

**Modellprogramme
des Bundes
und der Länder
in der Psychiatrie-
Kritische Übersicht**

von Caspar Kulenkampff

Herausgeber: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., Bonn
AKTION
PSYCHISCH KRANKE e. V.

I Br 12

2/57

AKTION
PSYCHISCH KRANKE e.V.

1981 · Rheinland-Verlag GmbH · Köln
Herausgeber: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland
Druck: Alois Palmer, Bergisch Gladbach

Die Veröffentlichung wurde ermöglicht durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie – Kritische Übersicht *

C. Kulenkampff

Angesichts dessen, was hinter uns liegt und der großen Schwierigkeiten, welche wir auf uns zukommen sehen, erscheint es notwendig – rückblickend und vorausblickend – kritisch über die Situation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, über die Chancen ihrer Weiterentwicklung und damit zusammenhängend über den Stellenwert des Modellprogramms nachzudenken.

In den vergangenen Jahren hat sich die Szenerie der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter stärker verändert, als das im allgemeinen angenommen wird. Einmal abgesehen von dem Aufsprießen sehr verschiedenartiger, aber zahlreicher extramuraler Aktivitäten, dem Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und den ersten Schritten zur Etablierung von Institutsambulanzen haben wir seit 1970 ein rapides Absinken der Bettenzahlen in den großen psychiatrischen Krankenhäusern bei gleichzeitigem Ansteigen der Zugänge und Rückgang der Verweildauer festzustellen.

Das sei am Beispiel der psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland dargestellt:

Durchschnittsbestand in allen Kliniken

1970: 12 530

1980: 8 662

Die Differenz von 3 868 bedeutet eine Abnahme von 31 Prozent.

Zugänge in allen Kliniken

1970: 15 941

1980: 24 793

Die Differenz von 8 852 bedeutet eine Zunahme von 55 Prozent.

Mittlere Verweildauer in allen Kliniken

1970: 289,2 Tage

1980: 127,6 Tage

Dabei wird der Durchschnittswert durch Kliniken, in welchen sich noch ein hoher Anteil Behinderter/Langzeitkranker befinden (Bedburg-Hau: 447,4 Tage, Viersen: 209,8 Tage) nach oben verzerrt. In Kliniken, bei denen

* Referat anlässlich der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE „Modellprogramme in der Psychiatrie“ am 25. und 26. Juni 1981 in Bonn.

einerseits heilpädagogische Heime abgetrennt wurden, andererseits durch Beseitigung von Fehlplazierungen sich eine günstigere Entwicklung angebahnt hat, ist eine niedrigere mittlere Verweildauer zu verzeichnen (Düren: 83,9 Tage; Langenfeld: 83,5 Tage). In den kleineren Kliniken liegen die Werte naturgemäß noch tiefer (Köln/Merheim: 40,1 Tage; Mönchengladbach: 63,3 Tage).

Dieser Prozeß, welcher gelegentlich als „Klinifizierung“ bezeichnet wird, hat dazu geführt, daß z. B. in der Landesklinik Düren, welche vor 15 Jahren noch über ca. 1700 Betten verfügte, heute noch etwa 300 erwachsene psychisch Kranke im Akut- und mittelfristigen Bereich (also bis zu 2 Jahren), in der Rhein. Landesklinik Langenfeld rd. 400 behandelt werden. Dies wurde mangels anderweitiger Kapazitäten möglich durch Zusammenfassung der geistig Behinderten in heilpädagogischen Heimen, Verlegungen in komplementäre Einrichtungen und besonders im Falle Düren durch eine stark kontrollierte Aufnahme-strategie mittels des ambulanten Dienstes. Dennoch befinden sich in Düren z. Z. noch ca. 130 chronisch Kranke/seelisch Behinderte, in Langenfeld sind es etwa 250. Damit sind wir tendenziell an eine Grenze gekommen, die bei Einzugsgebieten mit rd. 1,5 Millionen Einwohnern – auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß noch andere Krankenhauseinrichtungen an der Versorgung beteiligt sind – mit einer Zugangsrate von rd. 3000–3500 Patienten pro Jahr für den Akut- und mittelfristigen Bereich kaum noch unterschritten werden kann. Der weiterhin allerdings verlangsamt ablaufende Schrumpfungsvorgang vollzieht sich nur noch im Anteil der Langzeitkranken/seelisch Behinderten. Diese möglicherweise besonders augenfälligen, aber doch wohl im Großen und Ganzen nicht atypischen Beispiele machen deutlich, daß der Akut- und mittelfristige klinische Kern auch unter Einbeziehung der entstandenen und entstehenden psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern strukturell keine gravierenden Probleme aufwirft. Korrespondierend gleichsam mit der Bereinigung dieses Versorgungssektors haben sich allerdings große Schwierigkeiten bei der quantitativ und vor allem qualitativ bedarfsgerechten Versorgung der Langzeitkranken bzw. seelisch Behinderten ergeben, die unvermindert andauern. Wenn in diesem Zusammenhang der Satz nach wie vor Gültigkeit hat, daß Nichtkrankenhauspflegebedürftige im Krankenhaus grundsätzlich als fehlplaziert anzusehen sind, verlagert sich das Schwergewicht der Überlegungen und Anstrengungen notwendig in die Gemeinden, in den weiten Bereich außerhalb der Krankenhäuser. Ich bin mit vielen anderen schon lange der entschiedenen Ansicht, daß ohne ein konsequentes Fortschreiten auf diesem Gebiet die Reformentwicklung an einem mehr oder weniger zufälligen Punkt stagnieren wird.

Es ist daher konsequent, daß das Modellprogramm des Bundes Vorfelddienste, ambulante und komplementäre Dienste zum hauptsächlichen Zielpunkt der Förderung macht.

Vergegenwärtigt man sich nun die Komplexität und Variationsbreite des bestehenden extramuralen Angebotes mitsamt seiner geregelten oder unregelmäßigen Einordnung in die jeweiligen Finanzierungssysteme einerseits und die umfangreiche Liste von in 14 Regionen verteilten, inzwischen bewilligten Projekten andererseits, so drängen sich unter Beachtung der Enquête-Empfehlungen und, nachdem man sich an den ausufernden terminologischen Wirrwarr gewöhnt hat, eine Reihe von Fragen auf.

Zunächst eine Bemerkung zum sog. sozialpsychiatrischen Dienst, verknüpft in der Regel mit einem sog. mobilen Team. Soweit ich sehe, sollen diese Dienste in die Gesundheitsfachverwaltung integriert werden. Wenn ich den entsprechenden Text der Enquêtekommission in Erinnerung rufen darf, so ist dort durchaus korrekt darauf hingewiesen worden, daß bei sich weitgehend überlappender Aufgabenstellung der ambulanten Dienste am psychiatrischen Behandlungszentrum und der sozialpsychiatrischen Dienste am Gesundheitsamt „Doppelgleisigkeit und Gegenläufigkeit entstehen, die durch Koordinationen nur schwer überbrückbar erscheinen und zudem bei stark begrenzten Personalressourcen äußerst unrationell werden könnten“. Hierbei ist damals bereits davon ausgegangen worden, daß die sozialpsychiatrischen Dienste zukünftig Behandlungsaufgaben übernehmen. Dieser Möglichkeit konnte freilich bislang in der Praxis nirgendwo gefolgt werden. So kommt es, daß die zur Zeit bestehenden sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern meist der größeren Städte bei ihrer beratenden, koordinierenden, begutachtenden und höchstens eingreifenden Tätigkeit mit den behandelnden ambulanten Diensten der Krankenhäuser, wo es sie gibt, nur teilweise in Konkurrenz treten. Dadurch, daß nunmehr ganz offensichtlich den sozialpsychiatrischen Diensten erneut Behandlungskompetenz zugewiesen werden soll, taucht das alte Problem wieder auf. Dort, wo in einer Region Klinik, sozialpsychiatrischer Dienst und möglicherweise noch andere Gebilde, wie etwa psycho-soziale Kontaktstellen, beratend und behandelnd miteinander interferieren, wird die Empfehlung der Enquête (Seite 214/215) aktuell, nach der Dienste dieser Art sich zukünftig enger verbinden oder ggfs. verschmelzen sollten. Aus wohlverwogenen Gründen ist die Enquêtekommission nicht davon abgegangen, daß „die ambulanten Dienste am psychiatrischen Krankenhaus jedenfalls für Patienten und Behinderte, welche die stationären und halbstationären Dienste berührt haben mit Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention, im Prinzip verbunden bleiben.“ Dieser Satz hat, so meine ich, noch heute Bestand, zumindest solange die einzelnen Institutionen nach dem Prinzip der Gemeindenähe außerhalb zumutbarer Erreichbarkeit liegen oder eine klinische Einrichtung überhaupt nicht vorhanden ist. Derlei Situationen mag es geben. Dennoch halte ich für erwägenswert, ob es nicht besser ist, Manpower der Klinik bei Kostenerstattung und Delegation der Aufgaben der Gesundheitsfachverwaltung zur Verfügung zu stellen, gleichviel, ob diese nun an der Klinik oder dem Gesundheitsamt selbst ihre Erledigung finden. Darüber hinaus möchte ich schon an dieser Stelle anregen, Gedanken darauf zu verwenden, wie wir

die unrationelle gegenseitige Abschottung der stationären und nichtstationären Versorgungssektoren überwinden können. Es wäre vermutlich wesentlich effektiver, wenn etwa Mitarbeiter der Klinik auch außerhalb derselben behandelnd, beratend im ambulanten und komplementären Bereich teilweise tätig werden könnten, ohne daß vertrakte Nebentätigkeitsprobleme entstehen, Abzüge am Selbstkostenblatt erfolgen oder sonstige unüberwindbare Schwierigkeiten auftauchen.

Das ist das eine. Man wird sich des weiteren fragen müssen, wie eigentlich der beim jetzigen Modellprogramm ubiquitär in Vorfeld- und ambulanten Diensten offen oder verdeckt zum Tragen kommende Behandlungsanspruch praktikabel und unter transparenten finanziellen Modalitäten umgesetzt werden soll. Ob das nun irgendein sozialpsychiatrischer Dienst sein mag, oder – um ein Beispiel zu nennen, das bewilligte Herforder Psycho-soziale Zentrum, welches getragen vom Kreis mit 10 Mitarbeitern wahrscheinlich in irgendeiner Etage seine Behausung finden soll – in jedem Falle wird es, wenn dort legal Behandlung stattfinden soll, unvermeidlich, die Finanzierung insgesamt oder durch Refinanzierung partiell mit den Leistungsträgern abzuwickeln. Hierfür sind ja auch vom Kosten- und Finanzierungsausschuß bereits ziemlich umfangreiche Leistungskataloge entworfen worden. Nun besteht gar kein Zweifel, daß sich hinter dem Titel „Behandlung“ oder „Therapie“ eine üppig wuchernde Fülle von Aktivitäten verbirgt, die vielerorts, z. B. in Beratungsstellen zur Geltung kommen, ohne daß die gesetzlichen Krankenkassen oder sonstige Leistungsträger auch nur einen Pfennig dafür zahlen. Es ist gewiß eine lohnende, ja eine dringliche Aufgabe, diese Grauzone aufzuhellen und zu ordnen. Nur muß man sich im klaren darüber sein, daß ein derartiger Ordnungsversuch durch Auflistung neuer, den Besonderheiten der Behandlung psychisch Kranker oder Gestörter angepaßter Leistungsarten und deren mögliche Abgeltung durch die zuständigen Versicherungen, die Arbeitsverwaltung oder die Sozialhilfe zwar zu der gewünschten Legalisierung von Therapie führt, aber mit Sicherheit vermehrte Kosten auf die Solidargemeinschaft bzw. den Steuerzahler verlagert. Angesichts leerer Kassen erscheint es selbstverständlich, Argumente auf den Tisch zu legen, welche die Unabweisbarkeit von vermehrtem Aufwand nachweisen. Aber selbst unter Berücksichtigung eines solchen Nachweises genügt es nicht, einfach additiv zum Bestehenden weiteres hinzuzufügen. Der Aufbau neuartiger Einrichtungen, mit neuartigen gewiß wünschenswerten Aufgabenspektren, wird sich mit Blick auf die verursachten Kosten nur wirksam vertreten lassen, wenn die Verbesserung der Versorgungsstruktur mit einem Optimierungsprozeß derart verknüpft wird, daß der angestrebte Effekt mit dem geringsten Mitteleinsatz oder überhaupt ohne zusätzliche Kosten zustande kommt. Allerdings bin ich der Meinung, daß sich ein scharf kalkulierter Optimierungsprozeß auf den ausgetretenen und überaus verschlungenen Pfaden unseres gegenwärtigen Leistungsrechts kaum vollziehen lassen. Gleichviel aber zu welchen Überlegungen man käme, es fragt sich in der Tat grundsätzlich, ob wir uns das Nebeneinander

von ambulanten Diensten am Krankenhaus, von sozialpsychiatrischen Diensten, von psycho-sozialen Kontaktstellen oder Zentren, die allesamt therapeutisch so ziemlich das Gleiche tun – nämlich mindestens Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention – von therapeutisch tätigen Beratungsstellen und der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes eigentlich leisten können. Geht man dennoch davon aus, daß ambulante Angebote dieser Art erforderlich sind, so wäre das unrationelle Manpower und finanzielle Mittel verschleudernde Nebeneinander durch präzise am Bedarf orientierte Aufgabendefinition und -abgrenzung sowie eine enge funktionelle und personelle Verzahnung der Dienste aufzuheben.

Dieser Gesichtspunkt gilt naturgemäß ganz generell z. B. auch für die Gruppe der komplementären Dienste – als da sind Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohnungen, Clubs, Tagesstätten. Ich finde es begrüßenswert, daß offensichtlich dem System verteilter Wohngemeinschaften, eventuell im Verbund zusammengefaßt, verstärkt Interesse entgegengebracht wird. Gerade aber derartig dezentral plazierte Wohnangebote erfordern die jeweils den lokalen Verhältnissen angepaßte Entwicklung abgestufter Versorgungs- und Betreuungsformen, die rationell nur unter Berücksichtigung der erwähnten funktionellen Verzahnung verschiedener Dienste zu organisieren sind. Daß eine ziemlich große Anzahl projektierte Übergangs- und Wohnheime in der Bewilligung noch zurückgestellt wurden, wird wohl daran liegen, daß geeignete Objekte so schnell nicht aufzutreiben waren. Ich würde indessen großen Wert darauf legen, daß besonders auf diesem Gebiet verstärkt Anstrengungen unternommen werden, um das Defizit an Kapazitäten für seelisch Behinderte außerhalb der Krankenhäuser zu reduzieren. Da die Bundesförderung nach Übernahme der Pflegekosten durch die zuständigen Leistungsträger entfällt, dürfte das Modellprogramm zudem bei der Forcierung von Initiativen in dieser Richtung nur relativ mäßig belastet werden. Ungeklärt erscheint mir in diesem Zusammenhang die korrekte Bedarfsermittlung für komplementäre Dienste. In geeigneten Modellregionen wäre zu überprüfen, in welchem Umfang ambulanter Service – um es einmal ganz allgemein auszudrücken – den Bedarf an Plätzen im komplementären Wohnbereich und Pflegeheimbereich vor allem auch für psychisch kranke alte Menschen beeinflusst. Ganz abgesehen von ihrer Funktion, Hospitalisierung zu vermeiden, könnten möglicherweise die ambulanten Dienste zudem ihre platzmindernde Wirkung auf relativ teure Heimkapazitäten evident machen.

Betrachten wir erneut das Bewilligte oder in Bewilligung befindliche Spektrum entstehender Dienste, so muß doch als Mangel bezeichnet werden, daß der rehabilitative Sektor, insbesondere die berufliche Eingliederung ganz deutlich zu kurz kommt. Ich finde es mißlich, daß das zur medizinischen Rehabilitation gehörende Element der Belastungserprobung in Kombination mit der Arbeitstherapie für psychisch Kranke/seelisch Behinderte so wenig ausgebaut und systematisiert ist. Mißlich ist, daß die Probleme der

Arbeitstherapie einerseits, der Werkstatt für psychisch Kranke und Behinderte besonders in Krankenhauseinrichtungen andererseits, unzureichend oder überhaupt nicht gelöst sind. Mißlich ist, daß Berufsförderung für seelisch Behinderte institutionell nur vereinzelt angeboten wird, obgleich z. B. aus der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg gute diesbezügliche Erfahrungen vorliegen. Kurzum: Der Eingliederungs- oder Wieder-Eingliederungsvorgang weist für psychisch Langzeitkranke bzw. Behinderte große Lücken und Unzulänglichkeiten auf, die zum Teil mit der Sache selbst, zum Teil aber mit defizitären Strukturen des Versorgungssystems zusammenhängen. Dabei kommt diesem Rehabilitationsbereich für die Gruppe der seelisch Behinderten besondere Bedeutung zu. Man kann, denke ich, davon ausgehen, daß die Integration dieser Gruppe in das normale Arbeitsleben angesichts der Situation, in der wir uns heute befinden, immer schwieriger wird. Andererseits holen wir diese Behinderten aus den Krankenhäusern heraus, geben sie ihren Familien zurück, wir siedeln sie in Wohnungen, Wohnheimen an, versammeln sie in Clubs und Tagesstätten, beraten, behandeln, stützen sie, pflegen mit ihnen sozio-therapeutischen Umgang und möchten das alles vorbeugend, nachsorgend, gegebenenfalls intervenierend in noch weitaus gesteigertem und vielfältigem Umfang tun: – diese ganze Szenerie gibt keine Antwort auf die Frage, wie eigentlich das alltägliche Leben dieser Mitmenschen aussehen soll. Schon heute sitzen unzählige Behinderte in schlechtgeführten Heimen gelangweilt und beschäftigungslos herum. Wie wird das werden, wenn komplementäre Angebote vermehrt vorhanden sind, zumal die beratend-behandelnden ambulanten Dienste von ihrer Funktion her an diesem Zustand kaum etwas ändern können. Gewiß, einige werden in Werkstätten für Behinderte ihren Platz finden, entweder in speziellen eigenen, hoffentlich kleineren oder in Abteilungen schon bestehender. Sicher aber nicht alle. Was soll mit den anderen, mit der Mehrzahl geschehen, wenn man sich damit nicht zufriedengeben will, daß sie sich in irgendwelchen beschäftigungstherapeutischen Studios die Zeit mehr oder weniger vertreiben. Hier denke ich, wird etwas Phantasie und improvisatorisches Geschick von Nöten sein. Subventionierte Eigenproduktion muß nicht immer zu ghetthaftern Verhältnissen eines Sonderarbeitsmarktes führen. Besser wäre es, in vermehrtem Umfang beschützende Arbeitsplätze in industriellen Firmen einzurichten, geeignete Teilzeitarbeitsplätze für die Gruppe anzubieten oder Freizeitangebote zu organisieren. Wie auch immer – es wird einleuchten, daß in den stufenweisen Aufbau eines solchen rehabilitativen Systems Belastungserprobung und berufsfördernde Maßnahmen eingebaut sein müssen.

Vergegenwärtigt man sich am Leitfaden dessen, was ich ausgeführt habe, also in einer sehr kursorischen Übersicht, den gegenwärtigen Stand des Modellprogramms und die darin deutlich erkennbaren, auf die Zukunft gerichteten Tendenzen, so möchte ich doch mit aller Deutlichkeit darauf hinweisen, daß in diesem Unternehmen mehrfach brisanter gesundheits- und sozialpolitischer Zündstoff steckt. Es ist eine ziemliche Illusion zu glauben, man könnte einerseits die quantitativ erhebliche Ausweitung

ambulanter Aktivitäten auf eine Reihe von Institutionen, andererseits die ebenso erhebliche Ausweitung des Behandlungsbegriffs auf eine schwer zu präzisierende Zone sozialer, genauer sozialtherapeutischer Leistungen, gleichsam administrativ-technokratisch einfach im Dialog mit den zuständigen Geldgebern erledigen. Die offensichtlich angezielte Entwicklung bringt eine ganze Herde heiliger Kühe in Bewegung. Ich will gar nicht bestreiten, daß derartige Irritationen notwendig sind. Nur muß man wissen, was man tut. Die Erarbeitung des rational Zweckmäßigen, des Überzeugenden ist eine Sache. Eine andere Sache ist die politische Durchsetzung dessen, was man als sinnvoll erkannt hat. Die Gedanken derer, die in der Beraterkommission mitarbeiten, kenne ich nicht. Aus den Diskussionen dieses Gremiums jedenfalls ist ein Bewußtsein für das gesundheits- und sozialpolitische Gewicht der Entwicklung, die man langfristig in Gang zu bringen hofft, nicht erkennbar. Das hinter den Projekten, den Bewilligungsvorgängen, den Beratungen, den Protokollen und dergleichen sichtbar werdende allgemeine Konzept ist, wie mir scheint, in etwa definierbar. Jedoch sollte man sich daran erinnern, daß über Konzepte dieser Art in der Regel nicht allein nach Kriterien ihrer Rationalität, sondern danach entschieden wird, ob sie politisch gewollt werden oder nicht.

Wenn ferner mein Hinweis auf die Notwendigkeit von Optimierungsprozessen ernst genommen werden sollte, kommen weitere kritische Momente hinzu. Man sollte in diesem Zusammenhang ruhig der Tatsache ins Auge sehen, daß die Finanzierung von Teilbereichen des Gesundheitswesens, zumindestens des Krankenhauswesens und der Gesamtheit unserer gesetzlich verankerten Sozialleistungen, bereits heute praktisch zusammengebrochen ist. Meinen wir also, zusätzliche Kosten erzeugen zu müssen, kann man nur vorhandene Geldmengen umlenken, verschieben oder die noch zur Verfügung stehenden Ressourcen so einsetzen, daß im Idealfall keine Mehrausgaben verursacht werden. Ich bin – wie schon erwähnt – der Auffassung, daß sich eine Prozedur dieser Art innerhalb der Systematik der geltenden Finanzierungsmodalitäten wahrscheinlich nicht wird umsetzen lassen. Der Weg über die Abrechnungsakrobatik mit Gebührenordnung oder einer handvoll verschiedener Kostenträger erscheint mir im Hinblick auf die erforderlichen Optimierungsversuche unrealistisch. Man sollte Erwägungen in Richtung einer Pauschalfinanzierung aller Dienste in jeweils einer Region mit dem Ziel anstellen, ein Höchstmaß an verschiedenen Stellen – also die Möglichkeit variabler part-time-Tätigkeit zwischen den Diensten – zu erreichen. Ganz klar, daß dies vermutlich entweder nicht ohne Änderung von Gesetzen oder zumindest sehr speziellen Konstruktionen im Rahmen der geltenden Bestimmungen auf der Basis des Konsensus aller beteiligten Träger gelingen kann. Ganz klar, daß ein derartiges Ansinnen – sollte es Allgemeingut werden – letztlich nur politisch durchzusetzen ist.

Die hier zur Rede stehenden Probleme bewegen sich im Rahmen von Modellentwicklungen, sozusagen in einem Freiraum, der ein Stück Experimentierfreudigkeit zuläßt. Darin sehe ich eine Chance, auch etwas gewagte,

meinetwegen utopieverdächtige Überlegungen in die fortschreitende Arbeit und Diskussion einzubringen. Sollte sich Bereitschaft zeigen, diese oder verwandte Anregungen tatsächlich aufzugreifen, könnte mit der Zeit und vor allem aus den Ergebnissen, die die praktische Erfahrung hoffentlich bringen wird, Bewegung in das weitgehend erstarrte Gefüge der Zuständigkeiten und des Finanzierungssystems kommen. Unter diesem Aspekt dürften sich die Zwänge, welche uns naturgemäß in der Situation knapper Ressourcen empfindlich bedrängen, unter Umständen als ausgesprochen heilsam erweisen.

Allerdings erscheint ein in dieser Weise verstandenes Modellprogramm nicht ganz anspruchslos. Ich möchte zu bedenken geben, ob es richtig ist, an so vielen verschiedenen Stellen mehr oder weniger vereinzelt zu experimentieren, anstatt in wenigen Regionen wirklich Vollversorgungszustände herzustellen, deren Analyse dann ausgereifte Früchte tragen kann. Die institutions- und patientenbezogene Dokumentation, insbesondere das Festschreiben der Patientenkarrerien, erfordert auf dem Hintergrund der von mir gegebenen Hinweise einen erheblichen Aufwand an Überzeugungsarbeit und Motivation, vor allem bei denjenigen Einrichtungen und Personen, die in der Region Kranke versorgen, aber nicht gefördert werden. Ich halte es für zweifelhaft, ob die sicher erheblichen Kraftanstrengungen dieser Art zersplittert über die halbe Bundesrepublik zum angestrebten Ziel führen können. Es wäre schade, wenn sich aus dem Modellprogramm nicht gediegene Resultate ergeben, die politisch wirksam werden, d. h. aber die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter einen entscheidenden Schritt voranbringen.

Es täte mir leid, wenn der Eindruck entstünde, ich hielte nicht sehr viel von dem Modellprogramm. Das Gegenteil ist der Fall. Ich finde es eine großartige Sache, daß der Deutsche Bundestag so viel Geld bereitstellt, um die Weiterentwicklung in einem äußerst komplizierten Versorgungssektor zu ermöglichen. Dennoch erfüllt mich gerade infolge meiner Identifikation mit dem Ansatz des Programms noch eine gewisse ängstliche Sorge, es könnten diejenigen Mandatsträger im Deutschen Bundestag, welche sich mit großer Verve für die Einstellung der Mittel in den Haushalt eingesetzt haben und sich für deren Erhalt weiter einsetzen, enttäuscht werden – oder es könnten die Ergebnisse, welche schließlich herauspringen, nicht hart genug sein, um der Bundesregierung, dem Bundestag und den Ländern als unausweichliche politische Argumentationsbasis für gesetzliche oder sonstige Veränderungen zu dienen. Ich möchte zuversichtlich hoffen, daß derlei momentane Ängstlichkeiten grundlos bleiben.

Prof. Dr. C. Kulenkampff,

Leiter der Abteilung Gesundheitspflege, Landschaftsverband Rheinland, Köln