Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
Staats-archiv Bremen
BREMISCHE BÜRGERSCHAFT

Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Landtag 8. Wahlperiode, 1971-75

(19.10.1973) Drucksache 7/1124 - Anlage I

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Visual Library

Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Anlage 1
Drucksache 7/1124

19. 10. 73

Sachgebiet 212

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
hier: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Inhalt

	Seite
A. Aufgabe und Ergebnisse des Zwischenberichts	2
I. Berichtsauftrag	2
II. Anlaß des Berichtsauftrages	2
III. Grundlagen des Berichtes	3
IV. Inhalt des Zwischenberichtes	3
B. Stellungnahme und Vorhaben	3
I. Stellungnahme	3
II. Vorhaben	5
a) auf Bundesebene	5
b) auf Länderebene	6
c) finanzielle Auswirkungen	7
III. Schlußbemerkung	7

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1,
Postfach 821, Goethestraße 56, Telefon (02221) 363551

A. Aufgabe und Ergebnisse des Zwischenberichtes

I. Berichtsauftrag

1. Der Deutsche Bundestag hat in seiner 130. Sitzung am 23. Juni 1971 beschlossen:

„Der Bundestag ersucht die Bundesregierung, eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erstellen zu lassen. Als Grundlage sollen die in der Drucksache VI/474 enthaltenen Bereiche und die sich aus den beiden Sachverständigenanhörungen entwickelten Schwerpunkte dienen.

Die Enquête sollte dem Bundestag zum baldmöglichsten Zeitpunkt vorgelegt werden. Falls sich die Vorlage der gesamten Enquête verzögern sollte, sollen dem Bundestag Zwischen- und Teilberichte vorgelegt werden."

Die vom Bundestag angesprochenen Unterlagen finden sich in der ersten Materialsammlung zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, die u. a. einen Überblick über die Aktivitäten des Deutschen Bundestages im psychiatrisch-psychohygienischen Bereich bietet (Bd. 9 und 10 der Schriftenreihe des BMJFG).

2. Die Bundesregierung hat zur Erarbeitung der Enquête eine Sachverständigenkommission berufen. Wegen der mangelnden Information auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung sind für die Erstellung der Enquête umfangreiche Vorarbeiten erforderlich, die die Kommission mit Unterstützung des BMJFG in die Weige geleitet hat; dazu gehören eine umfassende Erhebung über die Verhältnisse aller psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik mit Stichtag 30. Mai 1973, Untersuchungen und Forschungsvorhaben. Nach Auswertung der Ergebnisse dieser Vorhaben ist vorgesehen, die Enquête 1975 vorzulegen. Unter Berücksichtigung des Auftrages des Bundestages, aber auch im Hinblick auf die Dringlichkeit einer Lösung der im psychiatrisch-psychohygienischen Bereich anstehenden Probleme, insbesondere der stationären, halbstationären und der Zusatzversorgung, hat die Sachverständigenkommission über einige bisherige Ergebnisse ihrer Arbeit einen Zwischenbericht erstellt, der in der Anlage vorgelegt wird.

II. Anlaß des Berichtsauftrages

3. Nach übereinstimmender Meinung sind psychische Erkrankungen die häufigsten Erkrankungsformen unserer Gesellschaft, ca. 10 bis 12 Prozent der Gesamtbevölkerung bedürfen, wie der Bundestag unterstrichen hat, einer fachlichen Betreuung. Bei Anwendung moderner therapeutischer Verfahren ist es möglich, einen hohen Anteil dieser Kranken wesentlich zu bessern oder zu heilen. Trotzdem hat die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik nicht den ihr im Rahmen der Gesundheitssicherung der Bevölkerung zukommenden Platz. Die tatsächlichen Gegebenheiten der psychiatrischen Versorgung sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich. Um eine wesentliche Verbesserung der bisherigen Situation zu erzielen, bedarf es umfassender Regelungen, die jedoch eine Erhebung des bisherigen Zustandes, die Feststellung des Bedarfs und die Entwicklung einer umfassenden Konzeption für eine moderne psychiatrisch-psychohygienische Versorgung erfordern.

4. Am 5. März 1970 wurde von Abgeordneten des Bundestages der Antrag über die Situation der Psychiatrie in der BRD vorgelegt Drucksache VI/474), der am 17. April 1970 vom Deutschen Bundestag beraten und dem Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit überwiesen wurde.

Der Ausschuß führte am 8. Oktober 1970 und am 22./23. April 1971 Anhörungen von Sachverständigen durch, die folgende wesentliche Punkte ergaben (Drucksache VI/2322):

„a) Abbau der Vorurteile gegen den psychisch Kranken in unserer Gesellschaft;

b) Ausbau einer modernen und sinnvollen Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den stationären Einrichtungen;

c) Schaffung von beschützenden Werkstätten mit dem Ziel einer vollen beruflichen Eingliederung;

d) Errichtung von Tages- und Nachtkliniken, Übergangsheimen, Ambulanzen, Beratungsstellen sozialpsychiatrischer Dienste;

e) Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Verbesserung der vorhandenen Einrichtungen;

f) Verbesserung der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung aller psychiatrisch Tätigen mit der Heranbildung zur Teamarbeit, Koordination und Kooperation;

g) Ausschöpfung aller therapeutischen Kapazitäten zur Verbesserung der Gesamtsituation in der Psychiatrie."

5. Auf der Grundlage des Antrages Drucksache VI/474 und unter Berücksichtigung beider Sachver-

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 16. Oktober 1973 — 014 — 7 — 08 — 341-Bi-43 500-206/73.

ständigenanhörungen schlug der Berichterstatter dem Bundestag in seinem Bericht vom 9. Juni 1971 (Drucksache VI/2322) vor, die Bundesregierung mit der Durchführung einer Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu beauftragen; der Bundestag hat auf seiner Sitzung am 23. Juni 1971 den o. a. Beschluß gefaßt.

III. Grundlagen des Berichtes

6. Zur Erarbeitung der vom Bundestag angeforderten Enquête hat der BMJFG am 31. August 1971 eine Sachverständigenkommission berufen. Diese Kommission bildete 10 Arbeitsgruppen zur Behandlung von in einem Arbeitsprogramm festgelegten Themenbereichen. Ein Verzeichnis der Mitglieder der Sachverständigenkommission und der Arbeitsgruppen befindet sich am Ende des Zwischenberichts in Teil E.

Mit der Sachverständigenkommission und den von ihr eingesetzten Gruppen arbeiten die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder und der „Fachausschuß für Psychiatrische Krankenhäuser" der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft im Rahmen besonders gebildeter Beiräte „Ländervertreter" und „Trägerverbände" eng zusammen. Ferner bildete die Kommission zur Bearbeitung der besonderen Probleme bestimmter Personengruppen drei Expertenteams. Einen Bericht über die Tätigkeit dieser Gremien enthält der Zwischenbericht in Teil D. Der Berichtszeitraum endet mit dem 2. Halbjahr 1972.

Auf diesen Tagungen wurde eine Fülle von Problemen behandelt; bereits erzielte Ergebnisse haben — soweit möglich — ihren Niederschlag im Zwischenbericht gefunden, insbesondere in den dort niedergelegten Empfehlungen (Teil B) und den Sofortmaßnahmen (Teil C). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß der derzeitige Wissensstand auf diesem Gebiet sehr unvollständig ist; die Kommission und ihre Gremien haben es daher als eine ihrer ersten Aufgaben angesehen, das vorhandene Material zu sichten und eine Reihe von Projekten vorzuschlagen, um die Informationslücken zu schließen und die sachlichen Grundlagen für die Enquête zu schaffen. Eine Aufstellung der bis 1972 vom BMJFG genehmigten Projekte befindet sich ebenfalls in Teil E.

IV. Inhalt des Zwischenberichtes

7. Der Zwischenbericht enthält nach einer kurzen Vorbemerkung (Teil A) Empfehlungen (Teil B), die bereits vor Abschluß der Kommissionsarbeit und vor der Vorlage des Schlußberichts Orientierungsrichtlinien für den als dringend angesehenen umfassenden Ausbau der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik aufzeigen sollen. Es handelt sich dabei um einen allgemeinen Rahmen, innerhalb dessen sich das Reformwerk einer teilweise neu zu ordnenden psychiatrischen Versorgung vollziehen sollte. Die Kommission weist darauf hin, daß nach dem derzeitigen Wissenstand eine Begründung zu diesen Empfehlungen sowie detaillierte Vorschläge dazu und weitere Empfehlungen zu der Ausgestaltung der übrigen Bereiche der psychiatrischen Versorgung derzeit noch nicht gegeben werden können. Dies wird erst nach Auswertung laufender Projekte im Abschlußbericht möglich sein.

8. In einem Teil C schlägt die Kommission Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse der in psychiatrischen Einrichtungen stationär untergebrachten Patienten vor. Die bereits bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser werden noch für lange Zeit die Hauptlast der stationären Versorgung tragen müssen. Langfristige Reformplanungen — wie sie die Empfehlungen des Teils B überwiegend aussprechen — dürfen nicht zu Lasten der sich jetzt in diesen Einrichtungen befindlichen Kranken und Behinderten gehen. Zur Durchführung schon jetzt möglicher Verbesserungen fordert die Kommission, daß die zuständigen Träger für ihren Bereich Sofortprogramme aufstellen und verwirklichen, was teilweise bereits geschieht.

9. Teil E enthält die Verzeichnisse der Mitglieder der einzelnen Gremien und die Aufstellungen der durchgeführten Tagungen sowie der von den Arbeitsgruppen initiierten Projekte.

B. Stellungnahme und Vorhaben

I. Stellungnahme

10. Die vom Deutschen Bundestag beschlossenen umfassenden Untersuchungen stehen unter folgendem Auftrag:

1. Analyse der psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung der Bevölkerung,
2. Feststellung der Maßnahmen, die notwendig sind, damit die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung der Bevölkerung den heute geltenden wissenschaftlichen Erkenntnissen auf dem Gebiet gerecht wird.
3. Feststellung der Maßnahmen, die notwendig sind, um diese Behinderten gesellschaftlich und

beruflich einzugliedern bzw. wieder einzugliedern,

4. im Benehmen mit den Ländern und sonstigen Trägern psychiatrischer Einrichtungen die Förderung für notwendig erachteter Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

11. Der vorgelegte Zwischenbericht gibt Meinungen der Sachverständigenkommission, eines aus unabhängigen Experten bestehenden Gremiums, wieder. Die Kommission ist bestrebt, die mit der psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung der Bevölkerung zusammenhängenden Probleme so umfassend wie möglich zu erarbeiten und zu ihnen unter Berücksichtigung möglichst aller einschlägigen Gesichtspunkte Stellung zu nehmen. So wird sie die anstehenden Probleme nicht nur aus medizinischer, psychologischer und sozialer Sicht, sondern auch von organisatorischer und rechtlicher Seite her mituntersuchen, um auf Grund dieser Arbeiten Vorschläge für eine umfassende Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung auf diesem Gebiet vorzulegen. Bei diesen Arbeiten sind die Sachverständigenkommission und ihre Gremien in ihren verschiedenen Sachgebieten unterschiedlich weit gediehen.

Da die Vorlage der gesamten Enquête noch nicht möglich ist, wird entsprechend dem Auftrag des Deutschen Bundestages ein Zwischenbericht vorgelegt. Der unterschiedliche Bearbeitungsstand erklärt auch Form und Inhalt des Berichts, der sich in erster Linie auf die Punkte 2 und 3 des vorgenannten Auftrages des Deutschen Bundestages bezieht, ohne damit Anspruch auf Vollständigkeit der Beantwortung der in diesen Teilen angeschnittenen Fragen erheben zu wollen.

12. Die Bundesregierung dankt der Sachverständigenkommission und ihren Gremien für ihre bisher geleistete Arbeit. Sie erkennt das zum Teil erhebliche persönliche Engagement der Beteiligten und die Bereitschaft zur Mitarbeit der verschiedensten auf dem Gebiet der Psychiatrie tätigen Stellen an. Sie sieht in dem Zwischenbericht den Versuch einer ersten Zusammenfassung bisher erkannter Probleme und der daraus folgenden Forderung zur Änderung des unbefriedigenden Zustandes. Der von der Sachverständigenkommission aufgezeigte Rahmen war für die Bundesregierung Anlaß zu eigenen Überlegungen.

13. Die Bundesregierung nimmt nach Anhörung der zuständigen Länderministerien zu dem Zwischenbericht folgendermaßen Stellung:

Nicht mit allen Ausführungen des Zwischenberichts stimmt die Bundesregierung überein; das trifft z. B. für die Behandlung des Drogensektors und der Krankenhausfinanzierung zu.

14. Hinsichtlich der Ausführungen zu den Rauschmittelfragen teilt die Bundesregierung die Auffassung des Zwischenberichts. Sie ist allerdings, was das Spezialproblem der Drogenabhängigen betrifft, der Meinung, daß die Aussagen teilweise zu pessimistisch sind, da sich diese auf Kenntnisse bis zum Jahre 1972 stützen. Zwischenzeitlich hat die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Drogenbeauftragten der Länder feststellen können, daß von einem „massiven Anstieg der Erkrankungsziffern" und von einer „Mangelsituation in der Versorgung" nicht mehr gesprochen werden kann.

Der Vergleich zweier repräsentativer Untersuchungen von 1971 und 1973 zeigt einen Stillstand des Drogenbefalls. Neben den ca. 10 000 jugendlichen Suchtkranken bedarf von den weiteren ca. 40 000 Dauerkonsumenten nur ein geringer Teil einer längeren stationären Behandlung (vgl. auch Drucksache 7/620).

Die oben genannten Feststellungen haben auch ergeben, daß die Behandlung akuter Fälle in der Regel weitgehend gesichert ist. Durch Umbauten und Erweiterungen der bestehenden Einrichtungen sowie durch Neubauten ist auch die Möglichkeit zur Langzeittherapie weiter verbessert worden.

15.

a) Die Bundesregierung teilt die Ansicht, daß die Ergebnisse der zur Zeit laufenden Forschungs- und Erhebungsprojekte zu Korrekturen und Verschiebungen sowohl bei den tatsächlichen Feststellungen als auch im Bereich der vorgeschlagenen Maßnahmen führen können. Vor allem werden die Ergebnisse weiterer Felduntersuchungen, die auch der Deutsche Bundestag für erforderlich hielt (Drucksache VI/2322 i. V. m. Drucksache VI/474 Nr. 5), von Bedeutung sein; diese konnten bisher noch nicht aufgenommen werden, da sie auf den Daten der Haupterhebung basieren müssen.

b) Im Zwischenbericht liegt nach Meinung der Bundesregierung und der Länder das Schwergewicht der Aussage besonders auf dem stationären Bereich. Es wird Aufgabe der Sachverständigenkommission sein, eingehendere Vorschläge zur Ausgestaltung der halbstationären, ambulanten und flankierenden Dienste, die in einem Versorgungsgebiet vorgehalten werden sollen, und ihre Verzahnung mit dem stationären Bereich zu erarbeiten. Dabei wird sie sich auch auf das stützen können, was in den Ländern bereits angelaufen ist oder durchgeführt wird, und die dabei gesammelten Erfahrungen verwerten müssen.

c) Ferner wird der komplexe Bereich des Pflegesektors, der sich wesentlich in den Heimbereich erstreckt, noch zu berücksichtigen sein; wegen der Schwierigkeiten, exakte Erhebungen durchzuführen, konnte er im Rahmen der Arbeiten der Sachverständigenkommission ebenfalls noch nicht in Angriff genommen werden.

Im Hinblick auf die Änderungen der Behandlungsmöglichkeiten psychisch Kranker hat sich der Kreis derer, die als Pflegefälle anzusehen sind, gewandelt. Hier sind neue Probleme aufgeworfen, denen sich die Sachverständigenkommission mit besonderer Dringlichkeit zuwenden muß.

d) Da der Arbeitskreis Rechtsfragen erst einmal getagt hat, sind wichtige rechtliche Fragen noch nicht abgeklärt, z. B. Fragen der Entmündigung und der Sammelvormundschaften.

16. Die Sachverständigenkommission hat im Zwischenbericht Sofortmaßnahmen vorgeschlagen, sich dabei auf die Befriedigung humaner Grundbedürfnisse und Forderungen zur finanziellen Sicherung der psychiatrischen Einrichtungen beschränkt. Hierzu ist festzustellen, daß ein Teil der vorgeschlagenen Maßnahmen schon jetzt bei Bund und Ländern angelaufen ist; so z. B. eine bessere Finanzierung durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und auf Länderebene durch Aufstellung von Plänen zur Versorgung von psychisch und geistig Kranken und Behinderten sowie durch Ersatz baufälliger Substanz, Bereitstellung von Sondermitteln für Renovierungsmaßnahmen und Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in psychiatrischen Einrichtungen.

17. Bei der Krankenhausfinanzierung ist auf folgendes hinzuweisen:

Die öffentliche Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erstreckt sich grundsätzlich auf alle Krankenhäuser, soweit sie die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KHG erfüllen. Danach sind von der Förderung ausgeschlossen Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten (§ 4 Abs. 3 Nr. 3 a KHG). Bei einer wesentlichen Veränderung des Anteils der Pflegefälle an der Gesamtheit der psychisch Kranken kann nicht ausgeschlossen werden, daß eine Anpassung des Finanzierungsvolumens zur Sicherung der psychiatrischen Krankenhausversorgung erforderlich wird.

18. In Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Länder bestrebt, bei der Aufstellung von Krankenhausbedarfsplänen auch auf eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit psychiatrischen Krankenhausbetten zu achten. Die Bundesregierung ist überzeugt, mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der neuen Bundespflegesatzverordnung einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Lage auch der psychiatrischen Krankenhäuser getan zu haben. Sie ist mit den Ländern einig in dem Bemühen, in gegenseitiger Abstimmung zu einem umfassenden System der Krankenhausversorgung im Bundesgebiet zu kommen. Hierin ist eine moderne stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung gleichrangig mit anderen Disziplinen eingeschlossen.

19. Es erscheint darüber hinaus schon jetzt möglich, eine Reihe von sowohl mittel- als auch langfristigen Maßnahmen in Angriff zu nehmen oder doch vorzubereiten.

Wegen der bestehenden Zuständigkeiten, die weitgehend in den Bereich der Länder fallen, wird sich die Bundesregierung allerdings zum Teil auf Anregungen beschränken müssen. Bei dem großen Interesse, das die Länder sowohl bei der Inangriffnahme von Maßnahmen als auch bei der Zusammenarbeit mit der Sachverständigenkommission gezeigt haben, wird es gemeinsamen Anstrengungen gelingen, in absehbarer Zeit Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik zu erreichen. Mit den Sachverständigen ist die Bundesregierung jedoch der Meinung, daß der Aufbau einer modernen Erkenntnissen entsprechenden umfassenden psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung der Bevölkerung eine Langzeitaufgabe ist und entsprechende personelle und materielle Mittel erfordern wird. Zwischen dem, was als Optimum einer umfassenden psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung erwünscht und technisch durchführbar ist und dem, was wegen Mangels an Personal aber auch der bei aller Anerkennung der Bedeutung dieser Aufgabe nur beschränkt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel möglich ist, muß eine befriedigende Lösung gefunden werden; es wird eine der wichtigsten Aufgaben der Sachverständigenkommission bei ihrer weiteren Arbeit sein, Wege zu einer solchen schrittweisen Lösung aufzuzeigen.

II. Vorhaben

a) auf Bundesebene

20. Von der Bundesregierung vorgesehene mittelfristige Maßnahmen

20.1

Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile der Gesellschaft, gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises, Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

20.2

Es ist zu prüfen, wie die ambulante Behandlungs- und Beratungskapazität den Vorstellungen der Sachverständigenkommission entsprechend bedarfsgerecht erweitert werden kann.

20.3

Prüfung der Frage, ob und in welcher Weise die ambulante psychiatrische Versorgung und ihre Sicherstellung im Rahmen der RVO insbesondere auch unter Einbeziehung psychiatrischer Krankenhäuser auszubauen ist.

20.4

Prüfung der Frage, inwieweit eine angemessene Entlohnung der psychisch Kranken oder Behinderten für wirtschaftlich verwertbare Arbeit — ohne Rücksicht auf Unterbringung — möglich ist, einschließlich der Vorbereitung eines Gesetzes zur Lösung sozialversicherungsrechtlicher Probleme.

20.5

Überleitung der auf psychisch Kranke und Behinderte angewandten Bestimmungen des Freiheitsentziehungsrechts in ein Recht auf Schutz und Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte.

20.6

Prüfung des sogenannten Halbierungserlasses vom 5. September 1942 und anderer Teilungsabkommen mit dem Ziel, eine Gleichstellung der Versorgung von psychisch mit somatisch Kranken zu erreichen.

20.7

Prüfung der auf psychisch Kranke angewandten Bestimmungen des Bundeszentralregistergesetzes vom 18. März 1971 mit dem Ziel, die Rehabilitation der psychisch Kranken und Behinderten zu erleichtern.

20.8

Schwerpunktmäßige Förderung des Neu- und Ausbaues psychiatrischer Krankenhäuser nach § 23 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

20.9

Schwerpunktmäßige Förderung von Einrichtungen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

20.10

Leistungsverbesserungen in der Sozialhilfe im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte und der Hilfe zur Pflege. Um die Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Pflege zu fördern, soll geprüft werden, ob die Pflegegeldbestimmungen verbessert werden können.

20.11

Schaffung eines Gesetzentwurfes über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Dieser Beruf hat auch für die Psychiatrie erhebliche Bedeutung.

20.12

Prüfung der Frage, wie die Entwicklung weiterer geeigneter Berufe oder Berufszweige für den Bereich der Psychiatrie gefördert werden kann.

Zu denken ist u. a. an eine bundesgesetzliche Regelung über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten.

20.13

Entwicklung von Modellen geeigneter Versorgungsketten im psychiatrischen und psychohygienischen Bereich, um Ergebnisse für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes (insbesondere Feststellung von notwendigen Maßnahmen, Gesetzgebung) in diesem Bereich zu gewinnen.

20.14

Entwicklung der Dokumentation und Information durch Ausbau des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

20.15

Veröffentlichung weiteren Basismaterials aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychohygiene in Ergänzung der Materialsammlung in Band 9 und 10 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.

21. Die Bundesregierung wird im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamte (AGLMB) einen Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten der Länder, dem auch Vertreter des Bundes angehören, als Koordinierungsgremium anstreben.

b) auf Länderebene

22. Vordringlich erscheinen der Bundesregierung aus den Empfehlungen des Zwischenberichts unter Berücksichtigung der bisherigen Leistungen und Initiativen der Länder folgende Punkte:

22.1

Aufstellung eines umfassenden, ausgewogenen und abgestimmten langfristigen Gesamtprogramms — soweit nicht bereits geschehen — mit der Konzeption von in Versorgungsketten zusammengefaßten bedarfsgerechten, leistungsfähigen, einander ergänzenden und leicht zu erreichenden psychiatrischen und sozialen Einrichtungen. Ferner sind die Schwerpunkte und Prioritäten festzulegen sowie die Finanzierung zu regeln.

22.2

Aufstellung von auf Punkt 22.1 abgestimmte Sofortprogramme.

22.3

Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken in allen Bereichen der medizinischen und sozialen Versorgung (z. B. Taschengeldsätze von Sozialhilfeempfängern in Heimen und Anstalten ohne Rücksicht auf den Grund der Unterbringung und der Art der Einrichtung).

22.4

Prüfung von Maßnahmen zur Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personalsituation in der Psychiatrie durch

22.4.1

Schaffung von Möglichkeiten der Weiterbildung

a) in der Krankenpflege zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der psychiatrischen Pflege

b) zum Sozialarbeiter als „Fachkraft in der Psychiatrie".

22.4.2

Erarbeitung von Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des in der Psychiatrie tätigen Personals.

22.4.3

Ausbau der Möglichkeiten und der Einrichtungen für Weiter- und Fortbildung von Ärzten.

22.4.4

Ausbau der Möglichkeiten und der Einrichtungen für Weiter- und Fortbildung für Angehörige nichtärztlicher Heilberufe und sozialer Berufe auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychohygiene.

c) finanzielle Auswirkungen

23. Über finanzielle Auswirkungen des Gesamtprogramms lassen sich derzeit noch keine genauen Angaben machen; auf Text Ziffer 17 wird u. a. verwiesen.

III. Schlußbemerkung

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß die Konsequenzen, welche sich aus dem Zwischenbericht bereits ziehen lassen und die in dem Maßnahmekatalog ihren Niederschlag gefunden haben, nur Teilaspekte der umfassenden Aufgabe betreffen. Sie werden durch die Ergebnisse der weiteren Arbeiten der Sachverständigen-Kommission laufend ergänzt werden müssen. Trotz aller Beschränkungen, bedingt durch eine gewisse Vorläufigkeit der Feststellungen des Zwischenberichts, ist die Bundesregierung gewillt, die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter voranzubringen. Der Beschluß des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1971, der hiermit zugeleitete Zwischenbericht und die daraus abgeleiteten Sofortmaßnahmen zeigen an, daß diese Reform begonnen hat.

**Sachverständigen-Kommission
zur Erarbeitung der Enquête
über die Lage der Psychiatrie in der BRD**

ZWISCHENBERICHT

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Vorbemerkungen	11
B. Empfehlungen	12
1. Das Prinzip der Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken	12
2. Gliederung und Neuordnung des Versorgungssystems	12
2.1 Standardversorgungsgebiet	12
2.2 Übergeordnetes Versorgungsgebiet	13
2.3 Einrichtungen der stationären Versorgung im Standardversorgungsgebiet	13
2.3.1 Grundsätzliches	13
2.3.2 Psychiatrische Abteilung	13
2.3.3 Psychiatrisches Behandlungszentrum	14
2.4 Psychiatrische Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet, die die stationäre Versorgung ergänzen	14
2.4.1 Ambulante Dienste	14
2.4.2 Halbstationäre Dienste	14
2.4.3 Flankierende Dienste	14

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat folgende Mitglieder in die Kommission berufen:

Vorsitzender:

Prof. Dr. Kulenkampff, Köln

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. Dr. Häfner, Heidelberg
Dr. Siede, Niedersachsen
Prof. Dr. Hippius, München
als Präsident der DGPN

Geschäftsführer:

Dipl.-Psychologe Zumpe, Bonn

Prof. Dr. Bosch, Berlin
Prof. Dr. Cohen, Konstanz
Prof. Dr. Degkwitz, Freiburg
Dr. Dilling, München
Prof. Dr. Harbauer, Frankfurt
Prof. Dr. Huhn, Bonn
Prof. Dr. Janz, Ilten
Dr. Leonhardt, Bingen
Dr. Lotz, Nordrhein-Westfalen
Dr. Metz, Schleswig-Holstein
Prof. Dr. J. E. Meyer, Göttingen
Priv.-Doz. Dr. Reimer, Weinsberg
Prof. Dr. Dr. Richter, Gießen
Dr. Sautter, Baden-Württemberg
Frau Schmidt-Gante, Frankfurt
Dr. Schmitz-Formes, Köln
Prof. Dr. Steinbach, Hessen
Prof. Dr. Winkler, Gütersloh
Prof. Dr. von Zerssen, München

	Seite
2.5 Besondere Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet	14
2.5.1 Psychisch kranke alte Menschen	15
2.5.2 Alkohol-, Arzneimittel- und Drogenabhängige	16
2.5.3 Geistig Behinderte	16
2.5.4 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	17
2.6 Spezialeinrichtungen auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete (s. 2.2)	18
2.6.1 Gerichtlich untergebrachte psychisch kranke oder psychisch abnorme Rechtsbrecher (z. B. § 42 b StGB-Fälle)	18
2.6.2 Einrichtungen für gerichtlich untergebrachte, wiederholt straffällig gewordene Alkoholiker (§ 42 c StGB-Fälle)	18
2.6.3 Einrichtungen für Schwerstbehinderte	18
2.6.4 Einrichtungen für Epilepsiekranke	18
2.6.5 Psychosomatische Abteilungen	19
2.6.6 Psychotherapeutische Institute	19
2.6.7 Universitätskliniken	19
2.6.8 Vorberufliche, berufsbezogene und berufsbildende Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Behinderte	20
2.6.9 Einrichtungen für Mehrfachkranke	20
3. Koordination der psychiatrischen Versorgung, Sicherstellung von Fachaufsicht, Dokumentation und Planung	20
3.1 Mangel wirksamer Koordination	20
3.2 Koordinierungsgremien auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete	20
3.3 Planungskommission auf Landesebene	21
3.4 Fachaufsicht	21
3.5 Einleitung einer Neuordnung der Versorgungsgebiete	21
3.6 Gewährleistung von Informationen auf Bundesebene	21
4. Ambulanz	22
5. Aus-, Weiter- und Fortbildung	22
C. Sofortmaßnahmen	23
1. Gegenwärtiger Zustand in den stationären psychiatrischen Einrichtungen	23
2. Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse	27
3. Maßnahmen zur finanziellen Sicherung psychiatrischer Einrichtungen	27
D. Tätigkeitsbericht	28
1. Organisation und Arbeitsweise der Sachverständigen-Kommission	28
2. Tätigkeiten der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen	29
2.1 AG „Ist-Daten"	29
2.2 AG „Nomenklatur-Kommission"	29

Seite

2.3 AG „Intramurale Dienste" 29

2.4 AG „Extramurale Dienste" 30

2.5 AG „Ausbildung und Personal" 30

2.6 AG „Geronto-Psychiatrie" 31

2.7 AG für Suchtkranke 31

2.8 AG „Kinder- und Jugendpsychiatrie" 31

2.9 AG „Rechtsfragen" 32

2.10 AG „Psychotherapie" 32

2.11 Beiräte „Ländervertreter" und „Trägerverbände" 32

2.12 Expertenteams 33

E. Anlagen 33

1. Verzeichnis der Mitglieder der Kommission 33

2. Verzeichnis der Mitglieder 34

2.1 der Arbeitsgruppen 34

2.2 der Expertenteams 36

2.3 der Beiräte 37

3. Verzeichnis der Tagungen 37

4. Verzeichnis der Projekte 38

A. Vorbemerkungen

Der hiermit vorgelegte Zwischenbericht informiert den Deutschen Bundestag über die Tätigkeit der Sachverständigen-Kommission seit ihrer Konstituierung durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit am 31. August 1971. Die Sachverständigen-Kommission verabschiedete am 21. November 1972 einen Leitlinienkatalog als Grundlage der im Mittelpunkt dieses Zwischenberichts stehenden Empfehlungen. Diese Empfehlungen haben zunächst den Charakter eines allgemeinen Rahmens, innerhalb dessen sich das Reformwerk einer teilweise neu zu ordnenden psychiatrischen Versorgung vollziehen sollte. Ihre Grundlage ist der derzeitige Wissensstand der Kommission unter Einbeziehung der internationalen Entwicklung.

Eine Begründung der Empfehungen durch Ergebnisse von Erhebungen über den Stand der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Sie kann, ebenso wie detailliertere Vorschläge, erst von den Ergebnissen der von der Kommission inzwischen eingeleiteten Haupterhebung und von den Forschungsprojekten einzelner Arbeitsgruppen erwartet werden. Diese Ergebnisse werden für den Abschlußbericht der Kommission von wesentlicher Bedeutung sein. Ihm gegenüber beschränkt sich der Zwischenbericht in erster Linie auf den Sektor der stationären, halbstationären und Zusatzversorgung, entweder weil in anderen Bereichen der Mangel nicht so ausgeprägt zutage tritt oder weil der Informationsstand zum gegenwärtigen Zeitpunkt verbindliche Empfehlungen noch nicht verantwortbar erscheinen läßt. Die Kommission verfolgt dabei das Ziel, bereits vor Abschluß der Kommissionsarbeit und vor der Vorlage des Schlußberichts Orientierungslinien für den dringend notwendigen Ausbau der psychiatrischen Versorgung bereitzustellen, wo dies möglich ist. Sie hat dabei auch die inzwischen veröffentlichten einschlägigen Pläne von Bundesländern und Gebietskörperschaften zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter berücksichtigt.

Wegen des unterschiedlichen Arbeitsstands der einzelnen Arbeitsgruppen und wegen des zeitlich verschobenen Aufgreifens verschiedener Fragenkomplexe war es nicht zu vermeiden, daß die vorgelegten Empfehlungen auch in dem begrenzten Rahmen, den sie ausfüllen, nach Umfang und Differenziertheit in verschiedenen Sachgebieten Unterschiede aufweisen.

B. Empfehlungen

1. Das Prinzip der Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken

Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsvorsorge der Industrienationen stehen vor wachsenden Bedürfnissen der Körpermedizin *), insbesondere des Allgemeinen Krankenhauses, nach mehr und besserer psychiatrischer Diagnostik, Beratung und Behandlung. Gleichzeitig wächst die Kenntnis um die Bedeutung körperlicher Faktoren und die begleitende Anwendung moderner medizinischer Behandlungsmethoden bei einem großen Teil seelisch Kranker. Alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, die einen ungewöhnlich hohen und immer noch wachsenden Anteil behandlungsbedürftiger psychisch Kranker stellen, bedürfen beispielsweise in mehr als der Hälfte (bis zu 80 Prozent) der krankenhausbedürftigen Fälle einer begleitenden internistischen Therapie.

Das psychiatrische Krankenhauswesen der Bundesrepublik ist jedoch gegenwärtig dadurch gekennzeichnet, daß es sich weitgehend neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat. Dem Akutkrankenhausbereich steht nur eine minimale, völlig unzureichende Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen. Diese historisch gewachsene Sonderstellung entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen der modernen Psychiatrie. Sie steht vor allem in der wachsenden interdisziplinären Verzahnung mit den übrigen Disziplinen der modernen Medizin und dem Anschluß des psychiatrischen Gesundheitswesens an den allgemeinen medizinischen Standard im Wege.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt daher nachhaltig die Auffassung, daß die psychiatrische Krankenversorgung grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin ist. Demgemäß muß das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muß prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.

Dieser Integrationsprozeß, der sich naturgemäß nur stufenweise vollziehen läßt, bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die notwendige Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, aber auch für eine den modernen Erkenntnissen entsprechende körpermedizinische Versorgung der im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Patienten. Die notwendige Verbindung der Psychiatrie zur allgemeinen Medizin darf sich nicht auf das psychiatrische Fachkrankenhaus beschränken. Auch für das Akutkrankenhaus, den niedergelassenen Facharzt und nicht zuletzt für den Arzt für Allgemeinmedizin sind entsprechende Folgerungen zu ziehen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß die Psychiatrie, wie jede andere medizinische Disziplin, durch die Eigenart ihrer Aufgaben über zusätzliche Spezialeinrichtungen verfügen muß, etwa auf dem Sektor der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung. Sie ist deshalb mit Sozialfürsorge und Psychologie eng verflochten.

*) Unter Körpermedizin wird die Gesamtheit aller nichtpsychiatrischen medizinischen Fächer verstanden.

2. Gliederung und Neuordnung des Versorgungssystems

Zur Verwirklichung der Reintegration von psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung in die allgemeine Medizin ist eine Verkleinerung, Neuordnung und Festlegung der Einzugsgebiete stationärer psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in Analogie zu den entsprechenden Einteilungen bei der Akut- und Regelversorgung notwendig. Für die Psychiatrie ist eine derartige strukturelle Umorganisation gerade deshalb von entscheidendem Belang, weil die Erfordernisse gemeindenaher psychiatrischer Versorgung mit ihren vielfältigen extramuralen Aufgaben (Vorsorge, Krisenintervention, Nachsorge, Rehabilitation etc.) nur in überschaubaren geographischen Bereichen verwirklicht werden können. Der Besuch einer Tagesklinik setzt beispielsweise voraus, daß sich der jeden Morgen und Abend vom Kranken zu bewältigende Weg zwischen Wohnung und Behandlungseinrichtung in erträglichen Grenzen hält.

2.1 Standardversorgungsgebiet

Die primäre (niedergelassene Ärzte) und sekundäre (Akutkrankenhaus) Ebene der Versorgung psychisch Kranker, welche im deutschen Sprachgebrauch der Grund- und Regelversorgung entspricht, soll in Versorgungsgebiete eingeteilt werden, deren Größe zwischen ca. 100 000 und 350 000 Einwohnern liegt. Innerhalb eines solchen Standardversorgungsgebietes sollen alle der Vorsorge *), Behandlung, Rehabilitation oder Betreuung seelisch Kranker bzw. geistig oder seelisch Behinderter dienenden Personen und Einrichtungen im Sinne eines optimal gegliederten Systems seelischer Gesundheitsfürsorge zusammenwirken. In der Regel werden sich die Versorgungsgebiete mit politisch oder natürlich gegebenen Einheiten (Kreise, Gemeinden, Stadtteile und dgl.) decken. Dabei ist der Grundsatz zu beachten, daß die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen des Standardversorgungsgebietes für alle Einwohner leicht erreichbar sein müssen. Kapazität und Gliederung der psychiatrischen Einrichtung eines Standardversorgungsgebietes sollen gewährleisten, daß alle Einwohner dieser Region dort versorgt werden können, die keiner regional übergeordneten Spezialversorgung bedürfen.

*) Unter Vorsorge wird hier und im folgenden Primärprävention, Früherkennung und Frühbehandlung verstanden.

2.2 Übergeordnetes Versorgungsgebiet

Auf der Ebene der tertiären Versorgung (Haupt- und Schwerpunktkrankenhäuser mit weitgetriebener Spezialisierung), welche im deutschen Sprachgebrauch der Zentralversorgung entspricht, werden mehrere Standardversorgungsgebiete zu übergeordneten Versorgungsgebieten zusammengefaßt.

2.3 Einrichtungen der stationären Versorgung im Standard-Versorgungsgebiet

2.3.1 Grundsätzliches

Funktioneller Mittelpunkt des Standardversorgungsgebietes ist die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus oder ein psychiatrisches Behandlungszentrum.

Grundsätzlich sollen diese stationären Einrichtungen derart dimensioniert, strukturiert und mit den sonstigen therapeutischen, betreuenden und beratenden Angeboten des Standardversorgungsgebietes in Kooperation gebracht werden, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut-Kranken- und Chronisch-Kranken-Sektor vermieden wird.

Deswegen ist es erforderlich, daß sowohl psychiatrische Behandlungszentren als auch Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern Einrichtungen für die Rehabilitation chronisch Kranker und Behinderter, z. B. angefangen von der Beschäftigungstherapie bis hin zur industriellen Arbeitstherapie, sowie Einrichtungen der ambulanten Vorsorge und Nachsorge von ausreichender Kapazität zur Verfügung haben. Teilhospitalisierungseinrichtungen, wie Tageskliniken und Nachtkliniken, sind ein integrierender Bestandteil psychiatrischer Abteilungen und Behandlungszentren. Zu den Aufgaben der psychiatrischen Abteilungen und psychiatrischen Behandlungszentren gehört es, die Zusammenarbeit mit flankierenden Einrichtungen (s. 2.4.3) der Beratung und Betreuung und ihren Trägern im Interesse einer umfassenden Versorgung zu praktizieren. Hierbei fällt den vorgeschlagenen Koordinierungsgremien eine wichtige Rolle zu (s. 3).

Bei allen Plänen und Neubauten psychiatrischer Krankenhäuser (Abteilungen oder Behandlungszentren) ist die Herstellung einer engen Verbindung zur allgemeinen Medizin als Leitprinzip (s. 1) zu beachten. Zur Verfolgung dieses Zieles sind mehrere Wege gangbar: Anbindung psychiatrischer Abteilungen, die unter Umständen schrittweise auf die erforderliche Kapazität gebracht werden können, an allgemeine Krankenhäuser (britisches Modell), oder Integration eines allgemeinen Krankenhauses in ein psychiatrisches Behandlungszentrum (skandinavisches Modell). Der Aufbau der Versorgung in einem Standardversorgungsgebiet ist auch über die funktionelle Zuordnung einer neu errichteten psychiatrischen Abteilung zu dem bisher für die Versorgung zuständigen Landeskrankenhaus möglich (Satelliten-Modell).

Unter bestimmten Bedingungen können einzelne Universitätskliniken modellhaft die Funktion einer psychiatrischen Krankenhausabteilung bzw. eines psychiatrischen Behandlungszentrums in der Krankenversorgung übernehmen (s. 6.8).

2.3.2 Psychiatrische Abteilung

Nach gegenwärtigen Vorstellungen liegt die Richtgröße der psychiatrischen Abteilung bei 200 Betten *). Überschreitungen sind möglich. Kleinere Abteilungen — etwa mit weniger als 100 Betten — dürften in der Regel nicht in der Lage sein, alle Kategorien von Patienten, beispielsweise chronisch Kranke, mit der Notwendigkeit zu langfristiger Rehabilitation, zu versorgen. Die Errichtung solcher unterdimensionierter Abteilungen führt daher leicht zu einer Funktionsteilung. Das würde bedeuten, daß die kleine psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus stationäre und ambulante (Vor- und Nachsorge) Behandlung von Akutkranken leistet, während die längerfristige Versorgung oder Unterbringung chronisch Kranker im psychiatrischen Fachkrankenhaus erfolgt. Gegen diese Entwicklung muß eingewendet werden, daß sie zu einer Schlechterstellung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser und der von ihnen versorgten Patienten führen könnte; denn diesen fiele in der Regel dann die überwiegende Versorgung chronisch Kranker zu.

Andererseits muß bei realistischer Betrachtung der Verhältnisse gesehen werden, daß unter verschiedenen örtlichen Gegebenheiten nicht immer die erwünschte Größe einer psychiatrischen Abteilung gleich erreichbar ist. Vor allem in stark unterversorgten oder in derzeit stationär überhaupt nicht versorgten Gebieten wird man kaum vertreten können, eine zunächst von der Kapazität her unzureichende Lösung nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip zu verwerfen. Einer erheblichen Unterschreitung der Richtgröße von 200 Betten für eine psychiatrische Abteilung sollte jedoch nur im Ausnahmefall zugestimmt werden, und zwar lediglich unter der Voraussetzung, daß der stufenweise Aufbau einer umfassenden Versorgung in dem betreffenden Standardversorgungsgebiet mit zureichenden Kapazitäten an stationären, halbstationären und flankierenden Einrichtungen, einschließlich solcher, die der Rehabilitation von Behinderten und der Versorgung von Pflegefällen dienen, durch unverbindliche Beschlüsse des Trägers gemäß der im Krankenhausbedarfsplan bzw. im Jahresbauprogramm gestellten Auflagen gesichert ist.

Die Verwirklichung des vorgeschlagenen Aufbaues in Stufen innerhalb eines Standardversorgungsgebietes könnte durch Auflagen an die Investitoren oder durch die Mitfinanzierung der Länder (Krankenhausfinanzierungsgesetz, Förderungen auf dem Heimsektor etc.) oder anderer Gebietskörperschaften festgelegt werden. In diesem Zusammenhang ist auf den unter 3. formulierten Vorschlag zu verweisen.

Bisher existiert nur eine kleine Anzahl psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern der Bundesrepublik. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt deshalb, die Errichtung weiterer Abteilungen unter den aufgeführten Grundsätzen, wo immer möglich, voranzutreiben. Es liegt nahe, dabei an Krankenhäusern der Haupt- und Schwerpunktversorgung zu beginnen.

*) In dieser Richtgröße sind Plätze zur Teilhospitalisation (z. B. Tagesklinik) enthalten.

2.3.3 Psychiatrisches Behandlungszentrum

In solchen Standardversorgungsgebieten, in denen sich die Anbindung psychiatrischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser nicht verwirklichen läßt, muß die Errichtung von psychiatrischen Behandlungszentren ins Auge gefaßt werden. Während die psychiatrische Abteilung, wie eine andere medizinische Fachabteilung, Bestandteil eines allgemeinen Krankenhauses ist, steht das psychiatrische Behandlungszentrum in der Regel als wirtschaftlich und ärztlich selbständige Einheit im Standardversorgungsgebiet. Es soll in seiner Kapazität größer als die Abteilung ausgelegt werden. Jedoch soll die Gesamtbettenzahl auf keinen Fall 600 übersteigen.

Psychiatrische Behandlungszentren sollen so gegliedert sein, daß sie alle Kategorien von psychisch Gestörten in den dafür erforderlichen Abteilungen oder Sondereinrichtungen versorgen, soweit diese nicht auf diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Spezialeinrichtungen im übergeordneten Versorgungsgebiet angewiesen sind. Aus den vorstehend dargelegten Gründen soll, wenn nicht unüberwindbare Hinderungsgründe im Wege stehen, auch das selbständige psychiatrische Behandlungszentrum einem allgemeinen Krankenhaus geographisch und funktionell zugeordnet werden.

Bestehende psychiatrische Landeskrankenhäuser können, befreit von der gegenwärtigen, eine fruchtbare Arbeit erschwerenden Überbelastung und Überbelegung, im Zuge der Reduktion ihrer Kapazität selbst als psychiatrisches Behandlungszentrum den Kern eines Standardversorgungsgebietes bilden.

2.4 Psychiatrische Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet, die die stationäre Versorgung ergänzen

Zwischen der stationären Versorgung im psychiatrischen Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt klafft eine Versorgungslücke, die durch den Aufbau oder Ausbau einer Reihe von Einrichtungen geschlossen werden muß. Durch frühzeitige Behandlung oder ambulante Krisenintervention ist es beispielsweise möglich, bei verschiedenen psychischen Erkrankungen Rückfälle aufzufangen und einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder wenigstens abzukürzen. Der Entlassung aus stationärer Behandlung folgt bei einem Teil der psychisch Kranken eine Risikoperiode mit erhöhter Rückfallgewährung, die durch Nachsorgemaßnahmen verringert werden kann. Für chronisch Kranke und Behinderte müssen im Versorgungsgebiet Einrichtungen zur Rehabilitation und für ein beschütztes Leben auf dem beruflichen und Heimsektor zur Verfügung stehen. Sie sollen diesem Personenkreis diejenigen Lebensmöglichkeiten innerhalb der menschlichen Gemeinschaft eröffnen, zu denen er aufgrund seiner Behinderung fähig ist.

Um ein solches Netz der psychiatrischen Versorgung einzurichten, das den Bedürfnissen eines begrenzten Bevölkerungsgebietes angemessen Rechnung trägt, muß eine Vielfalt von Personen, Diensten und Einrichtungen mit unterschiedlicher Aufgabenstellung miteinander kooperieren. Die nachfolgend gegebene Aufstellung läßt zunächst außer Betracht, in welcher Weise die organisatorische Gliederung, die Aufgabenteilung und die funktionale Zusammenarbeit zu gestalten wären. Dies gilt auch für die Frage der Zuständigkeit und der Trägerschaft dieser Einrichtungen.

2.4.1 Ambulante Dienste

- — Niedergelassene Ärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und andere Fachdisziplinen)
- — Psychologen *), Psychagogen und vergleichbare Berufe
- — Ambulante ärztliche Einrichtungen (s. 4.)
- — Beratungsstellen
- — offene Sozialdienste
- — Gesundheitsamt

2.4.2 Halbstationäre Dienste

- — Tageskliniken
- — Nachtkliniken

2.4.3 Flankierende Dienste

- — Übergangswohnheime
- — Wohnheime
- — Heime anderer Art, soweit sie psychisch Kranke und geistig Behinderte aller Altersstufen mit versorgen
- — Beschützende Wohnangebote außerhalb von Heimen jeglicher Art
- — Tagesstätten
- — Werkstätten für Behinderte
- — Arbeitsplätze für Behinderte
- — Rehabilitationswerkstätten (vorberuflich und berufsbezogen)

2.5 Besondere Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet

Ein gravierender Mangel der meisten psychiatrischen Krankenhäuser liegt gegenwärtig darin, daß teilweise heterogene Patientengruppen in überdimensionierten Krankenhauskomplexen nicht ausreichend voneinander getrennt und in großen Abteilungen zusammengeballt leben müssen. Die Folge ist häufig eine ungenügende Entwicklung derjenigen Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen, die auf sozialtherapeutischen Methoden gründen, wie sie vor allem bei verschiedenen chronischen, häufig zur Behinderung führenden psychischen Erkrankungen notwendig sind. Was den psychiatrisch-medizinischen Teil der Therapie anbetrifft, so führen die genannten Voraussetzungen oft zwangsläufig zu einer Entspezialisierung und damit leicht zu einer Qualitätsminderung der Therapie.

---

*) Die Stellung des Psychologen im Zusammenhang mit behandelnder Tätigkeit bedarf noch der Klärung.

Grundsätzlich sind für

— psychisch kranke Kinder und Jugendliche (Kinder- und Jugendpsychiatrie),

— psychisch kranke alte Menschen (Gerontopsychiatrie),

— geistig Behinderte,

— Alkohol-, Arzneimittel- und Drogenabhängige *)

besondere Einrichtungen entweder selbständig oder als Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Behandlungszentren vorzuhalten. Sie sollen der notwendigen Differenzierung des Versorgungsangebots Rechnung tragen und nach Einrichtung und Personalausstattung in der Lage sein, eine allen Erfordernissen der modernen Psychiatrie genügende Versorgung für den entsprechenden Personenkreis zu gewährleisten.

Die Sachverständigen-Kommission steht in diesem Zusammenhang auf dem Standpunkt, wie schon bei der Anhörung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit durch mehrere Sachverständige einhellig zum Ausdruck gebracht wurde, daß eine Entflechtung der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser in Gestalt einer Untergliederung in Spezialabteilungen unerläßlich ist.

2.5.1 Psychisch kranke alte Menschen

Der Anteil psychisch Kranker über 65 Jahren an den Aufnahmen der psychiatrischen Landeskrankenhäuser der Bundesrepublik ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich angestiegen. Er nähert sich teilweise 50 % der jährlichen Neuaufnahmen. Eine gleichlaufende Entwicklung zeigen die Krankenhausstatistiken der meisten Industrieländer. Für die nächsten Jahre ist noch mit einem weiteren Anstieg zu rechnen.

Vor allen anderen Grundsätzen der Therapie psychisch kranker alter Menschen steht das dringende Erfordernis einer gleichzeitigen körpermedizinischen, meist internistischen, und einer psychiatrischen Behandlung, sowie einer sozialen Abklärung und Betreuung. Kaum weniger wichtig ist eine begleitende, dem körperlichen und seelischen Zustand angemessene Beschäftigung während der Tageszeit und das Aufrechterhalten von Kontakten zu Angehörigen und Bekannten, sofern solche vorhanden sind.

Stationäre psychiatrische Einrichtungen müssen deshalb in Zukunft über eigene gerontopsychiatrische Funktionseinheiten verfügen, die in der Lage sind, eindeutig krankenhausbedürftige Patienten psychiatrisch und körpermedizinisch (gerontologisch) zu diagnostizieren, zu behandeln, sozial zu betreuen und zu rehabilitieren.

Derzeit fehlt den meisten psychiatrischen Landeskrankenhäusern die Möglichkeit einer engen Zusammenarbeit mit Krankenhausabteilungen der inneren Medizin oder Gerontologie und mit den niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin oder der nicht-psychiatrischen Fachgebiete. Dem überwiegenden Anteil psychisch kranker alter Menschen, die nach den bisher bekannten Untersuchungen nicht in psychiatrischen Krankenhäusern, sondern in inneren oder anderen Fachabteilungen allgemeiner Krankenhäuser aufgenommen werden, fehlt wiederum eine qualifizierte psychiatrische Diagnostik, Behandlung und eine rehabilitativ eingestellte soziale Betreuung. Die mangelhafte Koordination der medizinischen, aber auch der sozialen Einrichtungen, die für kranke oder behinderte alte Menschen zuständig sind, ist einer der Gründe, weshalb es zu einer nicht unbeträchtlichen Fehlunterbringung (misplacement) psychisch gestörter alter Menschen in verschiedenen Einrichtungen, so auch in psychiatrischen Landeskrankenhäusern, gekommen ist.

Der Mangel an diagnostischen Möglichkeiten, die einer zuverlässigen Feststellung der medizinischen, psychiatrischen und sozialen Behinderungen des Alterskranken dienen und spezielle therapeutische oder Betreuungsbedürfnisse begründen, veranlaßt die Sachverständigen-Kommission, die Einrichtung gerontopsychiatrischer Zentren in den Standardversorgungsgebieten vorzuschlagen.

Ein solches gerontopsychiatrisches Zentrum hat die Aufgabe, in Zusammenarbeit medizinischer, psychiatrischer und sozialer Fachdienste zu einer Diagnose zu gelangen, die die Zuweisung der zu Versorgenden in die für sie geeignete Einrichtung begründet. Zu dieser Verteilerfunktion sollen Möglichkeiten einer kurzfristigen ambulanten, halbstationären und stationären Therapie kommen.

Bei einer angemessen geringen Bettenzahl soll die Behandlung nur einer kurzfristigen Intervention zur Verhinderung längerfristiger Krankenhausaufenthalte dienen.

Dem gerontopsychiatrischen Zentrum soll eine Ambulanz angegliedert sein. Im Hinblick auf die häufig schwere körperliche Behinderung alter Menschen sollte ihr ein mobiles Team zur Verfügung stehen, das in der Lage ist, diagnostische Entscheidungen oder therapeutische Interventionen zur Verhütung einer Krankenhausaufnahme auch im Heim eines Kranken durchzuführen.

Die notwendige Verfügbarkeit pflegerischer und sozialer Maßnahmen ist bei der Personalausstattung zu berücksichtigen.

Ein weiterer konstituierender Teil eines solchen gerontopsychiatrischen Zentrums ist eine Tagesklinik für psychisch gestörte Alterskranke, die, ebenfalls mit dem Ziel der Verhinderung längerfristiger Krankenhausaufenthalte, eine Teilhospitalisierung verbunden mit entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten bietet. Die häufige Multimorbidität psychisch gestörter alter Menschen macht auch hier die Integration der inneren Medizin — in Zukunft wahrscheinlich ihres entsprechenden Spezialgebiets, der Geriatrie — und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten unerläßlich.

Gerontopsychiatrische Zentren können zwar den Bedarf an Krankenbetten für alte Menschen im Standardversorgungsgebiet vermindern, aber sicherlich nicht ersetzen. Die Sachverständigen-Kommission vertritt deshalb, in Übereinstimmung mit andernorts vielfach geäußerten Forderungen, nachdrücklich die

*) psychisch kranke Rechtsbrecher s. 2.6.1

Meinung, daß der Aufbau von Altenkrankenheimen verstärkt gefördert werden muß. Altenkrankenheime können einen großen Teil derjenigen psychiatrischen Patienten übernehmen, die derzeit noch in den Altersabteilungen psychiatrischer Landeskrankenhäuser und in Pflegeheimen verschiedener Art meist unzureichend untergebracht oder fehlplaciert sind. Ein Altenkrankenheim sollte grundsätzlich in der Lage sein, körperlich und seelisch zugleich gestörte alte Kranke zu betreuen, sofern die Schwere der Störung nicht einer intensiveren Versorgung bedarf. Innerhalb der Altenkrankenheime sind Spezialabteilungen vorzusehen, die den besonderen Bedürfnissen verwirrter oder gedächtnisschwacher alter Menschen Rechnung tragen.

2.5.2 Alkohol-, Arzneimittel- und Drogenabhängige

Die Behandlung, Betreuung und Bewahrung von Suchtkranken ist, bedingt durch den massiven Anstieg der Erkrankungszifffern in den letzten Jahren, in der Bundesrepublik insgesamt unzureichend. Angesichts dieser Tatsache sieht sich die Sachverständigen-Kommission für diesen Bereich vor der Aufgabe, in Anlehnung an internationale Erfahrungen, den Aufbau eines neuen Versorgungssystems vorzuschlagen. Beim gegenwärtigen Stand des Wissens ergeben sich hierfür folgende Empfehlungen:

In jedem oder zwei zusammengefaßten Standardversorgungsgebieten sind stationäre Suchtkrankenabteilungen möglichst an psychiatrischen Behandlungszentren — bzw. an den psychiatrischen Landeskrankenhäusern — oder selbständige Suchtkliniken vorzuhalten. Letztere sollten mit der psychiatrischen Abteilung oder dem für das bzw. die Versorgungsgebiete zuständigen psychiatrischen Behandlungszentrum funktionell oder administrativ verbunden sein.

Den stationären Einrichtungen, die der Entgiftung und mittelfristigen Entziehung dienen, müssen flankierende halbstationäre Einrichtungen — Nachtkliniken, Übergangs- und Wohnheime, beschützende Rehabilitations- oder Beschäftigungseinrichtungen für zeitweilig oder dauernd behinderte Suchtkranke — zugeordnet werden.

Rehabilitationswerkstätten und beschützende Arbeitsplätze sollen den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtern.

Der Suchtkrankenabteilung oder Suchtklinik sollen Beratungstellen vor- und nachgeschaltet werden und eine Fachambulanz zugeordnet sein. Die Ambulanz soll der Spezialdiagnostik und sachgerechten Weiterleitung dieser Kranken, aber auch, in Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, der Aufklärung und der Bildung von Betreuungsgruppen für die Nachsorge dienen. Häufig ist bei diesem Personenkreis durch vorbereitende beratende Maßnahmen die Motivation für eine stationäre Behandlung zu erreichen. Bereits bestehende Beratungsstellen und Heilstätten, die überwiegend von freigemeinnützigen Trägern unterhalten werden, sollten an dem gegliederten System auf der Ebene des bzw. der Standardversorgungsgebiete teilhaben oder als Stützen beim Aufbau eines solchen speziellen Versorgungssystems mitwirken.

Die Versorgung von Alkoholikern und Arzneimittelabhängigen weist erhebliche Mängel auf. Die Versorgung der drogenabhängigen Jugendlichen ist noch schlechter. Die Entwicklung und Überprüfung präventiver und therapeutischer Modelle im Bereich der Drogenabhängigkeit ist noch nicht abgeschlossen.

Die Therapie der Abhängigkeit von Drogen (Rauschmitteln) und Arzneimitteln erfordert ein System von Einrichtungen für die Kontaktnahme, Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation, das analog dem angestrebten Versorgungssystem für Alkoholkranke und teils in Personalunion mit dessen Institutionen arbeitet. Der speziellen Problematik der Drogenabhängigkeit entsprechend wird aber ein weitergefächertes System mit zum Teil andersartigen Methoden benötigt. Vor allem müssen angemessene und spezifische Kontaktangebote für junge Menschen unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen entwickelt werden. Ziel ist der Aufbau einer therapeutischen Kette. Die Behandlung hat insbesondere auch psychotherapeutische Methoden und gruppendynamische Grundsätze aufzugreifen; sie ist multidisziplinär zu gestalten; hierbei können qualifizierte Selbsthilfegruppen einbezogen werden.

Auf dem Gesamtgebiet der Suchtbekämpfung ist die Schulung von Mitarbeitern der beteiligten Berufszweige besonders dringlich. Forschung und Effizienzkontrollen der Maßnahmen gegen Drogen- und Medikamentenabhängigkeit bilden die Voraussetzungen zur Weiterentwicklung wirksamer Behandlungsmethoden, die schon jetzt therapeutischen Nihilismus nicht mehr rechtfertigen.

Die Behandlung und Verwahrung straffällig gewordener Suchtkranker wird unter 2.6 abgehandelt.

2.5.3 Geistig Behinderte

Die Erarbeitung von Informationen über die Versorgung geistig Behinderter ist von der Kommission erst vor kurzem in Angriff genommen worden. Es sind deshalb zu diesem Problemgebiet derzeit nur vorläufige und begrenzte Aussagen möglich.

Durch die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin, etwa in der Schwangerenbehandlung, der Geburtshilfe und in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten haben Überlebensrate und durchschnittliche Lebenserwartung geistig Behinderter in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Wahrscheinlich wird die durchschnittliche Lebenserwartung vor allem der Schwerst- und Mehrfachbehinderten durch die Verbesserung der hygienischen Bedingungen ihrer Unterbringung, sowie der medizinischen und technischen Hilfsmittel weiter anwachsen. Dadurch wird auch der Bedarf an Einrichtungen für diesen Personenkreis, soweit er wegen der Schwere der Behinderung nicht in der Familie, in Heimen und in Behinderten-Werkstätten gehalten werden kann, zunehmen. Allerdings könnte in absehbarer Zeit ein Teil dieses Mehrbedarfs durch den Geburtenrückgang wieder zurückgehen.

Die Unterbringung geistig behinderter Erwachsener, deren Versorgung nicht in ihren Familien möglich ist, geschieht derzeit zum großen Teil in Facheinrich-

tungen freigemeinnütziger Träger. Soweit nicht körperliche Erkrankungen und Gefährdungen, Mehrfachbehinderung oder psychiatrische Komplikationen bestehen, benötigt dieser Personenkreis in der Regel keine einem psychiatrischen Krankenhaus vergleichbar intensive psychiatrische Betreuung. In der Regel beschränkt sich die Aufgabe des Psychiaters hier auf diagnostische und konsiliarisch betreuende Leistungen.

Schon jetzt läßt sich deshalb sagen, daß die langfristige Unterbringung erwachsener geistig Behinderter im psychiatrischen Krankenhaus — sie stellen in einigen Bundesländern einen erheblichen Anteil der Langzeitpatienten psychiatrischer Landeskrankenhäuser — eine Fehlplacierung darstellt. Während sie einer intensiven psychiatrischen Behandlung nicht bedarf, erfährt diese Personengruppe im psychiatrischen Krankenhaus in der Regel gerade nicht diejenige heilpädagogische oder verhaltenstherapeutische Betreuung, der sie in besonderem Maße bedarf.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt deshalb, die Vermehrung der besonderen Einrichtungen für erwachsene geistig Behinderte anzuregen, die über heilpädagogische oder lebenspraktisch-rehabilitative Betreuungsprogramme, zugeschnitten auf diesen Personenkreis, verfügen.

Fehlplaciert in den derzeitigen Landeskrankenhäusern und sicherlich auch in den neuen psychiatrischen Abteilungen und Behandlungszentren sind auch sinnes- und sprachbehinderte psychisch Kranke, beispielsweise Taubstumme, die einer Spezialbehandlung bedürfen. Für sie müssen auf der Ebene der überregionalen Zentralversorgung Spezialeinrichtungen vorgesehen werden. Die Sachverständigen-Kommission sieht sich noch nicht in der Lage, eine Bedarfsschätzung und detaillierte Vorschläge für derartige Spezialeinrichtungen vorzulegen.

2.5.4 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Bereits jetzt läßt sich erkennen, daß die zur Verfügung stehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen quantitativ dem tatsächlichen Bedarf nicht annähernd gerecht werden. Das Ziel der Kommissionsvorschläge ist jedoch auf diesem Gebiet nicht nur eine Vermehrung vorhandener Versorgungseinrichtungen, sondern ihre Eingliederung in ein bisher nicht vorhandenes Versorgungsnetz.

Die besonderen Einrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche lassen sich drei aufeinander bezogenen Bereichen zuordnen:

a) Ambulanter Zugangs- und Behandlungsbereich

b) Kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum

c) Dezentralisierte stationäre und teilstationäre Einrichtungen

Wegen der kleineren Zahl des versorgungsbedürftigen Personenkreises und der Notwendigkeit, Behandlungszentren mit allen notwendigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen auszurüsten, soll das Versorgungsgebiet eines kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums in der Regel die Größe eines Standardversorgungsgebiets (s. 2.1) überschreiten. Als Richtgröße wird eine Bevölkerungszahl von 300 000 bis 600 000 vorgeschlagen. Dies bedeutet, daß das Versorgungsgebiet eines kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums eine größere geographische Region, etwa zwei Standardversorgungsgebiete, umfassen kann.

Zu a)

Grundlage der Versorgung im ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereich sind vor allem die Erziehungsberatungsstellen und die ihnen verwandten Einrichtungen. Ihre Gesamtzahl wird, obgleich Daten darüber noch nicht ermittelt wurden, als zu niedrig angesehen. In die Zusammenarbeit müssen auch einbezogen werden Ärzte für Allgemeinmedizin und die niedergelassenen Fachärzte sowie diejenigen fachlichen Dienste, die anderen Systemen zugeordnet sind, aber eine wesentliche Funktion in der Erfassung und Betreuung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen haben. Dies gilt beispielsweise für den schulpsychologischen Dienst und für das Gesundheitsamt, soweit dessen Funktionen auf diesem Gebiet eine Abklärung erfahren haben.

Zu b)

Dem kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsgebiet ist, in der Regel je nach Größe, ein kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum mit einer Kapazität von ca. 100—200 Betten zugeordnet. Dieses Zentrum soll mindestens über die nachfolgend aufgeführten Einrichtungen verfügen:

— Ambulanz (Diagnostik, Krisenintervention, ambulante Therapie)

— Konsiliarischer Dienst für Kinder- und Jugendlichenheime und dgl.

— Stationäre Diagnostik und kurzfristige Behandlungen

— Stationäre mittel- und langfristige Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu c)

Das kinder- und jugendpsychiatrische Zentrum soll konsiliarisch und im Sinne der Aufgabenteilung mit den im folgenden aufgeführten dezentralen stationären und teilstationären Einrichtungen im Versorgungsgebiet zusammenarbeiten:

— Übergangsheime

— Heime für geistig behinderte Kinder und Jugendliche

— Heilpädagogische und psychotherapeutische Heime

— Pflegeheime und Pflegenester

— Wohnheime für Jugendliche

— Wohngruppen für Jugendliche

— Tagesstätten für behinderte Kinder und Jugendliche und verwandte Einrichtungen

Der Kommission liegen Daten über den Bedarf auf diesem Sektor noch nicht vor. Grundsätzlich läßt sich jedoch bereits absehen, daß ein Kapazitätsausbau erforderlich ist.

2.6 Spezialeinrichtungen auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete (s. 2.2)

Begründete und detaillierte Vorschläge über die Notwendigkeit solcher Spezialeinrichtungen können erst gegeben werden, wenn die Ergebnisse der eingeleiteten Haupterhebung und der Forschungsprojekte der Arbeitsgruppen vorliegen werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lassen sich deshalb nur Vorschläge für Teilgebiete mit hinreichendem Kenntnisstand machen.

Schon jetzt sollte erwogen werden, Spezialeinrichtungen der unter 2.6 aufgeführten Art innerhalb eines bestehenden psychiatrischen Großkrankenhauses oder in Verbindung damit unterzubringen, wenn die Möglichkeit der Verkleinerung des psychiatrischen Bettenanteils auf die vorgeschlagenen Kapazitätsgrenzen und die Angliederung der erforderlichen körpermedizinischen Fachabteilungen gesichert ist.

2.6.1 Gerichtlich untergebrachte psychisch kranke oder psychisch abnorme Rechtsbrecher (z. B. § 42 b StGB-Fälle)

Die Behandlung und Bewahrung von geisteskranken oder persönlichkeitsgestörten Rechtsbrechern in psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt entweder in offenen oder geschlossenen Stationen zusammen mit anderen psychisch Kranken oder in gefängnisähnlichen Gebäuden (sog. festen Häusern) inmitten des Krankenhauskomplexes. Diese Form der Unterbringung ist für die spezifischen Aufgaben eines psychiatrischen Krankenhauses und für das Ansehen psychisch Kranker in der Gesellschaft unzumutbar. Ein zur Gemeinde und zur Gesellschaft hin offenes Behandlungssystem läßt sich nicht mit den Überwachungs- und Sicherungsaufgaben eines Gefängnisses verbinden. Anndererseits erfordern optimale Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme für die Sondergruppe der psychisch kranken oder psychisch abnormen Rechtsbrecher eine Spezialeinrichtung, in der sie mit besonders ausgebildetem Personal und einer entsprechenden Ausstattung durchführbar sind. Es wird deshalb empfohlen, geeignete Spezialeinrichtungen vorzuhalten, wie sie im Ausland — etwa in den Nachbarländern Holland und Dänemark — schon seit längerer Zeit zur Verfügung stehen. Sie sollten auf der übergeordneten Versorgungsebene aufgebaut, einer ärztlich-psychiatrischen Leitung unterstellt werden und Aufgaben der Wiedereingliederung wahrnehmen können.

2.6.2 Einrichtungen für gerichtlich untergebrachte, wiederholt straffällig gewordene Alkoholiker (§ 42 c StGB-Fälle)

Die langfristige Verwahrung straffällig gewordener, häufig durch hirnorganische Schäden persönlichkeitsveränderter Alkoholiker, läßt sich ebenfalls in der Regel nicht mit stationären Einrichtungen verbinden, deren Hauptaufgabe die Behandlung und Wiedereingliederung von Kranken möglichst unter Vermeidung von Freiheitsentzug ist. Es empfiehlt sich deshalb, diese Personengruppe nicht in den stationären Einrichtungen für Suchtkranke unterzubringen, sondern sie in einer übergeordneten Spezialeinrichtung, eventuell einem Krankenhaus für psychisch Kranke oder psychisch abnorme Rechtsbrecher angegliedert, zu verwahren.

2.6.3 Einrichtungen für Schwerstbehinderte

Geistig Behinderte mit tiefen Schwachsinnsgraden, die einer hohen Pflegeintensität bedürfen oder eine Mehrfachbehinderung aufweisen, sind derzeit in Einrichtungen verschiedener Zweckbestimmung und unterschiedlicher Qualität untergebracht. Den größten Teil dieser Aufgabe tragen Pflegeanstalten oder Pflegeheime freigemeinnütziger, in einigen Ländern auch öffentlicher Träger. Ein kleiner Teil ist in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht und dort sicherlich fehlplaciert. Genauere Informationen über Bedarf und Kapazität auf diesem Gebiet liegen der Kommission noch nicht vor. Es ist wahrscheinlich, daß die Kommission die Errichtung weiterer Spezialeinrichtungen empfehlen wird, — zumindest um die Fehlplacierung solcher Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern zu beseitigen — die möglichst in Anbindung an ein Fachkrankenhaus unter ärztlicher Leitung stehen sollten, sofern sie nicht selbst über eine ausreichende ärztliche Personalausstattung verfügen werden. Der hohe pflegerische, medizinische und betriebstechnische Aufwand läßt jedenfalls eine zersplitterte Versorgung oder die Errichtung kleiner, selbständiger Einheiten unzweckmäßig erscheinen.

2.6.4 Einrichtungen für Epilepsiekranke

Ähnlich dem Bedarf der „Kinder- und Jugendpsychiatrie" muß wegen der kleinen Zahl des versorgungs- und förderungsbedürftigen Personenkreises in der Regel die Größe eines Standardversorgungsgebietes überschritten werden. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand bedürfen etwa 1/3 der an Epilepsie leidenden Kranken spezieller Einrichtungen zur Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Die Kommission schlägt daher folgende Spezialeinrichtungen vor:

2.6.4.1

Auf etwa 1,2 Millionen Einwohner sollten zwei Epilepsie-Ambulanzen zur Verfügung stehen.

Davon eine Ambulanz für Erwachsene, die entweder einer neurologischen oder psychiatrischen Abteilung im Schwerpunkt-Krankenhaus (Zentralversorgung) oder einer Universitätsklinik angegliedert sein sollte. Die zweite Ambulanz für Kinder und Jugendliche sollte entweder einer pädiatrischen Klinik oder einem kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrum angegliedert sein.

2.6.4.2

Auf etwa 7,5 Millionen Einwohner sollten 2 Epilepsie-Abteilungen zur Verfügung stehen. Epilepsie-Abteilungen sind klinische Funktionseinheiten, die über stationäre und halbstationäre Einrichtungen verfügen und eine Epilepsie-Ambulanz enthalten. Die Abteilung für Erwachsene sollte einer neurologischen oder psychiatrischen Abteilung im Schwerpunktkrankenhaus (Zentralversorgung) oder Universitätsklinik angegliedert sein, die Abteilung für Kinder einer pädiatrischen Klinik oder einem kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrum.

2.6.4.3

Für das gesamte Bundesgebiet sind 4 Rehabilitations-Zentren für Erwachsene mit Epilepsie und 4 Rehabilitations-Zentren für Kinder mit Epilepsie erforderlich. Solche überregionalen Epilepsie-Zentren dienen als „Rehabilitations-Zentren für spezielle Krankheits- und Behinderungsarten" den Patienten, die einer epileptologisch-qualifizierten medizinischen, pädagogischen oder beruflichen Rehabilitation bedürfen. Sie bieten alle Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation an mit Ausnahme der vollen Berufsausbildung oder Umschulung, die in Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken vorgenommen wird. Epilepsie-Zentren bestehen daher aus einem spezifisch beruflich bzw. pädagogisch orientierten Rehabilitationsbereich mit Internat und einer Epilepsieabteilung mit Bettenstation für kurzfristig therapeutische Interventionen bei Rehabilitanden und einer Ambulanz zur Vor- und Nachsorge sowohl bei den Rehabilitanden wie bei den Problemfällen des der Ambulanz und der Abteilung zugeordneten Versorgungsgebietes. Epilepsie-Zentren sind zugleich Schwerpunkte für Forschung und Lehre.

2.6.5 Psychosomatische Abteilungen

Die Kommission sieht sich noch nicht in der Lage, detaillierte Vorschläge zum notwendigen Ausbau der psychosomatischen Medizin vorzulegen. Es steht aber außer Zweifel, daß dieses Gebiet durch Forschungsergebnisse und durch die Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten weiter an Bedeutung gewinnen wird. Dabei ist nicht nur an die psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, körperliche Leidenszustände mit vorwiegend seelischer Ursache, zu denken, sondern auch an körperliche Erkrankungen, bei deren Zustandekommen psychische und/oder soziale Einflüsse als Risikofaktoren wesentlich mitbeteiligt sind.

Als allgemeine Feststellung läßt sich derzeit aussagen, daß der Eingang psychosomatischer Forschungsergebnisse in die Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsvorsorge, wie dies beispielsweise bei der Herzinfarktprävention bereits praktiziert wird, erweitert werden muß.

Für die Versorgung derjenigen psychosomatisch Kranken, bei denen eine Indikation zur psychiatrischen Behandlung (Psychotherapie o. dgl.) besteht und die wegen ihrer körperlichen Erkrankung einer stationären Behandlung bedürfen, ist in der Regel davon auszugehen, daß ihre stationäre Aufnahme in der entsprechenden medizinischen Fachabteilung erfolgen sollte. Für die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Diagnostik und Therapie sollte, was durch die vorgeschlagene Angliederung psychiatrischer Fachabteilungen an allgemeine Krankenhäuser optimal gewährleistet werden könnte, die konsiliarische Versorgung durch den psychotherapeutisch ausgebildeten Psychiater und das gegebenenfalls erforderliche weitere psychiatrische Fachpersonal erfolgen. Die Einrichtung psychosomatischer Ambulanzen mit der Aufgabe der Vorsorge und Nachbehandlung auf der Basis einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Psychiatern bzw. Psychotherapeuten und den entsprechenden anderen medizinischen Fachdisziplinen erscheint als eine aussichtsreiche Lösung, die an einigen Stellen der Bundesrepublik bereits existiert und weiter erprobt werden sollte.

Für die Diagnostik und Therapie desjenigen Anteils psychosomatisch Kranker, der besonderer Spezialeinrichtungen bedarf, für die Wahrnehmung der Aufgaben in Fort- und Weiterbildung und zur Erfüllung von Forschungsaufgaben auf diesem Gebiet wird die Einrichtung psychosomatischer Abteilungen in den übergeordneten Versorgungsgebieten vorgeschlagen. Sie müssen grundsätzlich mit medizinischen Fachabteilungen anderer Disziplinen, in der Regel der Inneren Medizin, der Frauen- und Kinderheilkunde, verbunden sein. Es liegt daher nahe, zunächst psychosomatische Abteilungen mit Modellcharakter an Krankenhäusern der Zentralversorgung einzurichten, die in der Lage sind, Forschung zu betreiben.

2.6.6 Psychotherapeutische Institute

Die Ermittlung des Bedarfs für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung steht vor besonderen methodischen und praktischen Schwierigkeiten. Die tatsächliche Situation ist jedoch insoweit eindeutig beurteilbar, als das gegenwärtige Angebot an Psychotherapeuten für die Bedürfnisse der Bevölkerung absolut unzureichend ist. Eine Vermehrung der Anzahl psychotherapeutischer Institute mit Behandlungs- und Weiterbildungsfunktion ist deshalb dringend erwünscht. Sie sollten in der Regel mit einer psychiatrischen Abteilung oder einem psychiatrischen Behandlungszentrum locker verbunden sein.

Die Kommission geht davon aus, daß die psychotherapeutische Versorgung der Neurosen im Regelfall der ambulanten Behandlung überantwortet ist. Den vorgeschlagenen Instituten muß deshalb die Möglichkeit ambulanter Behandlung als Voraussetzung zur Wahrnehmung ihrer Ausbildungsfunktion eingeräumt werden. Eine stationäre Behandlung von Neurosen ist meist nur bei akuten Krisen erforderlich, in denen beispielsweise das Leben, die körperliche Gesundheit oder die soziale Position des Kranken gefährdet sind. In solchen Fällen erforderliche Krankenhausaufnahmen sollten kurzfristig sein und in der Regel in den psychiatrischen Abteilungen oder Behandlungszentren der Standardversorgungsregion durchgeführt werden. Längerfristige stationäre psychotherapeutische Behandlungen sind als Ausnahme zu sehen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfügt die Kommission über keine überzeugenden Informationen, die ihr Anlaß gäben, die Errichtung weiterer, rein psychotherapeutisch orientierter Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vorzuschlagen.

2.6.7 Universitätskliniken

Wie schon erwähnt, hat die Kommission vorgeschlagen, einzelne Universitätskliniken modellhaft an der Standardversorgung psychisch Kranker zu beteiligen. Die Erfüllung des Auftrags dieser Kliniken in Lehre und Weiterbildung erscheint auf besonders günstige Weise gewährleistet, wenn ihnen die gesamte Breite psychisch Kranker zur Verfügung

steht. Um jedoch den Nachteil zu vermeiden, daß mit der beträchtlichen Ausweitung der Routineaufgaben in der Krankenversorgung Kapazität und Qualität der Lehre leiden, muß in einem solchen Fall eine entsprechende Verbesserung der Personalausstattung gewährleistet werden. Außerdem ist eine höhere Bettenkapazität als die vom Wissenschaftsrat empfohlene erforderlich, um die der Universitätsklinik auf solche Weise aufgebürdeten zusätzlichen Versorgungsaufgaben ohne Einschränkung ihrer übrigen Aufgaben erfüllen zu können. Sie sollte sich an den vorgeschlagenen Richtgrößen für die Standardversorgung orientieren (ca. 200 Betten). Im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Aufgaben sollten einzelne Universitätskliniken Aufbau, Erfolgskontrolle und wissenschaftliche Untersuchungen der Wirksamkeit neuer Versorgungssysteme, Einrichtungen und Therapieprogramme als Forschungsziele übernehmen. In der gegenwärtigen Forschungsförderung zeichnet sich eine überregionale Arbeitsteilung und die Bildung von Forschungsschwerpunkten bereits ab. Forschungsaufgaben auf dem Gebiet der Psychiatrie dürfen nicht auf die Universitäten beschränkt bleiben.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt nachdrücklich die Auffassung, daß auf dem Gebiet der Forschungsförderung das gesamte Fachgebiet der Psychiatrie einen hohen Nachholbedarf hat, der sich beispielsweise am personellen, finanziellen und wissenschaftlichen Rückstand in verschiedenen wichtigen Bereichen psychiatrischer und psychosomatischer Forschung gegenüber anderen Industrieländern aufweisen läßt. Sie wird bei den weiteren Ermittlungen diesem Thema besondere Aufmerksamkeit schenken und im Rahmen des Schlußberichts entsprechend detaillierte Vorschläge unterbreiten.

2.6.8 Vorberufliche, berufsbezogene und berufsbildende Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Behinderte

Zur Versorgung des verhältnismäßig kleinen Anteils psychisch Behinderter, die für eine berufsbildende Rehabilitation in Berufsförderungswerken mit überregionalem Standort geeignet sind, sollten eigene Internate und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten geschaffen werden. Dies geschieht am besten durch die Errichtung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstes im Rahmen der ärztlichen Einrichtungen von Berufsförderungswerken oder durch die Heranziehung geeigneter Vertragsärzte. Die Kommission sieht sich noch nicht in der Lage, Daten über den Bedarf und genauere Vorschläge zum Thema der berufsbildenden Rehabilitation psychisch Behinderter vorzulegen.

Der größte Teil psychisch Behinderter bedarf der berufsbezogenen und vorberuflichen Rehabilitation, die häufig mit Maßnahmen der sozialen Wiedereingliederung kombiniert werden muß. Ihre Durchführung ist nur auf regionaler Basis aussichtsreich. (Ebene der Standardversorgungsgebiete bzw. übergeordneten Versorgungsgebiete) Einrichtungen dieser Art bedürfen einer speziellen Gliederung und müssen über Rehabilitationsprogramme verfügen, die den besonderen Erfordernissen dieser Behindertengruppe angemessen sind. In Aufbau und Arbeitsweise unterscheiden sie sich von entsprechenden Einrichtungen für Körperbehinderte.

2.6.9 Einrichtungen für Mehrfachkranke

Für die diagnostische und therapeutische Versorgung von Mehrfachkranken sind auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete geeignete interdisziplinäre Spezialeinrichtungen vorzuhalten.

Als Beispiele sind zu nennen: Psychiatrische Diagnostik, neurologische Diagnostik, gefäßchirurgische Eingriffe und psychiatrisch-internistische Nachbehandlung bei Erkrankungen der für die Versorgung des Gehirns verantwortlichen großen Gefäße, entsprechende interdisziplinäre Diagnostik und Nachbehandlung bei Epilepsie-Kranken, deren Leiden durch neurochirurgische Eingriffe geheilt oder gebessert werden kann, usw. Naturgemäß bietet sich auch für diese Spezialeinrichtungen ein Krankenhaus der Zentralversorgung mit psychiatrischer Fachabteilung als Basis an.

Bedarfsdaten zu diesem Fragenkomplex und damit auch detaillierte Vorschläge können von der Kommission zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorgelegt werden.

3. Koordination der psychiatrischen Versorgung, Sicherstellung von Fachaufsicht, Dokumentation und Planung

3.1 Mangel wirksamer Koordination

Weitaus stärker als alle anderen medizinischen Fächer ist die Psychiatrie mit nicht-medizinischen Einrichtungen und Diensten, beispielsweise auf den Sektoren der Beratung, Sozialfürsorge und Rehabilitation, verflochten. Die Wahrnehmung der Aufgaben von Gesundheitsvorsorge und -fürsorge auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit ist nur auf der Basis einer Partnerschaft möglich, innerhalb der das psychiatrische Krankenhaus und der niedergelassene Facharzt und Psychotherapeut nur zwei, wenn auch wichtige Glieder einer Versorgungskette sind. Bei dieser Sachlage ist klar, daß eine gemeindenahe, bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung in einer pluralistisch organisierten Gesellschaft darauf angewiesen ist, daß alle an der Versorgung beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenwirken. Ein Hauptmangel des derzeit bestehenden Versorgungssystems und einer der Gründe, weshalb eine durchgreifende Reform bisher nicht vollzogen wurde, ist das Fehlen einer wirksamen Koordination im System der beratenden, betreuenden und therapeutischen Angebote für psychisch Kranke und Behinderte.

3.2 Koordinierungsgremien auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete

Die Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß die hier geforderte Zusammenarbeit der Beteiligten nicht ausschließlich dem Zufall örtlicher Gegebenheiten und menschlicher Kontakte überlassen bleiben darf.

Sie empfiehlt daher auf der Ebene der Standardversorgung die Einrichtung geeigneter Koordinierungsgremien, deren erste Aufgabe darin besteht,

die Zusammenarbeit und Koordination aller an der Vorsorge und Fürsorge für die seelische Gesundheit im Versorgungsgebiet Tätigen herzustellen und dauerhaft zu gewährleisten. Der derzeitige Stand der Ermittlungen und Beratungen der Sachverständigen-Kommission erlaubt noch nicht, detaillierte Modelle für Koordinierungsgremien vorzuschlagen, die an die wichtigsten Formen politischer oder administrativer Gegebenheiten in den Versorgungsgebieten angepaßt sind. Sie sieht sich insbesondere zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in der Lage, Vorschläge für die Zusammensetzung, Konstituierung und für die rechtlichen Voraussetzungen derartiger Koordinierungsgremien vorzulegen. Sie ist jedoch der Auffassung, daß der Einrichtung einer solchen institutionalisierten Form der Zusammenarbeit eine besondere Bedeutung beim Aufbau gegliederter psychiatrischer Versorgungsnetze in den Standardversorgungsgebieten zukommt. Schon jetzt ist darauf hinzuweisen, daß das Koordinierungsgremium der Gesundheitsfachverwaltung ggf. auch einer Kommunalverwaltung anzugliedern ist. Bereits bestehende und geeignete Beratungsinstitutionen auf Standardversorgungsebene sollten bei der Bildung solcher Gremien berücksichtigt werden.

3.3 Planungskommission auf Landesebene

Nach Auffassung der Sachverständigen-Kommission sollten bei den Landesregierungen Planungskommissionen oder psychiatrische Beiräte gebildet werden. In Anlehnung an vergleichbare Modelle in Nachbarländern sollte ihre Aufgabe einmal in der Beratung der Regierung bei der Planung und beim stufenweisen Ausbau der psychiatrischen Krankenversorgung nach übergeordneten Gesichtspunkten bestehen. Außerdem sollten sie für die Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der bestehenden Einrichtungen und Programme Sorge tragen und die Landesregierung laufend über Veränderungen in der Bedarfsentwicklung und Bedarfsabdeckung, über praktisch relevante wissenschaftliche Ergebnisse, neue Behandlungsverfahren und Einrichtungstypen beraten. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, benötigen die Planungskommissionen laufend Informationen aus der epidemiologischen und evaluativen [1]) Forschung und aus einem Gesundheitsinformationssystem, das Daten über Bedarfsentwicklung, Nutzung der bestehenden Einrichtungen und dgl. laufend zur Verfügung stellt. Zudem sollen sich die Planungskommissionen auf Empfehlungen der Koordinierungsgremien der Standardversorgungsgebiete, vor allem im Hinblick auf regionale Gegebenheiten, Mängel und Möglichkeiten, stützen können.

Dem Aufbau oder Ausbau des Gesundheitsinformationssystems, auch für den Bereich der Psychiatrie, im Zuständigkeitsbereich der Länder oder der großen Gebietskörperschaften, kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu [2]).

[1]) wissenschaftliche Untersuchungen des Erfolgs, der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmaßnahmen, therapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen etc.

[2]) Hierdurch wird bestehendes Recht nicht berührt (z. B. § 126 a BSHG).

3.4 Fachaufsicht

Großkrankenhäuser sind, was die Fachaufsicht anbetrifft, zweifellos besser zu kontrollieren als eine Vielfalt dezentralisierter kleiner Einrichtungen, die zudem großenteils nicht ärztlich geleitet sind. Der Aufbau dieser flankierenden Einrichtungen, angefangen von Tageskliniken bis zu den besonderen Einrichtungen wie Übergangs- und Wohnheime, ist jedoch aus den oben dargelegten Gründen für eine gegliederte und optimale Versorgung psychisch Kranker, insbesondere der chronisch Kranken und psychisch Behinderten, unerläßlich. Dennoch kann nicht übersehen werden, daß in der möglichen unkontrollierten Entwicklung des therapeutischen und des allgemeinen Standards dieser kleinen Einrichtungen eine besondere Schwäche der modern gegliederten psychiatrischen Versorgung besteht. Evaluative Untersuchungen dieses Problems in Großbritannien haben z. B. gezeigt, daß eine gründliche Ausbildung der Leiter solcher kleinen Einrichtungen ein wirksamer Faktor ist, um ihren Standard zu sichern. Dennoch ist eine qualifizierte und in kürzeren Zeitabständen durchgeführte Fachaufsicht gerade über diese kleinen Einrichtungen, die teilweise an die Stelle der langfristigen Unterbringung von Kranken in psychiatrischen Großkrankenhäusern treten werden, unbedingt erforderlich. Die Verantwortung dafür kann nicht einem Gremium übertragen werden. Es bietet sich deshalb an, die Gesundheitsfachverwaltung damit zu beauftragen und die personellen Voraussetzungen dafür sicherzustellen.

3.5 Einleitung einer Neuordnung der Versorgungsgebiete

Die Schaffung von Koordinierungsgremien setzt voraus, daß sich Standardversorgungsgebiete bereits gebildet haben. Der schwierige nur schrittweise zu vollziehende Umwandlungsprozeß eines veralteten in ein neues, verbessertes Versorgungssystem läßt sich nicht allein auf dem Erlaß- oder Verfügungswege erreichen. Er kann nur zügig realisiert werden, wenn diejenigen, welche schon jetzt die psychiatrische Versorgung tragen, dazu motiviert werden, und an der Neuordnung mitwirken. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher dringend, daß die administrativ Verantwortlichen unverzüglich unter Beiziehung der Beteiligten — etwa durch Bildung von Entwicklungskommissionen oder ähnlichem — ihr derzeitiges System der Versorgungsbezirke (Einzugsbereiche) einer Revision unterziehen und Vorkehrungen treffen, die geeignet sind, die Überführung in die neue Organisation der Versorgungsgebiete einzuleiten und voranzutreiben. Eine enge Zusammenarbeit mit den Planungskommissionen der Länder ist hierbei empfehlenswert.

3.6 Gewährleistung von Informationen auf Bundesebene

Die bisherige Arbeit der Sachverständigen-Kommission hat mit großer Deutlichkeit gezeigt, daß die für eine Analyse der Versorgungssituation und für die Planung unerläßlichen Grunddaten zum überwiegenden Teil nicht greifbar sind. Die Sachverständigen-Kommission muß sich daher über teure und organi-

satorisch schwer zu bewältigende Erhebungsaktionen erst die notwendigen Kenntnisse verschaffen, um dem Auftrag des Bundestages bzw. der Bundesregierung zufriedenstellend nachkommen zu können. Der Sachverhalt, daß es offensichtlich nirgendwo in der Bundesrepublik eine Stelle gibt, die, mit ausreichenden Informationen versehen, nur überhaupt fähig wäre, einigermaßen zu übersehen, was in diesem Lande auf dem weitverzweigten Gebiet der psychiatrischen Versorgung geschieht oder nicht geschieht, was vorhanden ist oder fehlt, wird von der Sachverständigen-Kommission als grober Mißstand angesehen. Es ist bekannt, daß Stichtagserhebungen jeweils nur einen Querschnittsüberblick geben, welcher in Anbetracht der sich ständig ändernden Verhältnisse meist schon bei der Auswertung veraltet ist. Datenerfassungen von der Art und in der Weise, wie sie die Sachverständigen-Kommission vorsieht, können nicht in kürzeren Abständen wiederholt werden.

Die Sachverständigen-Kommission hält es daher für dringend erforderlich, daß gesetzliche und rechtliche Voraussetzungen geschaffen werden, um eine Institution auf Bundesebene ins Leben zu rufen, die in der Lage ist, fortlaufend Informationen aus dem Gesamtbereich der psychiatrischen Versorgung einzusammeln, zu verarbeiten und den planenden Instanzen zur Kenntnis zu bringen. Eine solche informativ tätige und damit auch koordinativ wirksame Institution könnte wesentlich dazu beitragen, daß der vom Deutschen Bundestag gegebene starke Impuls zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung nicht wieder im Sande verläuft und der Aufbau eines neu zu ordnenden psychiatrischen Versorgungssystems sich nicht heillos zersplittert.

4. Ambulanz

4.1

Die Sachverständigen-Kommission hat sich ausführlich mit dem Problem der ambulanten Dienste beschäftigt. Sie vertritt nachdrücklich die Ansicht, daß stationäre psychiatrische Einrichtungen grundsätzlich die Möglichkeit ambulanter, untersuchender und behandelnder Tätigkeit erhalten müssen. Diese ambulante Tätigkeit bezieht sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf die Wahrnehmung folgender Aufgaben:

4.1.1

Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation,

4.1.2

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen, Krisenintervention und

4.1.3

Konsiliarische Betreuung und Behandlung.

Die Forderung nach ambulanter Tätigkeit entspricht keinesfalls dem Bestreben, die Institution des niedergelassenen Nervenarztes auszuhöhlen. Erfahrungen an den bestehendenden Ambulanzen (Polikliniken) der Universitätskliniken zeigen, daß bedenkliche Konkurrenzsituationen mit niedergelassenen Nervenärzten am Ort trotz hoher Behandlungsfrequenzen nirgendwo entstanden sind. Es gibt vielmehr ein in vielfacher Hinsicht fruchtbares Zusammenwirken. Der oben aufgeführte Katalog definierter ambulanter Tätigkeit sichert zudem eine sachgerechte, sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Ambulanz am Krankenhaus und den im Versorgungsgebiet verteilten Praxen.

5. Aus-, Weiter- und Fortbildung

5.1

Voraussetzung für die Verwirklichung der Vorschläge zur Neugliederung des psychiatrischen Versorgungssystems, insbesondere den notwendigen Aufbau gemeindenaher psychiatrischer Einrichtungen, ist die überproportionale Zunahme psychiatrischen Fachpersonals aller Berufsgruppen. Diese Voraussage ist um so gewichtiger, als die bestehenden psychiatrischen Einrichtungen, in erster Linie die psychiatrischen Landeskrankenhäuser, gemessen am modernen Standard, personell großenteils unterbesetzt sind. Dieser Sachverhalt wird noch durch die unzureichende Ausbildung eines großen Teiles des Personals kompliziert. Die Kommission sieht sich zwar noch nicht in der Lage, Bedarfsschätzungen und darauf gegründete detaillierte Empfehlungen vorzulegen, sie weist aber auf die generelle Notwendigkeit einer Stärkung der Ausbildungskapazitäten und einer Förderung geeigneter Ausbildungs- und Studiengänge, die zu psychiatrischen Fachberufen führen, mit Nachdruck hin.

Neben der Vermehrung des Fachpersonals ist auch eine qualitative Verbesserung der Ausbildung zur Erfüllung der teilweise wesentlich veränderten Aufgaben in der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge und Vorsorge notwendig.

5.1.1

Die niedergelassenen Ärzte ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Fachausbildung, bei denen der größte Teil psychisch Kranker erstmals Rat oder Hilfe sucht, müssen für die damit verbundenen Aufgaben besser ausgerüstet werden. Dazu ist eine stärkere Berücksichtigung psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens im Rahmen der Ausbildung des Medizinstudenten und im Rahmen der Weiterbildung vor allem zum Arzt für Allgemeinmedizin, innere Medizin, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde notwendig.

Ziel ist, daß der niedergelassene Arzt über das Rüstzeug verfügt, die wichtigsten seelischen Erkrankungen zu erkennen und diejenigen davon selbst zu behandeln, die mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versorgt werden können. Er muß auch in der Lage sein, die Grenzen seiner Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen und entscheiden zu können, welcher diagnostischer oder Behandlungseinrichtung ein psychisch Kranker zuzuführen ist, den er nicht mehr selbst diagnostizieren oder behandeln kann.

5.1.2

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung der klinisch tätigen Psychologen bedarf ebenfalls einer dringenden Verbesserung. Die Bemühungen der Fachgesellschaft zur Regelung der Weiterbildung für klinische Psychologen und zur Formulierung der Weiterbildungsinhalte sind ebenso wie die Ermittlungen der Sachverständigen-Kommission zu diesem Fragenkomplex noch nicht abgeschlossen. Die Notwendigkeit der Beteiligung psychiatrischer Einrichtungen, die nach ihren Aufgaben, nach ihrer Ausrüstung und ihrer Personalkapazität dafür geeignet sind, an der Weiterbildung klinisch tätiger Psychologen, kann jedoch derzeit schon mit Nachdruck vertreten werden.

5.1.3

Parallel zur neuen Approbationsordnung betont auch die neue Weiterbildungsordnung für den Arzt für Psychiatrie die Notwendigkeit breiterer Grundkenntnisse und praktischer Erfahrungen auf dem Gesamtgebiet der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Dies entspricht der grundsätzlichen Erweiterung der traditionellen Aufgaben psychiatrischer Versorgung um Gesundheitsvorsorge und um Erkennung und Behandlung seelischer Krisen, Neurosen und psychosomatischer Erkrankungen in der modernen Psychiatrie.

5.1.4

Im Hinblick auf die veränderten und wesentlich differenzierten Aufgaben des Krankenpflegepersonals in modernen psychiatrischen Einrichtungen sind Weiterbildungslehrgänge an Ausbildungsstätten für diesen Personenkreis bereits an einigen Stellen der Bundesrepublik aufgebaut worden. Die Annäherung ihrer Kapazität an den tatsächlichen Bedarf und die Vereinheitlichung der Lernzielkataloge und Weiterbildungsgänge ist nachdrücklich zu empfehlen. Die zu erwartende Neuregelung des Krankenpflegegesetzes läßt es dabei zweckmäßig erscheinen, die vorgeschlagene Vereinheitlichung dieser Weiterbildung so zu entwickeln, daß sie ohne Bruch in die voraussichtlich gesetzliche Neuregelung übergeleitet werden kann.

5.1.5

Im Zusammenhang mit der wachsenden Bedeutung sozialer oder sozialtherapeutischer Maßnahmen und Einrichtungen im Rahmen der psychiatrischen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge gewinnen Sozialarbeiter als Partner oder Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen wachsende Bedeutung. Analog zu Entwicklungen in Nachbarländern scheint es deshalb dringend empfehlenswert, auch für Sozialarbeiter Weiterbildungslehrgänge für Psychiatrie zu entwikkeln. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule für Sozialarbeit und einem nach seiner Behandlungs- und Ausbildungseinrichtung und nach seiner Personalausstattung geeignetem psychiatrischen Krankenhaus oder Behandlungszentrum die beste Voraussetzung für den Aufbau einer solchen Weiterbildungsstätte.

5.1.6

Bei den vielfältigen Rehabilitationsmaßnahmen, die in der Psychiatrie erforderlich sind, sieht es die Kommission als Mangel an, daß es in der BRD kein einheitliches Berufsbild des Arbeitstherapeuten gibt und daß ausreichende Ausbildungsmöglichkeiten fehlen.

5.2

Eine bessere Schulung im psychologischen Umgang mit dem Kranken ist auch für alle anderen unmittelbar in der Krankenversorgung tätigen Berufsgruppen dringend erwünscht, nicht zuletzt, um das humanitäre Empfinden und Handeln in einer Medizin zu wahren, die durch ihre technischen Fortschritte Gefahr läuft, sich von den seelischen Problemen des Kranken zu entfernen.

C. Sofortmaßnahmen

1. Gegenwärtiger Zustand in den stationären psychiatrischen Einrichtungen

Es besteht kein Zweifel, daß sich die Verwirklichung der im Zwischenbericht niedergelegten Empfehlungen überwiegend in langfristigen Programmen vollziehen wird. So notwendig es ist, Entwicklungsrichtungen und Zielprojektionen über größere Zeiträume anzugeben, so darf darüber nicht in Vergessenheit geraten, daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen. Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in gewissen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben werden kann.

1.1 Exemplarische Untersuchung des Landschaftsverbandes Rheinland

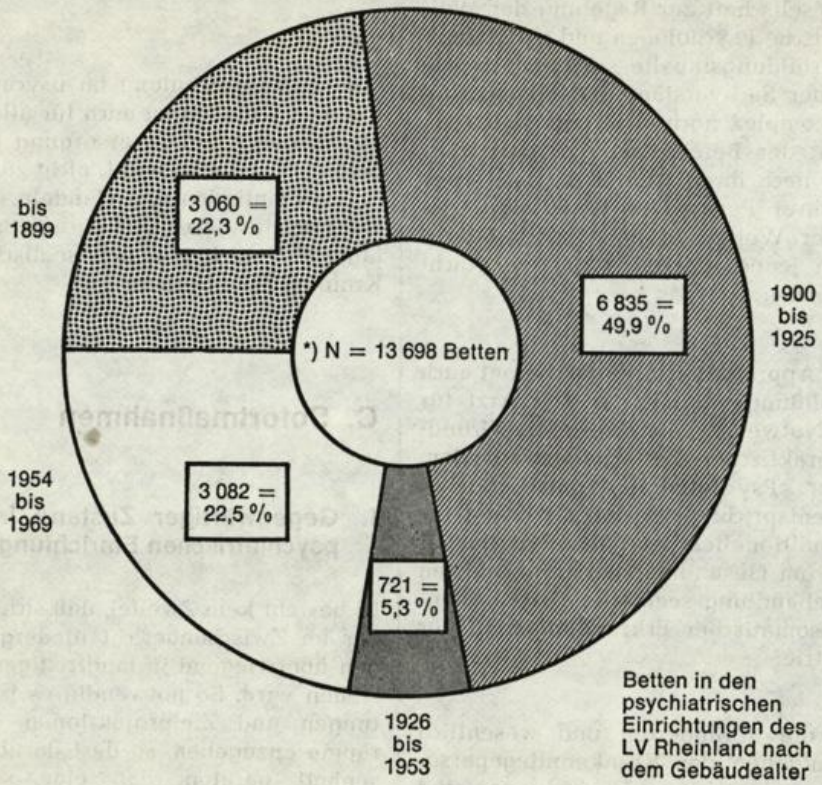
Der Landschaftsverband Rheinland hat in seinen sechs großen psychiatrischen Krankenhäusern mit etwa 12 000 Betten während der vergangenen Jahre diesbezüglich eingehende Untersuchungen angestellt, die hier zur Verdeutlichung der Situation mitgeteilt werden sollen. Die Ergebnisse dieser regionalen Untersuchungen haben sicher auch für die übrigen Gebiete der Bundesrepublik Gültigkeit.

1.1.1 Baualter

In den sechs Rheinischen Landeskrankenhäusern Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen stehen 22,3 % der Betten (3060) in Häusern, die vor der Jahrhundertwende, 49,9 % (5835) in Häusern, die zwischen 1900 und 1925, und 5,3 % (721) in Häusern, die zwischen 1926 und 1953 errichtet worden sind. Nur 22,5 % der Betten (3082) stehen in Neubauten aus der Zeit zwischen 1954 und 1969 (siehe Schaubild 1).

Schaubild 1

Stichtag: 31. 12. 1969



Betten in den psychiatrischen Einrichtungen des LV Rheinland nach dem Gebäudealter

1.1.2 Bauzustand und Belegung

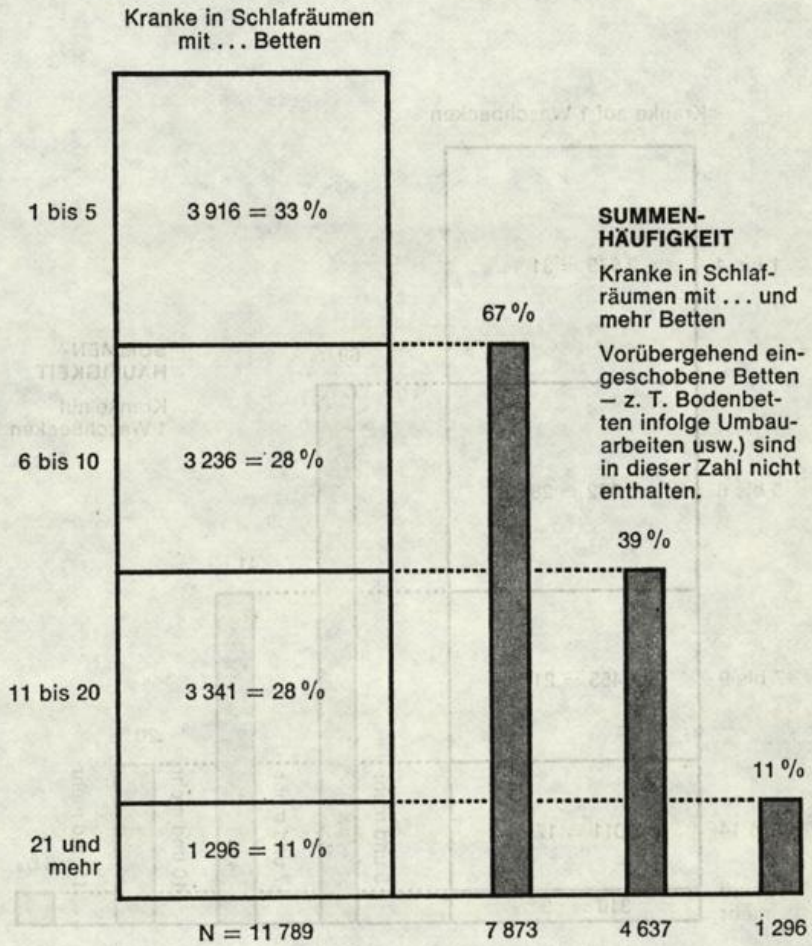
Aus der Gesamtmasse des Bestandes müssen 18 Bettenhäuser mit 1347 Betten als abbruchreif bezeichnet werden. Legt man die Polizeiverordnung vom 12. August 1953 zugrunde, ergibt sich eine durchschnittliche Überbelegung der Landeskrankenhäuser von 35,1 %.

1.1.3 Schlafsäle

In den sechs großen Landeskrankenhäusern stehen die meisten Betten in Schlafsälen mit mehr als 5 Betten, nämlich 7 873 = 65,5 %. 4 637 Betten stehen in Sälen mit mehr als 10 Betten = 38,6 %. 1 296 davon stehen in Sälen mit mehr als 20 Betten = 10,8 %, 143 davon in Sälen mit mehr als 40 Betten = 1,2 %.

(siehe Schaulbild 2)

Schaubild 2



Am 15. Mai 1970 waren in den Rh. LKH Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen 11.789 belegungsfähige Betten.

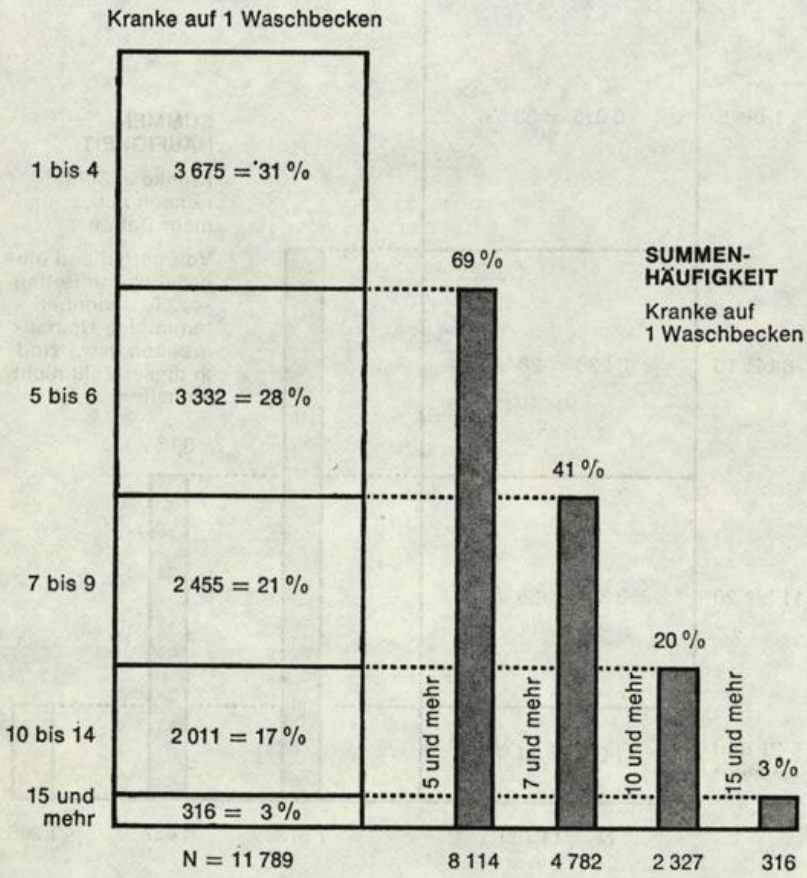
Darunter schliefen in, teilweise behelfsmäßigen Räumen mit 6 und mehr Betten, 7873 Patienten = 67 %.

1.1.4 Sanitäre Anlagen

Im Durchschnitt müssen sich 6 Kranke ein Waschbecken teilen. 69 % der Patienten müssen sich mit mehr als 5 anderen das Waschbecken teilen, 17 % mit mehr als 9, 3 % mit mehr als 15. Im Durchschnitt steht ferner nur für 11 Patienten 1 WC zur Verfügung. 85 % der Patienten haben die Toilette mit mehr als 6 anderen zu teilen, 53 % mit mehr als 10, 6 % mit mehr als 20.

(siehe Schaubild 3)

Schaubild 3



Am 15. Mai 1970 waren in den Rh. LKH Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen 11 789 belegungsfähige Betten *).

Vorhandene Waschbecken am Stichtag rund 1 840 = 16 %. Auf 1 Waschbecken kamen demnach im Durchschnitt 6 Patienten.

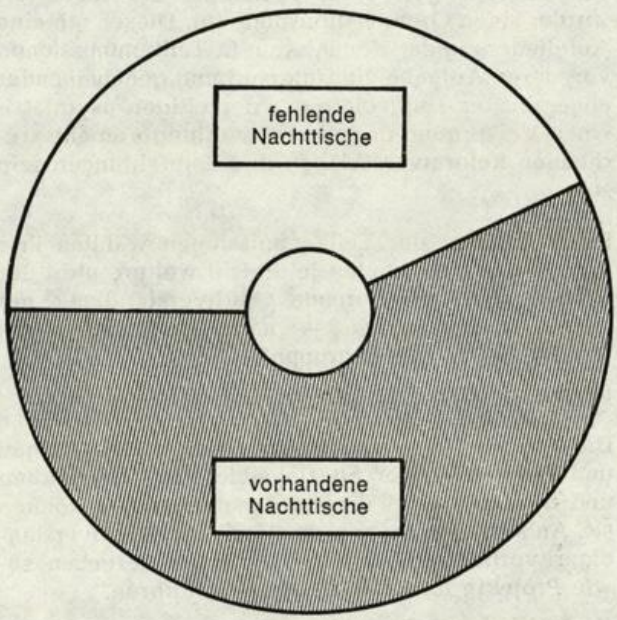
*) Vorübergehend eingeschobene Betten (z. T. Bodenbetten infolge Umbauarbeiten usw.) sind in dieser Zahl nicht enthalten.

1.1.5 Mobiliar

Begehungen in den Landeskrankenhäusern haben ergeben, daß zusammengefaßt 3 600 Betten ersetzt werden müssen und ebenso viele Matratzen, die vielfach noch mit Seegras gefüllt sind. Ferner wären 2 500 Spinde zu beschaffen, weil ebenso viele Patienten überhaupt keinen oder einen viel zu kleinen Schrankraum haben. Außerdem werden 3 300 Nachttische benötigt. Schließlich hat sich herausgestellt, daß das Mobiliar in 207 Tagesräumen ersetzt werden muß.

(siehe Schaubild 4)

Schaubild 4



Am 15. Mai 1970 waren in den Rh. LKH Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen 11 789 belegungsfähige Betten *).

Vorhandene Nachttische am Stichtag 6 799 = 58 %.

Fehlende Nachttische demnach 4 990 = 42 %.

2. Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse

Die Sachverständigen-Kommission vertritt mit Nachdruck die Ansicht, daß langfristige Reformplanungen nicht auf dem Rücken derjenigen ausgetragen werden dürfen, welche sich gegenwärtig in den stationären psychiatrischen Einrichtungen befinden, und dies um so mehr, als die bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser auch für die nächste Zeit noch die Hauptlast der stationären Versorgung werden tragen müssen. Sie fordert daher, daß die zuständigen Träger für ihren Bereich Sofortprogramme *) aufstellen und verwirklichen.

*) Vorübergehend eingeschobene Betten (z. T. Bodenbetten infolge Umbauarbeiten usw.) sind in dieser Zahl nicht enthalten.

Derartige Sofortprogramme sollten sich zuallererst auf die angemessene Befriedigung humaner Grundbedürfnisse in den Einrichtungen beziehen.

Dies kann geschehen durch:

2.1

Ersatz unzumutbarer baufälliger Substanz. Diese Maßnahmen dürfen keinesfalls zur Erweiterung der Kapazität psychiatrischer Großkrankenhäuser führen.

2.2

Bereitstellung von Sondermitteln für Renovierungsmaßnahmen (kleinere Baumaßnahmen).

2.3

Gewährleistung eines Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen.

Hierzu gehört z. B.:

— ausreichend sanitäre Ausstattung

— eigener Nachttisch

— patienteneigener Schrank für das Eigentum der Kranken

— angemessene Möblierung

— Ermöglichung des Tragens eigener Kleidung etc.

2.4

Gerechte Entlohnung für Patienten, die in psychiatrischen stationären Einrichtungen Arbeit leisten.

3. Maßnahmen zur finanziellen Sicherung psychiatrischer Einrichtungen

Es wird angesichts der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission jetzt schon deutlich, daß eine durchgreifende Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland erhebliche Kosten verursachen wird. Wenn auch eine Abschätzung des erforderlichen Kostenvolumens zur Zeit noch unmöglich ist, so ist sich die Sachverständigen-Kommission darüber im klaren, daß die Realisierung ihrer Empfehlungen von der Bereitstellung entsprechender Mittel abhängig ist.

Um so belangvoller muß der Sachverhalt angesehen werden, daß die Bundesregierung bei der Berech-

*) Als Beispiel sei erwähnt, daß das Beschlußgremium des Landschaftsverbandes Rheinland im Grundsatz einem Sofortprogramm mit einem Kostenrahmen von ca. 42 Millionen DM zugestimmt hat. Für das Haushaltsjahr 1973 wurden 2,8 Millionen DM für kleinere Baumaßnahmen, 4 Millionen DM für Beschaffung mit einer Bindungsermächtigung von 2 Millionen DM zu Lasten des Rechnungsjahres 1974, sowie 2 Millionen DM als erste Baurate für ein Bettenhaus bewilligt, das baufällige Substanzen ersetzen soll.

nung des Finanzierungsplafonds für das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser usw. (KHG) den psychiatrischen Bettenanteil unberücksichtigt gelassen hat. Die Bundesregierung ist bekanntlich von 460 000 Betten ausgegangen. In dieser Zahl sind die ca. 60 000 psychiatrischen Akut-Betten *) in der Bundesrepublik Deutschland nicht enthalten. Gleichwohl sieht das KHG vor, daß sämtliche Akut-Betten und also auch die psychiatrischen finanziert werden.

Die quantitativ falsche Ausgangsbasis für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch den Bund bringt die Länder, welche den psychiatrischen Betten-Sektor mit zu veranschlagen haben, in finanzielle Engpässe und in allergrößte Schwierigkeiten bei der Festlegung von Prioritäten und der Verwirklichung von Krankenhausbedarfsplänen.

Die Gefahr, daß es bei dieser Sachlage trotz aller positiven Erklärungen faktisch nicht zu einer zügigen Förderung, sondern zu einer Behinderung des so dringend notwendigen Aufbaus psychiatrischer Krankenhauseinrichtungen kommt, ist nicht von der Hand zu weisen. Die Sachverständigen-Kommission fordert daher, daß die Zahl der förderungsfähigen Krankenhausbetten in der Bundesrepublik Deutschland einer sofortigen Überprüfung unterzogen und eine Aufstockung um den psychiatrischen Akut-Bettenanteil mit der entsprechenden Ausweitung des Finanzierungsvolumens des Bundes in die Wege geleitet wird.

D. Tätigkeitsbericht

1. Organisation und Arbeitsweise der Sachverständigen-Kommission

Die Sachverständigen-Kommission konstituierte sich am 31. August 1971 unter dem Vorsitz des Staatssekretärs im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), Herrn Prof. Dr. von Manger-König.

Zu ihrem Vorsitzenden wählte die Kommission Herrn Prof. Dr. Kulenkampff, zu seinen Stellvertretern Herrn Prof. Dr. Dr. Häfner, Herrn Dr. Siede als Vertreter der Länder und als amtierenden Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) Herrn Prof. Dr. Degkwitz. Nach der Neuwahl des Präsidenten der DGPN löste Herr Prof. Dr. Hippius Herrn Prof. Dr. Degkwitz im Vorstand der Kommission ab.

Die zunächst aus 19 Mitgliedern bestehende Kommission wurde teils auf Initiative des BMJFG, teils auf Anregung der Kommission um 4 Mitglieder erweitert. Ein Beweggrund dafür war die Einbeziehung weiterer in der Kommission noch nicht repräsentierter Teilgebiete der Psychiatrie durch anerkannte Sachverständige.

Die Kommission gab sich eine Geschäftsordnung. Sie stellte einen Wissenschaftlichen Mitarbeiter, der als Geschäftsführer mit der Organisation und Koordination der Arbeit betraut wurde, sowie einen weiteren Wissenschaftlichen Mitarbeiter ein. — Die Verwaltung der Gelder und die finanzielle Abwicklung der mit den Aufgaben der Kommission verbundenen Tätigkeiten wurde dem Verein „Aktion Psychisch Kranke e. V." übertragen.

Die Mitglieder der Kommission stellten auf einer Klausurtagung vom 26. bis 28. September 1971, die von Angehörigen einer Planungsfirma moderiert wurde, einen Organisationsplan auf. Dieser sah eine Aufgliederung der Kommission in Teilkommissionen vor, deren Aufgabe die Untersuchung gegeneinander abgegrenzter Teilgebiete der derzeitigen psychiatrischen Versorgung und die Entwicklung von entsprechenden Reformvorschlägen und Empfehlungen sein sollte.

Die Mitglieder der Teilkommissionen wählten ihre Sprecher und benannten je 6 bis 8 weitere nicht der Kommission angehörende Sachverständige, mit denen zusammen sie — nach Zustimmung des BMJFG — die Arbeitsgruppe bildeten.

(Verzeichnis aller Mitglieder s. E Anlagen)

Die Aufgabe der Arbeitsgruppen ist es, die Fragen und Probleme ihrer Spezialgebiete zu untersuchen und abzuklären. In diesem Zusammenhang können sie Anhörungen in- und ausländischer Sachverständiger vornehmen, Gutachtenaufträge vergeben sowie Projekte formulieren und durchführen.

(Verzeichnis der Projekte s. E Anlagen)

Der Vorstand überwachte in regelmäßig stattfindenden Sitzungen die Tätigkeit der Arbeitsgruppen. Er sorgte für die Einhaltung des Zeitplanes, begutachtete die von den Arbeitsgruppen beantragten Projekte, machte auf Lücken im Arbeitsprogramm aufmerksam und bemühte sich, unterschiedliche Meinungen und Vorstellungen auf Gemeinsamkeiten hin zu prüfen und in Übereinstimmung zu bringen. Er stellte Kontakte zu Gremien, die von der Kommissionsarbeit betroffen sind, her; so zu der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder und zu den Verbänden der Krankenhausträger. Beide Gremien unterstützen die Arbeit der Kommission.

Die Mitglieder der Sachverständigen-Kommission wurden über den Fortgang der Arbeit in den Arbeitsgruppen ständig unterrichtet. In den Sitzungen der Sachverständigen-Kommission diskutierten ihre Mitglieder deren Ergebnisse, die vielfach zu koordinieren bzw. zu vereinheitlichen waren, benannten weitere Themen, die zu bearbeiten waren und nahmen zu den Projekten Stellung. Schließlich verabschiedeten sie einen Leitlinienkatalog, auf dessen Grundlage der Zwischenbericht zu erstellen war.

*) Die genaue Zahl muß noch ermittelt werden.

2. Tätigkeiten der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen

Die Sachverständigen-Kommission verabschiedete auf ihrer ersten Arbeitstagung ein Programm, das eine nach Prioritäten geordnete Aufstellung von Themen und Problemen enthielt. Die Bearbeitung der einzelnen Themen wurde den Arbeitsgruppen übertragen.

Mit den ersten vorrangig zu behandelnden Themenbereichen wurden 7 Arbeitsgruppen beauftragt, die jeweils in Sitzungsperioden von 1—3 Tagen arbeiten. Die Beschäftigung mit weiteren Problemen und damit die Gründung neuer Arbeitsgruppen bzw. Expertenteams wurde für einen späteren Zeitpunkt vorgesehen.

Bereits vor der ersten Arbeitstagung hatten die Mitglieder der Kommission die Notwendigkeit betont, statistisches Material über die derzeitige Versorgungssituation der psychisch Kranken zu erarbeiten. Es wurde deshalb die Gründung einer „Ist-Gruppe" (AG „Ist-Daten") beschlossen. — Mitglieder dieser Gruppe bildeten die „Nomenklatur-Kommission", welche die für die Aufgabe der Ist-Gruppe notwendigen Definitionen von Basis-Begriffen und -kategorien bearbeitete.

Ausgangspunkt der ersten Überlegungen war die seit langem bestehende völlig unzulängliche Versorgung der psychisch Kranken in den stationären Einrichtungen, besonders in vielen Psychiatrischen Krankenhäusern. Die Größe vieler Psychiatrischer Krankenhäuser, deren Standort, Personalsituation und innere Struktur, stehen der Einführung moderner psychiatrischer Methoden entgegen.

Die Versorgung der Patienten wird darüber hinaus durch das Fehlen von zusätzlichen, sogenannten extramuralen Einrichtungen erschwert. Ein Teil psychisch Kranker kann außerhalb stationärer Einrichtungen in der BRD nicht ausreichend nachbetreut werden. Ebenso sind frühzeitig einsetzende Vorsorgemaßnahmen, die die stationäre Aufnahme nach Möglichkeit verhindern sollen, noch nicht möglich.

Beide Themen, die intramurale und extramurale Versorgung psychisch Kranker, sind Teilaspekte eines Komplexes, nämlich der Konzeption eines integrierten Versorgungssystems. Da die Probleme, die beim Entwurf eines Gesamtversorgungssystems zu lösen sind, großen Umfang haben, wurden zwei Arbeitsgruppen hiermit befaßt: Die Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste und Strukturfragen" sowie die Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste".

Im folgenden wird die Tätigkeit der einzelnen Gruppierungen kurz umrissen:

2.1 AG „Ist-Daten"

Die Aufgabe der Arbeitsgruppe besteht in einer statistischen Erfassung der gegenwärtigen Versorgungslage der psychisch Kranken und der sie betreuenden Einrichtungen und Personen.

Die Arbeitsgruppe wurde als sogen. „Service-Gruppe" konzipiert, die den anderen Gruppen das erhobene Datenmaterial zur Verfügung stellt. Die Entwicklung von Empfehlungen, z. B. über Größe und Struktur zukünftiger Versorgungssysteme für Patientengruppen verschiedener Diagnosen, ist nur aufgrund umfangreicher statistischer Erhebungen und Analysen möglich. Die mit dieser Arbeit betrauten Arbeitsgruppen sind auf die Lieferung solcher Daten durch die AG „Ist-Daten" angewiesen.

Die Beschaffung des statistischen Materials erfolgt durch Abrufen bereits vorhandener administrativer Daten. Zum weiteren hat die Arbeitsgruppe eine groß angelegte umfangreiche Erhebung im gesamten Bundesgebiet, die sogenannte Haupterhebung, vorbereitet. Sie wird in allen stationären Einrichtungen, Krankenhäusern und Heimen vorgenommen. Zusatzerhebungen werden in Gesundheitsämtern, in Werkstätten für Behinderte, in Sonderschulen und Sonderkindergärten durchgeführt. Die Erhebung wird in enger Zusammenarbeit mit den obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer erfolgen.

Wegen ihres Umfanges und ihrer Bedeutung hat der Vorstand der Sachverständigen-Kommission die Organisation der Haupterhebung übernommen.

2.2 AG „Nomenklatur-Kommission"

Die Nomenklatur-Kommission ist durch ihre Arbeit mit der AG „Ist-Daten" eng verbunden.

Ihre Hauptaufgabe bestand in der Mitarbeit an den Vorbereitungen zur Haupterhebung, die sie auch weiterhin begleiten wird. Die von der Nomenklatur-Kommission vorgeschlagenen Definitionen wurden so konzipiert, daß sie die Erarbeitung der Kriterien der Haupterhebung erleichterten. Definition von Basis-Begriffen und -kategorien waren erforderlich, um Übereinstimmung sowohl innerhalb der Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen als auch mit gesetzlichen, administrativen und praktischen Normen zu erreichen. Ein besonderes Anliegen war, Übereinstimmung mit den Begriffen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herbeizuführen.

Es wurde ein Nomenklatur-Katalog geschaffen, der — Vorschlägen und Änderungswünschen der Arbeitsgruppen folgend — ständig überarbeitet und verbessert wurde. Dabei war immer zu berücksichtigen, daß gesetzlich festgelegte und administrative Begriffe bereits vorliegen.

2.3

Die AG „Intramurale Dienste" widmete sich mit besonderer Intensität der Untersuchung und Darstellung der inhumanen Lebensverhältnisse, unter denen psychisch Kranke in Psychiatrischen Großkrankenhäusern zu leiden haben. Sie beschrieb diesen Tatbestand als „brutale Realität" und forderte die Durchführung von „Sofortmaßnahmen". Sie erarbeitete hierfür Vorschläge und regte andere Arbeitsgruppen an, ihrerseits Sofortmaßnahmen zu formulieren (s. Kap. C. Sofortmaßnahmen).

Die AG befaßte sich mit der Neugliederung des Psychiatrischen Krankenhauses. Sie entwickelte Vorstellungen über seine Größe, die Größe des von ihm zu versorgenden Einzugsgebietes, seinen Standort, die Gliederung und Größe seiner Abteilungen (Stationen), seine Personalstruktur, neue Therapieformen wie Sozialtherapie, arbeitstherapeutische und rehabilitative Maßnahmen sowie über Umgangsstile der in ihm zu betreuenden und arbeitenden Menschen untereinander.

Ein Projekt „Analyse und Optimierung der Betriebsabläufe in einem Psychiatrischen Krankenhaus" soll Anhaltspunkte für die Durchführung von Umstrukturierungsmaßnahmen liefern.

Einige Patientengruppen können einerseits im Psychiatrischen Krankenhaus nicht optimal betreut werden und erschweren andererseits die Behandlung anderer Patientengruppen. Die AG befaßte sich mit der Frage, welche Gruppen und in welchem Umfang aus dem Krankenhaus auszugliedern seien, um sie in zu schaffenden gesonderten Einrichtungen einer Spezialbetreuung bzw. -behandlung zuführen zu können. Der Anteil fehlplazierter Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus wird als beträchtlich angesehen. Diesem Problem gilt ein Projekt „Misplacement in Psychiatrischen Krankenhäusern".

2.4 AG „Extramurale Dienste"

Die Arbeitsgruppe hat sich vor allem mit der Aufgabe beschäftigt, ein vollständiges Netz extramuraler Einrichtungen zu entwerfen. Die Frage der Funktion, der Beschaffenheit und der Anzahl der verschiedenen extramuralen Einrichtungen ist abhängig vom Bedarf, der sehr schwer einzuschätzen ist.

Um Bedarfsschätzungen vornehmen zu können, hat die AG einige Projekte vorgesehen, die z. T. mit anderen Arbeitsgruppen, die für ihren speziellen Bereich analoge Angaben benötigen, zu koordinieren waren. — In gesonderten Erhebungen wird der Anteil psychisch Kranker unter Sozialhilfeempfängern und Frührentnern, die bisher keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, festgestellt. — Ebenso ist die Frage zu klären, in welchem Umfang niedergelassene Nervenärzte psychisch Kranke bzw. entlassene Patienten versorgen. In einer Erhebung wird die Anzahl und der Praxisort niedergelassener Nervenärzte festgestellt.

Ein weiteres Projekt gilt der Untersuchung, ob und wie der öffentliche Gesundheitsdienst in ein System ambulanter Betreuungseinrichtungen miteinbezogen werden kann. Die beiden Arbeitsgruppen „Intramurale" und „Extramurale Dienste" diskutierten in gemeinsamen Tagungen, in welcher Weise extramurale Betreuungseinrichtungen und das Psychiatrische Krankenhaus bzw. die Psychiatrische Abteilung in einem geografisch definierten Bereich ein Gesamtversorgungssystem bilden können.

Die AG „Extramurale Dienste" hat Informationsreisen ins Ausland vorgesehen, um das Funktionieren integrierter psychiatrischer Versorgungssysteme studieren zu können.

Um die Rolle, die verschiedene Beratungsdienste in einem zukünftigen Gesamtversorgungssystem spielen könnten, zu klären, sind Anhörungen von Sachverständigen der Beratungsdienste geplant.

Als ein besonderes Problem wird das Fehlen von Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern angesehen. Die AG bemühte sich um Informationen, um über die gesetzlichen Möglichkeiten der Schaffung ambulanter Behandlungseinrichtungen im Rahmen der RVO orientiert zu sein.

Fast alle Arbeitsgruppen und die Sachverständigen-Kommission selbst beschäftigten sich intensiv mit diesem Problem. Seine Lösung wurde vordringlich gefordert.

2.5 AG „Ausbildung und Personal"

Für die unzureichende Versorgung psychisch Kranker sind vor allem der große Personalmangel sowie zu wenig und qualitativ unzureichende Ausbildungsangebote mitverantwortlich.

Um entsprechende Vorschläge ausarbeiten zu können, mußte sich die Arbeitsgruppe Kenntnis verschaffen über die verschiedenen Berufsgruppen, die tätig sind, sowie über die verschiedenartigen Anforderungen, die an sie gestellt werden. Um diese Probleme klären zu können, war ein enger Kontakt zu den anderen Arbeitsgruppen erforderlich, die aus ihren Arbeitsbereichen heraus mitteilten, welche Berufsgruppen tätig sind oder in Zukunft tätig werden müßten.

Folgende Berufsgruppen wurden vordringlich berücksichtigt: Psychiater (Ärzte allgemein), ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Krankenhauspflegepersonal, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie Sozialarbeiter.

Als weitere Berufsgruppen, mit denen sich die Arbeitsgruppe befassen wird, wurden u. a. genannt: Soziologen, Pädagogen und Erzieher, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Psychagogen, Logopäden, Atemtherapeuten, Musiktherapeuten und Rhythmiker sowie Krankengymnasten.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete in eigenen Studien Angaben über Ausgebildete, Ausbildungsstätten, Ausbildungsgänge und Motivationen zur Berufswahl (sog. Ist-Soll-Kataloge).

Für eine Dokumentation über die derzeitige Mangelsituation in der personellen Ausstattung der Institutionen wird Zahlenmaterial aus der Haupterhebung zur Verfügung stehen. Die Zusammenstellung eines Berufsführers auf dem Gebiet der Psychiatrie wurde geplant, um möglichst bald zur Behebung des Personalmangels beitragen zu können.

Über die Ausbildungsplanung und Reformen der Ausbildung im Bereich der Psychiatrie liegen im Ausland Veröffentlichungen in großer Anzahl vor. In einer Studie soll das vorliegende Schrifttum gesichtet und ausgewertet, die Ergebnisse zusammengefaßt dargestellt werden, um dann der Arbeitsgruppe als Grundlage zur Entwicklung von Ausbildungsplänen zur Verfügung zu stehen.

In besonderen Untersuchungen wird sich die Arbeitsgruppe dem Problem der Diskrepanz zwischen Ausbildung und der späteren Berufspraxis sowie der Reform der Ausbildungsgänge und -planung der Sozialarbeiter, der Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeuten, der Ärzte bzw. Psychiater sowie des Krankenpflegepersonals widmen.

2.6 AG „Geronto-Psychiatrie"

Die Probleme, mit deren Lösung sich die Arbeitsgruppen „Extramurale" und „Intramurale Dienste" zu befassen hatten, stellten sich auch der Arbeitsgruppe „Geronto-Psychiatrie"

Sie stellte fest, daß psychisch kranke alte Menschen in überfüllten Krankenhäusern mangelhaft untergebracht sind und betreut werden, daß ihre Lebensverhältnisse inhuman sind und daß genügend differenzierte Angebote zu ihrer intra- und extramuralen Versorgung fehlen. Die Gruppe formulierte deswegen ein Sofortprogramm, das sich in kurzfristig und langfristig zu realisierende Maßnahmen gliederte.

Bei der Konzeption eines Versorgungssystems war die Gruppe auf die enge Kontaktnahme mit den Arbeitsgruppen „Extramurale" und „Intramurale Dienste" angewiesen. In gemeinsamen Sitzungen stimmten sie ihre Vorstellungen aufeinander ab.

Um eine Übersicht über den Bedarf an Einrichtungen im psychogeriatrischen Versorgungssystem gewinnen zu können, mußte die Gruppe Erhebungen vorbereiten. Unbekannt ist der Anteil fehlplacierter alter Menschen in psychogeriatrischen Abteilungen von Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Es fehlen Angaben über die langfristig pflegebedürftigen psycho-geriatrischen Patienten in Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern sowie die Anzahl der Patienten mit psycho-geriatrischen Störungen auf verschiedenen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. Die geplanten stichprobenartigen Erhebungen werden Anhaltspunkte für die Größe und Beschaffenheit der psycho-geriatrischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen liefern.

Bei einer Bedarfsanalyse ist ferner der zunehmende Altersanteil der Bevölkerung zu berücksichtigen. Zur Beschaffung der diesbezüglichen demographischen Daten wurde Kontakt mit dem Statistischen Bundesamt aufgenommen.

In Zusammenhang mit der Planung eines psychogeriatrischen Versorgungssystems hatte sich die Gruppe mit der Frage zu beschäftigen, ob das Versorgungssystem Teil des psychiatrischen Versorgungssystems sein solle, oder ob es in ein allgemein geriatrisches System (altersmedizinische Spezialabteilung) einzugliedern sei.

Die Struktur eines zukünftigen psycho-geriatrischen Versorgungssystems warf verschiedene Probleme auf, deren sich die Gruppe annahm: u. a. die part-time-Beteiligung niedergelassener Nervenfachärzte, Aufbau und Organisation zukünftiger Pflegeheime, die bessere Unterbringung und Betreuung der in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern fehlplacierten Patienten und Frage der Koordination der im Versorgungssystem vorhandenen intra- und extramuralen Einrichtungen.

Angehörige der Arbeitsgruppe planten Informationsreisen, um Funktionen und Effizienz psycho-geriatrischer Modell-Institutionen in der Schweiz, in Finnland, Holland und Belgien studieren zu können.

Die Arbeitsgruppe befaßte sich außerdem mit Fragen der Therapie, der Diagnostik, der Prävention, der Ausbildung des Personals und gesetzlicher Regelungen (z. B. der Einweisungspraxis).

2.7 AG für Suchtkranke

Die Gruppe hatte von der Kommission den Auftrag erhalten, sich zunächst mit den Problemen des Alkoholismus zu beschäftigen und danach Fragen der drogenabhängigen Jugendlichen aufzugreifen, um Ergebnisse von Planungen und Forschungsunternehmungen anderenorts in die Arbeit integrieren zu können.

Die Zunahme der Anzahl der Alkoholkranken und der wachsende Anteil an Suchtkranken in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hat zu einer Mangelsituation in der Versorgung von Suchtkranken geführt. Die Gruppe befaßte sich mit der Erarbeitung von Zahlenmaterial, das die schlechte Versorgungssituation verdeutlichen soll. Sie ist hierbei einerseits auf die geplante Haupterhebung des Vorstandes angewiesen, andererseits bereitete sie ihrerseits eine Erhebung vor, die darüber hinaus Daten aus dem ambulanten Bereich erfassen wird.

Diese Aufgaben sowie die Ergebnisse aus geplanten Untersuchungen zur „gegenwärtigen Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Alkoholkranken und Drogenabhängigen" werden Grundlage für das Konzept eines psychiatrischen Versorgungssystems für Suchtkranke sein, das den besonderen Bedingungen sowohl der Alkoholkranken als auch der drogenabhängigen Jugendlichen Rechnung tragen soll.

Die Struktur des Versorgungssystems für Suchtkranke, das dem psychiatrischen Versorgungssystem angeschlossen werden soll, mit seinen intra- und extramuralen Einrichtungen sowie Fragen der Kooperation der Institutionen waren Gegenstand ausführlicher Erörterungen.

Um die besonderen Aspekte in der Behandlung der Drogenabhängigkeit berücksichtigen zu können, wurde eine Literaturstudie „Ursachen, Motive und Bedingungsgefüge für den Mißbrauch und die Abhängigkeit von chemischen Stoffen" in Angriff genommen.

Die Gruppe erarbeitete Definitionen der Begriffe „Alkoholismus" und „Drogenabhängigkeit".

Sie beschäftigte sich außerdem mit der Epidemiologie, Therapie, Prävention, mit den „sozio-ökonomischen Folgen der Sucht" sowie mit Rechtsfragen.

2.8 AG „Kinder- und Jugendpsychiatrie"

Ausgangspunkt der Überlegungen der Arbeitsgruppe war der bestehende Mangel an kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Die Gruppe widmete sich daher der Planung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems, dessen Anbindung an das Allgemeine Krankenhaus, an das

Kinderkrankenhaus oder an das Psychiatrische Krankenhaus diskutiert wurde. Nach den Vorstellungen der Arbeitsgruppe sollte außerdem die Betreuung der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen, der dissozialen Jugendlichen und der drogenabhängigen Jugendlichen durch das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem erfolgen.

Die Behandlung der Probleme der geistig Behinderten und der dissozialen Jugendlichen war vom Vorstand der Sachverständigen-Kommission befürwortet worden. Ein gesondertes Expertenteam wird sich mit der Lage der geistig Behinderten befassen; ein weiteres hat sich der Belange der dissozialen Jugendlichen angenommen.

Es wurde herausgestellt, daß die Hauptlast der derzeitigen Versorgung auf den Erziehungsberatungsstellen und den Tageseinrichtungen für geistig behinderte Kinder liegt. Beide Institutionen werden Bestandteil des zukünftigen Versorgungssystems sein. Mit der Einbeziehung in dieses System wird sich die Struktur vorhandener Einrichtungen ändern müssen.

Voraussetzung für die Planung eines Versorgungssystems ist eine Bedarfsermittlung, die in Form zweier stichprobenartiger Erhebungen vorbereitet wurde. Über das Funktionieren der extramuralen Aktivität einer Behandlungseinrichtung in Holland werden sich Mitglieder der Gruppe informieren.

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich insbesondere mit Problemen der Prävention. Eine Untersuchung „Wissensstand bei Lehrern über normabweichendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen" wird ergeben, inwieweit Informationsmangel über Verhaltensstörungen und Lernbehinderungen bei Kindern und Jugendlichen Anlaß zu falschem Verhalten der Lehrer sein können.

Fragen der Ausbildung des Personals, der Diagnostik und der Behandlung standen außerdem auf dem Programm der Arbeitsgruppe.

Als notwendig erwies sich die enge Kooperation mit der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste", da sich Überschneidungen im extramuralen Bereich der Versorgungssysteme ergeben.

2.9 AG „Rechtsfragen"

Die Arbeitsgruppen wurden im Verlauf ihrer Tätigkeit auch mit rechtlichen Problemen konfrontiert, die sie wegen ihrer Zuständigkeit selbst nicht lösen konnten. Sie wurden deshalb beauftragt, diesbezügliche Anfragen an die AG „Rechtsfragen" zu richten. Der Gruppe wurden daraufhin einige Themen vorgelegt, deren Behandlung als vordringlich angesehen wurde.

Sie beschäftigte sich insbesondere mit der Frage, in welchem Maße Mitglieder eines therapeutischen Teams Verantwortung übernehmen können, inwieweit der Arzt die Verantwortung für die anderen Teamangehörigen mitübernehmen muß.

Vielen Mitgliedern der Kommission und der Arbeitsgruppen waren die im Rahmen der RVO gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten unbekannt, an Psychiatrischen Krankenhäusern ambulante Behandlungsformen etablieren zu können. Den Arbeitsgruppen wurde eine schriftliche Zusammenfassung der geltenden Rechtsvorschriften über die Möglichkeit der Schaffung ambulanter Behandlungsformen zur Verfügung gestellt.

Integrierte regionale Versorgungssysteme bedürfen eines koordinierenden Gremiums. Die Gruppe befaßte sich mit der Frage, welche Befugnisse und Kompetenzen solche planenden und koordinierenden Instanzen verfassungsrechtlich eigentlich haben. Die Diskussion hierüber ist noch nicht abgeschlossen. Als nachteilig hat sich die unterschiedliche Handhabung der Entmündigungsverfahren erwiesen, die oft nur eingeleitet werden, um die Einweisung eines Kranken zu erleichtern. In diesem Zusammenhang beschäftigte sich die Gruppe mit der Praxis der Unterbringung und ihren von Land zu Land unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen.

Die Gruppe befaßte sich ferner mit Fragen des Datenschutzes, mit der arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Situation psychisch Kranker sowie mit dem Problem der Arbeitsentlohnung arbeitender Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus.

2.10 AG „Psychotherapie"

Die Gruppe hatte sich zunächst mit ihrer Stellung im Rahmen der Gesamtarbeit der Kommission auseinanderzusetzen. Sie drückte ihr Unbehagen darüber aus, daß der psychotherapeutische Bereich, die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung von Neurosekranken und psychosomatischen Erkrankungen in der Kommission so wenig Beachtung gefunden hatte. Sie legte Wert auf die Feststellung, daß die Hälfte der Klientel der psychisch Kranken einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf.

Die Gruppe verschaffte sich eine Übersicht über die derzeitige Lage der psychotherapeutischen Versorgung. In einem Gutachten über die Epidemiologie der Neurosen soll zur Häufigkeit psychosomatischer Störungen Stellung genommen werden. In der bisher vorliegenden Literatur finden sich widersprüchliche Angaben.

Die Gruppe legte dar, daß eine Zunahme der Zahl ausgebildeter Psychotherapeuten erforderlich ist. Sie stellte fest, daß die Anzahl der Ausbildungskandidaten beträchtlich angestiegen ist, so daß bereits in naher Zukunft mit einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker zu rechnen ist.

Die Gruppe befaßte sich darüber hinaus mit der psychotherapeutischen Fortbildung der im Bereich der Psychiatrie tätigen Personen und pflegte in diesem Zusammenhang engen Kontak mit der AG „Ausbildung".

2.11 Beiräte „Ländervertreter" und „Trägerverbände"

Wie bereits ausgeführt (siehe 2.3 AG „Ist-Daten"), wird die Haupterhebung in Zusammenarbeit mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder erfolgen.

Darüber hinaus ergeben sich im Rahmen der Arbeit der Sachverständigen-Kommission viele Probleme, die nur in Kooperation mit den Bundesländern gelöst werden können. Die Sachverständigen-Kommission ist deswegen an die „Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder" herangetreten und hat dieses Gremium um seine Mitarbeit in der Kommission gebeten.

Im Vordergrund der Arbeit des Beirats standen Überlegungen zur Planung, Organisation und Verwendung der Haupterhebung.

Es wurde ferner die Rolle, die das zukünftige Gesundheitsamt einnehmen soll, diskutiert, auch im Zusammenhang mit der Frage der Koordination der verschiedenen Einrichtungen eines Versorgungssystems.

Die Bedeutung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Bundesländer wurde erörtert sowie die Notwendigkeit, Krankenhauspläne zu erarbeiten und Krankenhausgesetze zu entwickeln.

Großer Wert wurde auf die Erörterung der von einigen Arbeitsgruppen aufgestellten Sofortmaßnahmen gelegt, deren Notwendigkeit durch einzelne Erhebungen nachgewiesen ist. Die Länder haben ihre Bereitschaft erklärt, ggf. mit eigenen Erhebungen auf die mißliche Situation der Betreuung der psychisch Kranken in den Psychiatrischen Krankenhäusern aufmerksam zu machen.

Ein weiteres Gremium, der „Fachausschuß für Psychiatrische Krankenhäuser" in der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), wurde für die Mitarbeit in der Sachverständigen-Kommission gewonnen. Es wird als Beirat „Trägerverbände" für die Kommission tätig werden. Insbesondere wird die Frage der Beteiligung der freien Träger an einem regionalen Versorgungssystem erörtert werden müssen.

2.12 Expertenteams

Im Verlauf der Tätigkeit der Arbeitsgruppen erwies es sich als erforderlich, die Interessen bestimmter Patientengruppen durch gesonderte Expertenteams vertreten zu lassen. Der Vorstand der Sachverständigen-Kommission beschloß, daß nicht für jedes einzelne diagnostische Gebiet eine gesonderte Arbeitsgruppe zuständig sein sollte, sondern daß Expertenteams, deren Mitglieder anderen Arbeitsgruppen als Berater zur Verfügung stehen sollten, zu gründen seien. Jedes Expertenteam sollte aus drei Fachleuten der entsprechenden Interessengruppe bestehen.

Es wurde zunächst die Bildung dreier Expertenteams geplant: für Anfallskranke, für körperlich Behinderte und für geistig Behinderte.

Als erstes nahm das Expertenteam „Epilepsie" seine Tätigkeit auf, während die Gründung der beiden anderen Teams für einen späteren Zeitpunkt vorgesehen wurde. Die Anbindung des Expertenteams „Geistig Behinderte" an die Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugend-Psychiatrie" wurde wegen des gemeinsamen Problems der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen für notwendig erachtet.

Das Expertenteam „Epilepsie" verfügt durch die Vorarbeiten, die von einer Experten-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie für eine Denkschrift geleistet wurden, über konkrete Vorstellungen zur Versorgung der Anfallskranken. Mitglieder des Teams bereiteten Kontakte mit anderen Arbeitsgruppen der Kommission vor, um die eigenen Überlegungen in deren Konzepte einbringen zu können. Als besonders wichtig wurde die Zusammenarbeit mit den Arbeitsgruppen „Kinder- und Jugendpsychiatrie", „Intramurale Dienste", „Extramurale Dienste" und „Ausbildung" angesehen.

E. Anlagen

1. Verzeichnis der Mitglieder der Kommission (TK: Teilkommission)

(Stand 31. Dezember 1972)

1. Vorsitzender

   Landesrat Prof. Dr. C. Kulenkampff,
   Leiter der Abt. Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland,
   5 Köln-Deutz

2. Stellv. Vorsitzender

   Prof. Dr. Dr. H. Häfner,
   Direktor der Sozialpsychiatrischen Klinik
   Heidelberg-Mannheim

3. Stellv. Vorsitzender

   MD Dr. H. Siede,
   Niedersächsisches Sozialministerium,
   3 Hannover

4. Stellv. Vorsitzender

   Als Präsident der DGPN
   Prof. Dr. H. Hippius,
   Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik,
   8 München 15

5. Prof. Dr. med. G. Bosch,
   Leiter der Sozialpsychiatrischen Abteilung des Fachbereichs V der Freien Universität,
   1 Berlin 19

6. Prof. Dr. R. Cohen,
   Ordinarius im Fachbereich Psychologie der Universität,
   775 Konstanz

7. Prof. Dr. R. Degkwitz,
   Direktor der Universitäts-Nervenklinik,
   78 Freiburg im Breisgau

8. Dr. H. Dilling,
Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik,
8 München 15

9. Prof. Dr. H. Harbauer,
Direktor der Kinder- u. Jugendpsychiatrischen Klinik der Universität,
6 Frankfurt/Main

10. Prof. Dr. A. Huhn,
Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses,
53 Bonn

11. Prof. Dr. H. W. Janz,
Direktor der Wahrendorff'schen Anstalten KG,
3001 Ilten/b. Hannover

12. Dr. W. Leonhardt,
Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte,
653 Bingen

13. MR Dr. Lotz,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen,
4 Düsseldorf

14. RMD Dr. W. Metz,
Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein,
23 Kiel

15. Prof. Dr. J. E. Meyer,
Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik,
34 Göttingen

16. Priv.-Doz. Dr. F. Reimer,
Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses,
7102 Weinsberg

17. Prof. Dr. Dr. H.-E. Richter,
Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität,
63 Gießen

18. MR Dr. G. Sautter,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg,
7 Stuttgart 1

19. Frau H. Schmidt-Gante,
Leiterin des Meta-Quark-Hauses,
6 Frankfurt/Main

20. Dr. Schmitz-Formes,
2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
5 Köln

21. Prof. Dr. Steinbach,
MR Dr. K. Schildwächter,
Hessisches Sozialministerium,
62 Wiesbaden

22. Prof. Dr. W. Th. Winkler,
Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses,
483 Gütersloh

23. Prof. Dr. D. von Zerssen,
Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie,
8 München 40

2. Verzeichnis der Mitglieder

2.1 der Arbeitsgruppen

AG Ausbildung und Personal

Mitglieder der TK:
Prof. Hippius,
Prof. Bosch,
Dr. Metz,
Prof. von Zerssen

1. Prof. Dr. med. W. Bräutigam,
Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität,
69 Heidelberg

2. Frau Prof. Dr. E. Duhm,
Leiterin der Abt. für angewandte Kinderpsychologie im Psychologischen Institut der Universität,
34 Göttingen

3. Frau Ch. Haerlin,
Beschäftigungstherapeutin am Berufsförderungswerk,
69 Heidelberg

4. Prof. Dr. H. Helmchen,
Direktor der Psychiatrischen Klinik II der FU,
1 Berlin 19

5. Frau M. Krzossok,
Schwester an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Gemeindepsychiatrie Mannheim,
68 Mannheim

6. Frau Dr. M. Rave-Schwank,
Ärztin an der Psychiatrischen Klinik der Universität,
69 Heidelberg

7. Frau G. Theine,
Sozialarbeiterin, Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen,
3 Hannover-Kleefeld

8. Dr. W. Tunner,
Psychologisches Institut der Universität,
8 München 23

AG Extramurale Dienste

Mitglieder der TK:
Prof. Bosch,
Dr. Leonhardt,
Frau Schmidt-Gante.

1. Dr. M. Bauer,
Oberarzt an der Psychiatrischee Klinik der Medizinischen Hochschule,
3 Hannover-Kleefeld

2. Dr. E. G. Ducho,
Niedergelassener Nervenfacharzt,
505 Porz/Rhein

3. Ltd. LMD Dr. H. Koester,
Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses,
516 Düren

4. Dr. N. Pörksen,
Oberarzt an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Gemeindepsychiatrie Mannheim,
68 Mannheim

5. Frau I. Rauch,
Sozialarbeiterin an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Gemeindepsychiatrie Mannheim,
68 Mannheim

6. Ltd. LMD Dr. A. Veltin,
Direktor der Rheinischen Landesklinik für Psychiatrie,
407 Rheydt

7. Prof. Dr. med. H. Viefhues D.M.S.A. (Edin.),
Professor für Sozialmedizin und Medizinsoziologie der Ruhr-Universität Bochum,
463 Bochum

8. Frau R. Wienekamp,
Krankenschwester an der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover,
3 Hannover-Kleefeld

AG Geronto-Psychiatrie

Mitglieder der TK:
Prof. Meyer,
Dr. Schildwächter,
Dr. Siede.

1. Frau Dr. H. Behrends,
Vorstandsmitglied im Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Deutscher Landesausschuß,
6 Frankfurt/Main

2. Priv.-Doz. Dr. M. Bergener,
Landschaftsverband Rheinland, Abt. Gesundheitspflege,
5 Köln-Deutz

3. Herr S. Gößling,
Leiter des Alten- und Pflegeheimes der Inneren Mission,
6 Frankfurt

4. Prof. Dr. S. Kanowski,
Leiter der geronto-psychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik II der Freien Universität,
1 Berlin 19

5. Prof. Dr. H. Lauter,
Ärztl. Direktor des Allgemeinen Krankenhauses „Ochsenzoll",
2 Hamburg 62

6. Dr. H. Leutiger,
Chefarzt des Ev. Krankenhauses Gesundbrunnen,
3520 Hofgeismar

7. Frau Dr. G. Tuercke, Reg.-Dir. a. D.,
1 Berlin 33

AG Intramurale Dienste

Mitglieder der TK:
Dr. Reimer,
Prof. Degkwitz,
Dr. Sautter,
Prof. Winkler.

1. Dr. A. Finzen,
Arzt an der Universitätsnervenklinik,
74 Tübingen

2. Ltd. LMD Dr. E. Kluge,
Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses,
4788 Warstein

3. Frau W. Matern,
Sozialarbeiterin am Westfälischen Landeskrankenhaus,
3538 Niedermarsberg

4. Diplom-Psychologe Dr. W. Strehse,
Psychologe an den v. Bodelschwingh'schen Anstalten,
4813 Bethel

5. Diplom-Psychologe E. Willis,
Psychologe am Psychiatrischen Landeskrankenhaus,
7102 Weinsberg-Weissenhof

6. Frau U. Zichel,
Oberin am Psychiatrischen Landeskrankenhaus,
7981 Weissenau/Ravensburg

AG Ist-Daten

Mitglieder der TK:
Prof. Degkwitz,
Dr. Dilling,
Prof. Häfner,
Dr. Lotz,
Dr. Siede.

1. Frau LVD Dr. H. Seelheim,
Leiterin der Stat. Abt. des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe,
44 Münster

2. Dr. P. W. Schulte,
Oberarzt an der Psychiatrischen- u. Nervenklinik der Universität,
78 Freiburg im Breisgau

3. Dr. E. Zylmann,
Präsident der Gesundheitsbehörde,
2 Hamburg 13

Nomenklatur-Kommission

Mitglieder der TK:
Prof. Häfner,
Dr. Dilling,
(keine Arbeitsgruppen-Mitglieder).

AG Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mitglieder der TK:
Prof. Harbauer,
Dr. Lotz.

1. Frau Dr. G. Bleek,
Leiterin der Kinderpsychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie,
8 München 40

2. Ltd. LMD Prof. Dr. G. Bosch,
Direktor der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie,
406 Viersen

3. Herr H. Klätte,
Sonderschulpädagoge, Planungsgruppe Bethel,
4813 Bethel

3. Dr. G. Kohlscheen,
Leiter der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstelle des Ev. Stadtkirchenverbandes Köln,
5 Köln 60

5. Prof. Dr. M. Müller-Küppers,
Leiter der Kinderpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität,
69 Heidelberg

6. Prof. Dr. F. Specht,
Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität,
34 Göttingen

AG Psychotherapie

Mitglieder der TK:
Prof. Meyer,
Prof. Richter,
Dr. Siede.

1. Frau Prof. Dr. A. Dührssen,
Leiterin des Instituts für Psychogene Erkrankungen, AOK Berlin,
1 Berlin 65

2. Dr. med. V. Ehebald,
Direktor des Instituts für Psychoanalyse u. Psychotherapie, Gesundheitsbehörde,
2 Hamburg

3. Prof. Dr. H. Enke,
Direktor der Abt. für Medizin-Soziologie u. Sozialpsychologie der Universiät Ulm,
8871 Schloß Reisensburg

4. Dr. E. C. Hau †,
Niedergelassener Nervenfacharzt und Psychotherapeut,
345 Holzminden

5. Priv.-Doz. Dr. H. Schepank,
Psychosomatische Klinik der Universität,
69 Heidelberg

6. Frau Dr. I. von Viebahn,
Leiterin der Ausbildungsabteilung am Psychotherapeutischen Institut,
3 Hannover

AG Rechtsfragen

Mitglieder der TK:
Dr. Sautter,
Dr. Schmitz-Formes.

1. Ltd. MR Dr. Eberhard,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen,
4 Düsseldorf

2. Prof. Dr. Dr. H. Ehrhardt,
Direktor des Instituts für Gerichtliche und Sozialpsychiatrie der Universität,
355 Marburg/Lahn

3. Prof. Dr. E. W. Hanack,
Ordinarius für Strafrecht an der Universität,
65 Mainz

4. Dr. R. Hess,
Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
5 Köln

5. Prof. Dr. U. Venzlaff,
Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen,
34 Göttingen

6. Prof. Dr. Weidner,
Ordinarius für Arbeits- und Sozialrecht der Universität,
53 Bonn

AG für Suchtkranke

Mitglieder der TK:
Prof. Huhn,
Prof. Hippius,
Prof. Janz.

1. Dr. W. Bärsch,
Leiter des Schulpsychologischen Dienstes,
2 Hamburg 61

2. Priv.-Doz. Dr. F. Feuerlein,
Leiter der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie,
8 München 40

3. Herr W. Holzgreve,
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren,
47 Hamm/Westf.

4. Prof. Dr. W. Keup,
Direktor der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik,
1 Berlin 26

5. Prof. Dr. C. Kryspin-Exner,
Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien,
A-1090 Wien

6. Diplom-Psychologe Dr. E. Rieth,
Direktor der Kurhäuser Ringgenhof u. Höchsten,
7383 Wilhelmsdorf

7. Prof. Dr. K. Wanke,
Oberarzt der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität,
6 Frankfurt/Main

2.2 der Expertenteams

Expertenteam Epilepsie

1. Prof. Dr. D. Janz,
Leiter der Abteilung für Anfallskrankheiten an der Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg,
69 Heidelberg

2. Prof. Dr. H. Penin,
Universitäts-Nervenklinik,
53 Bonn
3. Herr Diakon E. Schmidt,
Planungsbeauftragter der von Bodelschwingh'schen Anstalten,
4813 Bethel

Expertenteam Dissozialität Jugendlicher

Mitglieder der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Prof. Dr. Specht,
Prof. Dr. Müller-Küppers.

1. Dr. K. Klüwer,
Jugendheim Haus Sommerberg,
5062 Hoffnungsthal/Köln
2. Dr. St. Quensel,
Lehrstuhl für Strafrecht an der Universität,
6300 Gießen
3. Diplom-Psychologe Dr. H. Winkler,
Kästorfer Anstalten der Inneren Mission,
3171 Kästorf/Gifhorn

2.3 der Beiräte

Beirat Ländervertreter

Mitglieder der Kommission:

1. Dr. Lotz,
2. Dr. Metz,
3. Dr. Sautter,
4. Dr. Siede,
5. Dr. Schildwächter.

außerdem:

6. Dr. E. Zylmann,
Präsident der Gesundheitsbehörde,
2000 Hamburg 13
7. Ltd. MR Dr. Eberhard,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen,
4000 Düsseldorf
8. MR Dr. Stegmann,
Bayerisches Staatsministerium des Innern,
8000 München

Beirat Trägerverbände

Noch nicht bekannt.

Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Sachverständigen-Kommission:

Diplom-Psychologe V. Zumpe, Geschäftsführer

Diplom-Volkswirt W. Stumme, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Diplom-Soziologin M. Neuhöfer, wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis zum 31. Dezember 1972)

Herr O. Hartmann, Sachbearbeiter

Frau M. Noethen, Sachbearbeiter

Frau D. Maik, Sachbearbeiter

Frau S. Setiadi, Angestellte

Herr W. Kulbe, Angestellter

Aktion Psychisch Kranke e. V.:

Herr F. Becker, Geschäftsführer

Herr W. Scheidewig, Sachbearbeiter

3. Verzeichnis der Tagungen

(Stand 31. Dezember 1972)

3.1 Sachverständigen-Kommission

I. Tagung	31. August 1971
II. Tagung	26. bis 28. September 1971
III. Tagung	6. bis 8. März 1972
IV. Tagung	20. bis 21. November 1972

3.2 Vorstand

I. Tagung	18. Dezember 1971
II. Tagung	29. Januar 1972
III. Tagung	26. Februar 1972
IV. Tagung	16. bis 17. Juni 1972
V. Tagung	5. August 1972
VI. Tagung	28. Oktober 1972
VII. Tagung	1. Dezember 1972

3.3 Arbeitsgruppen

Ausbildung und Personal

I. Tagung	10. bis 12. November 1971
II. Tagung	26. bis 28. Januar 1972
III. Tagung	16. bis 18. Februar 1972
IV. Tagung	22. bis 23. Juni 1972
V. Tagung	14. bis 15. September 1972

Extramurale Dienste

I. Tagung	14. bis 16. November 1971
II. Tagung	6. bis 8. Dezember 1971
III. Tagung	10. bis 12. Januar 1972
IV. Tagung	1. bis 12. Februar 1972
V. Tagung	8. bis 10. Mai 1972
VI. Tagung	5. bis 7. Juni 1972
VII. Tagung	25. bis 26. September 1972
VIII. Tagung	23. bis 25. Oktober 1972
IX. Tagung	27. bis 29. November 1972

Geronto-Psychiatrie

I. Tagung	29. November bis 1. Dezember 1971
II. Tagung	4. bis 6. Januar 1972
III. Tagung	7. bis 9. Februar 1972
IV. Tagung	12. bis 13. Juni 1972
V. Tagung	24. bis 26. Oktober 1972
VI. Tagung	8. November 1972

Intramurale Dienste

I. Tagung	25. bis 27. November 1971
II. Tagung	17. bis 19. Januar 1972
III. Tagung	28. Februar bis 1. März 1972
IV. Tagung	11. bis 12. April 1972
V. Tagung	5. bis 7. Juni 1972
VI. Tagung	18. bis 19. September 1972
VII. Tagung	7. bis 9. November 1972

Ist-Daten

I. Tagung	5. November 1971
II. Tagung	17. Januar 1972
III. Tagung	9. bis 10. Juni 1972
IV. Tagung	25. bis 26. August 1972
V. Tagung	1. Dezember 1972

Kinder- und Jugendpsychiatrie

I. Tagung	20. bis 22. Dezember 1971
II. Tagung	3. bis 5. Februar 1972
III. Tagung	17. bis 19. April 1972
IV. Tagung	28. bis 29. September 1972
V. Tagung	9. bis 11. Oktober 1972
VI. Tagung	15. bis 17. November 1972

Nomenklatur-Kommission

I. Tagung	27. Dezember 1971
II. Tagung	17. Januar 1972
III. Tagung	8. Februar 1972
IV. Tagung	28. August 1972
V. Tagung	28. Dezember 1972

Psychotherapie

I. Tagung	29. bis 30. Mai 1972
II. Tagung	5. bis 6. Juli 1972
III. Tagung	13. Oktober 1972

Rechtsfragen

I. Tagung	23. August 1972

Suchtkranke

I. Tagung	9. November 1971
II. Tagung	20. bis 22. Januar 1972
III. Tagung	9. bis 10. März 1972
IV. Tagung	24. bis 25. April 1972
V. Tagung	15. bis 16. Juni 1972
VI. Tagung	19. bis 20. September 1972
VII. Tagung	23. bis 24. November 1972

3.4 Expertenteams

Epilepsie

I. Tagung	22. April 1972
II. Tagung	6. bis 7. Dezember 1972

Dissozialität Jugendlicher

I. Tagung	15. November 1972

3.5 Beiräte

Beirat Ländervertreter

I. Tagung	6. November 1972

3.6 Gemeinsame Tagungen Arbeitsgruppen / Expertenteams

AG Extramurale Dienste AG Intramurale Dienste	5. bis 7. Juni 1972
AG Intramurale Dienste AG für Suchtkranke	19. September 1972
AG Extramurale Dienste AG Geronto-Psychiatrie	24. bis 25. Oktober 1972
AG Geronto-Psychiatrie AG Intramurale Dienste	8. November 1972
AG Kinder- und Jugendpsychiatrie	15. November 1972
ET Dissozialität Jugendlicher	

4. Verzeichnis der Projekte

(Stand 31. Dezember 1972)

Arbeitsgruppe „Ausbildung"

1. Untersuchung über die Beziehung zwischen Berufspraxis und Ausbildung
2. Berufsführer für Berufe auf dem Gebiet der Psychiatrie
3. Ausbildungsprogramme und -planung an Fachhochschulen für Sozialwesen
4. Ausbildungsprogramme und -planung an Fachschulen und Fachhochschulen für Beschäftigungstherapie
5. Umfrage zur psychiatrischen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten bzw. Psychiatern (siehe auch 3. Projekt der AG Psychotherapie)
6. Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal
7. Erschließung und Bearbeitung von Literatur und Dokumentation über Ausbildungsprobleme und -forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie

Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste"

1. „Schwundproblematik"
   Ermittlung der Effizienz psychiatrischer Nachbehandlung
2. „Sozialhilfeempfänger"
   Ermittlung des Anteils psychisch Kranker
3. „Frührentner"
   Ermittlung des Anteils psychisch Kranker
4. Falldokumentation durch niedergelassene Nervenärzte — Zusammensetzung der Patientenklientel
5. Tätigkeiten im Gesundheitsamt —
   Ermittlung des Umfanges psychiatrischer Beratung
6. „Nervenarztkarte"
   Ermittlung der regionalen Verteilung niedergelassener Nervenärzte

7. Informations-Reise nach Genf:
   Psychiatrische Gesamtversorgung
8. Informations-Reise nach Holland:
   Grund- und Spezialsektorisierung psychiatrischer Versorgungssysteme. Rehabilitationseinrichtungen
9. Anhörung von Sachverständigen aus Bundesministerien
10. Anhörung von Sachverständigen von Beratungsdiensten
11. Anhörung von Sachverständigen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst
12. Anhörung von Prof. Dr. B. Cooper —
    Integration und Sektorisierung des psychiatrischen Versorgungssystems (England)
13. Anhörung von Sachverständigen der Arbeitsverwaltung
14. Anhörung verschiedener Sachverständiger

Arbeitsgruppe „Geronto-Psychiatrie"

1. Informations-Reise:
   „Geriatrie — Gerontopsychiatrie in der BRD"
2. Informationsreise:
   Demographische Daten des Statistischen Bundesamtes
3. Probleme und Schwierigkeiten bei der Betreuung psychisch gestörter alter Menschen im Pflegeheim
4. Bedeutung psychogeriatrischer Störungen bei über 60jährigen in der internen und allgemeinen Praxis
5. Häufigkeit von psychogeriatrischen Störungen auf internen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
6. Informations-Reise:
   Psychogeriatrischer Modellinstitutionen in der Schweiz
7. Informations-Reise
   Psychogeriatrische extramurale Versorgung in England
8. Informations-Reise:
   Psychogeriatrische Modellinstitutionen in Holland und Belgien

Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste"

1. Analyse und Optimierung der Betriebsabläufe in einem psychiatrischen Krankenhaus
2. Erhebung: „Misplacement in psychiatrischen Krankenhäusern"

Arbeitsgruppe „Ist-Daten"

1. „Haupterhebung" —
   Analyse der Situation der psychiatrischen und psychohygienischen Versorgung der Bevölkerung in der BRD
2. „Niedergelassene Nervenärzte"
   Untersuchung des Anteils an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung

Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie"

1. Wissensstand bei Lehrern über normabweichendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen
2. Bedarfsermittlung für ein Versorgungssystem
3. Informations-Reise: Krisenintervention in Holland
4. Experten-Team: „Dissozialität Jugendlicher"
5. Kinderpsychiatrie in der nerven- und kinderärztlichen Praxis

Arbeitsgruppe „Psychotherapie"

1. Gutachten zur Epidemiologie der Neurosen
2. Erhebung über Psychotherapie ausführende Ärzte, Psychologen, Psychagogen
3. Umfrage zur psychiatrischen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten bzw. Psychiatern
   (s. auch Projekt 5. der AG „Ausbildung")

Arbeitsgruppe „Rechtsfragen"

1. Gutachtenauftrag:
   Verteilung von Verantwortung im therapeutischen Team
2. Gutachtenauftrag:
   Arbeitsentlohnung arbeitender Patienten im psychiatrischen Krankenhaus
3. Gutachtenauftrag:
   Arbeitsrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Situation arbeitender Patienten

Arbeitsgruppe für Suchtkranke

1. Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen der Suchtkrankheiten in stationären Einrichtungen der BRD
2. Die gegenwärtige Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Alkoholkranken (Schwundproblematik)
3. Primäre präventive Maßnahmen
4. Bedingungsgefüge und Ursachen der Abhängigkeit von chemischen Stoffen
5. Ist-Daten-Erhebung
   Stationäre und ambulante Versorgung der Suchtkranken
6. Die gegenwärtige Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Drogenabhängigen (Schwundproblematik)

Vorstand

Synopsis der psychiatrischen Versorgungssysteme in anderen Ländern

Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik

Entwicklung und heutige Situation
— Vorschläge zur Verbesserung —

vorgelegt von der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
im Juli 1971

Die hier vorgelegten Vorschläge wurden von dem erweiterten Vorstand und dem ständigen Ausschuß für Krankenhausfragen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Zusammenarbeit mit den in der Versorgung psychisch Kranker Tätigen erarbeitet.

Inhalt

I. Allgemeines S. 3–4

II. Bisherige Entwicklung und derzeitige Situation S. 4

1. Bevölkerung S. 4
2. Psychiatrische Krankenhausbetten S. 4
3. Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten pro Tausend der Bevölkerung S. 4
4. Durchgang S. 4
5. Verweildauer S. 5
6. Personalschlüssel S. 5
   a) Stellenpläne S. 5
   b) Ausbildung S. 5
7. Gebäude S. 6
8. Einzugsgebiete und Lage S. 6
9. Teilstationäre Einrichtungen S. 6
10. Rehabilitationseinrichtungen S. 6
11. Beschützende Übergangseinrichtungen S. 6
12. Niedergelassene Nervenärzte S. 6
13. Psychotherapeuten S. 6
14. Gesundheitsämter S. 7

III. Leitlinien S. 7

IV. Forderungen S. 7
   a) Regional gegliederte Versorgung S. 7
   b) Belegabteilungen S. 8
   c) Klinische Zentren S. 8
   d) Versorgung nach stationären Aufnahmen S. 8
   e) Spezialeinrichtungen für besondere Gruppen S. 8
      1. Psychisch Alterskranke S. 8
      2. Alkoholkranke und Abhängige von anderen Mitteln S. 9
      3. Drogenabhängige S. 9
      4. Erwachsene Schwachsinnige S. 9
      5. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche S. 9
      6. Psychisch kranke Rechtsbrecher S. 9
   f) Vor- und Nachsorge im außerärztlichen Bereich S. 9

V. Wege zur Konkretisierung S. 10

1. Klinische Zentren (psychiatrische Krankenhäuser) S. 10
2. Moderne Rehabilitationseinrichtungen S. 10
3. Neue klinische Zentren S. 10
4. Beratungsstellen S. 10
5. Wohnheime S. 10
6. Geronto-psychiatrische Einrichtungen S. 11
7. Behandlungseinheiten für Alkoholkranke S. 11
8. Plätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche S. 11
9. Aus-, Weiter- und Fortbildung S. 11
10. Dokumentation S. 11
11. Psychiatrischer Beirat S. 11

VI. Anhang

Die Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik ist im Laufe der vergangenen Jahre immer unzureichender geworden. Die nach neuen Erkenntnissen erforderliche Reform ist bisher kaum in Angriff genommen worden. Es wurde vielmehr versucht, den großen Nachholbedarf notdürftig auszugleichen und die offenkundig gewordenen Mängel durch Einzelmaßnahmen zu korrigieren. Von der Mitte des vorigen Jahrhunderts bis zum ersten Weltkrieg wurden riesige Anstrengungen gemacht, um die psychisch Kranken zu versorgen. Es wurden fast alle Neubauten von Anstalten, auf die wir heute noch angewiesen sind, in dieser Zeit errichtet. Dabei stand das Prinzip der Isolierung im Vordergrund, vor allem in der Anfangszeit. Später wurden daneben vielfältige Systeme entwickelt, „um jedem Kranken die mit seinem jeweiligen Zustand zu vereinbarende größte Annäherung an gewohnte Lebensverhältnisse zu gewähren" (KOLB 1931). Die vor 1933 mühsam aufgebaute nachgehende psychiatrische Fürsorge wurde im Dritten Reich praktisch aufgelöst. Die in den psychiatrischen Krankenhäusern verbliebenen rehabilitativen Einrichtungen, wie landwirtschaftliche und handwerkliche Betriebe, sind heute durch die zunehmende Verstädterung und Industrialisierung weitgehend überholt.

Die derzeitige Lage ist durch den Mangel an erforderlichen Einrichtungen aller Art und einen erheblichen Personalmangel sowie eine weitgehende Trennung der psychisch Kranken von den körperlich Kranken gekennzeichnet. Die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser, in denen der größte Teil der psychisch Kranken stationär betreut wird, sind überlastet und überfüllt, personell unterversorgt und in einem baulich unzureichenden Zustand. Für die nichtstationäre psychiatrische Krankenversorgung stehen im wesentlichen lediglich die niedergelassenen Nervenärzte zur Verfügung. Zwischenstufen zwischen der rein stationären und rein ambulanten Versorgung wurden nur in Ansätzen wieder ausgebaut. Die Verhältnisse haben sich in den einzelnen Bundesländern nach dem zweiten Weltkrieg unterschiedlich entwickelt. Die Mängel der derzeitigen Situation sind deswegen nicht überall gleicher Art bzw. gleich stark ausgeprägt, im Grund aber doch gleicher Natur. Diese Denkschrift soll darum Leitlinien für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker darlegen und aufzeigen, welche konkreten Schritte zur Sanierung und Reform gegangen werden müssen. Dabei ist zu beachten, daß es keine Art von Einrichtung gibt, die allen Gruppen von Kranken in gleicher Weise zugute kommt. Deswegen müssen bei der Lösung dieses komplexen Problems folgende Punkte berücksichtigt werden:

Der Zweck der Einrichtung, d. h. für welche Art von Kranken sie gedacht ist, die sich daraus ergebende Art der Einrichtung und die zweckmäßige Größe und schließlich der Standort. Mit der Beseitigung der Mangelsituation muß eine schrittweise Annäherung an die Leitbilder angestrebt werden. Das Einrichten neuer Institutionen wird viel Zeit in Anspruch nehmen. In den vorhandenen Einrichtungen muß daher jetzt und auf vorläufig nicht absehbare Zeit der größte Teil der psychisch Kranken versorgt werden. Somit ist es selbstverständliche Pflicht der Träger, die Optimierung der vorhandenen Einrichtungen (Sanierung der Bausubstanz ohne Kapazitätsvergrößerung und Beseitigung der Personalnot [siehe Anhang, Tabelle 1]) mit aller Kraft weiterzuführen. Gleichzeitig muß die Reform des Versorgungssystems energisch in Angriff genommen werden. Dabei sind vorhandene Erfahrungen zu berücksichtigen, neuartige Vorstellungen zunächst in Modellinstituten zu erproben und die Möglichkeit, sie in der Breite anzuwenden und auf deutsche Verhältnisse zu übertragen, zu überprüfen. Der Effekt aller Maßnahmen muß kontrolliert werden. Mit anderen Worten: Es soll pragmatisch vorgegangen werden, zunächst müssen umgehend die schlimmsten Nöte beseitigt und hierbei zugleich neue Konzepte durchgesetzt werden. Bei der Planung muß von den gegebenen Verhältnissen ausgegangen und die Möglichkeiten müssen realistisch beurteilt werden. Unrealistische Programme führen zwangsläufig zu Enttäuschungen und zur Verunsicherung derer, die wahrscheinlich noch für eine lange Übergangszeit ihre Arbeit unter erheblich verbesserungsbedürftigen Verhältnissen leisten müssen.

Um die vielen Impulse und Ansätze in einem gemeinsamen Plan zur Versorgung der psychisch Kranken fruchtbar zu machen, haben wir uns bemüht, möglichst detaillierte Unterlagen über die bisherige Entwicklung, den augenblicklichen Stand und die daraus abzuleitenden Forderungen zusammenzutragen.

In den folgenden Abschnitten soll dargestellt werden:

1. Das Wesentliche der derzeitigen Situation (das vorliegende Zahlenmaterial findet sich im Anhang).

2. Leitlinien und Forderungen.

3. Wege zur Verwirklichung aufgrund der gegebenen Situation.

II. Bisherige Entwicklung und derzeitige Situation

1. Bevölkerung

Seit 1950 nahm die Bevölkerung in der BRD von 50,173 auf 61,05 Millionen zu, also um ca. 23 Prozent. Von besonderer Bedeutung ist, daß der Anteil der über 65jährigen in der BRD in den nächsten fünf Jahren um 13 Prozent (= 1 Million) ansteigen wird, nämlich von 7,75 auf 8,74 Millionen.

2. Psychiatrische Krankenhausbetten

Die Gesamtzahl der psychiatrischen Krankenhausbetten in der BRD ist bisher nicht genau bekannt. Die Schwierigkeit liegt z. T. darin, daß nicht genau definiert ist, was unter einem psychiatrischen Bett verstanden werden soll. Dennoch sind mit genügender Genauigkeit Annäherungswerte zu errechnen. Danach ergibt sich, daß wir rd. 98 000 Krankenhausbetten für erwachsene psychiatrisch Kranke in der BRD haben (Einzelheiten der Berechnung siehe Anhang).

Die durchschnittliche Größe der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser liegt bei 1200, die der Universitätskliniken bei 120, die der städtischen Kliniken bei 130 und die der privaten Kliniken bei 250 Betten.

Für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind 11 825 Krankenhausbetten vorhanden.

In Alkoholikerheimen stehen ca. 1000 Betten zur Verfügung. Die Unterbringung psychisch Behinderter aller Altersgruppen (einschl. psychisch Alterskranker) ist in den Bundesländern verschieden geregelt; z. T. erfolgt sie in öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern, z. T. in Heimen verschiedenster Träger. Die Zahl der Heimplätze für diese Gruppe ist nicht genau bekannt.

Dilling und von Zerssen fanden 1969 für Bayern etwa die gleiche Zahl an Betten wie an öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern in Heimen für psychisch Behinderte aller Altersgruppen. Die Angaben über Aufnahmen und diagnostische Aufschlüsselung in den Heimen waren mit wenigen Ausnahmen so unzureichend, daß kein Urteil über den Charakter dieser Einrichtungen gebildet werden konnte. Hier sind genauere Erhebungen dringend notwendig.

Nach den bisherigen Erhebungen waren in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern am Stichtag 1. Oktober 1970 insgesamt 3785 psychisch kranke Rechtsbrecher (nach § 42 b) untergebracht (3569 Männer und 216 Frauen).

3. Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten pro Tausend der Bevölkerung

1970 lag der Bettenindex pro Tausend der Bevölkerung bei 1,84 für alle psychiatrischen Krankenhausbetten überhaupt (bei einer Streubreite für die einzelnen Bundesländer zwischen 1,25 bis 2, hierbei spielt die unter 2. bereits erwähnte unterschiedliche Unterbringung der psychisch Behinderten eine Rolle), bei 1,61 für erwachsene psychisch Kranke und bei 1,32 für die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser. 1936 lag der Bettenindex für das Gebiet der Bundesrepublik bei ungefähr gleicher Bettenzahl wie heute bei 2,41:1000. Die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten ist also trotz Bevölkerungszuwachs um 46,5 Prozent (1936 41,781 Millionen, 1970 61,195 Millionen) in dem Gebiet der Bundesrepublik praktisch konstant geblieben.

Diese Zahlen zeigen, daß die Verminderung der Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten, die im westlichen Ausland überall gefordert und durchgeführt wird, bei uns längst eingetreten ist. Z. T. liegt der Index in den Bundesländern noch unter dem, was nach den Erfahrungen im Ausland für erforderlich gehalten wird. Bei der Beurteilung der Entwicklung im Ausland und den daraus gezogenen Forderungen ist zu beachten, daß der Index für psychiatrische Krankenhausbetten dort wesentlich über dem lag und auch noch liegt, was wir in Deutschland jemals gehabt haben. So betrug im Jahre 1969 die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten etwa in England 2,7:1000 trotz erheblicher Bettenreduktion (Freudenberg). Entsprechendes gilt für das übrige westliche Ausland.

4. Durchgang

(Verhältnis von Aufnahmen bzw. Entlassungen zur Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten)

Soweit die Angaben aus einzelnen Bundesländern (etwa Baden und Württemberg) auf das ganze Reichsgebiet extrapoliert werden können, betrug um die Jahrhundertwende der Durchgang in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern etwa 23 Prozent, zwischen den Kriegen 40 Prozent, 1950 70 Prozent, 1961 97 Prozent und 1969 137 Prozent. Er verhält sich in den einzelnen Bundesländern umgekehrt zu deren Bettenindex. In Baden-Württemberg liegt er bei einem Bettenindex für die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser 0,97 Prozent: 1000 bei 160 Prozent, in Schleswig-Holstein dagegen mit einem Bettenindex von 2,16:1000 bei 100 Prozent. In den Universitätskliniken dagegen hat sich der Durchgang seit 1936 im Mittel von 1250 Prozent auf 900 Prozent verringert.

Das Anwachsen des Durchganges in den psychiatrischen Krankenhäusern und sein Rückgang in den Universitäts- und städtischen Kliniken bedeutet, daß durchschnittlich in der Bundesrepublik von den Gesamtaufnahmen heute erstere 84 Prozent (gegenüber 53,5 Prozent vor dem zweiten Weltkrieg), letztere nur noch 16 Prozent (gegenüber 46,5 vor dem zweiten Weltkrieg) tätigen. Diese Entwicklung ist bei der Beurteilung der Überlastung der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser zu beachten.

5. Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern

Mit dem Anstieg der Durchgangszahlen verändert sich die Aufgabe der psychiatrischen Krankenhäuser. Sie müssen einerseits in immer größerem Maße akut Kranke aufnehmen und kurzfristig behandeln und gleichzeitig chronisch Kranke betreuen. Die Kräfte des wenigen Personals werden deswegen immer mehr zur Betreuung der akuten Fälle eingesetzt. Je stärker der Aufnahmedruck, je ausgeprägter ist diese Entwicklung. Sie bedeutet für die akut Kranken die Gefahr vorzeitiger Entlassung, für die chronisch Kranken Verschlechterung ihrer Betreuung und damit für einen Teil von ihnen Verringerung ihrer Aussicht auf Entlassung und Rehabilitation. Ein hoher Aufnahmedruck wirkt sich auch negativ auf die soziologische Struktur der Daueruntergebrachten aus. Soziale Isolierung, schlechte berufliche Qualifikation und höheres Lebensalter unterscheiden diese Gruppe von der, die nach kürzerer Zeit wieder entlassen werden kann.

6. Personalschlüssel in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern

a) Stellenpläne

Insgesamt hat die Vermehrung des Personals in den vergangenen 20 Jahren mit der Zunahme der Aufnahmen nicht Schritt gehalten (siehe Anlage). Es kommt hinzu, daß die Arbeitszeit in den letzten 20 Jahren erheblich verkürzt wurde. Dies macht sich besonders stark beim Pflegepersonal bemerkbar. Während die Arbeitszeit bis zum zweiten Weltkrieg 60 Stunden pro Woche betrug, lag sie 1950 bei 54, 1960 bei 48 und liegt heute bei 42 bzw. 44 Stunden pro Woche. Die Arbeitszeit wurde also insgesamt um 30 Prozent verkürzt. Der Schlüssel von 1:5,0 für das Pflegepersonal bedeutet aber nicht etwa, daß eine Pflegeperson rund 5 Kranke betreut. Wegen der Arbeitszeitregelung, der erforderlichen Nachtwachen und den Funktionsstellen hat eine Pflegeperson durchschnittlich 15 Kranke zu betreuen. Auf pflegeintensiven Stationen wird der Schlüssel etwas günstiger sein, dafür auf anderen erheblich ungünstiger. Es kommt hinzu, daß ein Viertel bis ein Drittel der Pflegestellen mit Schülern besetzt sind. Diesen muß während der Dienstzeit wöchentlich 8 Stunden Unterricht erteilt werden. Vor allem bei den psychiatrischen Krankenhäusern, die in der Nähe der Ballungsräume liegen, sind schließlich die Pflegestellen nur sehr schwer zu besetzen. Viele der zu Recht kritisierten Mißstände sind unter diesen Umständen Ausdruck der Hilflosigkeit des überforderten Pflegepersonals. Auf das Mißverhältnis zwischen der Zahl der Sozialarbeiter, der Krankengymnastinnen, der Beschäftigungstherapeutinnen zu der von ihnen zu betreuenden Krankenzahl sei nur hingewiesen. Fast völlig fehlen bisher eine Reihe neuer Berufsgruppen, die zunehmend bei der Behandlung psychisch Kranker an Bedeutung gewinnen. Die Umfrage in allen psychiatrischen Krankenhäusern im Jahre 1969 ergab für den Stichtag 1. Oktober 1969 die in Anlage dargestellten Ergebnisse. Daran hat sich seither nichts Wesentliches geändert.

b) Ausbildung

Ebenso wie an Planstellen und ausgebildetem Personal fehlt es auch weitgehend an entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten für die speziellen sozialpsychiatrischen Aufgaben. Die vorhandenen Einrichtungen, u. a. in Bremen, Hannover, Heidelberg, Mannheim und München, können den Bedarf nicht annähernd decken.

7. **Gebäude**

Der größte Teil der jetzt in der BRD vorhandenen öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser wurde bekanntlich im vorigen Jahrhundert eingerichtet. Seit dem ersten Weltkrieg wurden im wesentlichen nur Erweiterungen der vorhandenen Anstalten vorgenommen, z. T. aber auch in den vorhandenen Gebäuden sehr viel mehr Kranke untergebracht. Seit dem zweiten Weltkrieg wurden in der BRD nur die Gebäude für ein Drittel der Betten neu errichtet oder entscheidend renoviert. Etwa zwei Drittel der Kranken sind in unveränderten Altbauten untergebracht. Das Bild ist nicht überall einheitlich, insgesamt gewinnt man aber aus den bisher vorliegenden Ergebnissen einer diesbezüglichen Umfrage diesen Eindruck. Wegen der Überfüllung der Häuser wurden viele Nebenräume als Krankensäle in Anspruch genommen. Dementsprechend ist der Platz für die Arbeitstherapie beschränkt, oder sie wird in Kellern und anderen behelfsmäßig hergerichteten Räumen verrichtet.

8. **Einzugsgebiete und Lage der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser**

Die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser sind für ihr Einzugsgebiet aufnahmepflichtig. Jedes dieser 68 Häuser muß also durchschnittlich rund 900 000 Personen der Bevölkerung versorgen. Bei einer Bevölkerungsdichte von 245 je qkm (im Jahre 1969) bedeutet dies ein Gebiet von 3673 qkm. Bei einer gleichmäßigen Verteilung würde also das psychiatrische Krankenhaus in der Mitte von einem Quadrat mit 61 km Kantenlänge liegen. Die Wirklichkeit sieht leider erheblich anders aus. Aus historischen Gründen liegen die Häuser z. T. exzentrisch in ihren Einzugsgebieten. Darum sind für einen Teil der Kranken große Entfernungen bis zu 100 km und darüber von ihrem Wohnort zum Krankenhaus zu überwinden.

9. **Teilstationäre Einrichtungen**

Tages- und Nachtkliniken gibt es nur in geringer Zahl, nach den z. Z. verfügbaren Unterlagen etwa 30. Über ihre Größe und personelle Ausstattung liegen z. Z. keine Unterlagen vor. Es fehlen z. T. auch Angaben über die Belegung und die Durchgangszahlen, so daß eine Gesamtübersicht im Augenblick noch nicht möglich ist. Die Fragen der Betriebskosten und Träger sind ungeklärt.

10. **Rehabilitationseinrichtungen**

Moderne industrielle Rehabilitationseinrichtungen gibt es nur in Ansätzen. Die vor 50 Jahren sinnvollen Einrichtungen (landwirtschaftliche und kleinhandwerkliche Betriebe) sind im heutigen Industriezeitalter überholt. 50 Prozent der Bevölkerung lebten um die Jahrhundertwende auf dem Lande, heute sind es nur noch 9 Prozent.

11. **Beschützende Übergangseinrichtungen**

Werkstätten und Wohnheime für psychisch Behinderte sind nur in unzureichender Zahl vorhanden.

12. **Niedergelassene Nervenärzte**

Aus der letzten Ärztestatistik geht hervor, daß es am 1. 1. 1970 in der BRD ohne Westberlin 2552 Nervenärzte gab. Von diesen waren 308 als leitende Krankenhausärzte, 896 als Oberärzte oder planmäßige Assistenten, 305 bei Behörden oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften tätig. 1043 Nervenärzte waren in einer freien Praxis niedergelassen, von diesen hatten 49 Belegbetten an Krankenhäusern.

Jeder niedergelassene Nervenarzt hat also durchschnittlich 58 500 Personen zu betreuen. Zählt man die Polikliniken der Universitäts-Nervenkliniken hinzu, so senkt sich diese Zahl auf etwa 57 000. Nervenärzte lassen sich kaum je in Orten mit weniger als 20 000 Einwohnern nieder. 321 Gemeinden (= 1,35 Prozent) haben mehr als 20 000 Einwohner, in denen 49,2 Prozent der Bevölkerung wohnen.

Die niedergelassenen Nervenärzte versorgen in besonderer Weise die Ballungsräume und erfüllen hier einen Teil der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker.

13. **Psychotherapeuten**

Von den 406 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie sind etwa zwei Drittel Ärzte, die übrigen Psychologen, Soziologen oder Pädagogen. Knapp die Hälfte der Ärzte dürfte eine nervenärztliche

Fachausbildung haben, die überwiegende Mehrzahl zumindest ein psychiatrisches Jahr. Es sind etwa 250 ihrer Mitglieder in der Behandlung aktiv. Dazu kommt eine größere Zahl von Ärzten, insbesondere Nervenärzte, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung hat und Psychotherapie ausübt. Trotzdem besteht im Hinblick auf die große Zahl von psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen ein großes Mißverhältnis zwischen dem Bedarf und den Behandlungsmöglichkeiten.

14. Gesundheitsämter

Die psychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern sind personell stark unterbesetzt und erfüllen überwiegend administrative Funktionen.

III. Leitlinien

In der Psychiatrie hat sich ein Wandel vollzogen: Die Zeiten der therapeutischen Resignation sind überwunden: somatotherapeutisch, psychotherapeutisch, soziotherapeutisch und präventiv läßt sich jetzt wesentlich mehr erreichen, als man früher für möglich hielt. Ein großer Teil der Patienten kann heute zur Entlassungsreife gebracht, ganz oder wenigstens teilweise in Beruf und Familie eingegliedert werden. Die Voraussetzungen hierfür sind entsprechende Einrichtungen. Aber gerade daran fehlt es. Hier besteht ein sehr großer Nachholbedarf. Wir stehen vor dem Faktum, daß körperlich Kranke ohne weiteres dem neuesten Stand der Forschung entsprechend einer optimalen Therapie zugeführt werden können, daß eine solche aber seelisch Kranken weiterhin vorenthalten bleibt. So paradox das klingen mag: Gerade weil die Unterbringungs- und Behandlungsmöglichkeiten unzulänglich sind und nicht für eine hinreichende Aktivierung und rechtzeitige Entlassung und Wiedereingliederung in Beruf und Familie Sorge getragen werden kann, verbleiben so viele Kranke in psychiatrischen Institutionen, werden einem zusätzlichen Hospitalisierungsschaden ausgesetzt und machen schon aufgrund ihrer Zahl die heute nötig gewordene differenziertere und erfolgversprechende Behandlung unmöglich.

Bei der Verbesserung des Versorgungssystems für psychisch Kranke sind folgende Leitlinien zu beachten:

1. Die Psychiatrie muß in die allgemeine Medizin integriert werden.
2. Die Behandlungsmöglichkeiten innerhalb sowohl wie außerhalb des Krankenhauses müssen vielfach gestuft und die Rehabilitation einbezogen sein.
3. Die Entfernung zwischen Wohnort der Kranken und Behandlungseinrichtungen muß möglichst kurz sein.
4. Für die langfristig zu Betreuenden müssen beschützende Einrichtungen geschaffen werden.

Die Art der Institutionen muß auf die Eigentümlichkeiten der verschiedenen Gruppen psychisch Kranker zugeschnitten sein. Solche Gruppen sind:

a) erwachsene psychisch Kranke, Gestörte und Gefährdete mit kurzer Behandlungszeit

b) erwachsene psychisch Kranke, Gestörte und Gefährdete mit langer Behandlungszeit (außer c—h)

c) geronto-psychiatrische Kranke

d) Alkoholkranke und Abhängige von anderen Mitteln

e) Drogenabhängige

f) psychisch kranke Kinder und Jugendliche

g) erwachsene Schwachsinnige

h) psychisch kranke Rechtsbrecher

IV. Aus diesen Leitlinien ergeben sich folgende **Forderungen:**

a) **Die Versorgung** psychisch Kranker muß **regional gegliedert** werden. Die Region sollte in Ballungsräumen nicht mehr als 250 000 bis 300 000 Personen der Bevölkerung umfassen, auf dem Lande sollte das Behandlungszentrum (siehe unten) nicht weiter als 1 Stunde Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Wohnort entfernt liegen.

b) Die nicht stationär behandlungsbedürftigen Fälle werden von niedergelassenen Ärzten, insbesondere Nervenärzten, in ihrer Praxis und bei Bedarf in Beratungsstellen (s. d) betreut. Nur etwa 20 Prozent der psychotisch Kranken bedürfen einer Einweisung in vollstationäre Behandlung in ein klinisches Zentrum (s. c). Die Möglichkeiten der niedergelassenen Nervenärzte sollten durch kleine offene **Belegabteilungen** in allgemeinen Krankenhäusern erweitert werden. (Hiervon wird die Planung großer Abteilungen nicht berührt.) Die Integration einer Belegabteilung in ein Allgemeinkrankenhaus ist nicht ausgesprochen personalintensiv. Auf einer offenen Belegabteilung wird der Unterschied zwischen der Behandlung von psychisch Kranken und nicht psychisch Kranken verwischt. Die Möglichkeit, das Personal auszutauschen oder nur für begrenzte Zeit auf der Psychiatrie tätig werden zu lassen, erleichtert das Gewinnen von Personal. Die sonstigen Investitionen, wie Röntgen, Labor, physikalische Therapie, erfordern keine zusätzlichen Ausgaben. Für chronisch verlaufende Fälle würden die Übergangseinrichtungen (s. d) von Ärzten, insbesondere Nervenärzten, mitbetreut, zur Verfügung stehen, auch wenn stationäre Einweisung nicht erforderlich war.

c) Für akute Fälle muß ein **klinisches Zentrum** zur Verfügung stehen, das mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ausgestattet ist. Außerdem muß es subakute, subchronische und schwerere chronische Fälle behandeln und versorgen können, d. h. es müssen auch teilstationäre Einrichtungen, Beschäftigungstherapie sowie moderne Rehabilitationseinrichtungen vorhanden sein. Das klinische Zentrum soll möglichst im Verbund mit einem Allgemeinkrankenhaus eingerichtet werden und die Versorgung aller psychisch Kranken in seiner Region sicherstellen; das bedeutet, es muß alle psychisch Kranken, Gestörten und Gefährdeten, die einer klinischen stationären Behandlung bedürfen, aufnehmen und für die Dauer der klinisch-stationären Behandlungsbedürftigkeit selbständig versorgen. Der Personalschlüssel muß nach den Richtlinien der WHC gestaltet werden (s. Anhang Nr. 1).

d) Weitere **Versorgung nach stationärer Aufnahme:** Nach dem Überwinden des akuten Stadiums werden die besonderen Gruppen der psychisch Kranken in die für sie geeigneten Spezialeinrichtungen überwiesen. Diese Einrichtungen werden in Absatz e) näher behandelt.

Soweit nicht Sondereinrichtungen erforderlich sind, müssen für die psychisch Kranken Rehabilitationseinrichtungen innerhalb des Behandlungszentrums sowie Übergangseinrichtungen mit teilstationärer Behandlung und ambulanter Betreuung zur Verfügung stehen. Allen diesen Einrichtungen müssen ebenfalls Rehabilitationseinrichtungen angegliedert sein und für Kranke aus anderen Rehabilitationsstufen und auch aus anderen medizinischen Bereichen offenstehen.

Die ärztliche Betreuung liegt sowohl in den Übergangsheimen wie in den Tages- und Nachtkliniken entweder in den Händen von Ärzten des Behandlungszentrums oder von niedergelassenen Ärzten oder von einer besonderen ärztlichen Gruppe, die in diesen Übergangseinrichtungen tätig ist. Ihnen stehen entsprechendes Pflegepersonal und Sozialarbeiter zur Seite und komplettieren das Behandlungsteam.

Rehabilitationseinrichtungen müssen der modernen industriellen Arbeitswelt angepaßt sein. Es müssen vielfältig differenzierte Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, damit die Kranken entsprechend ihrer Ausbildung, Begabung und Leistungsfähigkeit auf die Rückkehr ins freie Berufsleben vorbereitet werden. Für den Fall, daß dies nicht möglich ist, müssen ebenfalls vielgliedrige beschützende Werkstätten mit industriellen Aufgaben eingerichtet werden.

e) **Spezialeinrichtungen für besondere Gruppen**

1. **Psychisch Alterskranke**
(geronto-psychiatrisch Kranke)

Es handelt sich um ein besonders dringendes Problem. Der Nachholbedarf ist sehr groß. Die Zunahme der über 65jährigen (s. S. 4) läßt den Bedarf rasch ansteigen.

Stationär behandlungsbedürftige akut psychisch Alterskranke: Es müßten eigene Abteilungen in der Nähe ihrer Wohnorte mit 60—80 Betten geschaffen

werden. Diese Einrichtungen können Allgemeinkrankenhäusern angegliedert oder selbständig sein. Es muß sowohl eine internistische wie psychiatrische ärztliche Versorgung sichergestellt werden und die Möglichkeit zu aktivierender Krankenbehandlung (Gymnastik, Arbeit etc.) gegeben sein. (Vorläufiger Richtwert: 0,3:1000 der Bevölkerung.)

Pflegebedürftige psychisch Alterskranke: Die Zahl der Altenpflegeheime muß erheblich vermehrt werden, wobei der Bedarf regional verschieden ist. Die Größe der Einrichtungen sollte 100 Plätze nicht übersteigen. Auch in ihnen muß die ärztliche Versorgung sichergestellt sein. (Vorläufiger Richtwert: 0,7:1000 der Bevölkerung.)

2. **Alkoholkranke und Abhängige von anderen Mitteln**
(außer jugendlichen Drogenabhängigen)

Solche Kranken sollen, wenn bei ihnen keine psychiatrischen Komplikationen bestehen, aus dem Verband des psychiatrischen Krankenhauses herausgenommen werden. Sofern sie an neurologisch-psychiatrischen Folge- und Begleitzuständen leiden, sollen für sie innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses getrennte Abteilungen vorgesehen sein.

Behandlungsplätze (intra- und extramural): Man muß für die Versorgung der Alkoholiker und Abhängiger von anderen Mitteln mit einem Richtwert von 0,5:1000 der Bevölkerung rechnen. Davon sollen 0,1:1000 der Plätze in Spezialkliniken mit 6- bis 9monatiger Behandlungsdauer vorgesehen sein. 0,15:1000 Plätze werden in gemeindenahen Behandlungszentren mit Teilhospitalisierung (Tages- und Nachtkliniken) benötigt und 0,25:1000 in psychiatrischen Krankenhäusern. Diese letzte Ziffer gliedert sich in 0,1:1000 Plätze für neurologisch-psychiatrische Komplikationen des Alkoholismus und Süchte und in 0,15:1000 Plätze für pflegebedürftige Kranke, die einer Unterbringung auf Dauer bedürfen.

3. **Drogenabhängige**
(insbesondere Jugendliche)

Für diese Gruppe ist eine besondere Untersuchung dringend nötig. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen muß sie in Spezialeinrichtungen mit hoher Personalintensität betreut werden. Eine Kombination mit beschützenden Wohneinrichtungen und Beratungsstellen ist anzuraten. (Der erforderliche Richtwert ist z. Z. noch nicht abzuschätzen.)

4. **Erwachsene Schwachsinnige.** Diese Gruppe muß je nach dem Grade der Behinderung in geschlossenen, halboffenen und offenen Pflegeheimen sowie Siedlungen mit angemessener industrieller oder landwirtschaftlicher Arbeitsmöglichkeit versorgt werden. (Vorläufiger Richtwert: 0,1:1000 der Bevölkerung in geschlossenen, 1:1000 der Bevölkerung in den übrigen Einrichtungen.)

5. **Psychisch kranke Kinder und Jugendliche.** Entsprechend den Vorstellungen für erwachsene psychisch Kranke müssen sowohl klinische Zentren mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie Einrichtungen für längerfristige Behandlungen und Dauerpflege geschaffen werden. Die Versorgung soll regional erfolgen mit einem Einzugsgebiet von etwa 1 Million Personen. Im Hinblick auf die Früherfassung müssen die Einrichtungen die Altersgruppen vom 2. bis zum 18. Lebensjahr betreuen. Inwieweit Sondereinrichtungen für Gruppen von Jugendlichen geschaffen werden müssen, bedarf weiterer Untersuchungen.

Vorläufiger Richtwert für die klinischen Zentren für Diagnostik und Behandlung in den ersten 6 Monaten: 0,1:1000 der Bevölkerung. Vorläufiger Richtwert für längere heilpädagogische Betreuung mit 2- bis 3jährigen Bildungsprogrammen und für den Pflegebereich 0,6:1000 der Bevölkerung.

Schließlich müssen Beratungsmöglichkeiten für die Vor- und Nachsorge gegeben sein.

6. **Psychisch kranke Rechtsbrecher.** Neben den sozialtherapeutischen Anstalten müssen gesonderte Unterbringungsmöglichkeiten für psychisch kranke Rechtsbrecher geschaffen werden. Forschung und Rehabilitation muß an diesen Orten erfolgen. Der Richtwert muß ermittelt werden.

f) **Vor- und Nachsorge im außerärztlichen Bereich**

Es muß eine Kooperation aller in diesem Bereich tätigen Gruppen und vorhandenen bzw. zu schaffenden Institutionen angestrebt werden. Hierzu ge-

hören alle Dienste (Übergangseinrichtungen, Beratungsstellen, Telefonseelsorge, Clubs u. a. sowie die Selbsthilfegruppen, etwa die Anonymen Alkoholiker). Einige Initiativen müssen gefördert werden, um die bisherige Vielfalt möglichst auszugestalten und ständig dem Bedarf anzupassen.

V. Wege zur Konkretisierung

In Anbetracht des großen Abstandes der jetzigen Verhältnisse von den für notwendig erachteten ist ein schrittweises pragmatisches Vorgehen unumgänglich. Besonders erschwerend wirken für die Verbesserung der Lage

der große Nachholbedarf in der Verbesserung der Bausituation,

der große Mangel an qualifiziertem Personal,

das Fehlen von vielfältig gestuften Übergangseinrichtungen,

die großen Entfernungen der derzeitigen stationären Einrichtungen von einem großen Teil der Bevölkerung,

die weitgehende Trennung der Psychiatrie von der übrigen Medizin,

die noch nicht überall vollzogene rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Je nach Gegebenheit und Möglichkeiten wird schon jeder einzelne Schritt auf dem Wege zur Beseitigung der Mängel eine Verbesserung der Situation bringen und nicht erst die Vollendung eines starren Planes.

1. Als **klinische Zentren** bieten sich im Augenblick in den meisten Fällen die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser an. Zu diesem Zweck müssen sie von denjenigen Gruppen, die zum großen Teil nicht in ihnen untergebracht werden sollten (etwa geriatrische Fälle, Alkoholkranke, psychisch kranke Kinder und Jugendliche) entlastet werden. Außerdem muß die bauliche Sanierung mit aller Kraft vorangetrieben und der Personalschlüssel entscheidend verbessert werden. Durch diese Maßnahmen würden die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser auf eine vertretbare Größe von etwa 600 Betten schrumpfen. Sie könnten ferner ihren Aufgaben besser gerecht werden. Der Personalschlüssel würde sich beim Schrumpfungsprozeß weiter verbessern und damit die erforderliche Differenzierung der Behandlung möglich werden. Der durch den Schrumpfungsprozeß gewonnene Raum muß für den Ausbau der intramuralen Rehabilitation, eventuell zur Einbeziehung anderer medizinischer Abteilungen, genutzt werden.

2. In und neben den vorhandenen psychiatrischen Einrichtungen müssen so rasch wie möglich **moderne Rehabilitationseinrichtungen** mit industriellen Arbeitsplätzen eingerichtet werden. Etwa 50 % der jetzt untergebrachten Kranken kann so geholfen werden.

3. In unterversorgten Gebieten müssen **neue klinische Zentren** eingerichtet werden, die in der Lage sein müssen, wie oben unter IV c ausgeführt, ihre Region vollständig und selbständig zu versorgen. Sie müssen möglichst an ein allgemeines Krankenhaus bzw. an ein Schwerpunktkrankenhaus angegliedert werden. Eine andere Möglichkeit ist das Errichten von kleineren **Außenposten** (Satelliten) der klinischen Zentren in allgemeinen Krankenhäusern. Hier könnten auch Tages- und Nachtkliniken untergebracht werden, die gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten, insbesondere Nervenärzten, betreut werden sollen.

4. Um die Betreuung außerhalb der klinischen Zentren beweglicher zu machen, müssen an möglichst vielen Plätzen, wo diese noch nicht vorhanden sind, **Beratungsstellen** eingerichtet werden. Neugründungen können stundenweise oder halbtags von Sozialarbeitern oder auch in dieser Hinsicht erfahrenen Krankenschwestern besetzt sein. Sie würden — je nach örtlicher Gegebenheit — ärztlich von den niedergelassenen Ärzten, insbesondere Nervenärzten oder den Ärzten der klinischen Zentren, betreut. Solche Beratungsstellen können Kristallisationspunkte, etwa für Clubs oder Wohnheime etc., werden. Eine Kooperation aller derartigen Dienste ist anzustreben.

5. Für chronisch Kranke, die keiner stationären Behandlung mehr bedürfen, aber nicht in ihr altes Milieu entlassen werden können, sind **Wohnheime** einzurichten. Nach den bisherigen Erhebungen können 20 — 40 % der langfristig Untergebrachten in solchen Wohnheimen betreut werden. Die Wohnheime sollten in der Nähe von beschützenden Arbeitsplätzen liegen, jedenfalls mit öffentlichen Verkehrsmitteln leicht erreichbar sein.

6. **Geronto-psychiatrisch Kranke.** Die Entfernungen haben für diese Gruppe eine besondere Bedeutung. Die oft sehr weiten Wege in die zuständigen psychiatrischen Krankenhäuser belasten die Kranken sehr und entfernen sie von ihren Angehörigen. Deswegen müssen Behandlungseinheiten mit 60 — 80 Plätzen in der Nähe der Wohnorte an möglichst vielen Stellen im Lande errichtet werden. U. a. bieten sich zur Unterbringung kleine städtische und Kreiskrankenhäuser an, die in Zukunft nicht mehr vom Staat gefördert werden sollen. Pflegeheimen müssen psychiatrische Abteilungen angegliedert werden, deren ärztliche Versorgung sichergestellt sein muß.

7. **Alkoholkranke.** Die Behandlungsplätze für Alkoholkranke sind, wie oben bereits ausgeführt, viel zu spärlich vorhanden. Es muß dringend Abhilfe geschaffen werden, wobei auch auf vorhandene Gebäude, die bisher anderweitig genutzt werden, zurückgegriffen werden kann.

8. **Psychisch kranke Kinder und Jugendliche.** Hier fehlt es an diagnostischen Zentren, vor allem aber an Plätzen für langfristige Behandlungen, die für Kinder und Jugendliche gemeinsam oder auch getrennt neu geschaffen werden müssen. (Zur Zeit werden psychisch kranke Kinder und Jugendliche zum großen Teil auf Stationen gemeinsam mit erwachsenen psychisch Kranken untergebracht.)

9. **Aus-, Weiter- und Fortbildung** für psychiatrische Aufgaben. In jedem Bundesland müssen Ausbildungsstellen in ausreichender Zahl errichtet werden, um alle in der Psychiatrie Tätigen weiterzubilden und ihnen die modernen Erkenntnisse in der Betreuung psychisch Kranker zu vermitteln. Entsprechende Ausbildungsrichtlinien und Lernzielkataloge müssen entwickelt werden.

10. **Dokumentation.** Es muß sofort eine einfache Basisdokumentation aufgebaut werden. Sie muß alle für die psychiatrische Versorgung wichtigen Basisdaten nach einheitlichen Gesichtspunkten erfassen. Die Basisdokumentation dient ausschließlich ärztlichen Zwecken und muß deswegen in diesem Bereich bleiben.

11. **Psychiatrischer Beirat.** Es muß ein ständiges Beratungsgremium auf Länder- und Bundesebene eingerichtet werden zur Entwicklung von Plänen und Koordinierung aller Maßnahmen sowie zum Überprüfen von deren Wirksamkeit. Ferner soll er die ständige gegenseitige Information ermöglichen. Dieses Gremium muß mit Vertretern aller in der Versorgung psychisch Kranker Tätigen besetzt sein.

Personalschlüssel für die Behandlung psychisch Kranker

	Personal :	Patienten
1. Ärzte		
Akutkranke (Aufnahmestationen)	1 :	15
Mittelfristige Behandlungen (bis zu 2 J.)	1 :	25
Langfristige Behandlungen (über 2 J.)	1 :	50
2. Psychologen	1 :	50
3. Sozialarbeiter	1 :	80
4. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	1 :	50
5. Krankenpflegepersonal		
Akutkranke (Aufnahmestationen)	1 :	2
Mittelfristige Behandlungen (bis zu 2 J.)	1 :	4
Pflegefälle bettlägerig, Infektionsfälle	1 :	3
Pflegefälle außer Bett	1 :	5

Druck: Bremer Nachrichten GmbH & Co.