Kooperationsprozesse werden von Sympathien und Antipathien beeinflusst, die Vermittlung von Aufgaben spezifischer Fachkompetenz, von Fähigkeiten mit psychisch gestörten Menschen umzugehen, aber auch im Rahmen des multiprofessionellen Arbeitsstils mit den Kollegen auszukommen, Verantwortung zu tragen und hierarchische Strukturen zu akzeptieren ist heutzutage bekanntlich nicht so einfach und mancherlei Behinderungen unterworfen. Ist es schon nicht gelungen, eine vernünftige, d. h. funktionierende Krankenhausbedarfsplanung auf die Beine zu stellen, wie soll die Bedarfsfrage angesichts eines vielgliedrigen, kleinteiligen und ineinander verschränkten Bündels an der Versorgung unter-

schiedlich beteiligter Institutionen im freien Felde der Kommunen sachgemäß gemeistert werden - zudem manches noch überhaupt erst erprobt wird und sich sozusagen noch in flüssigem Aggregatzustand befindet? Es ist schon schwierig genug, Aufgaben und Ziele zu definieren und gegeneinander abzugrenzen, wesentlich schwieriger allerdings erscheint es, im kommunalen Blickfeld Aufgabenerfüllung durchzusetzen, d. h. komplexe Versorgungszusammenhänge so zu steuern, daß Doppelläufigkeiten unterbunden und offenkundige Versorgungsdefizite abgedeckt werden - mit anderen Worten eine volkswirtschaftlich kostengünstige Optimierung stattfinden kann. Ferner weiß jeder, daß das sogenannte gegliederte System der sozialen Sicherheit in unserem Lande historisch gewachsen, über lange Zeit ausgewachsen, praktisch ausgereift ist, so daß strukturelle Veränderungen - will man nicht immer gleich das Ganze in Frage stellen - kaum anzubringen sind. Die Artikelgesetze anlässlich der Kostendämpfungsmaßnahmen im Haushaltsbegleitgesetz haben ja gezeigt, wohin eine derartige legislative Bastelei führt. Dem kraftvollen Schwung zu anderen, vielleicht besseren Ufern fehlt aber - so meine ich - bislang die durchschlagende allseits überzeugende Argumentationsbasis. Schließlich werden durch bloßes Herbeiträumen die Finanzkassen, von denen wir abhängig sind, leider nicht voller und vor allem die politischen Verteiler des großen Kuchens unserer Klientel, die es so schwer hat, zu Wort zu kommen, und mit der sich wahrlich keine Schlachten gewinnen lassen, nicht wohlgesonnener.

So oder so ähnlich sehen die faktischen Rahmenbedingungen aus, innerhalb derer wir etwas auf die Beine zu stellen uns bemühen. Bemühungen also, die darauf abzielen, in einer definierten Region - etwa in einem Landkreis oder in einer Stadt - Versorgung für psychisch Kranke und Behinderte zu etablieren, umzubauen, zu ergänzen, dürfen mit dem Blick auf die hier zur Rede stehende Herausforderung politischer Umsetzbarkeit weder utopische Züge annehmen noch sich an der Verteidigung des Notwendigen vorbeidrücken. Es erscheint sinnvoll, hierbei zunächst von den traditionellen Eckpfeilern der Versorgung auszugehen: Der Praxis des Allgemeinarztes, d. h. des Hausarztes und des Nervenarztes, sowie dem Bett im stationären Klinikbereich. Die Wanderbewegung der Kranken in einem solchen, der Realität allerdings nicht mehr entsprechenden Versorgungsfeld sind durch gegenseitige Überweisung charakterisiert. Eine Mängelanalyse dieser abgemagerten Versorgungssituation zeigt worauf es ankommt: Ein Teil der in die Krankenhäuser aufgenommenen Patienten entwickelt chronische oder zur Chronifizierung neigende Leidenszustände. Weiß man nicht, wohin mit ihnen, bleiben sie auf den Stationen und werden alsbald und auf Dauer zu unselbständigen, infantilisierten Bewohnern innerhalb der Schutzzone des Hospitals. Die unsäglichen, menschenunwürdigen Überfüllungen der Landeskrankenhäuser in den 60er Jahren waren im wesentlichen eine Folge derartiger Ansammlungen sozial desintegrierter chronisch Kranker und Behinderter. Auf der anderen Seite tauchen langfristig Psychosekranken, Suchtkranke, Behinderte, psychisch Alterskranke, Verhaltensgestörte, wie Dilling 1977 erneut nachgewiesen hat, in den Wartezimmern der Nervenärzte vergleichsweise nur relativ selten auf. Man bezeichnet dieses Phänomen auch als „Schwundproblematik“. Aus Entlassenen,

Rückfälligen, Neuerkrankten bildet sich so in unserem defizienten Versorgungskonstrukt eine Population ohne Behandlung, ohne jeden Halt, sozusagen zwischen Himmel und Erde schwebend. Dieses Faktum - und hierhin unterscheiden sich somatische von psychiatrischen Leidensgeschichten - hängt damit zusammen, daß sich psychisches Kranksein im weitesten Sinne, sowohl was die Entstehungsbedingungen als auch den langfristigen Verlauf angeht, dem Schwerpunkt nach im Medium sozialer Kommunikation abspielt. Wenn auch natürlich die Mehrzahl der einmal Erkrankten relativ rasch wieder gesund wird, bleibt doch eine beträchtliche Gruppe übrig, bei der neben dem ärztlich-medizinischen der soziale Aspekt - und das meint hier die Bewältigung der Anforderungen des Alltags, die Integration in Familie, Freundeskreis, Arbeits- und Wohnwelt - deutlich in den Vordergrund tritt. In unserem Schema kann weder die - ich möchte einmal sagen - „nackte“ Klinik, noch die Praxis des Nervenarztes das leisten, was auf dem beschriebenen Hintergrund notwendig ist und im heutigen Sprachgebrauch mit psychosozialer Betreuung bezeichnet wird. Verdeutlichend kann man auch von Vor- und Nachsorgeaktivitäten sprechen. Damit sind aufsuchend-nachgehende Hilfen gemeint, sowohl im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention, der Krisenintervention, der Beratung, als auch stabilisierender Maßnahmen auf Dauer einschließlich beruflicher Eingliederung. Angesichts dieses Kataloges wird die diesbezügliche strukturelle Leistungsbeschränkung der nervenärztlichen Praxis erkennbar: Der niedergelassene Arzt kann Patienten, die es offenkundig nötig haben, nicht immer aufsuchen, sie auch nicht routinemäßig einbestellen, geschweige denn ihnen unaufgefordert nachgehen. So bleibt er im Rahmen der Vor- und Nachsorge überwiegend auf die Kooperation mit anderen Aufgabenträgern angewiesen.

Bei dieser Sachlage ist es klar, daß im Aufbau eines Versorgungssystem neben die Praxis und den klinischen Kern ein Drittes zu treten hat. Ich bin der Ansicht, daß an dieser Stelle der Sozialpsychiatrische Dienst zu nennen ist. Er ist auf dem Felde der im kommunalen Bereich verankerten Sozialarbeit ein Spezialdienst. Der Sozialpsychiatrische Dienst tritt immer dann auf den Plan, wenn der allgemeine Sozialdienst, die niedergelassenen Ärzte oder sonstige an der Versorgung beteiligte Institutionen keine Hilfe anzubieten vermögen. Es kann hier nicht eine umfassende Aufgabenbeschreibung versucht werden. Der Schwerpunkt liegt in intervenierenden Aktivitäten bei akuten psychotischen und medizinischen Krisen, schweren psychosozialen Belastungs- und Konfliktsituationen auch im Zusammenhang mit der Einleitung einer stationären Behandlung, freilich unter Ausschöpfung aller ambulanten Möglichkeiten, die Einweisung vor allem auf gerichtlichem Wege zu vermeiden. Angehörige, Nachbarn, der Hausarzt werden einbezogen, mit dem behandelnden Nervenarzt kooperiert. Gleich wichtig sind die Vorbereitung der Entlassung bei stationärer Behandlung, die Weiterführung der Betreuung in der Nachsorge und das Erreichen der Therapiemotivation bei Kranken. Als unverzichtbar ist ferner anzusehen, daß Sozialpsychiatrische Dienste so etwas wie einen Notfalldienst rund um die Uhr, vor allem nachts, am Wochenende, feiertags unterhalten, der sich für die Bewältigung plötzlich auftretender kritischer Situationen vor Ort zur Verfügung hält.

Bezüglich der personellen Ausstattung kann man nach den vorliegenden Erfahrungen davon ausgehen, daß drei bis vier Mitarbeiter - in der Regel Sozialarbeiter und psychiatrisch versiertes Krankenpflegepersonal für jeweils ca. 100000 bis 120000 Einwohner benötigt werden. Die Einbeziehung von Fachpsychiatern in diesen Dienst halte ich aus ganz praktischen Gründen für unerläßlich. Wer soll sonst z. B. im akuten Krisenfall ärztlich zu verantwortende Entscheidungen treffen? Auch erscheint es mir sinnvoll, daß ärztliche Leiter von Sozialpsychiatrischen Diensten, wie das in Hannover offiziell der Fall ist, Behandlungserlaubnis erhalten. Daß diese eingeschränkt zu gelten hat, versteht sich von selbst: Die Struktur des Dienstes macht ohnehin ambulanzähnliche Entwicklungen unmöglich. Überall wo sich gut funktionierende Sozialpsychiatrische Dienste eingeführt haben, besteht meines Wissens ein problemfreies kooperatives Verhältnis zu den niedergelassenen Nervenärzten in der Region. Praxis und Sozialpsychiatrischer Dienst sind von ihren Aufgabenstellungen her nicht auf Konkurrenz, sondern auf gegenseitige Ergänzung angelegt.

Bislang ist der Sozialpsychiatrische Dienst als pure funktionelle Einheit beschrieben worden. Spätestens mit dem Versuch, die Frage nach seiner organisatorischen Anbindung, seiner Verankerung zu beantworten, schlägt die Variabilität der faktischen Verhältnisse und das Problem der Aufgabenkonvergenz durch, so daß komplexere Zusammenhänge ins Blickfeld geraten. Nach der allgemeinen Rezeption gemeindepsychiatrischen Gedankengutes und vor allem in Gefolge der Chance, die sich für die psychiatrischen Krankenhäuser über die Anwendung des § 368 n RVO ergab, sogenannte institutsambulanzen einzurichten, hat sich eine durchaus begrüßenswerte Tendenz ergeben, die Tätigkeit der Krankenhauseinrichtungen über die engen Grenzen des intramuralen Wirkens in die umgebende kommunale Landschaft zu erweitern. Die Gefahr einer Kollision von Aktivitäten, die das Krankenhaus etwa über den ambulanten Dienst extramural inszeniert, mit in der Gemeinde verankerten Sozialpsychiatrischen Diensten ist vor allem bei räumlich engem Bezug der Partner zueinander in Rechnung zu stellen. In die gleiche Richtung wirkt die langsam fortschreitende Regionalisierung der stationären bzw. teilstationären Versorgung durch den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken, der freilich noch lange nicht zu einem befriedigenden Abschluß gebracht werden konnte. Unter den gegenwärtigen derart im Fluß befindlichen Verhältnissen lassen sich eine Reihe von Varianten ausmachen: Das alte, heutigen Anforderungen nicht mehr entsprechende Außenfürsorgesystem der psychiatrischen Krankenhäuser wird aufgegeben oder eingeschränkt. Anstatt dessen schließt eine Klinik mit der Stadt, in welcher sie sich befindet, wie das z. B. in Mönchengladbach der Fall ist, einen Vertrag, aufgrund dessen die Klinik fachärztliche Man-Power dem Gesundheitsamt gegen Kostenerstattung zur Verfügung stellt. Klinik und Stadt betreiben so auf der Grundlage eines vereinbarten Aufgabenkataloges sozusagen gemeinsam den Sozialpsychiatrischen Dienst. Oder: Sozialpsychiatrische Dienste werden nach dem Beispiel der Stadt-Staaten so systematisch ausgebaut, daß diesbezügliche Bemühungen der Klinik stark zurücktreten können. Oder: Institutsambulanz eines Krankenhauses und Sozialpsychiatrischer Dienst in der gleichen Stadt treffen

Vereinbarungen über eine klare Aufgabenabgrenzung. Wie auch immer: Wichtig ist allein, daß erstens die *Funktion* des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Quantität und Qualität im zur Rede stehenden Versorgungsgebiet überhaupt wahrgenommen und zweitens diese Funktion nicht durch Gegen- und Doppelläufigkeiten bei der Aufgabenverteilung verzerrt wird.

Solange Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, welche zweifellos durch Vermeidung von Hospitalisierung sowohl die Kassenseite als auch die überörtlichen Sozialhilfeträger entlasten, nicht über Pflegesätze abrechenbar sind, werden diese Dienste wohl in der Regel von den Kommunen und Kommunalverbänden zu tragen sein. Im Prinzip ist natürlich auch eine freie Trägerschaft denkbar. Jedoch ergibt sich dann das Problem der Abspaltung weniger angenehmer kontrollierender und hoheitlicher Aufgaben, welche bei dieser Konstruktion gerne der Amtsseite überlassen bleiben. Eine derartige Trennung halte ich aber für bedenklich. Sie kann dazu führen, daß der Sozialpsychiatrische Dienst zu so etwas wie einer konventionellen Beratungsstelle degeneriert und das eigentlich im Mittelpunkt stehende Interventionsgeschäft verkümmert.

Mit der Integration einer regionalisierten stationären und teilstationären Versorgung einschließlich der Institutsambulanz, eines Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Praxen niedergelassener Ärzte in ein gemeindenahes System sich gegenseitig ergänzender Hilfeangebote wäre bereits der Grundstock - gelänge dies überall im Lande - für eine durchschlagende Anhebung des gesamten Versorgungsniveaus gelegt.

Erhebungen zeigen, daß mehr als zwei Drittel der Patienten, mit denen sich Sozialpsychiatrische Dienste befassen, ledig, verwitwet, geschieden sind, oder vom Partner getrennt allein leben. 90% verfügen über keine Vollzeitbeschäftigung, ein Großteil bezieht sein Einkommen aus Frührenten, Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe oder sonstigen Unterstützungszahlungen. Diesen Sachverhalt muß man sich vergegenwärtigen und bedenken, daß vor allem in Ballungsgebieten mit einer Anhäufung dieser isolierten und armseligen Population zu rechnen ist, die ja eben im Gegensatz zu früheren Zeiten nicht mehr oder nicht mehr in diesem Umfange die großen Chronikerareale der psychiatrischen Krankenhäuser bevölkert. Es ist daher konsequent, daß sich besonders im Rahmen des Modellprogramms sozusagen auf unterster Ebene ein Typ von Diensten etabliert und bewährt hat, für die sich in Anlehnung an das Begriffsarsenal des Enquete-Berichtes die Bezeichnung „Psychosoziale Kontaktstelle“ eingebürgert hat. Hierbei handelt es sich um völlig offene Einrichtungen mit sehr niedriger Zugangsschwelle, ohne großen Aufwand in einem Laden oder einer Wohnung placiert, in welcher sich Kranke, Behinderte zwanglos treffen können und ein tagesstrukturierendes Angebot mit Gesprächen, Gruppenaktivitäten, gemeinsamen Unternehmungen, Beschäftigungsmöglichkeiten und Beratung erhalten. Von hier aus führt der Weg einerseits zu den Patientenclubs, die unterschiedlich organisiert, nur zu bestimmten Zeiten in der Woche geöffnet sind, andererseits zur bislang nur punktuell erprobten Tagesstätte für psychisch Kranke und Behinderte, die täglich für eine geschlossene Patientengruppe ein festgelegtes Programm zur Verfügung stellt.

Spätestens an dieser Steife ist von Laienhelfern zu sprechen, denen nicht nur im klinischen Sektor, sondern gerade im Umkreis der Kontaktstellen und Clubs ja überhaupt in der kommunalen Szenerie eine besondere Bedeutung zukommt. Die Arbeit von Laienhelfern mit psychisch Kranken und Behinderten darf keineswegs lediglich unter Kostenersparnisgesichtspunkten betrachtet werden - die ersten Unternehmungen auf diesem Gebiet begannen Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre, zu einer Zeit also, in der Fragen der Finanzierung noch keine dominante Rolle spielten. Das Element der sogenannten Laienhilfe vertritt vielmehr in einer Art von Entprofessionalisierung kommunikative Unmittelbarkeit, die wir im Umgang mit psychisch Gestörten angesichts der therapeutischen und insbesondere beratenden Überflutung dringend benötigen, beinahe, möchte man sagen, um ein Stück unverstellter Menschlichkeit zu repräsentieren. Immer wieder zeigt sich, daß es eines besonderen Talentes bedarf, Laienhilfe in der Gemeinde zu initiieren. Ist aber der Zündfunke einmal übergesprungen, bleiben die Gruppen in ihrer Arbeit nach aller Erfahrung sehr stabil.

Das von mir bislang grob umrissene Szenario gemeindepsychiatrischer Versorgung befaßte sich in erste Linie mit den Funktionen des Erkennens psychischen Gestörtseins, mit dem Reagieren darauf, also der Ratsuche und dem Hilfeangebot, mit dem diagnostizierenden Benennen, der richtigen Zuweisung der so Diagnostizierten an die richtige Institution, dem therapeutischen Eingriff und dem begleitenden Beraten. Chronisch psychisch Kranke und Behinderte, die meist über lange Zeit aus den sozialen Bezügen gefallen sind, durchlaufen dieses funktionale Netz häufig in wechselnden Abläufen und Konstellationen immer wieder, bleiben sozusagen in ihm hängen. Dies mag gerade bei dieser Population unerträglich werden und auch letztlich schädigend wirken, wenn ganz schlichte Grundbedingungen für ein menschenwürdiges Leben auf Dauer unerfüllt bleiben: Arbeit, die ein Stück Unabhängigkeit ermöglicht - oder wenigstens sinngebende Beschäftigung, und Wohnen, in dem sich private Eigenständigkeit verwirklichen kann. Derartige Prozesse der Wiederherstellung werden in der Nomenklatur unserer Sozialgesetzgebung bekanntlich unter dem Begriff Rehabilitation subsumiert. Rehabilitative Bemühungen liegen gleichsam quer zu allem bislang Gesagten. In jedem Versorgungsfeld, bei jedem einzelnen Fall, lassen sich je nach der Sichtweite rehabilitative Anstrengungen festmachen. Immer handelt es sich um Varianten trainierender Maßnahmen, ob nun vergleichsweise das Gehen mit einer Prothese eingeübt oder die Befähigung einzukaufen, mit Geld umzugehen, in einer Wohnung allein oder mit anderen zu leben, den früheren oder einen anderen Beruf auszuüben gewonnen oder wiedergewonnen werden soll. Mit viel größerem Interesse, denke ich, und mehr Phantasie sollte man sich in den Versorgungsregionen dem Aufbau des rehabilitativ-trainierenden Instrumentariums annehmen. Das Thema Arbeit ist unter den gegenwärtigen Bedingungen für die hier zur Rede stehende Klientel nicht mehr mit der linken Hand zu erledigen. Es bedarf ausgesprochener Spezialisten, die nicht nur den Arbeitsmarkt kennen, sondern persönlich durchdringen - möglicherweise als begehender Psychosozialer Dienst über die Ausgleichsabgabe finanziert. Konventionelle Werkstätten für Behinderte sind in der Regel für psychisch Kranke, die ja kein intellektuelles Defizit mitbringen,

aber ein höheres Maß von Zuwendung benötigen, ungeeignet. Gebraucht werden kleinere, spezifisch zugeschnittene Trainingszentren, die man organisatorisch mit einer Werkstatt für Behinderte als Abteilung oder Dependence verbinden kann. Zu entwickeln sind ferner beschützte Arbeitsplätze in geeigneten Betrieben. Trotz aller bekannter Schwierigkeiten sollte der Aufbau kleiner eigenständiger Firmen, in denen psychisch Behinderte arbeiten und dadurch von der Sozialhilfe unabhängig werden, unbedingt fortgesetzt werden. Und schließlich scheinen sich Typen von Übergangseinrichtungen oder -heimen herauszukristallisieren, die im Anschluß an den stationären Aufenthalt unmittelbar rehabilitative Maßnahmen anbieten. Auch die sehr beliebt gewordenen therapeutischen Wohngemeinschaften sind ein geeignetes Mittel, Verselbständigung und Stabilisierung psychisch Gestörter zu fördern. Wer allerdings den jeweils variabel zu haltenden Betreuungsaufwand leisten soll, ist nicht bundeseinheitlich geklärt. Einige plädieren dafür, die Betreuung den Sozialpsychiatrischen Diensten zuzuweisen, andere betreuen Wohngemeinschaften von den Kliniken aus, oder aus der Zuständigkeit der freien Träger. Eine Kostenteilung zur Finanzierung des Personals zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger scheint sich allmählich durchzusetzen.

Ich brauche nicht zu erwähnen, daß es Wohnangebote für langfristige, schließlich überwiegend soziale Rehabilitation in Kombination mit Tagesstätten und Arbeits- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten auch zukünftig in den Gemeinden wird geben müssen.

Wer zu einer vernünftigen Beurteilung dessen kommen will, was in einer Versorgungsregion notwendig ist und in welcher Richtung die Entwicklungstendenzen zu fördern wären, wird sich befeißigen müssen, funktionell zu denken und nicht additiv einfach Institutionen aufeinander zu häufen. Der funktionale Zusammenhang zwischen diagnostizierendem Benennen, sachgerechtem Zuweisen, behandelndem Eingreifen, rehabilitierendem Wiederherstellen und betreuendem Begleiten legt ein Verbundsystem nahe, in welchem die institutionellen Bausteine sich variabel zu einem kooperativ verknüpften Ganzen ergänzen. Organisatorisch bedeutet dies über die vielerorts bewährte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hinaus die Schaffung einfacher, transparenter, flexible Zusammenarbeit erleichternder Trägerverhältnisse. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß ein regional verödeter freier Trägerverein, vor allem wenn er personell mit der örtlich zuständigen Administration und dem klinischen Part verflochten ist, effektivere Versorgungsleistungen bringen kann, als wenn man die Entwicklung einer zersplitterten Vielfalt verschiedener Träger, die nicht selten in Konkurrenz zueinander treten, überläßt.

Der Versuch, Ihnen das fachliche Szenario einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in etwa zu vermitteln, ist ganz sicher unvollkommen geblieben. Mehr als ein Grundmuster ließ sich in diesem Rahmen nicht bewerkstelligen. Insbesondere mußten die Spezialitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie und Suchtkrankenbehandlung in ihren Besonderheiten draußen vor bleiben.

Die Erfordernisse einer gemeindenahen Psychiatrie aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen

£ Pommerin

Meine Aufgabe lautet, Ihnen die Erfordernisse einer gemeindenahen Psychiatrie, deren wesentliche Bausteine Herr Kulenkampff eben erläutert hat, aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen darzustellen. Zunächst zu meiner persönlichen Betroffenheit:

- Ich bin Vater eines seit mehreren Jahren seelisch erkrankten Sohnes, der nach wiederholten Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken immer wieder bei uns zu Hause lebte und jetzt, nach zweijährigem Aufenthalt in einem Übergangsheim, in einer Wohngemeinschaft in Bonn den Versuch des Selbständigwerdens unternimmt.
- ich bin Vorsitzender des Bonner Vereins „Hilfe für psychisch Kranke e. V.“, einer Aktionsgemeinschaft von Angehörigen seelisch Erkrankter und Behinderter, die einerseits versuchen, sich selbst zu helfen durch gegenseitige Unterstützung und Beratung, andererseits aber auch durch Einflußnahme auf die Kommunalpolitik versuchen, dazu beizutragen, daß vorhandene Versorgungslücken geschlossen werden, die es auch hier in der Bundeshauptstadt gibt.
- Schließlich bin ich Sprecher der Angehörigenvereine, die sich im Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen zusammengeschlossen haben, und von dieser Plattform aus einen Bundesverband der Familien seelisch Erkrankter und Behinderter als Interessen- und Selbsthilfeorganisation aufgebaut haben.

Schon im letzten Jahr hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE bei einer Tagung in Offenbach einem Angehörigen Gehör verschafft, nämlich dem Bürgermeister eines Nachbarortes von Offenbach. Ich begrüße es sehr, daß die AKTION diese Tradition fortsetzt. Wir Angehörigen meinen, daß ohne unmittelbaren Dialog mit den betroffenen Familien die bedarfsgerechte Planung nicht zu leisten ist, die in der Psychiatrie-Enquete immer wieder beschworen wird. Wenn sich Planung und Praxis psychiatrischer Versorgung nicht primär an den Familien, also ihren erkrankten *und* gesunden Mitgliedern orientiert, läuft sie an der Sache vorbei. Ich erinnere daran, daß England, das Mutterland der Gemeindepsychiatrie, die Integration der Versorgung in die Kommunen vor allem deshalb einige Jahrzehnte früher als wir beschlossen hat, weil damit die fachlich als notwendig erkannte Zusammenarbeit zwischen dem gesamten sozialen Netzwerk für den Patienten *und* der Familie ermöglicht wurde. Hierzulande geht dieser Familienbezug der Gemeindepsychiatrie vielfach verloren. Gründe dafür: die Diskussion um die richtige Größe von Standardversorgungsgebieten, die optimale Entfernung zum nächsten Krankenhaus, Verwaltungsgrenzen etc. Dies alles ist wichtig, führt aber nicht automatisch zu einer bedarfsgerechten Versorgung. Wir haben heute in der Bundesrepublik landauf-landab Regionen, in denen es eine Fülle von stationären,

teilstationären und ambulanten Diensten und Einrichtungen für seelisch Erkrankte und Behinderte gibt. Diese Versorgungsangebote sind zwar räumlich gemeindenah, von der Funktion her aber arbeiten sie vielfach nicht gemeindenah. Sie arbeiten nur in wenigen Ausnahmefällen mit den Familien und ihrem Bezugsfeld, der Nachbarschaft im Wohnviertel, zusammen.

Wenn also die Fülle der Dienste, die die Psychiatrie-Enquete vorgeschlagen hat, einen Sinn bekommen, mit Leben erfüllt werden soll, dann ist eine Orientierung an den Bedürfnissen der Familien erforderlich. Ich gestehe Ihnen - den Politikern und Verwaltungsfachleuten - gern zu, daß es für Sie sehr schwierig ist herauszufinden, ob es ausreichend Angebote gibt, und ob diese Angebote familiengerecht arbeiten.

Bevor ich skizziere, welche Erfordernisse gemeindenahe Versorgungssysteme aus der Sicht der Familien und damit auch aus der Sicht der Betroffenen zu erfüllen hätten, möchte ich einige Bemerkungen über das mangelnde Problembewußtsein machen, das in der Kommunalpolitik in bezug auf das Thema „Psychiatrie“ notgedrungen herrscht. Es ist ein Faktum, daß sich unsere Kommunen weitgehend nicht für psychisch Kranke und Behinderte verantwortlich fühlen, weil sie die Kompetenz dafür auf überörtliche Körperschaften übertragen haben: Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände, Träger überregionaler Großkrankenhäuser etc. Das führt zu einer kuriosen Situation: In den Städten, in denen am wenigsten für die psychisch Kranken getan wird, gibt es scheinbar auch die größte Zufriedenheit. Die Kranken werden in viele Kilometer weit entfernte Landeskrankenhäuser gebracht, Wohnungen werden hinter ihrem Rücken mit Hilfe der Kommunalbehörden aufgelöst. Wenn es sich um chronifizierte Prozesse handelt, werden die Kranken vom Krankenhaus in weit entfernte Pflegeheime „verschubt“, wie dieser Vorgang heute noch in der Amtssprache lautet. Dies alles geschieht ohne Wissen der zuständigen Kommunalpolitiker und auch meist, ohne daß jemand dagegen seine Stimme erhebt. Erst wenn schließlich in einer solchen Stadt der erste Baustein für eine gemeindenahe Versorgung gelegt worden ist, regt sich Kritik, weil schnell deutlich wird, wie unzureichend dieser erste Baustein allein ist. Mit dem Angebot wächst also kritisches Bewußtsein. Dies führt vielerorts dazu, daß die Kommunalpolitiker, die sich für den ersten Baustein stark gemacht haben, zurückschrecken, weil sie statt Dankbarkeit nur Kritik ernten. Die Enttäuschung darüber kann ich zwar verstehen, aber nicht billigen: Wenn Sie ein neues Gymnasium in Ihrer Stadt planen und außer der Hausmeisterwohnung und der Sexta keine weiteren Angebote machen, werden Sie auch schnell Ärger mit den Eltern bekommen. So bruchstückhaft wie dieses konstruierte Beispiel aber ist in den meisten Städten das psychiatrische Angebot.

In Kreisen, Städten und Gemeinden, in denen sich noch gar nichts tut, sollten sich die Kommunalpolitiker und Verwaltungsleute die Mühe machen, selbst einmal Daten und Fakten über die Notlage ihrer psychisch kranken und behinderten Mitbürger zu erheben. Dazu einige Hinweise:

1. Vom zuständigen Landeskrankenhaus können Sie sich darüber informieren lassen, wieviele Bürger aus Ihrer Stadt dort im Laufe eines Jahres Aufnahme

finden und wieviele wieder wohin entlassen werden, nach Hause (also in die Familien, und dies sind die meisten), in Pflegeheime, in Übergangwohnheime, in Wohngemeinschaften. Sie können bei dieser Gelegenheit auch nachfragen, wieviel Prozent der Patientin freiwillig, also ohne Gerichtsbeschluss, eingewiesen wurden. Liegt die Rate der Zwangseingewiesenen über 20% - und dies ist leider sehr häufig -, so ist dies ein deutlicher Hinweis auf Mängel in der Basisversorgung Ihrer Kommune. Regionen, die einigermaßen ordentlich versorgt sind, wie Mönchengladbach oder auch Offenbach, haben eine Zwangseinweisungsrate von ca. 5%. Dies nicht, weil die Kranken dort „vernünftiger“ sind, sondern weil es im Vorfeld der Krankenhäuser ambulante Dienste gibt, die die Betroffenen motivieren und weil - dies kommt hinzu - die Kranken selbst Vertrauen zu dem Krankenhaus gefaßt haben, also eher freiwillig hineingehen,

2. Sie können im Allgemeinkrankenhaus Ihrer Kommune den Internisten fragen, wieviele Patienten nach Selbstmordversuchen jährlich in seinem Hause Aufnahme finden und ob ein psychiatrischer Konsiliardienst für diese Menschen vorhanden ist. Sie können bei dieser Gelegenheit auch gleichzeitig nach der Zahl der Alkoholkranken fragen, die in der Regel ja auch auf internistischen Stationen aufgenommen und versorgt werden.

3. Sehr ergiebig dürfte es sein, wenn Sie beim Sozialamt, etwa in der Familienfürsorge, nachforschen lassen, wieviel Prozent der Sozialhilfeempfänger schon Berührung mit der Psychiatrie hatten. Die gleiche Recherche kann man bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt im Hinblick auf Frührenten wegen seelischer Leiden anstellen. Wie Sie vielleicht wissen, ist die Rate von Frühinvaliden in diesen Fällen überproportional.

4. Sie können bei den Familiengerichten nachfragen, für wieviele Bürger Vormundschaften oder Pfllegschaften wegen psychiatrischer Leiden eingerichtet wurden.

5. Sie können mit Sozialstationen und Altenheimen in Ihrer Region sprechen und sich erkundigen, wieviele Altersverwirrte dort jährlich in psychiatrische Einrichtungen überwiesen werden müssen, weil man dort - vielleicht mangels fachlicher Beratung durch kompetente Fachärzte und psychiatrische Dienste - sich nicht anders zu helfen weiß,

6. Sie können bei Polizei, Ordnungsamt, Feuerwehr, Gesundheitsamt und Allgemeinkrankenhaus fragen, wieviel Notfälle es nachts, an Wochenenden und nach Feierabend gibt und wie hoch der Anteil psychiatrischer Fälle daran ist. Fragen Sie bei dieser Gelegenheit gleich, wie mit psychisch Kranken verfahren wird. So wurden noch bis vor kurzem in einer großen nordrhein-westfälischen Stadt vom Gesundheitsamt Sammeltransporte (sehr ähnlich Gefangenentransporten) zusammengestellt, um die Patienten dann en bloc zum 120 Kilometer entfernten Landeskrankenhaus zu bringen.

Wenn Sie diese Recherchen angestellt haben, dann haben Sie zumindest eine Anschauung von der Größenordnung des Problems in Ihrer Gemeinde erhalten. Schwerer wird es schon sein, aus diesen Zahlen Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung zu ziehen. Doch setzen Sie mit derartigen Recherchen einen Diskus-

sionsprozeß in Gang, der sicher automatisch eine Bewertung und auch eine politische Diskussion nach sich ziehen dürfte.

Ich komme nun zur Kernfrage dieses Referates: Zu den Erfordernissen aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Was ich dabei vortrage, beruht auf persönlichen Erlebnissen, auf Erfahrungen unseres Bonner Vereins, vor allen Dingen aber auf einer Auswertung der Erfahrungen von ca. 40 uns bekannten Angehörigengruppen und -Vereinigungen in allen Teilen der Bundesrepublik. Wir haben in den letzten drei Jahren vier bundesweite Tagungen mit Vertretern von Angehörigeninitiativen durchgeführt. Landauf- landab ist man sich in der Beurteilung der Situation einig. Dabei mag es für Sie interessant sein, daß die Defizite, die den nachfolgend geschilderten Forderungen der Familien zugrunde liegen, im Prinzip überall gleich sind: Sie sind in gut versorgten Gebieten wie Bremen oder München genauso anzutreffen wie in nur spärlich versorgten Gebieten, wie etwa in Schleswig-Holstein oder manchen ländlichen Räumen.

Wichtig für die Beurteilung der nachfolgenden Forderungen mag für Sie auch noch die Tatsache sein, daß die Familien, die sich zusammenschließen, allesamt das Konzept einer gemeindenahen Versorgung, wie es die Enquete vorgezeichnet hat, rückhaltlos bejahen. Es handelt sich hier nicht - wie etwa in Italien - um eine Protestbewegung gegen eine Reform, sondern für die Durchsetzung einer solchen, die bisher leider nur halbherzig betrieben wurde.

Die Familien, die sich zusammenschließen, haben zu 80% als schizophrene bezeichnete Kranke, die restlichen 20% verteilen sich auf manisch-depressive Psychosen und schwere Neurosen. Die Patienten sind meist zwischen 18 und Mitte 40. Sie zählen zu dem Personenkreis, den Experten als „die neuen Chronischen“ bezeichnen: Es sind Menschen, die über viele Jahre hinweg immer wieder in schwere Krisen geraten, die stationäre Aufenthalte erforderlich machen. Menschen, die dadurch entweder den Einstieg in ein Erwerbsleben gar nicht erst finden, oder aber aus dem gerade begonnenen Berufsleben herausgeworfen werden.

Die Familien, die sich zusammenschließen und für die ich hier spreche, zählen zu denen, die aus der Sicht der psychiatrischen Institutionen so intakt sind, daß man die Patienten hinterher zu ihnen nach Hause entläßt. Es sind also nicht die Familien, deren Angehörige so ohne weiteres in Heime verlegt werden. Wer einmal in einer solchen Angehörigengruppe gesessen hat, kann sich ein Bild davon machen, wie falsch das Vorurteil ist, daß Familien sich ihrer Kranken entledigen wollen.

Jahrelange verzweifelte Bemühungen, es immer wieder zu versuchen, die nicht aufgehörende Suche nach neuen Rehabilitationsangeboten und Hilfen kennzeichnen den Alltag dieser Familien. Sie sehen sich dabei einem Versorgungssystem gegenüber, das entweder kaum zu identifizieren ist, weil es keine Dienste gibt, die sich zuständig fühlen, oder welches nicht zu durchschauen ist, weil es eine Fülle von Angeboten bietet, die sich aber nur für Teilaspekte des komplexen Problems zuständig fühlen.

Aus der Sicht der Familien läuft etwas grundsätzlich schief bei der Art, wie in der Bundesrepublik gemeindenaher Psychiatrie entwickelt wird. Der größte Mangel, aus der Erfahrung der Familien, besteht in folgendem: Wenn sie sich bereit finden, ihre Kranken nach der ja immer kürzer werdenden stationären Behandlung wieder zu Hause aufzunehmen, gibt es keine familienentlastenden Hilfen!

Derartige familienentlastende Hilfen müßten folgendes bieten:

1. Einen Rund-um-die-Uhr-Notfalldienst, den sie anrufen können, wenn sich zu Hause die nächste Katastrophe anbahnt. Ein solcher Notfalldienst ist jedoch nur funktionsfähig, wenn er außer dem Kriterium der ständigen Dienstbereitschaft noch folgende Anforderungen erfüllt:

a) Er muß über ein oder mehrere Krisenbetten verfügen, um den Kranken zur Entlastung der häuslichen Situation aus dem überreizten Milieu herausnehmen zu können (und sei es nur für wenige Tage). Es gibt in der Bundesrepublik einige komplementäre Einrichtungen, z. B. Übergangseinrichtungen, die derartige Krisenbetten mit Erfolg anbieten - man braucht dazu nicht immer gleich ein ganzes Krankenhaus.

b) Der Dienst muß ein überschaubares Gebiet verbindlich versorgen, d. h. er muß verpflichtet worden sein, in einem geographisch definierten Gebiet bestimmte Problemgruppen und deren Familien zu unterstützen. Durch eine solche Arbeitsweise wird er im Laufe der Jahre seine „Gemeinde“ so gut kennenlernen, daß er bei Kriseneinsätzen abschätzen kann, wie z. B. die Tragfähigkeit der Familie, ihres Umfeldes, der Nachbarschaft ist. Nur wenn der Mitarbeiter eines solchen Dienstes alle diese Aspekte berücksichtigen kann, kann er kompetent entscheiden, in welcher Form zu helfen ist: Ob durch ambulante Beratung, Entsendung einer häuslichen Krankenpflegerin oder ob durch eine vorübergehende Einweisung, um nur einige Interventionsmöglichkeiten zu nennen.

c) Ein solcher Dienst kann nicht auf den Schultern einer einzelnen Person beruhen, sondern er muß von mehreren Mitarbeitern, möglichst verschiedener Disziplinen, die sich fachlich und menschlich ergänzen, betrieben werden: Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal etc.

Für uns Angehörige ist es unwesentlich, wer Träger eines solchen Dienstes ist. Ob es ein niedergelassener Nervenarzt ist, der sich ein solches Hilfssystem aufbaut, ob es ein Träger der freien Wohlfahrtspflege ist, ob es eine stadtnahe psychiatrische Klinik ist oder ein staatliches oder kommunales Gesundheitsamt. Wir wissen, daß um diese Fragen im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie im Augenblick heiße Diskussionen geführt werden. Wir denken aber, diese Diskussionen gehen an den Interessen der Betroffenen vorbei. Uns Familien interessiert nicht der ideologische Streit um privatwirtschaftliche, freigemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Trägerschaften, der für die je unterschiedlich eingestellten Gesundheitspolitiker in CDU- oder SPD-Ländern sehr wichtig sein mag. Uns interessiert nur, ob es in der Gemeinde Institutionen gibt, die einen Dienst mit der oben genannten Arbeitsweise auf die Beine stellen. Und wenn dieser Dienst

dann arbeitet, dann interessiert uns, ob dieser Dienst sich nur ein Türschild namens „Notfalldienst“ anhängt, oder ob er tatsächlich nachprüfbar zu dieser Verpflichtung steht.

Wir möchten bei dieser Gelegenheit zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung und zum Modellprogramm des Landes Baden-Württemberg nur dieses sagen: Wir begrüßen es, daß der Bund und das Land Baden-Württemberg derartige Modellversuche machen. Wir messen den Erfolg der dort erprobten Dienste jedoch nicht am Durchlauf von Patienten, also einer sehr vordergründigen Effizienz, sondern daran, ob sie den seelisch Langzeitkranken, also den „neuen“ und den „alten Chronischen“ und deren Familien nachweisbar Hilfe leisten. Wenn diese Dienste, wie es sich etwa in Bremen und in Stuttgart abzeichnet, sich nicht dazu in der Lage sehen, den von uns geforderten Notfalldienst auf die Beine zu stellen, dann ist das für uns der Beweis dafür, daß diese Dienste an den Bedürfnissen der Familien und der psychisch Langzeitkranken weitgehend vorbeiarbeiten. Man wird uns Angehörige nicht dafür gewinnen können, uns für die Weiterfinanzierung derartiger Projekte politisch einzusetzen, wenn die Träger uns nicht verbindlich erklären, daß sie bei einem Weiterarbeiten der Dienste, für die sie ja Steuer- bzw. Krankenversicherungsgelder beanspruchen, die hier skizzierte Notfallversorgung verbindlich in ihr Angebot aufnehmen.

2. Wichtig für die Stärkung der Familien und ihrer kranken und behinderten Mitglieder ist das Schaffen von Tagesangeboten. Es gibt einen erheblichen Teil psychiatrischer Patienten, die zwar in Wohngemeinschaften, Heimen, Übergangseinrichtungen oder auch zu Hause leben können, die aber nicht, nicht mehr oder noch nicht wieder erwerbsfähig sind. Aus den genannten Gründen brauchen sie dringend Angebote zur sinnvollen Beschäftigung, zur Freizeitgestaltung und zur Pflege von Kontakten. Es sind daher Kontaktzentren, Clubs, Tagesstätten, Begegnungszentren und dergleichen mehr in den Gemeinden zu schaffen. In England gibt es ca. 150 derartiger Tageszentren, die von den Kommunen finanziert werden, und weitere 150 Tageskliniken, die die Gesundheitsbehörde finanziert. Diese Art von Tagesangeboten wurde dort zu Recht als Basis der gemeindenahen Psychiatrie erkannt. In der Bundesrepublik - bei etwa gleich großer Einwohnerzahl - gibt es vielleicht ein Dutzend vergleichbarer Tagesstätten. Hier herrscht ein Mangel, der nur mit Hilfe der Kommunen behoben werden kann.

Wird in dieser Beziehung etwas geschaffen, hilft man nicht nur den Betroffenen selbst, sondern vor allen Dingen auch den anderen Familienmitgliedern, die tagsüber der Sorge enthoben sind, ihr krankes Familienmitglied betreuen zu müssen. Es ist nicht selten, daß ein Familienmitglied, hier besonders die Mutter, den Beruf aufgeben muß oder wegen Überforderung verliert, weil die Tagesbetreuung eines Erkrankten so schwer belastet, daß den beruflichen Anforderungen nicht mehr nachgekommen werden kann. Diese Opfer sind nicht hinnehmbar.

3. Die Familien fordern, daß sie im Gesundheits- und Sozialausschuß, im Behindertenbeirat, in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und anderen kommunalen Gremien gehört werden, bevor psychiatrische Dienste geplant und finanziert werden. Nach unseren Beobachtungen gibt es augenblicklich eine wenig sachge-

rechte Allianz der Träger der freien Wohlfahrtspflege, die sich regional mit den für die Finanzierung verantwortlichen Behörden und Stellen zu sogenannten Ligen der freien Wohlfahrtspflege zusammenschließen. Wir müssen bei allem Respekt vor den Leistungen und dem Engagement der freien Träger der Wohlfahrtspflege feststellen, daß diese sich dabei nicht nur an den Interessen der Betroffenen orientieren, sondern vielfach diejenigen der Träger als gewichtiger erscheinen lassen. So ist es kaum möglich, auf kommunaler Ebene verbindliche Arbeitsabsprachen der freien Träger herbeizuführen, um bestehende Versorgungslücken zu schließen und Doppelangebote auszuschließen. Freiheit schlägt hier in Beliebigkeit und Unverantwortlichkeit um. Es ist ein offenes Geheimnis, daß ausgerechnet die Dienste, die für die bereits in der Psychiatrie-Enquete skizzierten Problemgruppen der Psychiatrie vorhanden sein müßten, nur selten geschaffen werden. Es sind dieses die Dienste, die Mitarbeiter und Träger schwerer fordern als die üblichen Beratungsstellen. Man hat es hier häufig mit als unsympathisch und störend empfundenen Mitmenschen zu tun, mit Zeitgenossen (voller Angst), die nicht in die Praxis kommen, denen man immer wieder nachsteigen muß, die einem, wenn man schon einen Hausbesuch macht, mehrmals die Tür vor der Nase zuschlagen, bis sie ihr Mißtrauen endlich überwunden haben und wenigstens einen Türspalt öffnen, mit Menschen, die auf die herkömmliche Beratungs- und Therapiemethoden nicht ansprechen, mit Menschen, die mehr brauchen als nur Gespräche, nämlich lebensbegleitende Hilfen. Es sind dies:

- Psychose- und Neurosekrankte, die von Chronifizierung bedroht oder betroffen sind, meist waren sie bereits mehrfach in Landeskrankenhäusern,
- alte Menschen in psychischen Krisen,
- chronisch Suchtkranke, für die das ganze Beratungsstellen- und Kurkliniksystem nicht greift.

Wenn Sie als Kommunalpolitiker die Familien der Betroffenen hören, bevor Sie Entscheidungen treffen, haben Sie zumindest die Chance, vor der Vergabe von Mitteln entsprechende Auflagen an die Mittelempfänger zu machen. Sind die Dienste erst einmal installiert, ist es erfahrungsgemäß nahezu unmöglich, erstens festzustellen, ob sie bedarfsgerecht arbeiten, und zweitens eine Korrektur herbeizuführen.

Die Bundeshauptstadt Bonn mag Ihnen für das, was ich hier zu skizzieren versuchte, ein Beispiel sein. In Bonn gibt es eine Universitäts-Nervenklinik mit Ambulanz, ein mitten in der Gemeinde gelegenes modernisiertes Landeskrankenhaus (jetzt Landesklinik genannt) mit Institutsambulanz, mehreren Laienhelferinitiativen und psychosozialen Hilfsvereinen die eine ganze Menge an komplementären Einrichtungen (Tagesstätten, Wohngemeinschaften, Übergangsheimen, Dauerwohnheim etc.) betreiben. Es gibt auch einen kleinen sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt und in der Stadtverwaltung jetzt sogar einen Mitarbeiter, der sich speziell um die beruflichen Probleme psychisch Kranker kümmern soll. Der Angehörigenverein arbeitet in der Behindertengemeinschaft mit anderen Behindertengruppen zusammen. Es gibt in allen Diensten und Einrichtungen mutige und kompetente Mitarbeiter; wir Angehörige halten - wie ich denke, mit

Erfolg - Kontakt zu den meisten. Bis heute ist es gelungen, uns nicht im Konkurrenzkampf der Dienst zermürben zu lassen oder Konfrontationen herbeizuführen.

Wir haben als Angehörigenverein in Selbsthilfe Praktikumsplätze vorwiegend in Behörden und in der freien Wirtschaft für arbeitslose psychisch Erkrankte geschaffen. Wir haben zunehmend gute Kontakte zur Stadtverwaltung und zu den Kommunalpolitikern. Wir haben einen Angehörigenverein, der so stabil ist, daß er neu hinzukommende verzweifelte Angehörige stützen und aufnehmen kann. Kurzum: In Bonn ist sicher vieles besser als in anderen Teilen der Bundesrepublik. Dennoch: Einen verbindlich geregelten und zuverlässig arbeitenden Rund-um-die-Uhr-Notfalldienst, wie ich ihn oben als unentbehrlich für eine gemeindenaher Versorgung beschrieben habe, gibt es auch hier nicht. Die Folge: Die meisten Familien fühlen sich alleingelassen, obwohl es doch so viele hilfreiche Hände und Geister in dieser Stadt gibt. Ferner fehlt hier seit Jahren jegliches Angebot der beruflichen Förderung!

Ich komme zum Schluß: Wir Familien der Betroffenen können Ihnen als kommunal Verantwortlichen nur sagen, wo wir Lücken sehen und wie wir uns die Schließung dieser Lücken denken. Dahinter stehen komplexe rechtliche Probleme, Zuständigkeitsfragen, der Streit um die Subsidiarität etc. Dies zu lösen überschreitet unsere Kompetenz. Wir möchten Ihnen heute hierzu nur sagen:

- Wir machen Sie als Kommunalvertreter verantwortlich auch für das Wohl Ihrer psychisch kranken Mitbürger und deren Familien.
- Wir machen Sie verantwortlich für die Klärung der ungelösten Fragen. Wir haben dabei große Erwartungen und denken, daß diese nicht überhöht sind. Die kommunale Selbstverwaltung hat sicher schon schwierigere Probleme in den letzten Jahren zu lösen gewußt - in Verkehr, Stadtsanierung, Schulentwicklung, Jugendhilfe etc.

Wir wollen aber auch uns selbst in die Pflicht nehmen, indem wir mehr Familien befähigen wollen, sich selbst zu helfen. Diese Selbsthilfe kann aber nur auf der Basis einer bedarfsgerechten Grundversorgung gedeihen, sie kann eine solche nicht ersetzen.

- Wir wollen Sie in den Rathäusern schließlich nicht nur in die Pflicht nehmen, sondern wir wollen Ihnen auch bei der Lösung konstruktiv zur Seite stehen: ohne Ideologien, ohne parteipolitische Schlagseiten, ohne überzogene Versorgungsansprüche - aber mit der Entschiedenheit der Verzweifelten, die erkannt haben, daß sie sich zusammenschließen müssen, um ihre Rechte endlich durchzusetzen.

Mitte 1985 werden zehn Jahre vergangen sein, daß Herr Professor Kulenkampff und die anderen Sachverständigen den politisch Verantwortlichen die von Ihnen bestellte Psychiatrie-Enquete überreicht haben. Es dürfen nicht noch einmal zehn Jahre vergehen, ohne daß wirklich etwas geschieht!

Podiumsdiskussion

(gekürzte Fassung)

Moderation: H. Martini

Pommerin: Herr Dr. Thieringer hat leider den Saal schon verlassen. Ich wollte ihm ein bißchen der Sorge nehmen, die in seiner Einlassung zum Ausdruck kam. Wir Angehörige hauen nicht auf die Kommunen ein, wir suchen nicht nach einem schwachen Glied in einer Kette, sondern wir bieten konstruktive Mitarbeit an. Wenn wir allerdings spüren, daß sich Mauern auftun, über die man einfach nicht mehr hinwegsehen kann, wo Interesselosigkeit oder Eigenbrötlerei herrschen, dann meinen wir schon, etwas mehr als nur reden zu müssen. Wir Angehörigen haben ein sehr feines Gespür dafür, was sich machen läßt und was nicht machbar ist. Aber aus dem Wort „gemeindenah“ läßt sich doch eine ganz bestimmte Verantwortung zuordnen, und die sollten die Kommunen auch auf sich nehmen, ohne daß sie von anderen erst noch dazu gedrängt werden müssen.

Crefeld: Ein funktionabler sozialpsychiatrischer Dienst muß eigentlich einen Sieben-Tage-Dienst anbieten. Je stärker sich Angehörige artikulieren, desto deutlicher wird eine solche Forderung in den Mittelpunkt rücken. Wie aber wollen wir einen solchen Sieben-Tage-Dienst in einem sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt eigentlich realisieren? Das führt auf ganz grundlegende strukturelle Fragen. Es ist wohl kaum realistisch zu glauben, daß man in dem dafür notwendigen Umfang den kommunalen Haushalt aufstocken wird. Realisierbar ist ein solcher Sieben-Tage-Dienst nur in der Form, daß man andere ambulante und vielleicht auch komplementäre Aufgaben bündelt und der daraus entstehende Dienst eine größere Leistungsfähigkeit gewinnt; dann und nur dann kann der zusätzliche Ausstattungsbedarf für einen Bereitschaftsdienst sich in realistischen Grenzen bewegen. Ein Beispiel dafür wäre der ambulante Dienst in Solingen, der einen solchen Dienst, trotz relativ geringer kommunaler Zuschüsse, ja bereits realisiert. Er könnte dann sowohl Aufgaben wahrnehmen, die als Leistungen der ambulanten Pflege nach §185 RVO, als auch solche, die als Leistungen nach §§ 68, 69 BSHG, „Hilfe zur Pflege“, vielleicht auch nach § 39 BSHG, „ambulante Eingliederungshilfe“, finanziert werden könnten. Das hätte aber zur Konsequenz, daß ein solcher Dienst nach betriebswirtschaftlichen und nicht mehr nach kameralistischen Grundsätzen geführt werden muß. Und das läßt sich nach meiner Erfahrung in einem Gesundheitsamt nicht realisieren. Ich habe bei uns in Bochum die Möglichkeit, das zu vergleichen: Unser sozialpsychiatrischer Dienst hat eine Beratungsstelle, die unmittelbar Teil des Gesundheitsamtes ist, und eine, die in freier Trägerschaft ist. Ich arbeite in beiden Beratungsstellen als ärztlicher Leiter und sehe, daß jede Mark, die für diesen Bereich ausgegeben wird, am Gesundheitsamt nur DM 0,80 an Gegenwert in Gestalt sozialpsychiatrischer Betreuung, dagegen in dem wesentlich flexibler gemanagten freien Dienst DM 1,20 bringt.

Ein zweites Problem ist, daß die sozialpsychiatrischen Dienste am Gesundheitsamt ja auch nach bestimmten Verwaltungsprinzipien geordnet sind, wodurch die meines Wissens einmalige Situation entsteht, daß die Fachaufsicht über einen Arzt ein fachfremder Arzt, nämlich der Amtsleiter, ausübt. Das gibt es in der gesamten Medizin sonst nirgendwo. Wenn man sich gut verträgt mit dem Amtsleiter, wie es glücklicherweise bei uns der Fall ist, ist das nicht schlimm, aber es beruht im Grunde nur auf einer guten persönlichen Beziehung. Die Verwaltungsstruktur gibt eigentlich vor, daß er mich kontrolliert, ob ich meine psychiatrische Tätigkeit fachlich korrekt ausübe - wie soll er das leisten mit den drei Monaten Psychiatrie-Erfahrung, wie sie die meisten Amtsärzte haben? Andererseits wird immer ein solcher Amtsarzt, dessen medizinischen Kompetenzen vor allem im Bereich der Hygiene und Epidemiologie liegen, Vorgesetzter des Psychiaters sein. Wir müssen uns überlegen, wie die Struktur eines sozialpsychiatrischen Dienstes aussehen soll. Es sollte doch möglich sein, auch in kommunaler Trägerschaft einen sozialpsychiatrischen Dienst zu betreiben, der nicht nach Prinzipien der Verwaltung, sondern nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten (ähnlich einem Krankenhaus) funktioniert, indem man z. B. einen Verein gründet, bei dem die Stadt als entscheidender und aufsichtsführender Gesellschafter beteiligt ist.

Becker: Deutlich ausgesprochen wurde auf dieser Tagung doch, daß man möglichst zu vermeiden trachtet, bestimmte Gruppen aus der psychosozialen Versorgung in der Gemeinde herausfallen zu lassen. Ich würde das noch verschärfen und sagen, die Qualität einer psychosozialen regionalen Versorgung bestimmt sich zum Großteil daran, wer unten durchfällt und wer aufgefangen wird. Es ist immer dieselbe Gruppe, die durch die Maschen fällt, nämlich die psychisch kranken Rechtsbrecher. Schon die Enquete hat geschrieben, daß diese Gruppe in einer Schlußlichtposition steht, und daran hat sich bis heute nichts geändert.

Psychisch kranke Rechtsbrecher werden auch heute noch miserabel untergebracht, wobei in der Regel nicht das Behandlungsgebot, sondern das öffentliche Sicherheitsinteresse ausschlaggebend ist. Es gibt aber auch vereinzelte Beispiele dafür, daß das so nicht sein muß, Deswegen möchte ich an Sie alle appellieren, darauf hinzuarbeiten, daß auch diese Gruppe soweit möglich in das gemeindepsychiatrische Konzept einbezogen und nicht von vorneherein abgeschrieben wird. Denn diese Selbstverpflichtung, sich für alle zuständig zu fühlen, haben wir ja auch in anderen Bereichen als sehr wichtig erkannt.

Schwendy: Ich habe das, was Herr Pommerin dargelegt hat, im Gegensatz zu Herrn Thieringer eher als ein Kompliment an die Kommunen verstanden, daß man ihnen nämlich zutraut, sich dieser Probleme anzunehmen und sie zu lösen. Denn an wen sollen sich eigentlich Betroffene und Angehörige letztlich wenden? Der Bund sagt immer wieder, Gesundheitspolitik ist Ländersache; wenn man zu den Ländern geht, heißt es, das ist Sache der Krankenversicherungen, der Ärzte, der freien Träger und der Kommunen. Gerade die Angehörigen werden mit ihren Forderungen - z. B. nach einem Notfalldienst für psychisch Kranke - häufig von Pontius zu Pilatus geschickt. Für sie bleibt im Grunde genommen nur die Kommune als Ansprechpartner, die nach unserem Grundgesetz befähigt und

verpflichtet ist, alle Angelegenheiten ihrer Bürger zu regeln, soweit ihr das nicht durch andere Gesetze verboten ist. Es ist deshalb überhaupt nicht einzusehen, warum die Betroffenen und die Familien sich nicht primär an die wenden sollen, die nach unserer Verfassung auch primär für sie zuständig sind, nämlich an die Kommunen, Vielleicht kommt ja auf diese Weise auch ein heilsamer Druck von unten auf die politischen Entscheidungsträger zu. Denn ich glaube, nur ein solcher Druck von unten kann wirklich etwas in Bewegung bringen, und ich sehe das auch als ein Kompliment an die Kommunalpolitiker.

Happe: Herr Thieringer hat ein Problem dargestellt, da jeder von uns kennt und das ich auch noch einmal in Erinnerung rufen möchte. Wir als Kommunen haben schon sehr bald nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquete unsere Bereitschaft zum Ausbau einer gemeindenahen Psychiatrie grundsätzlich deutlich gemacht. Wir haben allerdings einige Voraussetzungen dafür genannt, wie so etwas überhaupt gehen kann. Diese Voraussetzungen sind in den darauffolgenden Jahren leider nicht geschaffen worden. Daß der Bund sich finanziell nicht beteiligt bzw. in Zukunft nicht mehr beteiligen will, ist einleuchtend und verfassungsrechtlich so gewollt, Aber der Bund ist ja gleichzeitig auch Gesetzgeber und könnte natürlich im Bereich der Sozialversicherung einiges tun. Die Länder und die Sozialversicherungen, die die gemeindenahen Psychiatrie mitfinanzieren könnten, verweigern mindestens feste Zusagen über Verbindlichkeit und Stetigkeit der Finanzierung. Dadurch kommt es natürlich letztlich auf die untere Ebene zu, auf die Kommunen.

Ich habe in der Pause mal die Ohren gespitzt, was sich die Teilnehmer so erzählen. Ein offensichtlich nicht kommunaler Vertreter hier im Saal wunderte sich darüber, was da so alles läuft; vor allen Dingen aber war er erstaunt über die Unterschiedlichkeit der Situation in den Kommunen, die hier zum Ausdruck kommt. Diese Unterschiedlichkeit muß im Prinzip gar nicht schlecht sein; sie wird sich aber in Zukunft wahrscheinlich in einer für uns nicht besonders glücklichen Weise verstärken. Wenn die Finanzierung einer Psychiatrie in der Gemeinde auch in Zukunft nicht auf eine Basis gestellt wird, mit der man längerfristig rechnen kann, müssen wir damit rechnen, daß die Situation in den Kommunen, in den Ländern wie sogar auch auf örtlicher Ebene immer unvergleichbarer wird. Wir haben ein für uns ganz bedenkliches Süd-Nord-Gefälle, was die Möglichkeiten und finanziellen Voraussetzungen der Kommunen und auch der Länder angeht. Die Grenze ist etwa der Main, also was südlich der Mainlinie liegt, ist auch im kommunalen Bereich finanziell besser gesteuert als der Norden. Diese finanziellen Unterschiede werden die divergierenden Entwicklungen leider noch weiter verstärken. Natürlich gibt es Gründe für diese Unterschiedlichkeiten, die man auch nennen kann. Der eine Grund ist, daß in einigen Orten Menschen tätig sind, die in diesem Bereich besonders interessiert sind und durch ihr Engagement etwas auf die Beine stellen, während woanders diese Menschen fehlen. In manchen Regionen ist eine längere Tradition in diesem Bereich vorhanden, in anderen nicht. Ganz entscheidend aber ist eben auch, daß in den unterschiedlichen Städten und Kreisen unterschiedliche finanzielle Möglichkeiten gegeben sind. Aus diesen Gründen wird es in Zukunft, wenn nicht von oberen Ebenen her entscheidend eingegriffen wird, eine bunte Landschaft geben, die noch wesentlich bunter ist als

das, was wir heute hier zu hören bekommen. Wir wissen heute alle, was wir fachlich anbieten können, was sich auch die Betroffenen wünschen, aber die Umsetzung wird künftig in einem Maße unvergleichbar werden, daß es m. E. eben auch fachlich nicht mehr vertretbar sein wird.

Haase: Wir sind in der glücklichen Lage, Modellgebiet zu sein, und für uns stellt sich natürlich die Frage, wie es weitergehen soll. Für mich ist die Frage der Koordination in Zukunft nicht geklärt. In den Modellgebieten haben wir ja den Koordinator gehabt. Ich denke, wenn man etwas völlig neues macht, braucht man mit Sicherheit einen Koordinator für die verschiedenen Bereiche. Wenn man die Entwicklung dann bis zu einem gewissen Punkt gebracht hat, sollte man wohl wieder zu den herkömmlichen Institutionen zurückkommen und auf den Koordinator verzichten. Die Aufgabe der Koordination könnte dann wie in Hessen die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit den entsprechenden Arbeitsgruppen übernehmen, verklammert vielleicht durch die zuständige Psychiaterin des Gesundheitsamtes. Wie wichtig auch in Zukunft die Koordination bleiben wird, ist ja angesichts der immer wieder angesprochenen Konkurrenzsituation zwischen beispielsweise der Institutsambulanz, dem sozialpsychiatrischen Dienst und den niedergelassenen Ärzten nicht zu übersehen. Ebenso bedarf es angesichts der vielfältigen Initiativen auch auf dem allgemeinen sozialen Gebiet, die sich in den Regionen entwickeln, unbedingt der Steuerung und Koordination. Ich möchte deswegen die Fachkundigen fragen, ob man mit dem Koordinator weiterarbeiten sollte oder wie man sonst die Koordination bewirken kann.

Andersch: Herr Pommerin hat sehr schön herausgearbeitet, daß es eine Gruppe von schwerst- und chronisch Kranken gibt, die selbst bei einem relativ hohen Betreuungsniveau nach wie vor durchfällt, weil sich die einzelnen Einrichtungen gerade für diese komplizierten Patienten nicht verantwortlich fühlen. In Herne haben wir über das Modellprogramm die glückliche Situation gehabt, daß wir uns als multiprofessionelles Team ganz explizit für diese Gruppe für zuständig erklärt haben. Ein wichtiger Punkt dabei ist, daß wir eine regional-verbindliche Zuständigkeit haben, d. h. jeder Herner weiß, wir sind der zuständige Dienst. Wir können die Leute auch nicht nach Hause schicken oder abwinken; wir müssen kommen, wenn wir angefordert werden. Das hat sich doch sehr gut bewährt.

Ein Punkt, der hier noch zu wenig beachtet wird, ist die notwendige Kooperation des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Krankenhäusern. Wir haben ja Kommunen, wo von Seiten der öffentlichen Hand relativ hohe Investitionen in den öffentlichen Gesundheitsdienst geflossen sind; wenn aber die Verbindung zur Klinik, also vom ambulanten in den stationären Bereich nicht ohne Reibungen abläuft, dann bleibt ein großer Teil gerade der schwierigen Patienten auf der Strecke. Ich kann immer wieder nur empfehlen, daß die positiven Erfahrungen, die man in Mönchengladbach und in Bochum gemacht hat, nämlich eine Form von ärztlicher Personalunion zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den zuständigen psychiatrischen Kliniken herzustellen, Schule machen. Denn dadurch werden auch die permanenten Reibereien ein wenig gemildert, die zwischen diesen Beteiligten bestehen. Ich kenne das aus Herne selbst und weiß, daß es anderswo genauso ist: Die Krankenhäuser wollen mit dem öffentlichen

Gesundheitsdienst erstmal überhaupt nichts zu tun haben, und umgekehrt ist das manchmal genauso. Ich sehe auch eine gewisse Gefahr darin, daß die Kommunen auf eigene Faust und ohne engen Kontakt zu den psychiatrischen Krankenhäusern hier die Initiative ergreifen. Ein solches Vorgehen kann leicht als eine Form empfunden werden, sich in die medizinische Landschaft hineinzudrängen, was einer Kooperation durchaus abträglich ist.

Ich wollte noch einen Punkt zur Finanzierung der ambulanten Arbeit sagen. Nach Ablauf des Modellprogramms, so wurde uns von Seiten des Landes gesagt, könne Herne seine im mobilen Außendienst tätigen Ärzte durch abrechenbare Leistungen finanzieren. Ich möchte hier nochmal in aller Form klarstellen, daß eine solche Verstellung unsinnig ist. In dem Maße, wie Außenfürsorge und Krisenintervention betrieben wird, werden die Dinge nach der geltenden Gebührenordnung schlechter und weniger finanzierbar. Wir haben mit einem mittleren Krisendienst angefangen, der auch ärztliche Leistungen, wie sie eine Praxis erbrachte, geleistet hat, und wir haben mittlerweile einen Krisendienst, der sich ausschließlich auf Schwerstkranke konzentriert - mit einem höheren Zeiteinsatz als je zuvor -, und die Rentabilität ist stetig gesunken. D. h. je mehr wir „draußen“ sind, je mehr wir wirklich Krisenintervention betreiben, wird die Sache vom Finanziellen her unrentabler.

Ein paar Worte noch zur Frage des Sieben-Tage-Dienstes. Als Forderung hört sich das gut an, nur läßt sich ein solcher Dienst natürlich schwer machen. Ich sehe ja, wie schwer es schon in Herne ist, wo wir selbst und die Kommune sehr engagiert ist. Viel wichtiger ist, daß Sie erst einmal einen Fünf-Tage-Dienst im Rahmen der regulären Arbeitszeit auf die Füße stellen. Das sind 1/4 der finanziellen Kosten, und ein solcher Dienst, das hat sich ja bei uns in Herne erwiesen, kann einen Großteil der Krisensituation abfangen. Die psychisch Kranken schlafen nachts auch gerne, genau wie andere Leute; es ist auch ein Vorurteil zu meinen, daß psychische Krisen vorwiegend nachts auftreten. Die Leute, die Kontakt zu uns hatten und später häufiger gehabt haben, sind immer am Tag krank geworden; nächtliche Krisensituationen treten vorwiegend dort und mit solchen Leuten auf, die bisher nicht erkrankt waren oder kaum Kontakt zu uns hatten oder deren Angehörige nicht über die Existenz auch tagsüber arbeitender Kriseninterventionsstellen gewußt haben. Es wäre natürlich ideal, einen Sieben-Tage-Krisendienst anbieten zu können, aber wo die Ressourcen so eng sind, denke ich, daß man 95% der zu erfassenden Krisensituationen mit einem flexiblen Tagesdienst an 5 Tagen in der Woche in den Griff bekommt, und wenn eine gute Kooperation eines solchen Dienstes mit dem örtlichen Krankenhaus besteht, dann kann ein Teil der nächtlichen Krisensituationen auch dort abgefangen werden.

Heyder: Ich bin selbst Betroffener und bin seit Jahren in der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter engagiert. Was mich bei dem Referat von Herrn Pommerin besonders beeindruckt hat, war der Punkt, daß neben den vielerlei Diensten in Bonn ein Notfalldienst rund um die Uhr noch nicht eingerichtet sei. Ein Notfalldienst mit außerklinischen Betten, wie Sie sagten, könnte ja auch auf privater Grundlage funktionieren. Ich habe es selbst einmal erlebt, daß ich in

solch einen Notfalldienst eintreten und eine Kranke über mehrere Wochen in meinem Haus aufnehmen mußte. Das geht, wenn es auch schwierig sein mag.

Wir müssen hier großzügig sein, denn es geht um Menschen und nicht um Paragraphen und um bürokratische Maßnahmen. Wir müssen uns in unserer Phantasie anstrengen, wie wir einen Notfalldienst mit Betten, möglichst auf privater Basis, schaffen können. Ich möchte annehmen, daß auch katholische und evangelische Pfarrer und alle möglichen anderen Leute sich einbeziehen lassen, die auf dieser privaten Basis Menschen mit auffangen können, ohne daß wir sie nun gleich in ein Krankenhaus einweisen müssen.

Kulenkampff: Herr Happe, Sie waren gestern bei der Diskussion nicht dabei. Herr Martini hat mit Recht darauf hingewiesen, daß das Engagement der Kommunen für die hier zur Rede stehenden Kranken weniger eine Angelegenheit der Kassen ist, die voll oder weniger voll sind, sondern auch eine Frage der politischen Prioritäten und der jeweiligen Bewußtseinslage in der Stadt. Sicher gibt es reiche und arme Gegenden; aber wenn ich mir in Stuttgart ansehe, was die da für ein Museum hingebaut haben - sicher in Mischfinanzierung, aber doch immerhin mit städtischer Beteiligung -, oder auch was hier in Köln an riesen Apparaturen als Repräsentation von einer Stadt aufgestellt wird, und was an Schwimmbädern und Sportplätzen in die Landschaft geklotzt worden ist, dann hat das ja auch alles ungeheuer viel Geld gekostet. Das ist ja auch richtig, auch die Bürger wollen das haben, und damit kann man auch Wahlen gewinnen. Mit unseren Leuten kann man das nicht. Das ist eine Realität, die Herr Martini auch so angesprochen hat und die wir sehen müssen. Aber man kann dann nicht sagen, wir hätten kein Geld. Wir haben nur das Geld nicht für eine solche Gruppe, die es schwer hat sich zu Wort zu melden.

Insofern ist also auch das, was wir hier über finanzielle Ressourcen sagen, letztlich ein politisches Verteilungsproblem und eine Angelegenheit der Setzung von Prioritäten. Deshalb kommt solchen Unternehmungen, die auch vor Ort bewußtseinsbildend und auch in den Räten überzeugend wirken können, eine große Bedeutung zu. Das ist ja auch ein Ziel des Modellprogramms, eben die Bewußtseinslage für diese Probleme zu verändern.

Der Sieben-Tage-Dienst ist ja offenbar ein kompliziertes Problem. Meistens wird auch überschätzt, mit welchen Frequenzen da nachts zu rechnen ist. Wenn ich richtig informiert bin, ist der Krisendienst in Hamburg etwa drei bis vier Mal in der Nacht dran für die ganze Stadt, wobei es sich dann im wesentlichen um Psychotiker und besondere Krisen vor Ort handelt. Sicher kann irgendein sozialpsychiatrischer Dienst mit fünf bis sieben Mann so etwas nicht veranstalten, das ist völlig klar. Was Sie anführten, Herr Heyder, ist sozusagen das Umfeld der Nachbarschaftshilfe und dessen, was so an Rekrutierung von Gegenseitigkeit in Gemeinden überhaupt in Gang zu bringen ist. Das ist sicher sehr wichtig, daß man sich gegenseitig hilft. Dennoch muß nebenher überlegt werden, wie man solche Angebote organisieren kann. So etwas ist sicher nur in einem Verbundsystem zu machen, wenn alle in der Region an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten an

einem solchen Dienst eben mitmachen, denn sonst kommt man nicht auf die notwendigen Zahlen.

Luithlen: Herr Heyder, Sie haben Recht, es geht um Menschen und nicht um Paragraphen. Ich bin nun jemand, der beruflich auch mit Paragraphen zu tun hat, und ich glaube, auch über Paragraphen kann man diesen Menschen helfen. Im Titel dieser Veranstaltung jedenfalls sind Finanzierungsfragen überhaupt nicht genannt. Die Wortmeldung von Herrn Happe hat jedoch deutlich gemacht, daß es natürlich auch und nicht zuletzt um Finanzierungsfragen geht. Minister Blüm hat öffentlich gesagt, für ihn sei unstrittig, daß die Psychiatrie einen Nachholbedarf gegenüber der somatischen Medizin habe. Aus seiner Sicht hat ein politisches Gremium, vielleicht die konzertierte Aktion, die Arbeit zu leisten und zu sagen, wo man innerhalb des Gesundheitssystems im Bereich der somatischen Medizin Mittel für die Psychiatrie frei bekommen kann. Insofern sind Ihre Anliegen im Bundesarbeitsministerium und auch im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit durchaus in guten Händen.

.Richtig ist aber auch, daß die Kassen alle leer sind; die kommunalen Kassen, die Länderkassen und auch die Bundeskasse. So kommt natürlich immer wieder ein bißchen das „Schwarzer Peter“ Spiel in Gang. Jeder versucht dem anderen da etwas zuzuschieben. Es gibt m. E. auch einen Bereich, der in der kommunalen Verantwortung liegt und auch dort finanziert werden muß - diese Veranstaltung macht das deutlich. Und es gibt natürlich auch einen Bereich, in dem die Bundesregierung Verantwortung hat, ganz unstrittig. Zum Teil jedenfalls ist sie dieser Verantwortung auch nachgekommen; immerhin sind in den letzten Jahren die Tagesklinik, also die teilstationäre Behandlung, und die Institutsambulanz in der RVO verankert worden, und wir sind noch nicht zu Ende. Das Psychiatrieprogramm läuft seit vier Jahren, und seine Auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Immerhin wird die Bundesregierung am Ende 250 Mio DM in das Modellprogramm gesteckt haben. Von daher schien mir die Anmerkung von Herrn Pommerin etwas übertrieben, der sagte, er wolle nicht noch einmal zehn Jahre warten, ohne daß etwas geschieht. Ich glaube, es ist schon eine ganze Menge geschehen, wenn wir vielleicht auch erst auf halbem oder auf einem Viertel des Weges stehen.

Die Finanzierungsprobleme der Tagesklinik und der Institutsambulanz haben wir im Prinzip im Griff/) An der Finanzierung von Übergangseinrichtungen arbeiten wir sehr intensiv. Es ist sehr mühsam, da zu Ergebnissen zu kommen; nicht zuletzt auch deshalb, weil ja die Rentenversicherung zur Zeit auch nicht in Geld schwimmt. Ich habe schon mehrfach erklärt, die Psychiatrieform komme zehn Jahre zu spät; wir alle hätten es vor zehn Jahren leichter gehabt. Bei den Wohngruppen haben alle Länder Bereitschaft gezeigt, sich selber Klarheit zu verschaffen, was denn in der therapeutischen Wohngruppe oder Wohngemeinschaft eigentlich geschieht. Wenn dies zu Papier gebracht wird, wird man in

*) Inzwischen ist das „Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker“, das diese beiden Bereiche regelt, verabschiedet und mit Wirkung vom 1.1. 1986 in Kraft getreten.

Gesprächen, nicht zuletzt auch auf Bundesebene, versuchen, die möglichen Finanzierungsprobleme in diesem Bereich zu lösen.

Ich habe am Schluß noch eine Frage. Es ist über die Zusammenarbeit zwischen Institutsambulanz und sozialpsychiatrischem Dienst berichtet worden. Nun ist ja im Bereich der Psychiatrie einiges historisch gewachsen, und wenn wir an der Anschlußfinanzierung arbeiten und an einem langfristig tragfähigen Konzept, dann muß man sich auch die Frage stellen, ob nicht manches doppelt vorhanden ist und man nicht, wenn man die Aufgaben richtig verteilt, das eine oder andere wegfallen lassen könnte. In diesem Punkte hat der Bund eine harte Haltung eingenommen und gesagt, sozialpsychiatrische Dienste sind von Länderseite zu finanzieren. Könnte man auf einen der beiden Dienste verzichten? Entweder hat man einen ausgebauten guten sozialpsychiatrischen Dienst, dann braucht man die Institutsambulanz nicht, oder man hat eine flächendeckende Versorgung mit Institutsambulanzen, dann braucht man die sozialpsychiatrischen Dienste nicht. Es böte sich an, wenn man sich als Land finanziell schonen will, auf die Institutsambulanzkarte zu setzen und nicht auf den sozialpsychiatrischen Dienst.

Kulenkampff: Herr Luithlen, das ist eine grobe Vereinfachung, wenn Sie diese Alternative so stellen, denn Sie wissen genau, daß die psychiatrischen Kliniken in Deutschland nicht flächendeckend verteilt sind. Mit Institutsambulanzen wird immer nur ein gewisser Bruchteil des Landes zu versorgen sein. Ich denke, wenn man auch in diesem Bereich ein gleichsam subsidiäres System einrichten könnte, wäre es möglich, in der einen Region einen sozialpsychiatrischen Dienst an einer Klinik anzubinden und dafür einen derartigen Dienst bei der Kommune zu verzichten. An einer anderen Stelle, wo es keine Klinik gibt, müßten dann selbstverständlich kommunale sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet werden.

Finke: Herr Andersch, der ja Mitarbeiter des Krankenhauses und zur Zeit gleichzeitig Mitarbeiter des Gesundheitsamtes ist, hat berichtet, daß in Herne die Zusammenarbeit zwischen den beiden Diensten aufgrund des persönlichen guten miteinander Könnens ausgezeichnet klappt. Wir haben noch keine geschriebene Verfassung, denn wir hielten es für wichtiger, daß zunächst einmal das Zusammenarbeiten klappt. Im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes sind sechs Sozialarbeiter und zwei oder drei weitere Mitarbeiter, Schreibkräfte usw. angestellt. Im Multiteam am Krankenhaus sind zur Zeit noch 1,5 Ärzte, zwei Sozialarbeiter, ein Krankenpfleger und 0,5 Psychologen beschäftigt. Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich bereit erklärt, für das Übergangsjahr 1986 zwei Sozialarbeiter und einen Krankenpfleger zu bezahlen, aber keinen Arzt. Die Arztstelle soll nach den Vorstellungen des Landes aus den Ambulanzentnahmen finanziert werden. Es ist jetzt zu prüfen, ob das auch wirklich möglich ist. Wenn das nicht der Fall sein sollte, dann müssen wir neu verhandeln.

Was die psychisch kranken Rechtsbrecher angeht, so habe ich große Zweifel, ob es überhaupt jemals möglich sein wird, diesen Personenkreis überall ortsnah unterzubringen. Sie haben vorhin einen Patienten beschrieben, der m. E. für diese Art Unterbringung nicht typisch ist. Hier geht es doch um Patienten, die an sich eine Strafe verwirkt haben und an Stelle von Strafe eine Behandlung bekommen.

Bei diesem Personenkreis das Sicherungs- mit dem Behandlungsinteresse gemeindenah zu verbinden, scheint mir unmöglich.

Herr Haase hat gefragt, ob auch in Zukunft noch ein Koordinator notwendig sei. Nun meine Damen und Herren, wenn wir in Herne auch vielleicht schon ein Stückchen weiter sind als manche andere, so ist der Prozeß bei uns doch weiß Gott noch nicht abgeschlossen. Ich bemühe mich in der Verwaltung sehr stark darum, diese Stelle noch auf Jahre beizubehalten, damit auch wirklich jemand da ist, der sich nahezu ausschließlich um die Koordination der verschiedenen Dienste und der verschiedenen Träger bemühen kann, jemand, der wirklich freigestellt ist für diese Aufgabe. Wenn das nur noch nebenbei gemacht wird, dann leidet das eine oder das andere.

Ja zum Sieben-Tage-Dienst! Wir haben uns auch schon wiederholt damit beschäftigt, nur waren wir in den Diskussionen bei uns bisher noch nicht voll davon überzeugt, daß ein solcher Dienst unbedingt notwendig ist. Ich will nicht ausschließen, daß wir uns auch noch überzeugen lassen. Das Beispiel der psychiatrischen Abteilung Bad Driburg ist uns gut bekannt. Es ist als gleichfalls freigemeinnütziges Haus in vielen Fällen für das Marienhospital in Herne Vorbild gewesen und auch das Marienhospital Herne kommt ohne geschlossene Station aus - ohne daß es in Herne einen Sieben-Tage-Dienst gäbe.

Buhlmann: Ich möchte zu einigen Aspekten eine Antwort versuchen, und dabei von dem Grundsatz ausgehen, daß man für die Regelversorgung eine gemeindenah Lösung anstreben und sich dementsprechend auch selbst unter Problemdruck setzen sollte. Als Grundsatz war das doch hier unumstritten, und darin steckt ja zumindest eine gewisse Gesprächsbereitschaft von Seiten der Kommunen. Ich möchte allerdings dafür keine Rechtsgrundlage in einer Verfassung oder einer gesetzlichen Verpflichtung bemühen, dies oder jenes nun in der Gemeinde zu verorten. Auflösbar in einen örtlichen Wirkungskreis sind doch sehr viele Dinge; unser Gesetzgeber hat gleichwohl aus übergeordneten fachlichen Gründen manches sondergesetzlich geregelt. Dadurch aber, daß Teilaspekte der Psychiatrie durchaus geregelt sind, tut sich eine Kommune, die sich mit solchen Problemen zum ersten Mal befaßt, naturgemäß schwer, überhaupt zu erkennen, wo die Lücken und örtlichen Anknüpfungspunkte zu finden sind.

Wenn jedoch ein Problem wie die Frage des Notfalldienstes auftritt, dann ist selbstverständlich eine Kommune verpflichtet abzuklopfen, was dafür an Lösungsmöglichkeiten in Frage kommt, und z. B. bei den Kreisstellen der kassenärztlichen Vereinigung nachzufragen, wie weit hier der allgemeine notärztliche Dienst trägt. Auch bei uns ist dieses Problem von Angehörigengruppen angesprochen worden. Wenn so etwas aufgegriffen werden sollte, dann ist es gerade für diese spezielle Aufgabe m. E. von der Struktur her besser, außerhalb des Gesundheitsamtes Lösungswege zu finden. Weniger wegen irgendwelcher Probleme der Fachaufsicht - das gibt es auf vielen Gebieten des kommunalen Lebens, daß jemand mit Fachaufsicht befasst ist, ohne daß er in dem Fach nun unmittelbar zu Hause ist - sondern wegen der einfachen Durchsetzbarkeit. Aufgrund unserer örtlichen Erfahrung halte ich es bei den wenigen gesetzlichen

Vorgaben, die wir haben, einfach für leichter machbar, den Teilaspekt der Vor- und der Nachsorge durch Dritte mit Finanzierungshilfen sicherzustellen, als eine Lösung dafür im öffentlichen Bereich zu suchen. Das wäre bei uns zumindest wesentlich einfacher und würde uns auch einen größeren Handlungsspielraum und mehr Flexibilität gewähren.

In der Frage der Institutsambulanz würde ich aus meiner Sicht noch etwas weiter gehen wollen als Herr Kulenkampff. Ich würde aus meiner Erfahrung der letzten Jahre selbst für solche Regionen, in denen es eine Institutsambulanz und einen sozialpsychiatrischen Dienst gibt, davor warnen, auf die eine oder andere dieser Einrichtungen zu verzichten. Erst müßte definiert werden, was denn ein sozialpsychiatrischer Dienst im einzelnen wäre. Ich könnte mir vorstellen, daß man selbstverständlich die Möglichkeiten im nichtmedizinischen Bereich durch einen sozialpsychiatrischen Dienst ausschöpfen kann, sowohl das Personal als auch was die Finanzierungsquellen angeht. Im eigentlich medizinischen Bereich jedoch sehe ich durchaus Schwierigkeiten, vor allen Dingen, wenn man sich die Problematik der Behandlungsberechtigung vergegenwärtigt. Hier gibt es sicher auch Definitionsprobleme, die man auch noch einmal neu überdenken muß.

Zur Frage der Koordination kann ich mich vielleicht deshalb sehr unbefangen äußern, weil wir in Mönchengladbach ja nie Modellregion in dem Sinne waren. Wir hatten deshalb auch nie einen Koordinator als Planstelle, und ich weiß nicht, ob Institutionen wirklich eine solche Frage lösen können. Ich möchte von unseren Erfahrungen her einfach behaupten, daß wahrscheinlich in dem ganzen Geflecht letztlich nichts anderes übrigbleibt, als daß einige, die sich besonders angesprochen fühlen, anfangen, das in die Hand zu nehmen, und versuchen, auch überall dort präsent zu sein, wo Fragen der Koordination eine Rolle spielen — ob das in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, im Krankenhausbeirat oder auch im behördlichen Bereich ist. Letztlich hängt es am guten Verständnis einiger Weniger, die all ihren Sachverstand und ihre Initiative mit in dieses Geschäft einbringen.

Happe: Herr Luithlen sagte, wenn wir vor 10, 15 Jahren an dieses Gebiet herangegangen wären, dann wäre es uns finanziell vielleicht leichter gefallen. Ich bin nicht dieser Auffassung. Wir haben auch vor 15 Jahren gemeint, wir hätten kein Geld mehr, und wir könnten nichts mehr finanzieren. Und daß es einmal so aussehen würde wie heute in unseren Kassen, überstieg erst recht unsere Vorstellungskraft. Natürlich war das damals falsch und ist auch heute falsch - es läuft immer noch was, nur die Situation wird natürlich enger. Herr Kulenkampff aber hat m. E. das getan, wovor Herr Thieringer zu Beginn gewarnt hat, wenn er sagte, nicht die Finanzen spielten eine Rolle, sondern man müsse vor Ort politische Prioritäten setzen. Er hat dann hingewiesen auf Schwimmbäder und Sportplätze und ähnliche Dinge. Natürlich ist nicht nur das Geld wesentlich, das habe ich auch gesagt und die Praxis beweist es ja auch. Ich bin selber auch noch Sportdezernent in meinem Verband, ich muß ganz offen sagen, auch diese Einrichtungen sind notwendig, und es gibt, mit ganz wenigen Ausnahmen, auch nicht zu viele davon. Wenn Sie mit der Sportlobby reden, dann weisen die Ihnen statistisch nach, daß es da noch viel zu wenig gibt und daß die Gesundheit der

Bevölkerung davon abhängt, daß auf diesem Sektor mehr getan wird. Deswegen meine ich, wir sollten es unterlassen, die verschiedenen Bereiche gegeneinander auszuspielen. Das bringt uns überhaupt nichts, sondern es bringt nur immer wieder nebeneinanderstehende Forderungen, die dann nirgendwo ankommen.

Daß man politische Prioritäten setzen muß, ist sicherlich richtig, aber nicht nur auf der kommunalen Ebene; es geht auch darum, daß Bund und Länder politische Prioritäten setzen. Ich hoffe, es wird dann auch wirklich dazu kommen, denn wenn das in Zukunft so weitergeht, wie in den letzten Jahren zunehmend, daß der Bund, die Länder, die Sozialversicherungsträger Teile ihrer Aufgaben nicht mehr wahrnehmen können, dann landen die Rechtsansprüche konsequent bei den Kommunen: Arbeitslose, die zu erheblichen Teilen mit ihren Rechtsansprüchen eben bei der Sozialhilfe landen; Pflegebedürftige, wo ein großer Teil der alten Bevölkerung ebenfalls bei uns in der Sozialhilfe landet. Und wenn wir als Kommunen weiterhin die Krankenhausdefizite tragen müssen, dann tun wir das, weil wir wissen, es geht gar nicht anders und wir können, wenn es hart auf hart kommt, auch dazu gezwungen werden. Und dann bleiben eben Bereiche wie dieser hier, von dem jeder weiß, daß er genauso wichtig ist, leider weiterhin auf der Strecke, weil eben keine rechtliche Konsequenz dahintersteht, kein Gericht, das einen verurteilt. Deswegen hat es gar keinen Zweck zu sagen, jetzt setzt ihr mal politische Prioritäten. Wenn wir das nicht gemeinsam tun auf allen drei Ebenen, dann werden wir auch vor Ort nicht weiter kommen.

Frau Schoenenborn: Auch wenn ich Verständnis habe für die aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Verordnung von Arzneimitteln durch niedergelassene Ärzte in der kassenärztlichen Versorgung aufgrund einer hierzu entweder von den Gesundheitsämtern oder den sozialpsychiatrischen Diensten oder anderen Stellen getroffenen Feststellung von deren Notwendigkeit, so bedeutet das nicht, daß diese Probleme von den Kassenärztlichen Vereinigungen einfach gelöst werden könnten. Die gesamte kassenärztliche Versorgung - dabei insbesondere das Verordnungsverhalten der Ärzte - unterliegt der Prüfung auf Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit. Zwei Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetze haben darüber hinaus in die ambulante ärztliche Versorgung eingegriffen; gleichartige Maßnahmen im stationären Bereich fehlen bisher noch. Ihre Hoffnungen auf ein „entgegenkommenderes“ Verordnungsverhalten der Kassenärzte im Zusammenhang mit der Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste, Gesundheitsämter u. ä. sollten daher nicht zu hoch angesetzt werden. Die Gebührenordnung - der Bewertungsmaßstab für Ärzte - schreibt genau vor, was als Leistung in der kassenärztlichen Versorgung und damit zu Lasten der Krankenkassen erbringbar und abrechenbar ist. Der Bewertungsmaßstab für Ärzte setzt die Maßstäbe für ambulante ärztliche Leistungen, also auch für diejenigen, die in Institutsambulanzen erbracht werden. Es sollte nicht außer acht gelassen werden, daß die Finanzierung der kassenärztlichen Versorgung eine gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen ist.

Motsch: Ich darf die Frage der Kompetenzen nochmal ansprechen, weil ich das aus kommunaler Sicht für sehr wichtig halte. In Bayern haben wir eigentlich klare Kompetenzen in diesem Bereich; für das öffentliche Gesundheitswesen ist der

Staat verantwortlich - mit Ausnahme von drei kommunalen Gesundheitsämtern. Für die Psychiatrie und die psychosoziale Versorgung sind die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe gemäß der gesetzlich vereinbarten Bezirksordnung verantwortlich. Nun taucht die Frage auf, was bleibt dann für die kommunale Kompetenz. Es gibt in Bayern zwar eine ganze Menge kommunaler Träger und auch Kommunen, die sich auf dem Gebiet der gemeindenahen Psychiatrie engagiert haben. Aber von der eigentlichen kommunalen Kompetenz her ist das ganze sehr begrenzt.

Es gibt ein örtliches Interesse, daß auch Institutionen, für die die Kommune nicht zuständig ist, geschaffen werden oder reibungslos funktionieren, ob das nun ein Bezirksnervenkrankenhaus am Ort oder ein sozialpsychiatrischer Dienst sein kann, der in der Hauptsache in Bayern vom Land und von den Bezirken finanziert wird. Und dieses örtliche Interesse kann man auch finanziell deutlich machen; bei uns in Würzburg ist es offizielle kommunale Politik, daß wir uns aufgrund dieses örtlichen Interesses mit Quoten um 10% an der Finanzierung solcher Einrichtungen beteiligen. Das dient nicht zur Entlastung der an sich Zuständigen, sondern vor allem dazu, örtliche, in der Regel freie Träger, die sich dafür engagieren wollen, zu entlasten. So sieht bei uns z. B. die Regelfinanzierung bei den sozialpsychiatrischen Diensten so aus, daß das Land aufgrund eines Landespsychiatrieprogramms „freiwillig“ 50% der Personalkosten zahlt, 50% der Bezirk pflichtgemäß aufgrund seines gesetzlichen Auftrages. Bei den restlichen Kosten (i. d. R. 20% der Gesamtkosten) ist es ganz entscheidend, wie sich die kommunalen Verbände, also die Landkreise oder Städte beteiligen. Denn durch ihre Beteiligung können sie auch die Einrichtung von solchen Diensten fördern. In Würzburg liegt der kommunale Anteil bei 10% der Gesamtkosten oder 50% der Sachkosten. So kommen dann auf den freigemeinnützigen Träger nur noch 10% der Gesamtkosten bzw. 50% der Sachkosten zu. Das ist für eine Kommune eine Möglichkeit, die Entwicklung mit gewissen finanziellen Anreizen zu beeinflussen, obwohl sie genau genommen dafür nicht zuständig ist.

Eine zweite Möglichkeit, kommunales Engagement zu wecken, ist der präventive Gedanke, indem man darauf hinweist, daß, wenn diese Dinge existieren, Kosten vermieden werden können, für die die Kommunen auch zuständig sind, z. B. laufende Sozialhilfekosten. Ein ganz wesentlicher Gesichtspunkt, der vor allem auch in Kämmererohren meistens Gehör findet. Der nächste Punkt, mit dem man die Kommunen vielleicht packen könnte, ist der integrative Gedanke, daß man sagt, psychisch Kranke sind Bürger wie jeder andere auch und wir haben für sie auch das vorzuhalten, was wir für jeden anderen auch anbieten. Das hat Auswirkungen vor allem in der Wohnungsversorgung, kann sich aber auch in Freizeitangeboten und ähnlichem zeigen. Dort liegen auch die originären Kompetenzen der Kommune und politisch interessante Anknüpfungspunkte, die man wecken und nutzbar machen kann.

Frau Kittner-Hansen: Ich wollte noch einmal auf die Prioritäten und das Stichwort Lobby eingehen. Ich habe während der ganzen Diskussion mal überlegt, wer eigentlich Betroffener ist und wie hoch der Prozentsatz an Betroffenen ungefähr in einer Kommune ist. Nach den Psychiatrielehrbüchern ist allein 1% der Bevölke-

rung schizophoren. Daneben existieren die anderen Gruppen wie Suchtkranke, gerontopsychiatrische Patienten, die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wenn man nun die Familienmitglieder, die ja sehr stark betroffen sind, mit einbezieht, ist die Lobby, die ja doch die Prioritäten bestimmt, zwangsläufig noch sehr viel größer. Überschlagsmäßig sind das sicher ca. 25% der Bevölkerung in einer Kommune. Und da frage ich mich, wie weit die Kommune nicht geradezu verpflichtet ist, sich da stärker zu engagieren.

Auf der anderen Seite ist es sehr wichtig, in diesem Bereich mehr Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Meine Erfahrung ist, daß viele Familien mit Ausschluß des Kranken reagieren: egal ob er abhängig oder psychisch krank, ob Schizophrenie oder Depression; die erste Reaktion der Angehörigen ist oft, den Kranken auszuschließen und das Problem unter den Teppich zu kehren. Dadurch ist die Lobby natürlich zunächst nicht vertreten, obgleich sie recht groß sein müßte.

Martini: Bei den Finanzen muß man zunächst einmal sehen, daß derjenige Bereich, der in absoluten Zahlen sehr teuer ist, nämlich der stationäre Bereich, und der Bereich der niedergelassenen Ärzte die Kommunen als Kostenträger ja gar nicht betrifft. Das meint wohl auch der Bundesarbeitsminister, wenn er sagt, es müßten Finanzmittel von der somatischen Medizin in die Psychiatrieversorgung umgeschichtet werden. Im Rahmen der Krankenhausbedarfspläne müssen in der Körpermedizin sicher Betten vermindert werden, und es müssen gemeindenahe psychiatrische Stationen oder Kliniken geschaffen werden. Das finanziert sich im Regelfall über die gesetzliche Krankenversicherung, das betrifft die Kommunen nur im investiven Bereich. Was also auf die Kommunen finanziell im Sinne einer Mitträgerschaft zukommen kann, betrifft den komplementären Bereich. Nun meine ich, daß komplementäre Dienste gar nicht so teuer sind, besonders wenn man keine Überkapazität schafft. Wir haben schon davon gesprochen, daß es auch im komplementären Bereich schnei Überkapazitäten geben kann, daß man zuviele Wohnheimplätze, zuviele Plätze in Wohngemeinschaften oder auch in Übergangwohnheimen schafft. Und auch der sozialpsychiatrische Dienst, der ebenfalls in diesem Zusammenhang gehört, muß vielleicht gar nicht so dicht sein wie sich dies mancher vorstellt - selbst der Sieben-Tage-Dienst ist heute relativiert worden. In Baden-Württemberg hat man vor einiger Zeit einmal errechnet, daß ein sozial-psychiatrischer Dienst, der flächendeckend das ganze Land betreffen würde, 15 Millionen DM kosten würde. Im Vergleich zu dem, was wir heutzutage auch diskutieren, etwa die finanzielle Sicherstellung der Pflegebedürftigkeit im Alter, sind dies alles relativ kleine Beträge. Es müßte doch eine Finanzierungsform von Ländersseite, von selten der Kommunen, von selten der höheren Kommunalverbände und auch der freien Träger selbst gefunden werden können, wonach sich alle mit erträglichen Eigenanteilen zu beteiligen hätten. Also ich würde meinen, daß auch aus der heutigen Sicht in einer Zeit der „leeren Kassen“ und mit Blick auf die kommenden Jahre diese komplementären Dienste finanzierbar sein müßten.

Bosch: Eine Hauptthese der Tagung war gestern und heute, Gemeindepsychiatrie funktioniere nur, wenn die Kommune will, und das sei eine politische Willensentscheidung der Kommune. Wenn diese nicht da ist, dann passiere nichts, aber

wenn sie da ist, dann werde sich das Arrangement der Details schon irgendwie herstellen. Wir haben aber doch sehr viel über die Details des Arrangements, über Finanzierungsprobleme, über Rechtsfragen, über Kompetenzabgrenzungen, über Koordinierungsprobleme und über noch mehr ins einzelne gehende Schwierigkeiten und Anliegen geredet. Das sieht fast so aus, als ob dann, wenn diese Detailfragen vernünftig geregelt wären, die kommunale Psychiatrie sozusagen ganz von selbst liefe, weil es ja dann keine Schwierigkeiten mehr geben darf. Stimmt denn dieser Eindruck wirklich, daß es Regelungsfragen im Detail sind, die verhindern, daß eine Gemeindepsychiatrie zustande kommt? Oder ist nicht doch richtig, daß am Anfang der politische Wille der Kommune stehen muß? Dann aber müßte man doch sagen, daß man aus der Tagung eigentlich als wichtigste Anregung die Frage mitnehmen muß, wie wir alle zu dieser politischen Willensbildung in der Kommune etwas beitragen können.

Martini: Ich möchte noch einmal die Bemerkung von Herrn Kulenkampff aufgreifen, der etwas klagend gesagt hat, es personalisiere sich ja alles und es komme jetzt darauf an, ob in den Stadt- und Landkreisen einzelne Personen da sind, die die Sache der Gemeindepsychiatrie politisch vorantreiben. Meine Entgegnung war, daß kommunale Politik überhaupt in hohem Maße personalisiert ist und daß das auch ihren Reiz ausmacht. Deswegen ist es nach meiner Meinung ein durchaus richtiges und der Struktur und dem Wesen der Kommunalpolitik entsprechendes Prinzip, wenn man auch das Vorantreiben der gemeindenahen Psychiatrie ein Stück weit personalisiert; wenn man also Politiker, Referenten, Dezernenten, Bürgermeister, Oberbürgermeister, Fraktionsvorsitzende usw. findet, die diese Dinge aufgreifen und mit ihrem politischen Willen vorantreiben. Es kommt eben nicht auf Gesetze an; dennoch muß natürlich mit Finanzierungsmöglichkeiten Hilfe geleistet werden, denn der politische Wille allein reicht nicht aus, sondern muß finanziell abgesichert werden. Das muß nicht immer durch eine großartige Gesetzgebung geschehen - vielleicht ist ja unsere Zeit für eine Gesetzgebung auf dem Gebiete der Psychiatrieversorgung gar nicht reif. Man muß eben andere Lösungen suchen, auch Lösungen, die zwischen dem jeweiligen Land und der jeweiligen Stadt oder dem jeweiligen Landkreis zu vereinbaren sind.

Hier werden wir zu pluralistischen Lösungen kommen, weil die Politik in dieser Republik sowieso pluralistisch läuft. Wir kommen, wie mir scheint, erst richtig in den Föderalismus hinein. In zehn Jahren wird man dann sagen, die Länder haben sich viel zu sehr auseinanderentwickelt und müssen wieder zusammengeführt werden, d. h. die Einheitlichkeit der Lebensbedingungen, wie es im Grundgesetz heißt, wird wieder in verstärktem Maße in den Blick genommen werden. Auch auf dem Gebiet der Psychiatrie, wird man sagen, muß das Auseinanderstreben wieder zusammengeführt werden - und das ist dann vielleicht eine weitere Chance, die Psychiatrieversorgung voranzubringen. Dies alles ist natürlich ein Finanzproblem aber eben nicht nur, weil so riesige finanzielle Dinge gar nicht zur Diskussion stehen - um so mehr, als alle diese komplementären Dienste, Maßnahmen und Einrichtungen nicht von einem auf den anderen Tag zu organisieren sind, sondern man schon aus organisatorischen Gründen Schritt um Schritt vorgehen muß.

Andersch: Wir haben einmal überschlagen, was die Leistungen, die in Herne erbracht werden, an Mitteln, im wesentlichen an Personalkosten, erfordern, und das sind bei den Personalkosten weniger als eine Million Mark im Jahr. Das sollte man einmal in der Relation sehen. Da mag man sich im Einzelfall darüber streiten, daß wir mit Sicherheit zwischen 60 und 100 Dauerpatienten mehr in der Klinik hätten, wenn wir die ambulanten Leistungen auf Größen zurückfahren würden, wie sie in anderen Gemeinden existieren. Diese Rechnung läßt sich bei uns wirklich so aufmachen, weil wir in der Tat eine sehr kleine Klinik am Ort haben. An anderen Orten werden im Einzugsbereich von großen Kliniken die Vertreter der örtlichen Kassen natürlich nicht ohne weiteres einen Rückgang der Bettenbelegung feststellen, wenn der Ambulanzbereich intensiviert wird. Ich kann nur für Herne sagen, wenn wir den Ambulanzbereich einstellen, dann wird die Klinik aus den Nähten platzen. Das ist abzusehen, und ich denke, die Kosten machen es bei weitem wett, denn was ambulant investiert wird, wird dort effektiv auch stationär eingespart.

Frau Roth: Was mir bei dieser Tagung aufgefallen ist, das ist die ungeheure Vielfalt, wie sich Institutionen Lösungsmöglichkeiten finden lassen. Die Gemeinsamkeit ist da, daß man die Aufgaben sieht, und ich glaube, das sollte man hier noch einmal ganz wesentlich herausstellen. Ich bin Leiterin eines Gesundheitsamtes in Niedersachsen, wo alle Gesundheitsämter kommunal, d. h. also gemeindenah und daher für die Gemeindepsychiatrie zuständig sind. Aber ich bitte um Verständnis dafür, daß dies Behörden sind, und Behörden sind zäh. Hier wurde gesagt, in Behörden sei eine Mark nur 80 Pfennig wert und beim freien Träger 1,20 DM. Wir müssen aber auch bedenken, daß zu der Behörde die Patienten kommen, die nicht freiwillig kommen und denen sie erst fünfmal hinterherlaufen müssen, bis sie überhaupt bei einer anderen Institution freiwillig weiter mitarbeiten. Wenn sie dann das für 40 Pfennig pro Mark schaffen, dann sind sie gut dran. Deshalb muß die an den kommunalen Gesundheitsämtern vorhandene engagierte gemeindenah Arbeit unterstützt werden. Das kann mit Stellenplänen sein, aber die alleine machen es nicht aus; wir brauchen dann auch die Möglichkeit, die richtigen Leute dafür zu suchen, und dafür wird man unsere Arbeit als eine lohnenswerte Arbeit darstellen müssen.

Becker: Einer der wichtigsten Grundsätze der Gemeindepsychiatrie ist doch, daß man versuchen soll, die Probleme, die in der Gemeinde entstehen, auch dort zu bearbeiten und solche Mitbürger, die sich in irgendeiner Form als problematisch erweisen, nicht woanders hinzutun, sondern sich auch für sie zuständig zu fühlen. Die Gefahr dabei ist, daß man das wieder nur für einen exklusiven Kreis tut, auch wenn das jetzt schon ein sehr großer Kreis ist, auf den wir uns geeinigt haben. Mein Appell geht dahin, die Leute, die da weiterhin ausgeschlossen sind, nicht völlig aus dem Blick zu verlieren. Das passiert am einfachsten, indem man sich für nicht zuständig erklärt, etwa für die psychisch kranken Rechtsbrecher. Die sind aber genauso eine Gruppe in der Psychiatrie wie die Zwangseingewiesenen eine Sondergruppe sind; da gibt's sicher Unterschiede, aber da sind auch große Gemeinsamkeiten. Die Psychiatrie ist für alle diese Gruppen zuständig, die man so gerne überregional betreut. Von selten der Betroffenen ist die Möglichkeit, in

irgendeiner Form zu einer wiederum ausgeschlossenen Sondergruppe zu gehören, eine ganz reale Drohung, Die Möglichkeit, aus dem Gemeindesystem herausfallen, sollte so gering wie möglich sein. Das ist ein Appell an Sie, diese Gruppen nicht aus dem Blick zu verlieren, das sind auch Bürger aus Ihrer Gemeinde, für die die Gemeinde sich auch in irgendeiner Form zuständig fühlen sollte, selbst wenn jetzt die Möglichkeiten dafür noch nicht vorhanden sind.

Happe: Der politische Wille muß natürlich am Anfang stehen, sonst passiert überhaupt nichts. Der politische Wille wird natürlich durch verbesserte Rahmenbedingungen auch ermöglicht und beflügelt. Um als Betroffene aber den politischen Willen schaffen zu können, ist Öffentlichkeitsarbeit im generellen Sinn zwar notwendig, reicht aber nicht aus. Wenn Sie als Betroffene konkretere Ergebnisse erzielen wollen, dann müssen Sie in den politischen Raum hineingehen und dort aufklären und Verständnis wecken; müssen praktikable, realistische Forderungen formulieren. Was hindert eigentlich die sich organisierenden Betroffenen vor Ort, an die einzelnen Fraktionen des Stadtrates heranzutreten und zu sagen, wir möchten euch mal unsere Problematik und sinnvolle Lösungswege vortragen. Ich möchte die Fraktion irgendeiner Partei sehen, die einem solchen Gespräch ausweicht. Und dann kommt es in einem solchen Gespräch auf die Überzeugungskraft und die Durchsetzungskraft an.

Kulenkampff: Meine Damen und Herren, in der Biographie der AKTION PSYCHISCH KRANKE ist diese Tagung doch als ein gewisser Markstein anzusehen. Wir haben über 300 Sozial- und Gesundheitsdezernenten der deutschen kreisfreien Städte und Landkreise angeschrieben und es sind tatsächlich 65 gekommen. Das sind etwa 20% - sehr viel mehr als wir erwartet hatten. Ich möchte das doch als ein Zeichen dafür sehen, daß von Süddeutschland bis nach Kiel und von Bielefeld bis nach sonstigen Gegenden dieses personalisierte Interesse und Engagement, auf das wir angewiesen sind, tatsächlich vorhanden ist. Ich danke allen Referenten und allen, die mit uns diskutiert haben und hoffe, daß Sie alle -wie ich auch - viel aus dieser Tagung gelernt haben.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren und Moderatoren

Prof. Dr. M. BAUER, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik des Stadtkrankenhauses Offenbach a. M.

Prof. Dr. G. BOSCH, Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Lic. jur. G. BUHLMANN, Stadtdirektor, Stadtverwaltung Mönchengladbach K.
FINKE, Stadtrat, Stadtverwaltung Herne

Dr. B. HAPPE, Beigeordneter, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Köln

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. H. MARTINI, Bürgermeister a. D., Stadtrat, Mannheim

H. MÜLLER, Kreisverwaltungsdirektor, Landratsamt Esslingen

E. POMMERIN, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Bonn

Dr. R. THIERINGER, Erster Bürgermeister der Landeshauptstadt Stuttgart

Diskussionsteilnehmer

Dr. N. ANDERSCH, Gesundheitsamt Herne

Dr. Th. BECKER, Psychosozialer Dienst, Köln

Th. BOCK, Bundesvorstand DGSP, Hamburg

Dr. W. CREFELD, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Bochum

Dr. U. HAASE, Kreisdirektor, Dezernat I, Detmold

P. HEYDER, Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit, Deisenhofen

Dr. Ulrike KITTNER-HANSEN, Gesundheitsamt, Kiel

E. LUITHLEN, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Dr. P. MOTSCH, rechtsk. berufsm. Stadtrat, Stadtverwaltung Würzburg

Dr. Helga ROTH, Gesundheitsamt Holzminden

Elfriede SCHOENENBORN, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln

A. SCHWENDY, Geschäftsführer des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V., Bonn

Dr. Wilhelmine STÜRMER, PROGNOSE AG, Köln

Dr. H. STAHL, Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh