

# Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg

 Beschluss der Landesregierung  
vom 25. Juli 2000



Baden-Württemberg  
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES

**Psychiatrieplan 2000  
Baden-Württemberg**

**Verteilerhinweis:**

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

**Missbräuchlich** ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

**Untersagt** ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

**Erlaubt** ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

***Herausgeber***

Sozialministerium  
Baden-Württemberg  
Schellingstraße 15,  
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0  
Telefax: (07 11) 1 23-39 99  
Internet: [www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de)

August 2000





## VORWORT

### VON HERRN MINISTER DR. FRIEDHELM REPNIK M.D.L.

Die Psychiatriepolitik hat seit dem Psychiatrieplan Baden-Württemberg 1974 große Fortschritte erreicht.

Im Einklang mit den Ergebnissen der Psychiatrie-Enquête und später der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung verfolgt die Landesregierung seitdem das Ziel, ein bedarfsgerechtes und gemeindenahes Versorgungssystem aufzubauen, welches differenzierte, untereinander koordinierte und vernetzte Angebote bereitstellt. Dabei geht es nicht zuletzt darum, die Gleichstellung psychisch Kranker mit den somatisch Kranken in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht weiter zu vollenden.

In zahlreichen Einzelschritten und Teilkonzepten wurde dieser Weg verfolgt. Dabei mussten Aufgaben und Zuständigkeiten der Landesregierung mit den Kompetenzen und Zielen der anderen an der Betreuung und Versorgung psychisch Kranker beteiligten Aufgabenträger in Einklang gebracht werden. Eine wichtige Funktion hatte in diesem Prozess der Landesarbeitskreis Psychiatrie. In diesem Gremium beraten alle Aufgabenträger gemeinsam mit dem Land unter gleichberechtigter Einbeziehung der Betroffenen (Psychiatrieerfahrene, Angehörige, Bürgerhelfer) alle Fragen der psychiatrischen Versorgung.

So konnten in den vergangenen Jahren wichtige Konzepte erarbeitet und als Empfehlungen für die Beteiligten verabschiedet werden.

Wesentliche Eckpunkte dieser Entwicklung waren die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten im Rahmen einer gemeinsamen Förderung durch Land, Stadt- und Landkreise und Krankenkassen, die Entwicklung einer Konzeption für den Gemeindepsychiatrischen Verbund als Rahmen für die Kooperation der Beteiligten auf Kreisebene, die Weiterent-

wicklung der Krankenhausstrukturen durch Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, durch den konsequenten Ausbau von Tageskliniken und durch die Einrichtung von Außenstationen der Zentren für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern; auch im ambulanten und außerklinischen Bereich gab es wichtige Fortschritte.

Dies ist eine Entwicklung, die sich sehen lassen kann.

Gleichwohl – wie anderwärts auch – bleiben doch noch Wünsche offen. Dies betrifft zum einen die leistungsrechtliche Ausgestaltung der Versorgungssituation. Hier muss, z.B. bei der ambulanten Pflege, in der Krisen- und Notfallversorgung, der Gleichstand mit den Möglichkeiten für somatisch Kranke noch erreicht werden.

Als Hemmschuh erweisen sich hier immer noch die Unterschiede im Leistungsrecht. Diese müssen, so lange eine entsprechende gesetzliche Regelung nicht besteht, durch Kooperation der Sozialleistungsträger – Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Träger der Sozialhilfe – im Interesse der psychisch Kranken überwunden werden. Gefragt ist daher nicht nur eine engere Kooperation der Leistungserbringer, sondern auch der Leistungsträger.

Wir verfügen zum Glück über eine vielfach gegliederte Versorgungsstruktur, die stark geprägt ist von freien Trägern. Die wesentliche Funktion der Stadt- und Landkreise als Träger der kommunalen Daseinsvorsorge ist dabei nicht zu verkennen. In der Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes wird für die Kooperation auf der regionalen Ebene ein Instrument angeboten, welches im Interesse der Menschen eine lückenlose Versorgung zum Ziel hat. Leider sind auf diesem Wege nur in einzelnen

Stadt- und Landkreisen bisher wirkliche Fortschritte erreicht worden. Aus diesem Grund wird von vielen der Erlass eines Landespsychiatriegesetzes gefordert. Dabei gehen die Erwartungen an Umfang und Inhalte einer landesgesetzlichen Regelung weit auseinander.

In den Eckpunkten zu einem Landespsychiatriegesetz ist klar herausgearbeitet, was der Landesgesetzgeber regeln könnte. Verbesserungen im Leistungsrecht gehören nicht dazu. Er kann allerdings Aufgaben und Zuständigkeiten innerhalb des Landes bestimmen und damit den Handlungsrahmen der Beteiligten konkretisieren. Klar ist aber auch, dass ein Gesetz einen fehlenden Willen zur Kooperation nicht ersetzen kann – es sei denn, man dreht das Rad zurück und überführt die psychiatrische Versorgung wieder in die alleinige Zuständigkeit der öffentlichen Hand. Das kann und will heute niemand. Wenn daher auf der Grundlage der in diesem Rahmenplan beschriebenen Entwicklungslinien keine Fortschritte erreicht werden, ist die Frage nach einer landesgesetzlichen Festlegung neu gestellt. Darüber wird dann im politischen Raum zu diskutieren sein. Die Frage nach weiteren Optionen für eine Verwirklichung der mit der GPV-Konzeption verbundenen Ziele – etwa auf der Leistungserbringerseite – stellt sich unabhängig hiervon.

Alle diese Aspekte berücksichtigt der nun vorgelegte Plan. Er stellt die Situation dar und zeigt auf, wo weitere Entwicklungen gesucht werden können und sollen. Für die Landesregierung wird er Richtschnur für weitere Schritte sein. Die anderen Beteiligten sind aufgerufen, in gemeinsamer Anstrengung an der Erreichung der weiteren Ziele mitzuwirken.

Ich begrüße es daher, dass der Plan in der Beratung mit den Beteiligten so breite Zustimmung gefunden hat. Teilweise wird eingewendet, dass der Plan keine Verpflichtung der Landesregierung auf die Vorlage eines Landespsychiatriegesetzes enthalte. Dies ist auch nicht seine Aufgabe.

Er kann auch – insoweit anders als zum Beispiel der Krankenhausplan – keine hoheitlichen Vorgaben von Seiten des Landes setzen. Aber er fasst auf der Basis des bisher Erreichten Ziele und Möglichkeiten zusammen. Auf dieser Grundlage kann in der neuen Legislaturperiode des Landtages die politische Diskussion fortgesetzt werden. Darüber sollen aber die auch so möglichen praktischen Schritte nicht vernachlässigt werden.

Der Plan kann angesichts des raschen Wandels im therapeutischen, sozialen und leistungsrechtlichen Bereich sicher nur eine mittelfristige Perspektive setzen. Ganz gewiss wird aber in der weiteren Zukunft mit gewichtigen Änderungen in allen Bereichen zu rechnen sein. Wer weiß heute, welches Gesicht und welches Gewicht die einzelnen Versorgungselemente in 10 oder 15 Jahren haben werden? Auf diese Fragen müssen wir nicht nur flexibel reagieren. Wir müssen sie uns immer wieder gemeinsam stellen und Lösungen finden.

Dies ist die gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten.



Dr. Friedhelm Repnik MdL

## Gliederung

<b>A</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG MIT AUSSAGEN ZUR UMSETZUNG</b>	<b>9</b>
<b>B</b>	<b>Einleitung Grundlagen, Rahmenbedingungen, Ziele und Beteiligte</b>	<b>17</b>
1.	Der Psychiatrieplan bündelt unterschiedliche Planungsebenen	17
2.	Psychiatriepolitische Ziele und Perspektiven; Grundsätze der Versorgung: Leitbilder, Ziele	19
<b>C</b>	<b>ALLGEMEINER TEIL</b>	
	<b>Entwicklung von patientenorientierten Hilfen und Versorgungsstrukturen</b>	<b>22</b>
1.	Wesentliche Schritte der Entwicklung: Psychiatrieenquête, Expertenkommission, Modellprogramm Baden-Württemberg	22
2.	Merkmale der psychiatrischen Versorgung	24
2.1	Bedeutung und Auswirkungen psychischer Erkrankungen	24
2.2	Bedürfnisse der Zielgruppe	27
2.2.1	Behandlung und Prävention	27
2.2.2	Patientenorientierte Entwicklung der Versorgung und Bündelung der Hilfen	29
2.2.3	Psychotherapeutische Versorgung	30
2.3	Versorgungsstruktur	30
2.4.	Beteiligung der Betroffenen, Angehöriger und Selbsthilfegruppen	32
2.5	Patientenfürsprecher	33
3.	Öffentlichkeitsarbeit	34
4.	Qualitätssicherung	36
4.1	Strukturqualität	36
4.2	Prozessqualität	36
4.3	Ergebnisqualität	37
5.	Vernetzung der Strukturen	38
5.1	Bedarfsorientierte vielfältige und differenzierte Hilfeangebote	38
5.2	Leistungsrechtliche Aspekte	39
5.3	Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds	41
6.	Planung als Aufgabe auf verschiedenen Ebenen; Träger und Instrumente	42
<b>D</b>	<b>BESONDERER TEIL</b>	
	<b>Einzelne Versorgungsangebote</b>	<b>45</b>
1.	Ambulante/außerklinische Angebote und Hilfen	45
1.1	Ambulante Versorgung/Hilfen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, Psychiatrieambulanzen	45
1.2	Institutsambulanzen	48
1.3	Krisen- und Notfallintervention	50
1.4	Sozialpsychiatrische Dienste	51
1.5	Krankenpflegedienste	53
1.6	Sozialstationen	54
2.	Stationäre Versorgung und teilstationäre Versorgung	54
2.1	Psychiatrische Krankenhausplanung	54
2.2	Vom Großkrankenhaus zur Fachklinik/Fachabteilung	58
2.3	Gemeindenähe durch Auslagerung von Stationen (Satellitenkonzept)	61

2.4	Teilstationäre Versorgung: Fortschreibung der Konzeption Tageskliniken	62
2.5	Besonderheiten im Bereich Sucht	64
2.6	Stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen von geistig Behinderten	65
3.	Rehabilitation	66
3.1	Allgemeines	66
3.2	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)	67
3.3	Arbeitsrehabilitation, berufliche Rehabilitation	68
3.4	Soziale Integration	70
4.	Wohnen	71
4.1	Betreutes Wohnen	71
4.2	Familienpflege	71
4.3	Wohn- und Pflegeheime	72
4.3.1	Wohnheime	73
4.3.2	Pflegeheime	74
5.	Tagesstrukturierung, Freizeit	75
5.1	Tagesstätten	75
5.2	Clubs und anderes	75
6.	Gerontopsychiatrische Versorgung	76
7.	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	80
7.1	Allgemein	80
7.2	Ambulante Versorgung	80
7.3	Stationäre Versorgung	81
8.	Forensische Psychiatrie	83
<b>E</b>	<b>KARTEN</b>	<b>87</b>
<b>F</b>	<b>KONZEPTIONEN</b>	<b>91</b>

## A ZUSAMMENFASSUNG MIT AUSSAGEN ZUR UMSETZUNG

1. Seit der Psychiatriereform ab 1975 ist es Ziel der Psychiatriepolitik der Landesregierung, die psychiatrische Versorgung so auszubauen und weiter zu entwickeln, dass psychisch Kranke einen gleichen Zugang zu bedarfsgerechten Hilfe- und Versorgungsangeboten haben wie somatisch Kranke. Dies erforderte neben einer differenzierten Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts den Aufbau einer vielfach gegliederten Versorgungsstruktur, die in der Lage ist, dem komplexen Hilfebedarf psychisch Kranker gerecht zu werden.

Der Psychiatrieplan hat zum Ziel, das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufzuzeigen, Defizite in den einzelnen Bereichen darzustellen und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung zu beschreiben. Die politische Gesamtplanung obliegt dem Land. Unbeschadet dieser politischen Verantwortung sind die Sozialleistungsträger sowie die Stadt- und Landkreise in ihren jeweiligen Aufgabebereichen autonome Träger der Planung und auch der Versorgungsverantwortung. Der Psychiatrieplan soll diese einzelnen Planungskompetenzen bündeln, ohne in die Verantwortlichkeiten der einzelnen Träger einzugreifen. Daher setzt der Plan keine förmlichen Vorgaben. Er ist aber Leitlinie für das Handeln der Landesregierung. Dabei können nicht alle relevanten Versorgungsbereiche im Detail dargestellt werden, so weit für sie eigenständige Planungen bestehen. Hier waren nur die Schnittstellen anzusprechen.

2. Die Landesregierung orientiert sich bei ihren psychiatriepolitischen Grundsätzen eng an den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988. Beim Ausbau der psychiatrischen Versorgungsstrukturen strebt sie daher an:

- die Gleichstellung körperlich und psychisch Kranker
- den Aufbau eines bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgungssystems

- die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems.

Bei der Gleichstellung konnten im Ausbau des leistungsrechtlichen Versorgungssystems wesentliche Fortschritte erreicht werden; gleichwohl sind auch hier noch weitere Verbesserungen möglich und nötig. Die Gleichstellung betrifft aber auch die konkrete Lebenssituation und den Abbau tatsächlich bestehender Benachteiligungen.

Das Ziel der gemeindenahen bedarfsgerechten Versorgung bedingt, dass möglichst ambulante Hilfeformen zur Verfügung gestellt werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist dabei nicht schematisch zu verstehen, sondern im Sinne eines „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“. Hand in Hand mit dem Ausbau bedarfsgerechter und wohnortnaher Angebote muss daher die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Hilfen gehen. Dies erfordert nicht nur enge Kooperation der Leistungserbringer, sondern auch neue Formen der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Finanzierung solcher komplexen Leistungen. Nur auf diese Weise sind, insbesondere auch in strukturschwächeren Gebieten, leistungsfähige komplexe Hilfeangebote zu sichern. Hierbei sind zwar in einzelnen Bereichen ermutigende Fortschritte festzustellen. In vielen Gebieten konnte allerdings eine echte und umfassende Kooperation noch nicht erreicht werden.

Bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch Kranke ist daher vor allem die Vernetzung der bestehenden Angebote auf allen Ebenen voranzutreiben.

3. Die Entwicklung muss dabei offen bleiben für die durch den weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt zu erwartenden Möglichkeiten wie auch für Fortschritte im sozialen und sozialrechtlichen Rahmen. Die Entwicklung der leistungsrechtlichen Möglichkeiten ist ein wesentlicher Faktor für die Psychiatriepo-

litik. Hierfür müssen immer wieder die erforderlichen Spielräume durch Umschichtungen im System gewonnen werden. Dabei bleibt die psychiatrische Versorgung eingebettet in die allgemeinen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen mit ihren Sparzwängen.

**4.** Psychisch Kranke sind in der Regel auf vielfältige Hilfen im medizinisch-therapeutischen und psychosozialen Bereich angewiesen. Ihre Möglichkeiten, diese Hilfen selbständig in Anspruch zu nehmen und zu koordinieren, sind aber meist eingeschränkt. Das Hilfesystem muss daher in sich die notwendigen Koordinierungen sicherstellen, um damit auch unnötige und der Autonomie schädliche Unter-, Fehl- und Doppelbetreuungen zu vermeiden. Zugleich geht es darum, die Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen (z.B. für Kinder und Jugendliche und für alte Menschen) zu sichern.

Angesichts dieser Bedürfnisse ist die bisherige und in den unterschiedlichen Leistungsrechten verankerte scharfe Trennung in die einzelnen Bereiche ambulanten Versorgung, Versorgung in klinischen Einrichtungen und Hilfen durch außerklinische Einrichtungen und Dienste nur schwer aufrecht zu erhalten. Im Dienste der gewünschten Vernetzung und Bündelung bestehender Ressourcen müssen die Grenzen zwischen den einzelnen Bereichen durchlässiger werden. Neue Ansätze im Leistungsrecht müssen hierfür genutzt werden. Bis zu einer grundsätzlichen Regelung dieser Frage sollen auf der Grundlage der bisher gewonnenen Ergebnisse auf den örtlichen Gegebenheiten aufbauende geeignete Konzepte unterstützt werden.

**5.** Die Einbeziehung der Betroffenen und der Angehörigen ist auf allen Ebenen ein unverzichtbares Element für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung. In der kon-

kreten Versorgung sind daneben die Patientenfürsprecher ein wichtiger Anwalt der Belange der Betroffenen. Die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit leistet einen wichtigen Beitrag zum Abbau von z.T. noch immer bestehenden Vorurteilen.

## **6.** Einzelne Versorgungselemente

### **6.1** Ambulante Versorgung

Im Mittelpunkt der ambulanten Versorgung steht weiterhin die Versorgung durch niedergelassene Ärzte (Hausärzte, niedergelassene psychiatrische Fachärzte<sup>1</sup> und Psychotherapeuten. Gerade im hausärztlichen Sektor muss eine hinlängliche Kompetenz für Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen verankert werden. Dabei ist auch die häufig vorkommende Komorbidität mit anderen Erkrankungen zu berücksichtigen. Niedergelassene Fachärzte bilden das Rückgrat der Versorgung. Die erreichte Niederlassungsdichte kann eine flächendeckende ambulante fachärztlich-psychiatrische Versorgung gewährleisten. Eine Verbesserung der Versorgung ist nun durch eine weitere Verzahnung zwischen der Tätigkeit der Fachärzte und den außerklinischen Diensten und Hilfeangeboten und eine engere Kooperation zwischen Kliniken und dem ambulanten Versorgungssektor zu erreichen. In der ambulanten Versorgung treten zunehmend Schwierigkeiten aufgrund der Bewertung sozialpsychiatrischer Leistungen und der engen Budgets für Arznei- und Hilfsmittel auf, die sich gerade bei psychisch Kranken besonders gravierend auswirken. Hierfür müssen im Rahmen der Selbstverwaltung Lösungen gefunden werden.

In der ärztlichen Behandlung kann künftig die Soziotherapie eine besondere Rolle spielen. Das neue Leistungsangebot soll über eine noch engere Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten,

---

<sup>1</sup> einschl. Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie

sozialpsychiatrischen Diensten und anderen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen die Vernetzung der verschiedenen Angebote und Leistungserbringer fördern.

Im GKV-Reformgesetz 2000 wurden die Voraussetzungen für die Zulassung von Institutsambulanzen wesentlich umgestaltet. Die Änderungen im Leistungsrecht eröffnen neue Möglichkeiten; so kann das bisherige Verhältnis des Entweder-Oder schrittweise aufgelöst werden. Im Rahmen des weiteren Ausbaus der ambulanten Hilfeangebote wird daher zu prüfen sein, inwieweit Institutsambulanzen zur Versorgung chronisch psychisch Kranker in bestimmten schweren Fällen erforderlich sind und in welcher Weise sie in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und sozialpsychiatrischen Diensten in die Erbringung wohnortnaher Komplexangebote eingebunden werden können.

Eine rechtzeitige und qualifizierte Hilfeleistung in Krisen- und Notfällen kann wesentlich dazu beitragen, Einweisungen zur stationären Behandlung zu vermeiden.

Im ländlichen und mittelstädtischen Raum ist die Krisen- und Notfall-Intervention auf der Grundlage des vertragsärztlichen Notfalldienstes, unterstützt durch einen psychiatrischen Hintergrunddienst (z.B. niedergelassene Fachärzte, Kliniken), sicherzustellen. Für den großstädtischen/städtischen Bereich kommen hierfür auch fachärztlich besetzte Notfallpraxen in Betracht. Dabei ist anzustreben, psychosoziale Leistungen in geeigneter Form in das Hilfeangebot zu integrieren.

Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke ist ein wichtiges Element der wohnortnahen Versorgung. Einzelne Pflegedienste befinden sich derzeit im Aufbau. Es soll nun nach erfolgreichem Abschluss eines vom Sozialministerium geförderten Pilotprojekts eine flächendeckende Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege erreicht werden. Die vorliegenden leistungsrecht-

lichen Rahmenbedingungen (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) werden allerdings den Bedürfnissen psychisch Kranker nicht in ausreichendem Maße gerecht. Die Landesregierung hat hierzu in der Gesundheitsministerkonferenz entsprechende Initiativen ergriffen. Es sollten möglichst allgemeine Vereinbarungen mit den Leistungsträgern über ambulante Pflegeleistungen erreicht werden; dabei sollte eine Einbettung in Komplexangebote sowohl inhaltlich als auch strukturell angestrebt werden. Das Sozialministerium wird die Gespräche unterstützen. Im Einzelfall ist es bereit, im Rahmen der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten eine Anlaufphase zu unterstützen.

## **6.2 Sozialpsychiatrische Dienste**

Die in Baden-Württemberg flächendeckend eingerichteten und vom Land, den Stadt- und Landkreisen und den Krankenkassen gemeinsam finanziell geförderten sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wesentliches Element in der ambulanten Betreuung und ein wichtiges Bindeglied zwischen den verschiedenen Bausteinen der psychiatrischen Versorgung. Sie sollen psychisch Kranken, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezielle Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Ihre Tätigkeit umfasst damit sowohl Aufgaben der Koordination und der Daseinsvorsorge als auch Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung. Es besteht eine Vielzahl von in die örtlichen Strukturen eingebundenen Diensten, vorwiegend in freier Trägerschaft. Konzeption und Struktur haben sich insgesamt bewährt.

Die Einführung neuer Leistungselemente (Soziotherapie) wird sich auf die Aufgaben und Struktur der Dienste und deren Stellung im Hilfesystem nachhaltig auswirken. Die Dienste sollten sich auch als Anbieter an dieser neuen Aufgabe beteiligen können. Hierfür müssen sie sich in ihrer Struktur auf die neuen leistungsrechtlichen Bedingungen einstellen, damit

sie auch insoweit mit einem qualifizierten Hilfeangebot bestehen können. Es ist aber davon auszugehen, dass sie weiterhin in erheblichem Umfang Leistungen der allgemeinen Daseinsvorsorge außerhalb des Sozialleistungsrechts erbringen. Unter diesen Aspekten ist eine Überprüfung von Aufgaben, Struktur und Finanzierung notwendig. Dabei ist grundsätzlich an der gemeinsamen Finanzierung der leistungsrechtlich nicht gesicherten Aufgaben der Dienste festzuhalten.

### **6.3 Stationäre Versorgung**

Die psychiatrische Krankenhausversorgung hat mit einem Anteil von rund 10 Prozent am Gesamtbettenbestand einen gewichtigen Anteil an der allgemeinen Krankenhausversorgung. Für die Versorgung psychisch Kranker bleibt ein qualifiziertes und möglichst gemeindenahes Angebot von Krankenhausleistungen weiterhin ein unverzichtbarer Bestandteil. Träger sind psychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Vollversorgungsauftrag. Vollversorgung setzt in der Regel eine Größe der Einrichtung von mindestens 120 Betten voraus. Die Spielräume für die Schaffung zusätzlicher gemeindenaher Angebote in dieser Größenordnung sind geringer geworden.

Gemeindenaher Angebote sollen daher außer durch die Einrichtung weiterer Tageskliniken auch durch die Ausgliederung von Sektorstationen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser an Allgemeinkrankenhäusern in enger Zusammenarbeit mit dem Mutterhaus bereitgestellt werden. Dies ermöglicht es, das Ziel der Gemeindenähe mit der Forderung nach hoher fachlicher Kompetenz zu verbinden. Die Fachkrankenhäuser als Kompetenzzentren geben damit der Entwicklung einen wichtigen Impuls. Unter den verschiedenen stationären Angebotsträgern sind Kooperationsabsprachen getroffen worden, desgleichen mit Leistungserbringern im ambulanten Bereich.

In den psychiatrischen Krankenhäusern sind neben der allgemeinpsychiatrischen Versorgung ausreichend Angebote für die

Versorgung in besonderen Bereichen (Gerontopsychiatrie, Sucht, Rehabilitation/Sozialpsychiatrie, Psychotherapie) bereitzustellen. Besondere Strukturen bestehen im Bereich der Krankenhausversorgung für geistig Behinderte. Anstelle der Ausweitung stationärer Kapazitäten in zentralen Behinderteneinrichtungen soll auch hier der Weg der flexiblen Ausgestaltung von Kriseninterventions-einheiten gesucht werden.

In der Krankenhausversorgung für Suchtkranke ist auf eine gute Vernetzung dieses Angebots mit den sonstigen Behandlungsbausteinen Wert zu legen. Die Entgiftungsstationen für den niederschweligen Entzug an psychiatrischen Krankenhäusern haben sich bewährt.

Bewährt hat sich in Baden-Württemberg auch die Einbeziehung der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher in den Krankenhausbereich der Zentren für Psychiatrie. Die Schaffung von zentralen Spezialeinrichtungen wird insoweit als nicht sinnvoll angesehen.

Neben der Psychiatrie und Psychotherapie hat sich die Psychotherapeutische Medizin etabliert. Hierfür sind im Rahmen einer besonderen Krankenhausfachplanung gemeindenaher Angebote an Allgemeinkrankenhäusern bzw. psychiatrischen Fachkliniken vorgesehen.

### **6.4 Rehabilitation für psychisch Kranke**

Rehabilitation umfasst Leistungen im Bereich der medizinischen, beruflichen Rehabilitation und im sozialen Bereich. Als stationäre Angebote haben sich die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) bewährt. Daneben gewinnen ambulante Angebote an Bedeutung. Dabei ist insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer und Sozialleistungsträger auszubauen.

### **6.5 Wohnen**

Dank der gemeinsamen Bemühungen von Landeswohlfahrtsverbänden, Land und Trägern ist es gelungen, ein ausreichendes und differenziertes Angebot an Möglichkeiten für das Wohnen (Betreutes

Wohnen, Familienpflege, Wohn- und Pflegeheime) sicherzustellen. Wohnheime sollen dabei nach dem Grundsatz der Gemeindenähe als dezentrale Angebote in den Stadt- und Landkreisen zur Verfügung stehen und hier eine Versorgungsverpflichtung übernehmen. Dabei ist die Durchlässigkeit von stationärer Unterbringung in ambulante Wohnformen konzeptionell vorzusehen. Probleme bereitet die Gruppe chronisch psychisch kranker, teils älterer Menschen, für die bei oft fehlender Einstufung des Pflegebedarfs in Heimen oft keine ausreichende Versorgung geleistet werden kann. Hier werden spezielle Angebote für bestimmte Gruppen zu prüfen sein.

#### **6.6 Tagesstrukturierung**

Tagesstrukturierung und Freizeitangebote sind ein integraler und unverzichtbarer Bestandteil der Hilfen für psychisch Kranke. Nachdem seit 1.1.2000 auch die Zuständigkeit für die Hilfe in fachlich betreuten Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte bei den Landeswohlfahrtsverbänden konzentriert worden ist, ist es nun möglich, flächendeckend eine Regelfinanzierung für Tagesstätten für psychisch Kranke zu erreichen. Die Landesregierung wird die Einrichtung solcher Tagesstätten im Rahmen der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten finanziell fördern. Die Freizeitangebote im Rahmen von Clubs werden in hohem Maße von Selbsthilfegruppen (Psychiatrieerfahrene, Angehörige) getragen. Diese werden von der Landesregierung im Rahmen der Selbsthilfenförderung finanziell unterstützt.

**7.** Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat bei der psychiatrischen Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonderes Gewicht. Eine stationäre Behandlung, die das Kind aus dem Familiensystem löst, kommt nur als ultima ratio in Betracht. Daher wurde landesweit ein differenziertes ambulantes Hilfesystem entwickelt. Dank dessen ist im stationären Bereich der Bedarf derzeit weitestgehend gedeckt.

Angesichts dessen ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten besonders wichtig. Vor allem im Hinblick auf die immer wieder aktuelle Diskussion um geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten ist die weitere Verzahnung der verschiedenen Hilfen vorrangig.

**8.** Die Gerontopsychiatrie gewinnt in der Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter zunehmend an Bedeutung. In Baden-Württemberg leben schätzungsweise 80.000-100.000 Personen mit fortgeschrittener Demenz. Für die Beurteilung der Auswirkungen der Demenz ist besonders die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg wesentlich, die in den nächsten 30 Jahren eine erhebliche Zunahme von Demenzerkrankungen bei den Hochbetagten erwarten lässt. Mit dem höheren Krankheitsrisiko der ältesten Bevölkerungsgruppe geht auch wegen des zunehmenden Anteils an Alleinstehenden ein erhöhtes Versorgungsrisiko einher.

Die medizinische Versorgung gerontopsychiatrischer, auch multimorbider Patienten kann zu einem erheblichen Teil von Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Therapiezentren und sozialen Diensten erbracht werden. Angesichts dessen geht die Landesregierung nicht von einem erheblichen Zusatzbedarf an Krankenhausbetten aus (wegen der Pflege vgl. oben 6.5).

Entwicklungsmöglichkeiten in der gerontopsychiatrischen Behandlung bestehen im Ausbau krankenhausergänzender Dienste.

#### **9. Gemeindepsychiatrischer Verbund, Rahmenbedingungen**

Die psychiatrische Versorgung ist in hohem Maße geprägt durch die Notwendigkeit, vielfältige Angebote miteinander zu koordinieren und zu vernetzen. Wirksame und personenbezogene Hilfen erfordern ein am individuellen Bedarf orientiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen der verschiedenen Leistungs-

angebote. Rein institutionen-orientierte Versorgungskonzepte sind dabei nicht sachgerecht.

Dem entspricht die Zielsetzung des vom Landesarbeitskreis Psychiatrie entwickelten Konzepts eines gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV). Die Konzeption strebt an, das Netz der verschiedenen ambulanten teilstationären und stationären Angebote der psychiatrischen Versorgung enger zu knüpfen. Damit verbunden ist eine gemeinsame vertragliche Verpflichtung zur Übernahme der Versorgung für chronisch psychisch Kranke im jeweiligen Gebiet. Ressourcen sollen möglichst gemeinsam genutzt werden, um Effektivität und Effizienz der Versorgung zu verbessern. Die gemeinsame Arbeit soll gemeinsam dokumentiert werden, um so auch gemeinsame Konzepte der Qualitätssicherung zu ermöglichen.

Die Kooperation der Beteiligten ist auch schon im Rahmen der vorhandenen Hilfestrukturen möglich. Trotz ermutigender Entwicklungen in einzelnen Kreisen zeigen die bisherigen Erfahrungen jedoch, dass die Einrichtung eines umfassenden Verbundes häufig bereits an den noch immer bestehenden Vorbehalten unter den Beteiligten scheitert. Stadt- und Landkreise sind im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge primär aufgerufen, die Initiative zu ergreifen, um die weiteren Schritte zur Kooperation zu verwirklichen. Die Landesregierung ist bereit, geeignete Projekte im Rahmen der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten zu unterstützen.

In der öffentlichen Diskussion wird in diesem Zusammenhang auch die Vorlage eines Landespsychiatriegesetzes gefordert. Wie ausgeführt, sind auf diesem Wege keine Änderungen der vor allem leistungsrechtlich geprägten Rahmenbedingungen möglich; hierfür hat das Land keine Kompetenz. Ein Landesgesetz kann nur die Aufgaben und Zuständigkeiten für die Koordinierung und Planung – soweit nicht ausschließlich Leistungsträger zuständig sind – regeln; hierzu gehört auch der ggfls. notwendige finanzielle Ausgleich.

Der vorliegende Rahmenplan gibt inhaltlich und strukturelle Impulse für den Ausbau dieser Kooperation. Alle Aufgabenträger können in ihrem Verantwortungsbereich und in Kooperation mit den anderen Beteiligten das GPV-Konzept in der beschriebenen Weise über die bisherige Qualität hinaus weiterentwickeln. Auf dieser Grundlage kann die Diskussion über weitere Schritte geführt werden.

10. Dies führt zu folgenden Sätzen:

1. **Ziel der Psychiatriepolitik der Landesregierung ist es, die psychiatrische Versorgung so auszubauen und weiter zu entwickeln, dass psychisch Kranke einen gleichen Zugang zu bedarfsgerechten Hilfe- und Versorgungsangeboten haben wie somatisch Kranke.**
2. **Bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch Kranke ist vor allem die Vernetzung der bestehenden Angebote auf allen Ebenen voranzutreiben. Die Landesregierung wird die Erprobung und Realisierung solcher Kooperationsformen im Rahmen der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten unterstützen.**
3. **Für die Weiterentwicklung der Angebote für psychisch Kranke sind sowohl der wissenschaftliche Fortschritt als auch die finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens bestimmende Faktoren. Für zusätzliche Angebote müssen die notwendigen Spielräume immer wieder gewonnen werden.**
4. **Die bessere Vernetzung auch der leistungsrechtlichen Komponenten der psychiatrischen Versorgung bleibt Ziel der Landesregierung. Bis zu einer grundsätzlichen Regelung dieser Frage wird sie auf der Grundlage der bisher gewonnenen Ergebnisse auf den örtlichen**

Gegebenheiten aufbauende Konzepte zur Verwirklichung dieses Gedankens unterstützen.

5. Die Einbeziehung der Betroffenen und der Angehörigen ist auf allen Ebenen ein unverzichtbares Element. Der Abbau von Vorurteilen ist weiterhin gemeinsame Aufgabe. Die Landesregierung strebt eine flächendeckende Einführung der Institution des Patientenführers an.

#### 6. Ambulante Versorgung

a) In der ambulanten Versorgung müssen im Rahmen der Selbstverwaltung Lösungen für die notwendige Anwendung geeigneter Therapieformen, einschließlich moderner Pharmazeutika gefunden werden.

b) Im Rahmen des weiteren Ausbaus der ambulanten Hilfeangebote sollte die Zusammenarbeit nach dem Modell des ambulanten gemeindepsychiatrischen Leistungsverbundes aufgebaut werden. Es wird zu prüfen sein, inwieweit Institutsambulanzen zur Versorgung chronisch psychisch Kranker in bestimmten schweren Fällen erforderlich sind und in welcher Weise sie in die Erbringung wohnortnaher Komplexangebote eingebunden werden können. Für die Krisen- und Notfallintervention sind flächendeckende Lösungen derzeit nur auf der Grundlage des allgemeinen Notfalldienstes realisierbar. Dabei ist anzustreben, psychosoziale Leistungen in geeigneter Form in das Hilfeangebot zu integrieren. Die Leistungserbringer sollten möglichst allgemeine Vereinbarungen mit den Leistungsträgern über ambulante Pflegeleistungen schließen; dabei sollte eine Einbettung in Komplexangebote sowohl inhaltlich als auch strukturell angestrebt werden. Das

Sozialministerium wird die Gespräche unterstützen.

c) Das Sozialministerium wird gemeinsam mit den Beteiligten die Folgen der neuen Entwicklung im Leistungsrecht auf die sozialpsychiatrischen Dienste prüfen. Dazu gehören insbesondere die Überprüfung der Aufgabenbeschreibung und des Fördersystems. Die Dienste müssen sich ihrerseits in ihrer Struktur auf die neuen leistungsrechtlichen Bedingungen einstellen, damit sie auch insoweit mit einem qualifizierten Hilfeangebot bestehen können. An der gemeinsamen Finanzierung der leistungsrechtlich nicht gesicherten Aufgaben der Dienste ist festzuhalten.

7. Bei der Weiterentwicklung der stationären Angebote sind die bestehenden Ansätze für eine differenzierte gemeindenahere Versorgungsstruktur auszubauen. Die Auslagerung von Stationen bringt hierbei wichtige Impulse. Damit werden die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen künftig noch stärker in die Gesamtleistungsstruktur eingebunden werden.

8. Künftige Maßnahmen im Bereich des Wohnens sollen primär die Versorgung psychisch Behinderter möglichst im Bereich des selbständigen bzw. ambulant betreuten Wohnens sicherstellen. Differenzierte und flexible Angebote des ambulanten betreuten Wohnens ermöglichen es, die Plätze in Heimen zu begrenzen.

Bei der Einstufung des Pflegebedarfs chronisch psychisch Kranker wird die Landesregierung ihre Bemühungen für eine sachgerechte Lösung fortsetzen. Auch die Leistungsträger müssen sich dieser Problematik künftig verstärkt annehmen.

9. Entsprechend den sonstigen Bestrebungen in der psychiatrischen Versorgung sollten die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation als Komplexleistung unter Einbeziehung aller Rehabilitationsträger weiterentwickelt werden. Dabei ist insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer und Sozialleistungsträger auszubauen.
10. Die gerontopsychiatrische Versorgung, insbesondere mit qualifizierter stationärer und ambulanter Pflege, wird zunehmend wichtiger. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg lässt in den nächsten 30 Jahren eine erhebliche Zunahme von Demenzerkrankungen bei den Hochbetagten erwarten. Entwicklungsmöglichkeiten in der gerontopsychiatrischen Behandlung bestehen im Ausbau krankenhausergänzender Dienste.
11. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten besonders wichtig. Vor allem im Hinblick auf die immer wieder aktuelle Diskussion um geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten ist die weitere Verzahnung der verschiedenen Hilfen vorrangig.
12. Für die Realisierung des dem GPV-Konzept zugrundeliegenden Gedankens des Komplexleistungsverbundes geht die Landesregierung von folgendem aus:
- Wer kooperieren will, kann dies bereits jetzt.
  - Die Landesregierung wird Projekte der Zusammenarbeit zur Verwirklichung der GPV-Konzeption fördern.
  - Wo sich eine Zusammenarbeit der Beteiligten nicht erreichen lässt, werden auch andere organisatorische Konzepte zu entwickeln sein.

Ein Landesgesetz kann (nur) Aufgabe und Zuständigkeiten im Verhältnis Land-Kommunen regeln. Bei konkreter Aufgabenzuweisung in einer gesetzlichen Regelung sind finanzielle Erwartungen zu befriedigen, die umso höher sind, je detaillierter die Aufgabe umschrieben ist.

In der nächsten Legislaturperiode wird zu prüfen sein, ob die Beteiligten in der Lage sind, das GPV-Konzept in der im vorliegenden Rahmenplan beschriebenen Weise über die bisherige Qualität hinaus weiter zu entwickeln. In diesem Rahmen wäre auch die Frage einer landesgesetzlichen Regelung zu diskutieren.

## B EINLEITUNG

### GRUNDLAGEN, RAHMENBEDINGUNGEN, ZIELE UND BETEILIGTE

#### 1. Der Psychiatrieplan bündelt unterschiedliche Planungsebenen

Ziel aller Bemühungen um den Ausbau und die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist es, psychisch kranken Menschen einen gleich guten Zugang zu ihren Bedürfnissen entsprechenden Hilfen zu ermöglichen, wie er für somatisch Kranke selbstverständlich ist. Die Landesregierung stimmt in dieser Zielsetzung mit allen an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligten überein. Die seit der Psychiatriereform ab 1975 geforderte Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken konnte dank der gemeinsamen Anstrengungen von Maßnahmeträgern, Leistungsträgern und der Landesregierung wesentlich vorangebracht werden. Die Versorgung psychisch Kranker hat in Baden-Württemberg einen beachtlichen Stand erreicht. Sowohl in der Ausgestaltung leistungsrechtlicher Ansprüche wie auch im konkreten Zugang zu einzelnen Hilfen und Angeboten sind aber noch weitere Verbesserungen nötig und möglich.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist eingebettet in die Rahmenbedingungen des gesamten Gesundheits- und Sozialsystems. Bestimmende Faktoren ergeben sich insoweit aus der Endlichkeit der insgesamt verfügbaren Ressourcen. Finanzierungsprobleme bestehen in allen Leistungsbereichen. Die in diesem Zusammenhang geführte Wirtschaftlichkeitsdiskussion vor dem Hintergrund der Lohnkostenproblematik und der demographischen Entwicklung zwingt alle Beteiligten, notwendige Hilfen patientenorientiert, aber auch mit größtmöglicher Effizienz zu gestalten.

Dies ist unerlässlich, um z. B. die Spielräume für den Einsatz neuer Therapieformen, neuer Arzneimittel und neuer Versorgungsangebote zu gewinnen. Für die von den Leistungserbringern beklagten finanziellen Engpässe, besonders in der Versorgung psychisch Kranker, müssen in diesem Rahmen Lösungen gefunden werden.

Ziel dieses Psychiatrieplans ist es, das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufzuzeigen, Defizite in den einzelnen Bereichen darzustellen und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung zu beschreiben.

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich<sup>2</sup> geht in ihren Empfehlungen

davon aus, dass "aufbauend auf ihrer generellen Berechtigung und Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsversorgung für alle Bürger die kommunalen Gebietskörperschaften (Stadt- und Landkreise) stärker als bisher politische Verantwortung dafür übernehmen (sollen), dass auch ihre psychisch kranken und behinderten Bürger in ihrer Gemeinde leben können und dort angemessene Hilfe finden." Somit werden wesentliche Aufgaben der Psychiatrieplanung als integraler Bestandteil der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung angesehen; dabei kommt dem Zusammenwirken insbesondere mit Kostenträgern und freien Trägern besondere Bedeutung zu.

---

<sup>2</sup> "Empfehlungen zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich" der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988

### **Unterschiedliche Planungsinstrumente**

Die Planungsinstrumente unterscheiden sich dabei nach Trägerschaft, Inhalt und formaler Wirksamkeit wesentlich.

Für den stationär-klinischen Teil der Versorgung werden die notwendigen Planungsdaten durch die Krankenhausplanung des Landes gesetzt (§§ 4 ff. LKHG). Insoweit ist das Land letztverantwortlicher Träger der Planungshoheit. Die Entscheidungen setzen die notwendigen Strukturen der Krankenhausversorgung verbindlich fest. Sie sind zugleich maßgebliche Grundlage von Förderentscheidungen nach dem KHG und für die Pflegegesetzvereinbarungen nach der Bundes-PflegesatzVO. Aber auch hier wird durch die Erörterung planerischer Entscheidungen auf Kreisebene den Erfordernissen regionaler Beteiligung und den speziellen örtlichen Versorgungsstrukturen angemessen Rechnung getragen.

Im außerklinischen Bereich bestehen vielfältige Zuständigkeiten für die Planung sowohl bei den Versorgungsstrukturen wie auch bei den verschiedenen Angeboten und Maßnahmen. Die einzelnen Aufgabenträger sind selbst auch autonome Träger der Planungskompetenz. In diese kann von anderer Seite nicht eingegriffen werden. Andererseits sind die Sozialleistungsträger verpflichtet, sich bei ihren Planungen abzustimmen. Hierdurch wird die Sachnähe der einzelnen Träger in die Komplexität der gesamten Struktur eingebracht. Aus der Eigenständigkeit der einzelnen Aufgabenträger folgt, dass diese gemeinsame Lösungen für komplexe Fragestellungen – wie die Versorgung psychisch Kranker – finden müssen. So wenig ein Aufgabenträger Planungsentscheidungen eines andern Trägers an sich ziehen kann, so wenig kann eine Planungsentscheidung von Landesseite die Gesamtstruktur darstellen. Dies wäre unabhängig von der rechtliche Betrachtung auch nicht sachgerecht. Vielmehr geht es darum, für eine kontinuierliche und differenzierte Fortentwicklung der bestehenden Angebote den richtigen

Rahmen zu finden. Unberührt bleibt dabei ebenso die Planungszuständigkeit der Sozialleistungsträger gemäß § 17 SGB I wie die Planung seitens der Landeswohlfahrtsverbände z.B. im außerklinischen stationären Bereich und im Bereich des Wohnens. Diese Stellen sollen gemäß § 95 SGB X ihrerseits die jeweiligen Gebietskörperschaften insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligen.

Die Planungsfunktion der kommunalen Ebene für Aufgaben der außerklinischen Psychiatrie ergibt sich aus der Zuständigkeit für die allgemeine Daseinsvorsorge für ihre Einwohner (§§ 1 und 2 Gemeindeordnung und Landkreisordnung), zu der auch die regionale Sozialplanung gehört. Da nur auf kommunaler Ebene die Notwendigkeit bzw. der Bedarf hinsichtlich der Versorgungsangebote geprüft und beurteilt werden kann, bleibt es dem kommunalen Aufgabenträger unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten überlassen, ob, wann, wie und von wem die Aufgabe wahrgenommen werden soll. Die letzte Entscheidung liegt jeweils im pflichtgemäßen Interesse der kommunalen Organe. Diese Planungs- und Gewährleistungsverpflichtung belässt der kommunalen Seite jedoch einen Spielraum bei der Aufgabenerledigung.

### **Folgerungen für die Psychiatrieplanung**

Für das Zusammenwirken aller Sektoren und Ebenen der psychiatrischen Versorgung kann es angesichts dessen kein nach Grundlage, Trägerschaft, Ziel und Verbindlichkeit einheitliches Planungsinstrument geben.

Daher ist es weder sinnvoll noch möglich, im außerklinischen Bereich die Weiterentwicklung im Rahmen einer förmlichen Landesplanung zu betreiben, zumal sich in den Teilbereichen die Planung auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Instrumenten vollzieht. Eine zentralisierte Planung auf Landesebene würde – insoweit anders als für den stationären Bereich – den gewachsenen

und nach den örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnissen entwickelten Bestand an Angeboten und Einrichtungen unangemessen nivellieren und damit auch Entwicklungsmöglichkeiten behindern. Zudem würden sich bei den bestehenden Entwicklungstendenzen laufend formale Anpassungsbedürfnisse ergeben und die Beteiligten vor unnötige Probleme stellen. Dazu steht es nicht im Widerspruch, wenn mit einer Rahmenplanung im Sinne der vorliegenden die Versorgung dargestellt und Möglichkeiten der weiteren Entwicklung beschrieben werden. Diese Rahmenplanung entspricht der gesundheitspolitischen Gesamtverantwortung des Landes; sie bezieht gleichzeitig die eigenverantwortlichen anderen Aufgabenträger ein. Außerhalb der förmlichen Planungskompetenz des Landes ist angesichts dessen auf die Festschreibung konkreter Planziele zu verzichten.

Wesentliche Aufgabe dieser Planung ist es daher, den Rahmen und die Ziele für die weitere Entwicklung der Hilfen für psychisch Kranke nach Inhalt und Struktur in den wesentlichen Funktionen und in ihrem Zusammenspiel zu beschreiben. Soweit eine unmittelbare Landeskompetenz für die Festlegung nicht gegeben ist, wird die Planung Richtschnur für das gesundheitspolitische Handeln des Landes sein. Dies gilt nicht zuletzt etwa für Inhalt und Umfang von Förderleistungen. Sie soll auch zielweisend sein für das Zusammenwirken der verschiedenen Aufgabenträger, selbstverständlich unbeschadet deren eigenverantwortlicher Zuständigkeit. Der Landespsychiatrieplan wird in Fortsetzung des vorliegenden Planes regelmäßig fortgeschrieben.

---

## 2. Psychiatriepolitische Ziele und Perspektiven; Grundsätze der Versorgung: Leitbilder, Ziele

Wichtige Impulse erhielt die Psychiatrie durch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988, an denen die Landesregierung sich mit ihren landespolitischen Grundsätzen für den Ausbau von psychiatrischen Versorgungsstrukturen eng orientiert.

Grundsätze für den Ausbau von psychiatrischen Versorgungsstrukturen

- Gleichstellung körperlich und psychisch Kranker
- Aufbau eines bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgungssystems
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems

### **Gleichstellung psychisch erkrankter mit somatisch erkrankten Menschen**

Die Bemühungen um die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Erkrankten wurden in vielen Bereichen fort-

gesetzt. Die Benachteiligung bei der Verteilung von und beim Zugang zu den erforderlichen Ressourcen konnte seit der Psychiatriereform in hohem Maße abgebaut werden. Im stationären Bereich wurden durch Umschichtung von Bettenkapazitäten in bestimmten Regionen eigenständige psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern errichtet; damit konnte eine Annäherung der Versorgung psychisch kranker Menschen an die Verhältnisse somatisch erkrankter Menschen erreicht werden. Demgegenüber sind in anderen Bereichen der psychiatrischen Versorgung noch immer Unterschiede im Sinne einer Benachteiligung psychisch kranker gegenüber somatisch kranken Menschen zu verzeichnen. Hierbei sind weniger die gesetzlichen Vorgaben gemeint, sondern vielmehr die teilweise von irrationalen Befürchtungen herrührenden Benachteiligungen psychisch kranker Menschen im Lebensalltag, nicht zuletzt bei den Versuchen der Reintegration

Betroffener ins Arbeitsleben. Aber auch gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen sind für die Gleichstellung körperlicher Erkrankungen mit psychischer Erkrankung noch verbesserungswürdig; bestes Beispiel hierfür bietet die noch immer unzureichende Berücksichtigung von Beeinträchtigungen infolge seelischer Störungen bei der Zuordnung des Hilfebedarfs im Rahmen der Pflegeversicherung.

Die Politik der Landesregierung wird weiterhin darauf gerichtet sein, die Gleichbehandlung psychisch kranker Menschen sowohl auf gesetzlicher Ebene wie auch bei der Ausgestaltung der Versorgungselemente zu verwirklichen.

### **Ambulant vor stationär**

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist ein wesentliches Element bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, sofern ambulant vorgehaltene Angebote eine stationäre Behandlung qualitativ in gleichem Umfang ersetzen können. Noch sind im Bereich der ambulanten Versorgung psychisch Kranker nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Zwar wurde die außerklinische Versorgung durch Ausbau von ambulanten Diensten und Einrichtungen erheblich verbessert, doch ist das Ziel, allen die Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen, um dauerhaft in ihrem Heimatkreis bzw. ihrer Heimatgemeinde innerhalb der vorhandenen familiären Anbindungen integriert leben zu können, noch nicht in allen Bereichen erreicht. Bei der dafür notwendigen Umstrukturierung ist allerdings zu beachten, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht die umfassende Vermeidung stationärer Behandlung bedeutet. Es geht dabei vielmehr darum, dem Betroffenen die am wenigsten einschneidende wirksame Behandlung zukommen zu lassen; dies bedeutet: ambulant immer da, wo dies für die Behandlung genügt, und

stationär, wenn damit dem Patienten besser oder nachhaltiger geholfen werden kann. Nach dieser Maßgabe sind stationäre Aufenthalte bei entsprechender Indikation nach wie vor unverzichtbarer Bestandteil eines Gesamtbehandlungskonzepts.

Um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ voll zur Geltung zu bringen, ist ein Angebot von ambulanten bzw. teilstationären Komplexleistungen aus verschiedenen Fachdiensten zu schaffen. Bisher werden solche aufeinander abgestimmten und unter einer gemeinsamen Leitung durchgeführten Leistungen überwiegend nur in stationären Einrichtungen vorgehalten. Dies entspricht allerdings nicht den Bedürfnissen der Betroffenen, die auch im ambulanten Bereich von der Erbringung verschiedener Leistungen „aus einem Guss“ profitieren können. Die bisher bestehenden Schwierigkeiten bei ambulant zu erbringenden Komplexleistungen ergeben sich aus den Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger. Um aus dem Spektrum Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflegeleistung mehrere Leistungen koordiniert anbieten zu können, sind neue Formen der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Finanzierung zu entwickeln, die auch ambulant das Erbringen komplexer Leistungen erleichtert.

### **Gemeindenahe Versorgung**

Das Sozialministerium setzt sich für das Prinzip einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ein. Die wohnortnahe psychiatrische Versorgung trägt während der akuten Erkrankung, die einen stationären Aufenthalt notwendig macht, zur Erhaltung der sozialen Bezüge und somit zu einer rascheren Reintegration des Betroffenen bei. Genauso ist nach Abschluss der Akutbehandlung für außerklinische Angebote, die die berufliche und soziale Integration fördern, ein zum

Wohnort möglichst nahe gelegenes Angebot zu fordern. Dies gilt entsprechend auch für Nachsorgeeinrichtungen wie z.B. Wohnheime für psychisch kranke Menschen. Allerdings bedeutet das nicht, dass alle Versorgungselemente und alle Angebote aus den Bereichen der Psychiatrie in Wohnortnähe vorgehalten werden können. In einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg sind die Aspekte Gemeindenähe, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit nicht immer in allen Regionen gleichzeitig zu realisieren. Gleichwohl tritt das Land auch im stationären Sektor weiter für eine gemeindenahere Versorgung ein, unbeschadet der unverzichtbaren Funktion der Fachkrankenhäuser als Kompetenzzentren. So kann eine akutpsychiatrische stationäre Grundversorgung auch in strukturschwächeren Regionen z.B. in Form einer Krisen- und Notfalleinheit oder einer Tagesklinik angeboten werden. Grenzen werden dann erreicht, wenn spezifische Behandlungsangebote aus fachlichen Gründen eine Zentralisierung erforderlich machen, um eine sinnvolle Größe therapeutischer Gruppen zu erhalten oder wenn aus Kapazitätsgründen überregional Versorgungsschwerpunkte gebildet werden müssen. Für die Beurteilung von Gemeindenähe gilt unter besonderer Berücksichtigung auch ländlicher Regionen grundsätzlich, dass das Angebot innerhalb von maximal 45 Minuten mit privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein soll.

#### **Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems**

Ziel ist der Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems, das allen Be-

troffenen den Zugang zu der von den Erfolgsaussichten und vom Kostenaufwand günstigsten Therapieform eröffnet. Ein gemeindenahes und patientenorientiertes Versorgungssystem vermindert die Belastungen für den Betroffenen und seine Angehörigen und optimiert zugleich die Behandlung und Wiedereingliederung. Die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems soll Mehrfachbetreuungen und Fehlplatzierungen vermeiden helfen und die Kontinuität der Behandlung über mehrere Institutionen hinweg gewährleisten.

Die Vernetzung aller Versorgungselemente und Hilfeangebote ist angesichts dessen vorrangige Aufgabe. Sie dient den Interessen der Betroffenen in doppelter Hinsicht: Einmal, indem sie die Betroffenen nicht unnötig belastet; zum andern dadurch, dass sie vorhandene Ressourcen zielgerichtet optimiert und damit zugleich dazu beiträgt, Spielraum für notwendige Weiterentwicklungen zu erhalten. Die psychiatrische Versorgung kann sich damit im Kontext der Gesamtrahmenbedingungen weiterentwickeln.

Im Ganzen geht es darum, den Grundsatz der Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen sowohl in rechtlicher und finanzieller als auch in sozialer Hinsicht umzusetzen und die psychiatrische Versorgung - einschließlich der Krankenhäuser - in das bestehende Gesamtversorgungssystem der allgemeinen Gesundheitsversorgung weiter zu integrieren.

## **C ALLGEMEINER TEIL**

### **ENTWICKLUNG VON PATIENTENORIENTIERTEN HILFEN UND VERSORGUNGSSTRUKTUREN**

#### **1. Wesentliche Schritte der Entwicklung:**

##### **Psychiatrieenquête, Expertenkommission, Modellprogramm Baden-Württemberg**

Seit der so genannten Psychiatrie-Enquête im Jahre 1975 hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland nachhaltig verbessert. In dem Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wurden die Versorgungssituation in umfassender Form dargestellt und die bestehenden Defizite aufgezeigt. Kritisch bewertet wurden vor allem die damals noch stark kustodial ausgerichteten psychiatrischen Großkrankenhäuser, die abseits ihres zentralen Einzugsgebietes nicht selten 500 bis 1000 Betten vorhielten. Die Sachverständigenkommission empfahl 1975 (BT-DS 7/4200) deshalb vor allem die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung von einer zentralen Versorgung in Großkrankenhäusern hin zu einer dezentralen, gemeindenahen Versorgung. Dabei sollten vermehrt psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet werden. In Baden-Württemberg konnten in Anlehnung an diese Empfehlung inzwischen über 1000 Betten und Plätze in eigenständigen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern neu geschaffen werden. Ferner wurde die stationäre Versorgung in den verbleibenden Fachkliniken weitgehend regionalisiert und Aufnahmegebieten zugeordnet (Sektorstationen), um auch strukturell die Zuordnung und Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erleichtern.

Zahlreiche staatliche Forschungsprogramme und Modellvorhaben zur Verbesserung der Stellung psychisch kranker Menschen und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wurden realisiert.

Zwischen 1982 und 1987 wurden im Landesprogramm Psychiatrie Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der außerstationären Psychiatrie insgesamt 41 Modelleinrichtungen gefördert und wissenschaftlich begleitet, um innovative Versorgungskonzepte zu erproben. Zum Beispiel wurden zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung zahlreiche außerklinische Einrichtungen und Dienste aufgebaut. Auch die landesweite Einrichtung von Sozialpsychiatrischen Diensten geht auf das Programm zurück.

Als wesentliche Elemente der außerklinischen Versorgung sind in allen Stadt- und Landkreisen sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet. Daneben bestehen insbesondere Tagesstätten, Wohn- und Übergangseinrichtungen, Wohngemeinschaften für seelisch Behinderte, Werkstätten, arbeitstherapeutische Einrichtungen mit beschützenden Arbeitsplätzen und ambulante psychiatrische Pflegedienste. Dieses Angebot wird ergänzt durch Patienten- und Freizeitclubs, Kontakt- und Selbsthilfegruppen sowie Angehörigenclubs und Angehörigengruppen.

Dank des Auf- und weiteren Ausbaus der komplementären außerstationären Strukturen konnten im Zuge eines anhaltenden Enthospitalisierungsprozesses Langzeitpatienten und Dauerbewohner der Psychiatrischen Großkrankenhäuser in Baden-Württemberg reintegriert und dadurch die Zahl der Betten deutlich reduziert werden.

### **Wesentliche psychiatriepolitische Schritte in Baden Württemberg seit dem Landesmodellprogramm**

- 1986 Richtlinien für die Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg
- 1988 Abschlussbericht zum Landesmodellprogramm Baden-Württemberg
- 1991 Konzeption Tagesstätten für Psychisch Kranke und Behinderte
- 1993 Zustimmung der Landesregierung zum Planungskonzept für Psychiatrische Tageskliniken in Baden-Württemberg
- 1994 Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes
- 1994 Konzeption Patientenfürsprecher
- 1995 Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie
- 1995 Landespflegegesetz
- 1997 Beschluss des Landeskrankenhausausschusses zum Ausbaubedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1997 Konzept zur Auslagerung von Stationen bzw. Abteilungen psychiatrischer Fachkrankenhäuser an Allgemeinkrankenhäuser
- 1998 Rahmenkonzeption zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin
- 1999 Eckpunktepapier des Sozialministeriums zu einem Landespsychiatrie-Gesetz
- 2000 Bündelung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe bei den Landeswohlfahrtsverbänden im AGBSHG

### **Medizinischer Fortschritt**

Die Frage des zukünftigen Bedarfs an Hilfe- und Versorgungsangeboten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und der dafür erforderlichen Strukturen darf sich nicht alleine an den derzeit existierenden Versorgungselementen und dem heutigen Wissensstand orientieren. Durch den raschen medizinischen Fortschritt ist der Bedarf realistisch kaum über einen länger als 10 Jahre währenden Zeitraum abzuschätzen. Als Ergebnis der intensiven medizinischen und psychologischen Forschung können neue Erkenntnisse über die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen und die darauf abzielende Entwicklung neuer Behandlungsmethoden den Bedarf an Hilfeangeboten rasch verändern. In einem Zeitalter, in dem der genetische Code des Menschen entschlüsselt werden konnte, sind auch grundlegende Verän-

derungen in der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen mit unter Umständen erheblichen Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung denkbar. Auch wenn bei der Entstehung psychischer Erkrankungen heute von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen werden muss, ist es nicht abwegig zu hoffen, dass krankheitsauslösende Faktoren - seien es neurobiologische, genetische oder psychosoziale - genauer definiert und einer gezielten Behandlung zugänglich gemacht werden können. Zwar werden psychische Erkrankungen nicht von einem Tag auf den anderen heilbar sein, doch kann das Verständnis über die Entstehung und die an der Fortdauer der Erkrankung beteiligten Prozesse dazu beitragen, noch effizientere Behandlungsmethoden zu finden.

## 2. Merkmale der psychiatrischen Versorgung

### 2.1 Bedeutung und Auswirkungen psychischer Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankungen sind der Weltgesundheitsorganisation zufolge mit 10,5% die dritthäufigsten Erkrankungen. Psychische Erkrankung kann unabhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialer Stellung usw. bei jedem Menschen auftreten. Die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung wird je nach Erhebungsmethode und Falldefinition sehr unterschiedlich angegeben. Die weite Spanne der in epidemiologischen Untersuchungen genannten Prävalenzraten macht es schwierig, exakte Versorgungskonzepte für die Gesundheitspolitik zu erstellen. Es wird davon ausgegangen, dass 18% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer leichteren Störung ohne wesentliche Beeinträchtigung leiden. Bei immerhin 6% liegen allerdings schwerere psychische Störungen vor, die eine umfangreiche Hilfe und fachärztliche Behandlung notwendig machen. Dies bedeutet für Baden-Württemberg, dass 625.000 Menschen pro Jahr an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden.<sup>3</sup>

Die zu erwartende Verschiebung in der Alterspyramide unserer Bevölkerung wird zu einer Zunahme von Fällen psychischer Erkrankung im Alter führen. Inwieweit sich hieraus in Zukunft ein Mehrbedarf an psychiatrischen Versorgungsangeboten ergibt, oder ob die Veränderung lediglich eine Verlagerung der Schwerpunkte innerhalb der bestehenden Strukturen notwendig werden lässt, ist heute noch nicht vorauszusagen und hängt mitunter vom medizinischen Fortschritt und von der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ab. Mit Sicherheit sind jedoch die Bemühungen um eine den Bedürfnissen entsprechende außerklinische Be-

treuung der älteren Bevölkerung unter Berücksichtigung psychiatrischer Begleiterkrankungen zu intensivieren.

#### **Steigende Krankenhaus-Häufigkeit gegenüber sinkenden Verweildauern**

Wichtige Hinweise zum Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfeleistungen ergeben sich indirekt aus der vom Statistischen Landesamt erfassten Krankenhaushäufigkeit in der Bevölkerung. 1997 wurden laut Erhebung des Statistischen Landesamtes insgesamt 58.484 Patienten in Psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen aufgenommen. Daraus errechnet sich im Bereich Psychiatrie eine Krankenhaushäufigkeit von 58 Aufnahmen pro 10 000 Einwohner. Die Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung stieg in den letzten zehn Jahren im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie von 48 auf 58 pro 10 000 Einwohner an. Für diese Zunahme um 20% kommen u.a. die steigende Zahl der älteren Menschen mit Zunahme psychischer Störungen im Alter, Zunahme schwererer Krankheitsbilder im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Zunahme von Suchterkrankungen in Frage. Als weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist z.B. die niedrigere Schwelle bei Inanspruchnahme stationärer Angebote in Betracht zu ziehen.

Gleichzeitig konnte in den letzten Jahren durch den Ausbau ambulanter/außerklinischer Hilfeangebote die durchschnittliche Verweildauer wesentlich verkürzt werden. Die rückläufige Verweildauer psychisch kranker Patienten und Patientinnen bei der stationären Behandlung - inzwischen durchschnittlich unter 40 Tagen mit weiter sinkender Tendenz - konnte nur durch tragfähige ambulante Strukturen erreicht werden. Eine Entlassung aus

---

<sup>3</sup> Quellen: Schlussbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim zum Landesmodellprogramm Baden-Württemberg 1987; Dilling et al. 1984

der vollstationären Behandlung ist so früh wie möglich anzustreben. Dabei ist jedoch zu beachten, dass frühe Entlassungen aus einer stationären Behandlung nur dann sinnvoll sind, wenn ausreichend alternative Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und der Betroffene von der zeitigen Entlassung profitiert. Das bedeutet, dass sowohl der Gesundheitszustand als auch individuell unterschiedliche soziale Umgebungsfaktoren den Zeitpunkt der Entlassung aus der vollstationären Behandlung bestimmen. Dies hat auch zur Konsequenz, dass fallgruppenbezogene pauschalierte Vergütungen von Krankenhausleistungen bei psychischen Erkrankungen nicht problemlos angewandt werden können.

#### **Hohe volkswirtschaftliche Kosten psychischer Erkrankungen**

Psychische Erkrankung geht für den Betroffenen mit großer gesundheitlicher Belastung einher und bedeutet zugleich für ihn und seine Angehörigen großes menschliches Leid, zumeist gekoppelt mit erheblichen sozialen und finanziellen Einschränkungen. Psychische Erkrankungen verursachen darüber hinaus beachtliche direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft. Empirische Daten über die Kosten der psychiatrischen Versorgung insbesondere chronisch psychisch kranker Menschen sind in Deutschland selten. Die näher untersuchten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis verursachen mit die höchsten volkswirtschaftlichen Kosten innerhalb der Psychiatrie<sup>4</sup>. Die Behandlung und Betreuung der an Schizophrenie erkrankten Menschen beansprucht ca. 50% der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewandten Mittel. Nur 30% der durch die Schizophrenie verursachten Gesamtkosten entfallen jedoch auf

die direkte medizinische Behandlung und rehabilitative Krankenversorgung. Zu den direkten Behandlungskosten sind die Folgekosten hinzuzurechnen, die sich aus Erwerbsunfähigkeit und dem Bedarf an sozialer Unterstützung ergeben. 1998 wurden in Deutschland fast 4000 Männer und 3500 Frauen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund einer schizophrenen Psychose berentet. Das Alter bei Rentenbeginn lag durchschnittlich bei Männern bei 39 Jahren, bei Frauen bei 42 Jahren. In Vergleich dazu lag das Berentungsalter bei nicht psychotischen Störungen durchschnittlich geschlechtsunabhängig bei 50 Jahren. Insgesamt wurden 1998 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit fast 52.000 Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung durchgeführt.<sup>5</sup>

Hochrechnungen in einer 1998 veröffentlichten deutschen Studie ergaben, dass ein an einer schizophrenen Psychose erkrankter Patient 241 Tage eines Jahres zu Hause, 51 Tage in einem Pflegeheim, 47 Tage in einer Einrichtung des betreuten Wohnens, 22 Tage in stationärer Behandlung und 3,4 Tage in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation lebt. Eine Untersuchung des Zentralinstituts für seelische Gesundheit zeigt, dass bei einem quantitativ und qualitativ erheblich verstärktem Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung die direkten gemeindepsychiatrischen Versorgungskosten von Patienten mit einer Schizophrenie auch auf lange Sicht die Kosten einer Dauerunterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus nicht übersteigen.

#### **Selbsttötung**

Psychische Erkrankung stellt für sich ein erhöhtes Risiko für Suizidalität dar. Andere Faktoren sind z.B. schwere körperliche Erkrankung, Missbrauch von Suchtmit-

---

<sup>4</sup> Salize, H.-J. Rössler W., Reinhard I. (1998) Kosten und Kosten-Wirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie

<sup>5</sup> Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherer in "Daten des Gesundheitswesens 1998", Hsg. BMG

teln, Verlust von Bezugspersonen, Arbeitslosigkeit, höheres Alter. Männer führen 2,7-fach häufiger als Frauen einen Suizid durch, während bei Frauen Suizidversuche überproportional vorkommen. Die Erklärung dieser Diskrepanz über soziale Rollentheorien stellt sicher nur einen Teilaspekt der geschlechtsabhängigen unterschiedlichen Suizidziffern dar. Insgesamt suchen in Baden-Württemberg jährlich ca. 1600 Menschen (Stand 1996) den Freitod. Die Sterblichkeit aufgrund von Selbsttötung lag 1992 bei Männern in Baden-Württemberg unter 65 Jahren bei fast 19 je 100.000 Einwohner, bei Frauen bei 7 je 100.000 Einwohner. 1994 wurden in Baden-Württemberg 50 Todesfälle durch Selbsttötung bei Jugendlichen unter 20 Jahren registriert. Nachdenklich stimmt auch die über einen Beobachtungszeitraum von mehreren Jahren stabil hohe Ziffer von ca. 80 Suiziden je 100.000 bei über 65-Jährigen. Auch hier zeigt sich eine gegenüber Frauen fast 3-mal höhere Häufigkeit bei Männern. Dies lässt sich als Hinweis dafür deuten, dass im Bereich der Gerontologie und Gerontopsychiatrie noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen, um diesem Personenkreis ausreichende Unterstützung und Hilfen zur Bewältigung altersspezifischer Probleme zukommen zu lassen. Dies ist ein wichtiger Aspekt der Prävention, die sich v.a. auf die engere Lebenssituation des Betroffenen richten muss.

Der Prävention widmen sich in Baden-Württemberg in vorbildlicher Weise die Arbeitskreise Leben (AKL). Als wichtige Anlauf- und Beratungsstelle werden sie vom Land mit zuletzt DM 510.000 pro Jahr gefördert. Flächendeckend bieten fest angestellte therapeutisch-pädagogische Fachkräfte und ehrenamtliche Helfer Hilfestellungen in Krisensituationen an.

## **Stationäre Behandlung psychisch Kranker aufgrund besonderer Rechtsvorschriften**

### ▪ ***Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz (UBG)***

Eine akute schwere psychische Erkrankung oder Behinderung kann zu einer Eigen- oder Fremdgefährdung führen. In dieser Ausnahmesituation, die von dem hinzugezogenen Arzt ein hohes Maß an Sorgfalt und Einfühlungsvermögen in die Situation des Betroffenen und dessen Umgebung erfordert, kann es geboten sein, den Betroffenen in einem Krankenhaus auch gegen seinen Willen unterzubringen und zu behandeln. Eine derart weit reichende Entscheidung bedarf einer gesetzlichen Grundlage und eines rechtsstaatlichen Verfahrens. Für alle Beteiligten stellt ein solches Verfahren eine besondere Belastung dar; es kann nur unter dem Gesichtspunkt in Kauf genommen werden, dass der Betroffene wegen seiner gegenwärtigen Erkrankung einen Anspruch auf angemessene Hilfe und Behandlung hat.

Neben einer Unterbringung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches haben daher alle Bundesländer über landesgesetzliche Regelungen die Möglichkeit geschaffen, Gerichte über Unterbringungsanträge der unteren Verwaltungsbehörde bzw. eines Krankenhauses, in dem sich der Betroffene befindet, entscheiden zu lassen. Die entsprechende Grundlage bietet in Baden-Württemberg das Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz-UBG) in der Fassung vom 2. Dezember 1991. Eine Unterbringung ist nur in hierfür besonders anerkannten Einrichtungen möglich (§ 2 UBG).

Die einzelnen Regelungen des Unterbringungsgesetzes Baden-Württemberg haben sich in der Praxis insgesamt bewährt; dies gilt auch für die nach § 4 UBG mögliche fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung durch eine anerkannte Einrichtung bis spätestens zum Ablauf des dritten Tages nach der Aufnahme oder

Zurückhaltung. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Betroffenen häufig nach kurzer Zeit in der anerkannten Einrichtung einen freiwilligen Aufenthalt wählen. Angesichts der Belastungen, die mit einem gerichtlichen Verfahren verbunden sind, soll den Betroffenen diese Möglichkeit erhalten bleiben.

#### ▪ **Maßregelvollzug**

Eine weitere Form der stationären Behandlung psychisch Kranker aufgrund besonderer Rechtsvorschriften ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Der Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB hat die Aufgabe, die zum Risiko gewordene psychische Erkrankung, die ursächlich für das begangene Delikt war und die weitere Taten erwarten lässt, so zu behandeln, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit nicht befürchtet werden muss.

## **2.2 Bedürfnisse der Zielgruppe**

Die in der Einleitung angesprochenen psychiatriepolitischen Ziele entsprechen den spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppe. Eine optimale Gesundheitsversorgung der Menschen, die an einer psychischen Störung erkranken oder an den Folgen einer psychischen Erkrankung leiden, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Versorgung eines somatisch erkrankten Menschen. Zwar gab es ermutigende Erfolge der Medizin bei der Weiterentwicklung therapeutischer Verfahren in der Behandlung auch schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder; auch haben Krankheitsbilder wie die schizophrene Psychose dank des Behandlungsfortschritts ihren Schrecken von früher verloren. Dennoch neigen psychische Erkrankungen vor allem bei unzureichender Behandlung dazu, einen chronischen Verlauf mit einschneidenden sozialen und wirtschaftlichen Folgen für den Betroffenen zu nehmen.

## **2.2.1 Behandlung und Prävention**

### **Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten**

Mit der Befreiung von 40 Geisteskranken von ihren Ketten während der französischen Revolution leitete der französische Psychiater Pinel mit seinem Schüler Esquirol 1793 in Paris eine humane Behandlung psychisch Kranker ein. Ein besonderes Verdienst war die Abschaffung von Vergeltungsmaßnahmen gegen gewalttätig gewordene psychisch Kranke. Mit zunehmendem Interesse widmete sich die Medizin der Erforschung der Ursachen psychischer Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten. Bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurden die Grundsteine für die Psychotherapie und die Sozialpsychiatrie gelegt und erste, allerdings sehr unspezifische medikamentöse Behandlungsversuche unternommen. Nach einer unheilvollen Zeit während des NS-Regimes, in der die Gewalt gegen psychisch Kranke durch Vernichtungsmaßnahmen einen bisher nicht erlebten Höhepunkt erlangte, zeichnete sich mit Entdeckung der Neuroleptika seit etwa 1950 bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, insbesondere der schizophrenen Psychosen, eine entscheidende Wende ab. Dank der Psychopharmaka konnte sich aus den Verwahranstalten eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte zeitgemäße Versorgung mit den Behandlungsmethoden einer modernen Psychiatrie entwickeln. Zu den wesentlichen Behandlungstechniken in der Psychiatrie zählen heute das ärztliche Gespräch, die psychotherapeutische Behandlung, sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden und somatisch-biologische Therapieformen unter Einbeziehung aller beteiligten Fachkräfte in multiprofessionellen Teams. Die Entwicklung neuerer Psychopharmaka mit geringeren Nebenwirkungen lassen hoffen, den Betroffenen in Zukunft zu noch mehr Lebensqualität verhelfen zu können. Besser verträgliche Medikamente würden es den Kranken erleichtern, durch Aufrechterhaltung einer eventuell

notwendigen längerfristigen medikamentösen Prophylaxe zur Behandlung der Krankheitssymptome beizusteuern. Dabei gilt es zu vermeiden, dass diese neuen Arzneimittel aus Kosten- und Budgetgründen den Patienten nicht im erforderlichen Maße zur Verfügung gestellt werden.

### **Prävention**

Die **Prävention** psychischer Erkrankungen gewinnt mit der zunehmenden Erforschung krankheitsauslösender Faktoren an Bedeutung. Die medizinische Prävention unterscheidet zwischen

- **Primärprävention**, d.h. Maßnahmen zur Vermeidung des erstmaligen Auftretens einer psychischen Störung,
- **Sekundärprävention**, d.h. Bemühungen zur möglichst frühen Erfassung und Behandlung psychischer Störungen und zur Verhinderung der Wiedererkrankung und
- **Tertiärprävention**, d.h. Maßnahmen, die zur Verminderung des Ausmaßes an Folgen psychischer Erkrankung beitragen.

Die **Primärprävention** beschränkt sich weitgehend auf unspezifische Maßnahmen in der Psychohygiene und medizinischen Prophylaxe. Sie beginnt mit der Vermeidung von schädlichen Einflüssen bereits während der Schwangerschaft und setzt sich in der Vermeidung von Traumatisierungen fort. Zur Primärprävention zählen im weiteren Sinne auch die Früherkennung von Stoffwechselstörungen oder Impfungen gegen Infektionskrankheiten, mithin Erkrankungen, die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Menschen haben können. Die Primärprävention erstreckt sich auch auf Initiativen und Informationskampagnen mit dem Ziel, die psychosoziale Entwicklung positiv zu beeinflussen, und zielt im Erwachsenenalter auf die Förderung einer der seelischen Gesundheit zuträglichen Lebensführung. Damit setzt sie überwiegend auf eher unspezifische Maßnahmen im Bereich der individuellen

Vorsorge und im sozial-gesellschaftlichen Rahmen.

Die **Sekundärprävention** beginnt mit der rechtzeitigen Erkennung psychischer Störungen, um frühstmöglich dem Betroffenen Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Bei rechtzeitigem Erkennen und Eingreifen ist es prinzipiell möglich, einer Chronifizierung der psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Hier kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen besonderen Beitrag leisten. Dabei muss die Familie sowie das weitere soziale Bezugssystem intensiv mit einbezogen werden. Daneben spielen Bildungs- und Ausbildungssituationen eine wichtige Rolle. Daher müssen auch sie im Hinblick auf die Auslösung und Behebung von Störungen Berücksichtigung finden.

Zur Sekundärprävention gehören alle Maßnahmen, die eine Wiedererkrankung nach erstmaliger Episode verhindern. Besondere Bedeutung hat die ausreichende Aufklärung und Einbeziehung des Betroffenen und seiner Angehörigen in die Behandlung. Aber auch die medikamentöse Behandlung kann zu den sekundärpräventiven Maßnahmen gerechnet werden.

Die **Tertiärprävention** umfasst alle Maßnahmen, die auf die Minimierung möglicherweise eingetretener negativer Folgen der Erkrankung abzielen. Sie stützt sich sowohl auf klinische als auch außerklinische Versorgungselemente. Zielgruppe der tertiären Prävention sind dementsprechend vor allem Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen in Folge einer psychischen Erkrankung. Insbesondere die stationär rehabilitative und die komplementär rehabilitative Versorgung tragen mit ihren Maßnahmen in den Bereichen der sozialen Integration und der beruflichen Eingliederung einen wesentlichen Teil zur tertiären Prävention bei. Denn sowohl die Beschäftigung als auch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben tragen zur Stabilisierung des psychischen Befindens bei und können somit Krankheitsrückfälle oder eine Ver-

schlimmerung des Leidens verhüten. Aber auch nicht im engeren Sinne zur Rehabilitation zu rechnende Angebote, z. B. in Form beschützter Wohnangebote oder der Betreuung in Tagesstätten, stellen eine wichtige und unverzichtbare Stütze der tertiären Prävention dar.

### **2.2.2 Patientenorientierte Entwicklung der Versorgung und Bündelung der Hilfen**

In kaum einem anderen medizinischen Fachgebiet hat das kontinuierliche Zusammenwirken verschiedener, berufsübergreifender Behandlungs- und Betreuungselemente für den Behandlungserfolg so viel Gewicht wie in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Bei den von chronisch-psychischer Erkrankung Bedrohten oder Betroffenen sind die Möglichkeiten, die benötigten Bausteine eigenständig auszuwählen und aufeinander abzustimmen, meistens eingeschränkt. Dies macht eine abgestimmte Steuerung und Koordination der psychiatrischen Versorgung im Interesse und mit Beteiligung des Betroffenen erforderlich. In das patientenzentrierte psychiatrische Versorgungsangebot sollen die Erfahrungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen einfließen. Die individuelle Hilfe soll in einer Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen gestaltet werden. Dabei ist der Patient nicht Objekt des Geschehens, sondern wird in seiner persönlichen Autonomie respektiert. Zur Förderung der Patientenautonomie sollen patientengerecht verschiedene Leistungen zu einer individuell gestalteten Unterstützung gebündelt werden. Dabei mangelt es weniger an geeigneten und wissenschaftlich überprüften therapeutischen Möglichkeiten oder an kompetenten Leistungserbringern als an sozialrechtlichen und strukturellen Voraussetzungen.

### **Komplexleistungen gegen Doppel- und Fehlbetreuungen**

Mit einer Aufteilung des Versorgungsangebotes auf kleinere und damit gemeindenähere Einrichtungen und Dienste war zwar die Erwartung verbunden, nach dem System eines Baukastens die verschiedenen Leistungselemente den Betroffenen bedarfsgerecht anbieten zu können. Gleichwohl zeigte sich in der Vergangenheit, dass die Zergliederung der Versorgung in der Realität eine Vielzahl von Unter-, Fehl- und Doppelbetreuungen zur Folge hatte. Aus dieser Erkenntnis heraus und um diesem Missstand zu begegnen, wurde die Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes entwickelt, der in Baden-Württemberg die Aufgabenteilung unter verschiedenen Trägern bei möglichst weit gehender Kooperation vorsieht. Die Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wurde bisher regional sehr unterschiedlich umgesetzt. Trotz ermutigender Entwicklungen in einzelnen Kreisen zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass die Einrichtung eines umfassenden Verbundes häufig bereits an den noch immer bestehenden Vorbehalten unter den Beteiligten scheitert.

### **Kompatibilität mit Schnittstellen anderer Hilfesysteme**

Nicht nur in der Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen, sondern auch in Teilbereichen der Psychiatrie und in benachbarten Fachgebieten zeigt sich, dass zu Gunsten einer Optimierung der Betreuung noch eine stärkere Vernetzung der Leistungserbringer erforderlich ist.

#### **▪ Jugend**

Bei der Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter kann neben einer spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung Unterstützung aus anderen Bereichen, z.B. der Jugendhilfe oder der Suchthilfe, aus dem Bereich der Schule oder der Arbeit not-

wendig werden, um ein bedarfsgerechtes Hilfeangebot zu erreichen. Nur durch eine enge Kooperation kann der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders hoch zu bewertende Grundsatz „ambulant vor stationär“ umgesetzt werden und eine ambulante Behandlung des Kindes oder des Jugendlichen in der Ursprungsfamilie stattfinden.

#### ▪ **Alte Menschen**

Entsprechendes hinsichtlich der Kooperation verschiedener Leistungserbringer gilt für den alten psychisch kranken Menschen, der zusätzlich zu einer schon früher bestehenden oder neu hinzugetretenen psychiatrischen Erkrankung vor altersbedingte Probleme gestellt wird. Besondere Schwierigkeiten können sich aus einer zunehmenden körperlich bedingten Pflegebedürftigkeit, aber auch aus Veränderungen des nahen sozialen Umfelds, wie z.B. Verlust nahe stehender Bezugspersonen, ergeben. Der erforderliche und unter Umständen rasch an Intensität zunehmende Betreuungsaufwand erfordert dann die enge Abstimmung der grundsätzlich für die Betreuung hinzuziehenden Dienste, wie z.B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, Sozialpsychiatrische Dienste, als auch zwischen Hausarzt und Psychiater. Eine bedarfsgerechte stationäre außerklinische Versorgung kann nur durch Beteiligung aller zuständigen Stellen, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und des Trägers der überörtlichen Sozialhilfe sichergestellt werden.

### **2.2.3 Psychotherapeutische Versorgung**

Neben der Zusammenarbeit vor dem Hintergrund leistungsrechtlicher Aspekte ergibt sich aus der Einführung der neuen Gebietsbezeichnung Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und der Zulassung approbierter Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend-

lichenpsychotherapeuten zur kassenärztlichen Versorgung im Interesse der Betroffenen die Notwendigkeit einer engen fachlichen Zusammenarbeit und gegenseitigen Abstimmung der zu erbringenden Leistungen.

Die stationäre Versorgung im Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin wird in Baden-Württemberg zukünftig in Betten an Allgemeinkrankenhäusern möglich sein. Bei der Fachplanung war zu berücksichtigen, dass zum einen die somatischen Fächer in ihren Weiterbildungsrichtlinien die Vermittlung psychosomatischer/ psychotherapeutischen Fachwissens in Zukunft stärker verankert haben und zum anderen die psychosomatische Versorgung der somatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern weiterhin durch einen konsiliar- oder liaisonärztlichen Dienst erfolgen soll. Im Krankenhausbereich wird dementsprechend ein gestuftes Versorgungssystem mit den Bausteinen „in die Organmedizin integrierte Psychotherapie“, „Konsiliar- und Liaison-Dienste“ und „Fachabteilung für Psychotherapeutische Medizin“ errichtet.<sup>6</sup>

### **2.3 Versorgungsstruktur**

Nach den eingangs erwähnten allgemeinen Grundsätzen der psychiatrischen Versorgung soll ein differenziertes Versorgungssystem dazu beitragen, den Betroffenen im Falle einer psychischen Erkrankung so lange wie möglich ambulant zu behandeln und so kurz wie nötig aus Familie und Beruf zu nehmen. Damit sollen langwierige Maßnahmen der Wiedereingliederung, die sich aus einer längerfristigen Hospitalisierung und Entfernung zum alltäglichen Leben ergeben, soweit wie möglich vermieden werden. Ungeachtet dessen werden die Bemühungen auch um längerdauernde

---

<sup>6</sup> vgl. im Einzelnen Broschüre "Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin - Rahmenkonzeption"; Herausgegeben vom Sozialministerium in der Reihe Gesundheitspolitik, Nr. 44 (1998)

Wiedereingliederungsversuche langzeit-hospitalisierter Patienten unvermindert fortgesetzt.

Dabei sind in Baden-Württemberg verschiedene charakteristische Versorgungselemente nicht nur in die Gesamtstruktur der Gesundheitsversorgung zu integrieren, sondern auch die teilweise noch traditionell nebeneinander bestehenden Bausteine miteinander zu verbinden.

In Zukunft wird daher eine scharfe Unterteilung in die Bereiche

- ambulante Versorgung
- klinische Einrichtungen
- außerklinische Einrichtungen und Dienste

nur schwer aufrecht zu erhalten sein. Im Dienste der gewünschten Vernetzung und Bündelung bestehender Ressourcen muß die Grenze zwischen ambulanter ärztlicher Versorgung und stationärer Krankenhausversorgung in beide Richtungen durchlässiger werden. Bisher nur in klinischen Einrichtungen angebotene Leistungsmerkmale müssen auch für den ambulanten Bereich geöffnet bzw. ambulant angeboten werden. Die neue Regelung im Sozialgesetzbuch V zur Soziotherapie im ambulanten Bereich ist ein Schritt in diese Richtung, dem weitere folgen müssen.

### **Ambulante Versorgung**

Für die ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung steht ein ausdifferenziertes Angebot durch verschiedene Berufsgruppen zur Verfügung:

- Nervenärzte
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychiatrie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

- Sonstige Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die überwiegende Zahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen allerdings zunächst einen Hausarzt auf, dem somit durch die primärärztliche Versorgung eine wichtige Schlüsselrolle im Gesamtsystem zukommt.

### **Außerklinische Einrichtungen**

Für die außerklinische Behandlung ist ein breit gefächertes, koordiniertes Betreuungsnetz bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung im Sinne des Konzepts des Gemeindepsychiatrischen Verbundes einzurichten, in das Angebote von der Prävention bis zur Nachsorge über ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Elemente eingeschlossen sind.

### **Sozialpsychiatrische Dienste**

In Baden-Württemberg besteht als ein wesentliches Element der ambulanten Versorgung psychisch Kranker ein flächendeckendes Netz von Sozialpsychiatrischen Diensten. Die Dienste stehen überwiegend in der Trägerschaft von freien Wohlfahrtsverbänden, z.T. auch in kommunaler Trägerschaft. Sie sind zentrale Einrichtungen im außerstationären gemeindenahen System psychiatrischer Versorgung. Mit ihrer Geh-Struktur sind sie für ihre Klienten ein wichtiges Bindeglied zu den verschiedenen Versorgungs- und Hilfeangeboten. Sie haben darüber hinaus wichtige Aufgaben in der Koordination der regionalen psychiatrischen Versorgung.

### **Klinische Einrichtungen**

Bei den klinischen Einrichtungen ist vorrangiges Ziel, den Grundsatz einer gemeindenahen Behandlung und die Not-

wendigkeit spezialisierter Angebote miteinander zu vereinbaren. Zugleich gilt es eine Spaltung des Angebots im Sinne der Behandlung und Betreuung prognostisch günstiger Fälle im Wohnort und prognostisch ungünstiger Fälle im entfernten Fachkrankenhaus zu vermeiden; dies steht einer fachlichen Spezialisierung nicht entgegen. Insgesamt wird sich mit einem Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen der Trend zu einem weiteren Bettenabbau bei der stationären psychiatrischen Versorgung fortsetzen.

### **Rehabilitation**

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsangebote gewannen rehabilitative Aspekte für die Förderung der Eingliederungschancen psychisch Kranker und seelisch Behinderter zunehmend an Bedeutung.

Die wesentlichen Elemente einer Rehabilitation für psychisch Kranke sind neben der medizinischen Rehabilitation Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit und Beruf, zur Förderung einer an den Bedürfnissen des Betroffenen orientierten Wohnform und die Schaffung von Angeboten, die es dem Betroffenen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Auch hier ist zu prüfen, inwieweit ambulante Elemente anstelle oder in Ergänzung eines stationären Angebots in Frage kommen.

### **Wohnen**

Aus der Notwendigkeit, für psychisch Kranke ein differenziertes und die Wiedereingliederung förderndes Angebot an unterschiedlichen Wohnformen zu schaffen, wurde in den letzten Jahren ein umfangreiches Spektrum verschiedener Einrichtungstypen entwickelt. Auf dieser Grundlage konnte der Prozess der Enthospitalisierung von langzeithospitalisierten Patienten entscheidend gefördert werden. Durch ein den individuellen Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen angepasstes Angebot kann eine Reintegration in das soziale Umfeld außerhalb klini-

scher Einrichtungen unter Nutzung des privaten Umfeldes und Einbeziehung professioneller Helfer unterstützt werden.

### **Heime**

Heime für psychisch Kranke sind ein wichtiges Element in der Versorgung. Sie bieten eine breite Palette von Wohn- und Betreuungsangeboten. Es werden dort Menschen aufgenommen, die weder einer Krankenhausbehandlung bedürfen, noch im Rahmen ambulanter Hilfen ausreichend versorgt werden können. Für die Planung der Wohn- und Pflegeheime für psychisch Kranke sind die Landeswohlfahrtsverbände zuständig. Für Errichtung und Instandhaltung wurden von der Landesregierung in den Jahren 1989 bis 1998 rund 27 Mio. DM an Investitionsmitteln für Heime für psychisch Kranke zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig wurde der Heimbereich in den ehemaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern durch Konzepte zur Enthospitalisierung wesentlich verkleinert.

Für die künftige Entwicklung ist davon auszugehen, dass differenzierte und flexible Angebote des ambulanten betreuten Wohnens es ermöglichen, die Plätze in Wohnheimen zu begrenzen.

## **2.4. Beteiligung der Betroffenen, Angehörigen und Selbsthilfegruppen**

Psychisch Kranken ist es oftmals krankheitsbedingt verwehrt, ihre Interessen jederzeit wirkungsvoll zu vertreten. Sie benötigen deshalb kompetente Hilfe, die sie aktiv und effektiv bei der Vertretung ihrer Interessen unterstützt.

Nichtprofessionelle Hilfesysteme einschließlich der Selbsthilfe des Betroffenen spielen in dem Gesamtversorgungssystem eine wichtige Rolle.

Neben dem ausgebauten System der medizinischen und sozialen Versorgung

besteht in Baden-Württemberg ein vielfältiges, gewachsenes und meist unentgeltlich arbeitendes System von Alltags- und Bürgerhilfen. Die Organisationsformen der ehrenamtlichen Interessenvertretungen und Hilfeangebote für psychisch Kranke entsprechen dabei den allgemeinen Organisationsformen bürgerschaftlich Engagierter.

So können beispielsweise die Hilfsvereine auf eine lange Tradition zurückblicken, denn bereits 1829 findet sich eine Hilfsvereinigung zur „Beaufsichtigung und Unterstützung der entlassenen Individuen“. Entsprechende Vereinigungen sind nicht selten auch Träger von Einrichtungen. Das Spektrum ist vielfältig und reicht über Teestuben und Kontaktstellen bis zur Trägerschaft eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. In gleicher Weise sind die Betreuungsangebote für psychisch Kranke durch und in Gruppen der Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrene), Patientenclubs, Angehörigengruppen und Bürgerhelfer u.a. ein wichtiger Stützweiler in der Versorgung psychisch Kranker.

Bei planerischen und versorgungspolitischen Entscheidungen, die die psychiatrische Versorgungslandschaft betreffen, sind die Betroffenen und Angehörigen über die Landesverbände im Rahmen des Landesarbeitskreises Psychiatrie mit einzubeziehen, um den Bedürfnissen und Belangen der Betroffenen ausreichend Rechnung zu tragen.

Die Erfahrungen und Positionen der Verbände der Bürgerhelfer, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch Kranker sind in der politischen Diskussion um die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg von großem Wert. Es wird daher begrüßt, dass sich diese Verbände sowohl auf Landesebene als auch vor Ort in den Regionen stets engagiert und mit viel Sachverstand zu Wort melden. Besonders

hervorzuheben ist ihre aktive Mitarbeit im Landesarbeitskreis Psychiatrie und in dessen Arbeitsgruppen sowie in den örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreisen. Besonders zu erwähnen ist hier der Hilfsverein für seelische Gesundheit in Baden-Württemberg e.V., der die Arbeit koordiniert und auch die Fördermittel des Landes weiterbewilligt. Ein weiteres Element sind die in einzelnen Landkreisen entstandenen Beschwerdestellen.

## 2.5 Patientenfürsprecher

Es ist der Landesregierung ein großes Anliegen, dass die Interessen psychisch kranker Menschen aktiv und effektiv vertreten werden. Im Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie vom 03. Juli 1995<sup>7</sup> wurde daher der Patientenfürsprecher als Interessenvertreter psychisch Kranker gesetzlich verankert. Die Einrichtung von ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprechern wurde in den Landkreisen mit Sitz eines Zentrums für Psychiatrie von 1996 bis 1998 modellhaft erprobt. Inzwischen sind Patientenfürsprecher auch in weiteren Landkreisen bestellt worden. Das Tätigkeitsspektrum der Patientenfürsprecher umfasst nach der 1994 vom Landesarbeitskreis Psychiatrie verabschiedeten Konzeption zur Tätigkeit der Patientenfürsprecher für psychisch Kranke und deren Angehörige Folgendes:

- Information
- Hilfe im Einzelfall
- Weiterentwicklung von Strukturen
- Dokumentation

Patientenfürsprecher in Kreisen mit einem Zentrum für Psychiatrie sind zugleich Mitglied im Aufsichtsrat des Zentrums.

Die Einrichtung eines Patientenfürsprechers hat sich in den Stadt- und Landkreisen, die an der Modellphase teilgenommen haben, dank des Einsatzes der

---

<sup>7</sup> § 6 a.a.O., GBl. S. 510

Patientenfürsprecher und der Unterstützung der Kreise sowie der Zentren für Psychiatrie bewährt.

Auf Grundlage der zweijährigen Modellphase sollten nunmehr von den örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreisen regional bezogene Konzeptionen einschließlich der Finanzierung erarbeitet und umgesetzt werden.

Landesweit wird die Umsetzung der Patientenfürsprecher-Konzeption angestrebt. Die Federführung für eine auf die jeweiligen regionalen Besonderheiten zugeschnittene Umsetzung vor Ort kommt dabei den Stadt- und Landkreisen im Rahmen ihrer Federführung bei der Umsetzung der GPV-Konzeption zu.

---

### 3. Öffentlichkeitsarbeit

Psychisch krank und somatisch krank ist für die Allgemeinbevölkerung zweierlei. Die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der Allgemeinbevölkerung hängt auch mit der falschen Vorstellung zusammen, dass diese Menschen unberechenbar und gewalttätig sind. Eingehende Untersuchungen von Gewalttaten psychisch kranker Menschen weisen darauf hin, dass es hinsichtlich von Gewaltdelikten über alle psychiatrischen Krankheitsbilder hinweg keinen wesentlichen Unterschied zur Allgemeinbevölkerung gibt. Leider werden Fälle, in denen ein psychisch kranker Mensch an einem Delikt beteiligt ist, in der Berichterstattung der Medien gerne spektakulär aufgegriffen. Dadurch erfahren psychisch kranke und behinderte Menschen eine ganz falsche Art von Aufmerksamkeit. Es ist daher immer noch und immer wieder wichtig und notwendig, die leider immer noch bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abzubauen und ihr Bild in der Öffentlichkeit zu verbessern.

Nach wie vor bestehen in unserer Gesellschaft unbegründete Ressentiments gegenüber psychisch erkrankten Menschen, die meist auf Unwissenheit zurückzuführen sind.

Die Landesregierung sieht in der Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen psychiatrischer Krankheiten und über deren therapeutische Beeinflussbarkeit eine wichtige Möglichkeit, bei der Bevölkerung bestehende Vorurteile über psychisch Kranke und Behinderte abzubauen.

Informationsdefizite über psychische Krankheitsbilder, Abwehr- und Verdrängungsmechanismen sowie Ängste verhindern sach- und patientengerechte Auseinandersetzungen mit Fragen und Problemen psychischen Krankseins. Dies trifft nicht nur für die Allgemeinbevölkerung sondern durchaus auch teilweise für medizinisch gebildete Personen zu. Die Aufklärung der Bevölkerung ist daher ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zu der gewünschten Gleichstellung psychisch kranker Menschen. Sie beginnt dort, wo Menschen mit psychisch Erkrankten Kontakt haben. Personen, die aus beruflichen Gründen in ständigem Kontakt mit psychisch Erkrankten stehen, können wichtige Multiplikatoren für eine aufgeschlossene Grundhaltung gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung sein. Aber auch die Berichterstattung in den Medien trägt zu der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Betroffenen und psychiatrischen Institutionen und Hilfeeinheiten bei. Schließlich setzt sich die Aufklärung fort in der Beratung Betroffener, sowohl der Patienten als auch der Angehörigen, die erstmals mit psychischer Erkrankung konfrontiert sind.

Eigenes Erleben und Umgang mit psychisch Kranken im persönlichen Umfeld verursachen zunächst auch ein Bedürfnis nach Rat und Information. Nicht selten wird bei den allerersten Kontakten mit Personen und Einrichtungen der Psychiatrie und den dabei vermittelten Eindrücken die Meinung über „die Psychiatrie“ in der breiten Öffentlichkeit geprägt.

### **Politische Akzente sind zu setzen**

Nicht nur Vorurteile und Unwissenheit, sondern eine verbrecherische Ideologie haben in Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus zu schwerstem Unrecht an psychisch Kranken und Behinderten geführt. Ab 1933 wurden 200.000 bis 300.000 psychisch Kranke und geistig Behinderte nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zwangssterilisiert. Aufgrund von Hitlers sog. „Euthanasie-Erlass“ von 1939 wurden über 70.000 psychisch Kranke und geistig Behinderte im Rahmen der geheim gehaltenen „Aktion T 4“ 1940/41 in besonderen Tötungsanstalten ermordet, davon über 10.000 im württembergischen Grafeneck bei Gomadingen.

Um die Opfer nicht in Vergessenheit geraten zu lassen, hat Bundespräsident Prof. Herzog 1996 den 27. Januar, den Jahrestag der Befreiung des Vernichtungslagers Auschwitz, zum Gedenktag erklärt. Mit diesem Gedenken soll aber auch verhindert werden, dass aus der Vergötzung des Gesunden und Starken wieder ein geistiges Klima entsteht, in dem der Mensch und seine unveräußerliche Würde für andere verfügbar gemacht und zum Objekt herabgewürdigt werden. Die Landesregierung beteiligt sich daher

gemeinsam mit den politischen Kräften und den Bürgern im Lande an dem Gedenken an das begangene Unrecht. Am 27. Januar finden deshalb landesweit Feierstunden in Gedenkstätten wie Grafeneck und in den Zentren für Psychiatrie statt. Auch die wissenschaftliche Forschung trägt dazu bei, die Geschehnisse aufzuarbeiten und das Gedächtnis an die Opfer zu bewahren.

Nicht zuletzt ist daher auch die Politik gefragt, zur Akzeptanz psychisch erkrankter und behinderter Menschen in alltäglichen Bereichen, sei es im Beruf oder im Wohnort, beizutragen. Eine Möglichkeit, auf breiter Basis auf die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen hinzuweisen, ist der jährlich wiederkehrende Welttag für seelische Gesundheit am 10. Oktober, den die „World Federation for Mental Health“ 1992 ins Leben gerufen hat. Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat sich 1995 mit den Möglichkeiten einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit für psychisch Kranke beschäftigt und die Bemühungen des Sozialministeriums unterstützt, das Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit zu verbessern. Volle Unterstützung fand der Vorschlag des Sozialministeriums, den jährlich stattfindenden „Welttag für seelische Gesundheit“ am 10. Oktober zu nutzen, um auf die besondere Situation der psychisch Kranken aufmerksam zu machen. Damit verbunden war die vom Landesverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen Baden-Württemberg e.V. koordinierte Aufforderung an alle Einrichtungen und Dienste vor Ort, künftig an diesem Tag verstärkt an die Öffentlichkeit zu gehen.

## 4. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Psychiatrie hat die Aufgabe, eine in allen Bereichen des Versorgungssystems optimale Krankenbehandlung sicherzustellen. Gesetzliche Regelungen zur Verpflichtung an der Teilnahme zur Qualitätssicherung finden sich u.a. für die vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung und Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im SGB V in §§ 135 – 137e. Darüber hinaus ist in § 70 SGB V geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Entsprechende Regelungen gelten für andere Bereiche (z.B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe, §§ 93 ff BSHG).

### 4.1 Strukturqualität

Die strukturelle Qualität des Versorgungssystems ergibt sich aus den auf den psychiatrischen Versorgungsbedarf abgestimmten Versorgungsangeboten. Hier sind in erster Linie die Psychiatrie-Enquête von 1975 und die Expertenkommission von 1988 zu nennen, die wesentliche Anstöße für eine strukturelle Verbesserung der Versorgungsqualität geliefert haben. Das Sozialministerium hat in Zusammenarbeit mit dem Landesarbeitskreis Psychiatrie Konzeptionen zur Ausgestaltung einzelner Elemente z.B. für komplementäre und ambulante Einrichtungen zur Verbesserung der Strukturqualität erarbeitet.

Der Erlass der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) im Jahre 1991 war ein wesentlicher Schritt zur Optimierung der Strukturqualität durch leistungsbezogene Bemessung der Personalstruktur psychiatrischer Kliniken. Die durch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen reduzierten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Krankenhäuser erschweren allerdings eine vollständige Umsetzung der Personalverordnung, so dass vielerorts die gewünschte Qualität in der Behandlung nur durch das vermehrte Engagement der an der Versorgung Beteiligten erreicht werden kann.

Zu den qualitativen Qualitätssicherungsmaßnahmen gehört die Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung, durch die eine fachgerechte Weiterbildung im Interesse einer guten Strukturqualität erreicht wird.

Diese Fortschritte in der Strukturqualität sind wesentliche Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der Prozessqualität.

### 4.2 Prozessqualität

Eine wesentliche Rolle bei der Prozessqualität hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung spielen die psychiatrischen Fachgesellschaften, die entsprechend der Weiterentwicklung des Kenntnisstandes moderne Diagnosesysteme entwickeln oder z.B. über Leitlinien Behandlungsstandards formulieren. Diese Aufgabe ist gerade in der Psychiatrie, die typischerweise mit komplexen und vielschichtigen Krankheitsprozessen konfrontiert ist, mit besonderen Herausforderungen verbunden.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> vgl. auch Tagungsbericht "Qualität in der Psychiatrie", Band 23, Hsg. AKTION PSYCHISCH KRANKE

### 4.3 Ergebnisqualität

Als Maß für die Effizienz stationärer Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen gilt die Verweildauer. Allein aus der Kürze der Verweildauer lässt sich jedoch keine Aussage über den Erfolg der Behandlung ableiten. Auch unerwünschte Patientenergebnisse im Rahmen der stationären Behandlung können als Maß der Ergebnisqualität herangezogen werden. Zunehmend spielen auch Aspekte der Lebensqualität der Betroffenen bei der Beurteilung der Ergebnisqualität eine Rolle.

Ein wichtiges und unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung ist die Erhebung von patientenbezogenen Daten und die Dokumentation therapeutischer Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse. Unter stationären Behandlungsbedingungen ist die psychiatrische Krankengeschichte das zentrale Dokumentationsinstrument. Als Quelle für Qualitätsanalysen ist sie auf Grund ungenügender Standardisierung jedoch nur bedingt geeignet. Für eine standardisierte psychiatrische Basisdokumentation, die auch auf Fragen der Qualitätssicherung zugeschnitten ist, stehen mehrere geeignete Dokumentationsinstrumente zur Verfügung. An den Zentren für Psychiatrie werden solche Erhebungsinstrumente eingeführt. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sind flächendeckend kompatible Dokumentationsinstrumente anzustreben. An den Fachkliniken und Abteilungen werden zusätzlich regelmäßig Stichtagserhebungen zur Patientenstruktur durchgeführt. Dieses Datenmaterial wird analysiert und ist u.a. Grundlage für die interne Personalbemessung in den Abteilungen. Daneben werden Teilaspekte der Ergebnisqualität (z.B. Verweildauer, besondere Vorkommnisse) in Baden-Württemberg erfasst und ausgewertet.

Mit Abschluss eines vom Sozialministerium 1996 in Auftrag gegebenen und von einer Arbeitsgruppe des Zentralinstituts für seelische Gesundheit in Mannheim durchgeführten Projekts „Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund“ konnte den Leistungserbringern für die ganze Bandbreite der Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund ein Erhebungsinstrument an die Hand gegeben werden. Qualitätssicherung erfordert die Entwicklung und ständige Anpassung von Leitlinien in Diagnostik und Therapie. Die Umsetzung erfordert die Koordinierung verschiedener Aktivitäten in Form spezieller Organisationsformen wie z.B. die Etablierung von Qualitätsbeauftragten oder die Einrichtung von Qualitätszirkeln. Die Erforschung qualitätssichernder Maßnahmen und Evaluation von Modellprojekten zur Umsetzung von Leitlinien in die Versorgungspraxis wird in Zukunft mehr Raum als bisher einnehmen. Dabei ist zu berücksichtigen ist, dass qualitätssichernde Maßnahmen nicht kostenneutral eingeführt werden können.

Als Beispiel für die Erforschung qualitätssichernder Maßnahmen ist das Modellprojekt zur Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der klinischen Depressionsbehandlung zu nennen, das in Baden-Württemberg in 20 psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt wurde. Die erhobenen Daten werden im Rahmen einer gesicherten wissenschaftlichen Begleitforschung ausgewertet. Darüber hinaus werden im Rahmen des Projekts „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ des Bundesministeriums für Gesundheit im Verbund mit anderen Kliniken Erfahrungen ausgetauscht, um so einen Wissenstransfer und Synergien zu erreichen.

## 5. Vernetzung der Strukturen

### 5.1 Bedarfsorientierte vielfältige und differenzierte Hilfeangebote

Voraussetzung für die außerklinische Behandlung ist ein breit gefächertes, koordiniertes Betreuungsnetz bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung im Sinne des Konzepts des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, in das Angebote von der Prävention bis zur Nachsorge über ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Elemente eingeschlossen sind. Gestützt auf den Psychiatrieplan Baden-Württemberg (1974), die Psychiatrie-Enquête (1975) und das Landesmodellprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären Psychiatrie (1982-1986) hat sich mittlerweile die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg in beachtlichem Maße weiterentwickelt. Hierdurch ist es gelungen, die Wege für psychisch Kranke und deren Angehörige zu den entsprechenden Einrichtungen zu verkürzen. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Sozialpsychiatrischen Dienste, die zu einem landesweit flächendeckenden Angebot der außerstationären gemeindenahe psychiatrischen Versorgung ausgebaut wurden. Vielfältige Wohnformen, tagesstrukturierende Maßnahmen, häusliche Pflege, Hilfeangebote auf dem Gebiet der Arbeit und der beruflichen Rehabilitation und nicht zuletzt leistungsrechtliche Verbesserungen, etwa die Einführung der Soziotherapie im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000, sind weitere Belege dafür.

Chronisch psychisch Kranke weisen häufig einen vielschichtigen Hilfebedarf auf, der sich auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche bezieht. Wirksame und personenbezogene Hilfen erfordern ein am individuellen Bedarf orientiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen der verschiedenen Leistungsangebote. Rein institutionen-orientierte Versorgungskonzepte sind dabei nicht sachgerecht.

Vielmehr steht der konkrete Bedarf der Betroffenen im Zentrum der Überlegungen (personenzentrierter Hilfeansatz).

Eine optimale fallbezogene Koordination der Unterstützungs- und Hilfeangebote eröffnet vielen psychisch Kranken die Chance, ein weitgehend eigenständiges Leben zu führen.

Es ist in der Medizin und in der Sozialpädagogik allgemein anerkannt, dass für psychisch kranke und behinderte Menschen die erforderlichen Hilfen und Dienste den individuellen Erfordernissen angemessen sowie wohnortnah zu organisieren sind. Daraus folgt, dass die vorhandenen Hilfeangebote (ambulante Betreuung, Beratung zu Behandlungs- und Betreuungsangeboten, medizinische Behandlung, Notfallversorgung, rehabilitative Maßnahmen u.a.) der unterschiedlichen Leistungsträger (Krankenkassen, Renten- und Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe usw.) so verbunden werden sollen, dass sie der Hilfe Suchende als ein einheitliches Hilfeangebot wahrnimmt.

Bei der Organisation eines solchen komplexen Leistungsangebots kommt dem Case-Management (Fall-Koordination) eine wichtige Rolle zu.

Von der Landesebene wird die verstärkte Kooperation und Koordination der Leistungserbringer durch die vorgesehene Entwicklung eines Muster-Kooperationsvertrages und die bereits vorliegende Rahmenkonzeption für Case-Management unterstützt.

Die Fülle und die Vielfalt der in der Versorgungslandschaft für psychisch Kranke vorhandenen Einrichtungen und die Trägerpluralität erfordern verbindliche Formen der Kooperation und Koordination. Ein geeignetes und bereits weit fortgeschrittenes Instrument ist die Vernetzung der Versorgungsstrukturen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Im GPV

wurde begonnen, ein auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittenes Hilfesystem als ein kreisweites Netzwerk von Einrichtungen und Diensten, die unter der Federführung der Kreise eng kooperieren und gemeinsam eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch Kranke übernehmen, zu realisieren.

Die beachtenswerten Ansätze zur Vernetzung im GPV bedürfen der kontinuierlichen Weiterentwicklung. Gewissermaßen als Gegenstück zum Case-Management für den Hilfe Suchenden, sind die Hilfeangebote in einem zentralen Bündnis der Leistungserbringung zusammen zu fassen.

### **Perspektiven**

In diesem Zusammenhang sind die im 2. Halbjahr 1999 im Landesarbeitskreis Psychiatrie von der Arbeitsgruppe „Modellversuch für neue Budgetformen“ aufgegriffenen Überlegungen zur Bündelung der bestehenden Hilfeangebote in einem „Ambulanten Gemeindepsychiatrischen Zentrum (AGZ)“ erwähnenswert.

Bereits heute könnte im Rahmen der schon vorhandenen Hilfestrukturen eine stufenweise stärkere Verzahnung von psychosozialen und medizinischen Leistungen unter den Beteiligten organisiert werden. Dies könnte durch einen „Ambulanten Leistungsverbund“ mittels Kooperations- oder Leistungsverträgen zwischen den beteiligten Leistungserbringern erreicht werden.

Der Aufbau dieses Verbunds könnte stufenweise erfolgen und durch Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Nervenarzt auf Beratungsbasis beginnen. Dieser Arzt könnte „Sprechstunden“ im Rahmen des „Ambulanten Leistungsverbundes“ anbieten und die Behandlung und Hausbesuche vorwiegend bei Patienten, die bisher über keine ärztlichen

Kontakte verfügen oder nicht ausreichend motiviert sind, gemeinsam mit den fallkoordinierenden Mitarbeitern durchführen. Behandlung und Hausbesuche könnten über die vertragsärztliche Tätigkeit abgerechnet werden. Stufenweise könnten sodann weitere Leistungselemente einbezogen werden. Die Neuregelung der Zuständigkeiten der Sozialhilfeträger im Ausführungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz und die Neugestaltung der Leistungsvereinbarungen im Rahmen von § 93 BSHG bieten hierfür eine geeignete rechtliche Grundlage.

Elemente dieses Verbundes wären:

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Grund- und Selbstversorgung
- medizinische Behandlung und Pflege
- spezielle Therapieverfahren
- Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung

Es handelt sich hierbei nicht um ein schematisch ablaufendes Hilfesystem; vielmehr bündelt das Konzept die verschiedenen Angebote als Teilelement des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, damit individuelle Komplexleistungen bedarfsgerecht erbracht werden können.

### **5.2 Leistungsrechtliche Aspekte**

Bei Komplexleistungen ergeben sich immer wieder Schwierigkeiten aus den unterschiedlichen Leistungsrechten (unterschiedliche Leistungsarten und -formen, unterschiedliche Voraussetzungen, unterschiedliche Finanzierungsformen). Oft führt dies dazu, dass fortschrittliche Leistungen bzw. Hilfeangebote nicht entwickelt bzw. nicht realisiert werden. Eine wesentliche Voraussetzung für die Organisation bedarfsgerechter Komplexleistungen ist daher eine Verbesserung der Finanzierungsmodalitäten. Die Finanzierung der verschiedenen Hilfeformen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen des jeweiligen Leistungsrechts. Dabei bestehen bei den einzelnen Leistungskomponenten unterschiedliche Finanzierungssträger und -systeme. Wün-

schenswert sind daher kostenträgerübergreifende Finanzierungsformen für möglichst viele Leistungsmodule. Grundsätzlich wären budgetierte Komplexleistungssysteme denkbar, z.B. ein festzulegendes Budget steht einem Verbund zur Realisierung des Betreuten Wohnens und für Wohnheime zur Verfügung. Auch sind Budgetierungen für eine zu bestimmende Zielgruppe denkbar, unabhängig von der jeweils erbrachten Betreuungsleistung. Damit könnten selbständigkeitsfördernde Betreuungsformen einen zusätzlichen Auftrieb erhalten. Als organisatorischer Rahmen hierfür sind Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger nach § 94 SGB X in der Diskussion.

Auf Initiative des Sozialministeriums befasste sich eine vom Landesarbeitskreis Psychiatrie eingesetzte Arbeitsgruppe der Sozialleistungsträger mit den Rahmenbedingungen auf Landesebene für ein leistungsrechtliches- bzw. kostenträgerübergreifendes Konzept, auf dessen Grundlage Vereinbarungen über konkrete regionale Pilotprojekte (Module) durch die örtlichen Beteiligten geschlossen werden könnten. Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich dabei mit folgenden Leistungsbereichen bzw. Schnittstellen:

- ambulante und (teil)stationäre gemeinde-nahe Krisenintervention und Notfallversorgung
- Übergang vom stationären Pflegefallbereich bzw. Heimbereich zur Familienpflege, zum Betreuten Wohnen und Tagesstätten; in diesem Zusammenhang diskutierte sie auch das Erbringen von Heilmitteln, häuslicher Pflege und Tagesstrukturierung
- Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation, stationär (RPK) und ambulant, bzw. zur sozialen Rehabilitation

Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass es derzeit keine rechtliche Grundlage für eine umfassende Budgetierung für eine bestimmte Zielgruppe gibt. Insoweit wären Änderungen im Leistungsrecht erforderlich. Bis dahin sind die auf der Grundlage des geltenden Leistungs-

rechts vorhandenen Möglichkeiten einer Bündelung verschiedener Leistungen extensiv zu nutzen.

### **Perspektiven**

Zur Unterstützung dieser Bemühungen sieht die Landesregierung die Notwendigkeit, leistungsbereichübergreifende Finanzierungsformen zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um eine stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung; Soziotherapie könnte dabei eine wichtige Scharnierfunktion in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und ein Kernelement eines Komplexleistungsangebots im Leistungsrecht sein. Bei der Versorgung psychisch Kranker sind regelmäßig auch die Leistungen der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung (Rehabilitation), sowie der Sozialhilfe (Eingliederung) einzubeziehen.

Desweiteren sieht die Landesregierung in der modellhaften Erprobung von kostenneutralen bzw. Ressourcen optimierenden Projekten eine Möglichkeiten zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Hilfesystems und beabsichtigt, solche Projekte auch zu unterstützen.

Die bisherigen Überlegungen zu einer stärkeren Bündelung von Leistungen und Hilfen haben gezeigt, dass die auf der Grundlage des geltenden Leistungsrechts vorhandenen Möglichkeiten für budgetierte Komplexleistungen i.S. einer Bündelung verschiedener Leistungsarten bislang noch nicht ausreichend genutzt werden. Hierauf weisen insbesondere die Überlegungen zur Bündelung der bestehenden Hilfeangebote in einem „Ambulanten Gemeindepsychiatrischen Zentrum“ (AGZ) besonders hin. Angestrebt werden könnte auch ein vereinbarter Budgettransfer vom stationären in den ambulanten Bereich, wobei gewährleistet sein muss, dass ein von einem stationären Anbieter kompensatorisch erbrachter Abbau von Betten/Plätzen den vereinbarten Verbesserungen im ambulanten Leistungsbereich zugute kommt. Hierzu muss

auch der stationäre Anbieter in die Entwicklung entsprechender Konzepte umfassend eingebunden werden. Unter diesen Rahmenbedingungen wäre aus Sicht der Landesregierung eine weitere und ressourcenschonende Verlagerung von Versorgungsleistungen in den ambulanten Sektor möglich.

### **5.3 Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds**

Der in Baden-Württemberg eingeschlagene Weg einer kontinuierlichen Weiterentwicklung bestehender und der schrittweise Ausbau ergänzender psychiatrischer Versorgungsangebote, hat zu einer erfreulichen Bündelung der Leistungen geführt. Der Auf- und Ausbau erfolgte dabei unter Berücksichtigung der bestehenden Planungs- und Finanzierungszuständigkeiten.

Auf dieser Basis hat der Landesarbeitskreis Psychiatrie 1994 die „Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)“ beschlossen, in deren Zentrum der psychisch kranke Mensch und seine Versorgung steht.

Ziele der GPV-Konzeption sind:

- das Netz der verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Angebote der psychiatrischen Versorgung enger zu knüpfen,
- eine gemeinsame vertragliche Verpflichtung zur Übernahme der Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch Kranke zu erreichen,
- die vorhandenen Ressourcen gemeinsam zu nutzen und Effektivität und Effizienz der Versorgung zu verbessern, sowie zur Qualitätssicherung beizutragen.

Die Federführung für dieses kreisweite Netzwerk von Einrichtungen und Diensten kommt den Stadt- und Landkreisen zu. Die GPV-Konzeption und die Ansätze zu ihrer Realisierung tragen dem Um-

stand Rechnung, dass in einem Flächenland wie Baden-Württemberg in städtischen, städtisch-ländlichen und ländlichen Regionen unterschiedliche Gegebenheiten bestehen und einzelne für andere Gegebenheiten entwickelte Elemente nicht ohne weiteres übertragbar sind. Es gilt daher bei der Umsetzung regional angepasste Lösungen zu finden.

Der Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes soll die psychiatrische Versorgung in den Stadt- und Landkreisen im Sinne gemeindenaher Hilfe- und Betreuungsformen im Interesse der psychisch Kranken wesentlich voranbringen. Unter fachlicher Beratung durch den Landesarbeitskreis Psychiatrie wurden vielfältige Maßnahmen ergriffen, um die Weiterentwicklung des GPV in den Kreisen zu unterstützen. Wesentlicher Grundsatz ist dabei, dass die kommunale Eigenverantwortung gestärkt wird und regionale Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen bzw. regionale Konzeptionen und Lösungswege berücksichtigt werden können. Hervorzuheben sind folgende Maßnahmen:

- die Erarbeitung einer Planungshilfe für die Stadt- und Landkreise
- die Erprobung von Patientenfürsprechern in 9 Landkreisen
- die Entwicklung eines gemeinsamen Dokumentationssystems
- die Durchführung einer Fachtagung im Jahre 1998 zum GPV für die Verantwortlichen in den Kreisen, Einrichtungen und Diensten
- die Erarbeitung einer Rahmenkonzeption für Case-Management

Die Entwicklung eines Musterkooperationsvertrages, als Grundlage für regionale Kooperationen und Verbünde, ist eine weitere in der aktuellen Diskussion stehende Maßnahme.

#### **Perspektiven**

Mit dem GPV ist das Fundament für die Zusammenarbeit in der außerstationären Psychiatrie gelegt worden. Die Voraus-

setzungen für eine Kooperation der Leistungserbringer zur Übernahme einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung sind damit gegeben. Der weitere Ausbau der Kooperation ist gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten. Trotz ermutigender Entwicklungen in einzelnen Kreisen zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass die Einrichtung eines umfassenden Verbundes häufig bereits an den noch immer bestehenden Vorbehalten unter den Beteiligten scheitert. Die Stadt- und Landkreise sind

im Rahmen ihrer allgemeinen Daseinsvorsorge aufgerufen, hier die Initiative zu ergreifen. Für den Rahmen einer solchen Zusammenarbeit kann auf Überlegungen zurückgegriffen werden, die eine Arbeitsgruppe des Sozialministeriums dem Landesarbeitskreis Psychiatrie 1999 mit der Konzeption eines ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienstleistungsverbunds vorgelegt hat (Eckpunkte für ein Landespsychiatriegesetz).

---

## **6. Planung als Aufgabe auf verschiedenen Ebenen; Träger und Instrumente**

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass wirksame Hilfen für psychisch Kranke nur mit Unterstützung der vor Ort Tätigen eingerichtet und erbracht werden können. Dies erfordert, dass auch die konkrete Planung des regional erforderlichen Versorgungsangebotes auf dieser Ebene erfolgt. In der Regel erscheinen landesweite Bedarfsüberlegungen daher als nicht angemessen und sachgerecht.

### **Abstimmung und Koordination auf Landesebene – Steuerungsinstrumente**

Dem Land obliegt die förmliche Planung im Rahmen der ihm gesetzlich zugeschriebenen Zuständigkeiten, insbesondere nach dem Landeskrankenhausgesetz und dem Landespflegegesetz. Auch hier sind planerische Entscheidungen auf Kreisebene und mit den Beteiligten zu erörtern; damit wird der örtlichen Versorgungsstruktur und ihrer spezifischen Belange angemessen Rechnung getragen. Über die dort getroffenen Planungsentscheidungen hinaus ist es gesundheitspolitische Aufgabe des Landes, die Planungen und Vorstellungen der einzelnen Beteiligten zu koordinieren und zu gemeinsamen Konzepten und Planungen zusammen zu führen (Rahmenplanung) mit dem Ziel, die Gleichstellung der psychisch Kranken weiter voranzubringen.

Für geeignete Konzepte und Projekte kann das Land durch Förderleistungen Anreize schaffen.

Die Förderung durch das Land hat vor allem die Funktion, konzeptionelle Weiterentwicklungen zu ermöglichen, aber auch die notwendigen Hilfestrukturen zu stützen, die ansonsten noch keine ausreichende finanzielle Grundlage hätten. Dabei ist eine Beteiligung anderer Aufgabenträger vorauszusetzen. Dieses Grundkonzept liegt der Landesförderung für die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste zugrunde. Als Beitrag zur Entwicklung notwendiger Strukturen im Sinne der Ziele der Psychiatriepolitik ist die Förderung von Investitionen im außerklinischen Bereich der psychiatrischen Versorgung konzipiert. Die für die Stabilisierung der Lebenssituation psychisch Kranker unverzichtbaren Selbsthilfegruppen von Betroffenen, Angehörigen und Bürgerhelfern sind gleichfalls ein wichtiger Faktor für den Einsatz von Landesfördermitteln. Dem Gedanken der Autonomie der Betroffenen entspricht es, dass die Verteilung der vom Land zur Verfügung gestellten Mittel insoweit in der Verantwortung der Beteiligten liegt.

Für die Weiterentwicklung der Hilfen und Hilfestrukturen stellen die finanziellen Mittel der Sozialleistungsträger ein unabdingbares Element dar. Dies gilt sowohl für Mittel im Rahmen von so genannten

Regelleistungen als auch für die Finanzierung von Modellvorhaben.

Um die Beteiligten auf Landesebene in die Planung und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung einzubinden und zu koordinieren, bedarf es einer geeigneten gemeinsamen Beratungsebene. Diese hat das Land im Landesarbeitskreis Psychiatrie geschaffen. In diesem Gremium arbeiten niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Vertreter der Betroffenen und der ehrenamtlichen Helfer, Kommunale Landesverbände, Landeswohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Rentenversicherung und Landesarbeitsamt in der Beratung von grundsätzlichen Fragen der psychiatrischen Versorgung zusammen. Der Landesarbeitskreis ist damit sowohl das Forum der fachlichen Beratung des Ministeriums als auch der Abstimmung und Koordination der verschiedenen Beteiligten. Die vom Landesarbeitskreis verabschiedeten Konzepte und Empfehlungen sollen Grundlage für die gemeinsame Arbeit der Beteiligten sein. Spezielle Fragen der psychiatrischen Versorgung werden im Übrigen im Landeskrankenhausausschuss (LKHA) – für die stationäre Krankenversorgung –, im Landespflegeausschuss – für Pflegeheime –, im Reha-Koordinierungsausschuss und in der Landesarbeitsgemeinschaft Sucht behandelt.

In dieser differenzierten und die Beteiligten einbindenden Weise werden durch Koordinierung von Planungen und Konzepten und durch Förderleistungen als Strukturhilfen und Steuerungselemente die Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung auf Landesebene definiert. Der Umfang der Landesförderung wird dabei auch von der jeweiligen konkreten Entwicklung in den einzelnen Sektoren abhängig sein. Das Land wird weiterhin seinen Beitrag zur Sicherung der notwendigen und nicht anderweit primär abgesicherten Strukturen und Hilfeangebote leisten.

### **Koordination auf Kreisebene**

Für die Planung und Organisation der erforderlichen Angebote und Hilfen auf regionaler Ebene bietet die Konzeption des gemeindepsychiatrischen Verbundes den geeigneten organisatorischen Rahmen. Es entspricht der zentralen Funktion der Stadt- bzw. Landkreise in der Daseinsvorsorge, dass diesen hier die zentrale Steuerungsaufgabe zufällt.

Vor allem sollen die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer allgemeinen Zuständigkeit darauf hinwirken, dass die Leistungserbringer zusammen arbeiten und dabei insbesondere die notwendigen Vereinbarungen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen einschließlich einer angemessenen Dokumentation über deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit treffen. Die gesetzlichen Zuständigkeiten der Sozialleistungsträger bleiben hiervon unberührt.

Für die Durchführung dieser Planungs- und Koordinierungsaufgabe hat sich in einzelnen Stadt- und Landkreisen die Einrichtung von Koordinierungsstellen für Psychiatrie bewährt. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung dieser Funktion ist in jedem Falle der Zusammenhang mit der kommunalen Sozialplanung zu berücksichtigen.

Um alle an der regionalen Versorgung Beteiligten sachgerecht in Planung und Organisation der Hilfen einbinden zu können, sollen die Stadt- und Landkreise Beiräte zur Beratung von Fragen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung einrichten (Örtliche Psychiatrie-Arbeitskreise). Sie haben die Aufgabe, den Kreis bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Bedarfsplanung und Koordination zu unterstützen. Dazu gehört auch die Information der Kommunalverwaltungen über die örtliche Situation in der Versorgung psychisch Kranker. Ihnen kommt damit eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Hilfen und Strukturen in der außerstationären Versorgung zu. Für die im Gemeindepsychiatrischen Verbund anzustrebende gemeinsame Versorgungsverpflich-

tung aller Leistungserbringer bieten die Arbeitskreise die Grundlage. Um die Arbeit der Gremien zu erleichtern, hat der Landesarbeitskreis Psychiatrie verschiedene Empfehlungen verabschiedet. Die Struktur auf regionaler Ebene entspricht damit grundsätzlich den Vorschlägen der Expertenkommission. In den einzelnen Kreisen sind unterschiedliche Grade in der gemeinsamen Beratung und Planung erreicht. Dies entspricht der Einbindung in den Rahmen der kommunalen Selbstverantwortung und der Eigenständigkeit der Träger. Ob für eine weiter gehende Verbindlichkeit eine spezielle landesgesetzliche Regelung erlassen werden soll, bedarf noch der eingehenden fachlichen und politischen Prüfung, insbesondere im Hinblick auf den dann erforderlichen Finanzausgleich.

Die Organisation und Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen auf Kreisebene erfordert eine angemessene Dokumentation der erbrachten Leistungen. Die Stadt- und Landkreise sollten gemeinsam mit den Leistungserbringern geeignete Maßnahmen zur Dokumentation der erbrachten Leistungen und Hilfen als Grundlage für die Fortschreibung der Planung auf Kreisebene vereinbaren.

### **Andere Formen der gemeinsamen Planung**

Für einzelne Teilbereiche bzw. Fragen kommt auch die Erörterung der spezifischen Probleme im Rahmen von besonderen Gesprächsebenen in Betracht. Dies können ebenso Beratungskreise der Beteiligten (Ad-hoc oder ständig), wie auch Fachkongresse und Fachforen und andere Formen für die Entwicklung von konzeptionellen Vorstellungen und deren Kommunikation in die Öffentlichkeit sein. Gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung mit der sie prägenden Vielfalt von Aufgabenträgern sollte dieser Rahmen künftig weiter intensiv genutzt werden.

Weitere Möglichkeiten für die Fortentwicklung der Rahmenbedingungen be-

stehen in der Entwicklung von Konzepten, deren Unterstützung sowie in der Förderung von Vorhaben. Dies gilt insbesondere für Vorhaben, die noch nicht ausreichend leistungsrechtlich abgesichert sind oder für die noch kein gesetzlich geregelter Förderanspruch besteht. Dabei sollten vor allem solche Vorhaben und Konzepte berücksichtigt werden, von denen innovative Anstöße ausgehen. Alle an der Versorgung Beteiligten sind aufgerufen, ihre Möglichkeiten zielgerichtet zu nutzen.

### **Weitere Entwicklung der Planungsinstrumente, -ebenen und -formen**

In Baden-Württemberg hat die kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender bzw. der sukzessive Aufbau ergänzender psychiatrischer Versorgungsangebote in den letzten Jahren zu einer landesweit erfreulichen Versorgungssituation geführt. Der Auf- und Ausbau erfolgte unter besonderer Berücksichtigung der bestehenden Planungs- und Finanzierungszuständigkeiten, jedoch blieb hierbei eine übergreifende Abstimmung mit den anderen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten gewährleistet.

Im angesprochenen Rahmen und mit der Zielsetzung einer Gleichstellung psychisch Kranker ist die gesundheitspolitische Planung auf Landesebene kein formalisierter Prozess, sondern vielmehr die kontinuierliche gemeinsame Bemühung um die besterreichbare Lösung. Sie muss flexibel die Gegebenheiten auf Seiten aller Beteiligten einbeziehen und die in der gegebenen Situation sich bietenden Möglichkeiten nutzen. Sie ist damit auch zu keinem Zeitpunkt abgeschlossen, sondern eine laufende Aufgabe, der sich alle an der Versorgung Beteiligten zu stellen haben. Werden den Kommunen durch Gesetz Aufgaben zur Erledigung übertragen, ist ein entsprechender finanzieller Ausgleich zu schaffen (Art. 71 Abs. 3 der Landesverfassung).

## **D BESONDERER TEIL**

### **EINZELNE VERSORGUNGSANGEBOTE**

#### **1. Ambulante/außerklinische Angebote und Hilfen**

##### **1.1 Ambulante Versorgung/Hilfen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, Psychiatrie- ambulanzen**

Die ambulante ärztliche vor- und nachstationäre Versorgung psychisch Kranker erfolgt durch niedergelassene psychiatrische Fachärzte (Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie), Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie durch überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. In überwiegendem Maße leisten jedoch die Hausärzte die Primärversorgung. Zusätzlich übernehmen niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die ambulante psychotherapeutische Behandlung.

##### **Psychiatrische Versorgung im Rahmen der allgemeinärztlichen Versorgung**

Die niedergelassenen Fachärzte bilden zusammen mit den Hausärzten als gemeindenahe Anbieter medizinischer Leistungen für psychisch kranke Menschen einen bedeutsamen Baustein in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In der Mehrzahl der Fälle ist zunächst der Hausarzt der erste Ansprechpartner für Patienten mit psychischen Störungen. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere die leichteren psychischen Erkrankungen, wie z.B. leichte bis mittelgradige depressive Störungen, von Hausärzten behandelt werden. Hierzu gehören auch die älteren, vielfach multimorbiden Patienten, deren psychische Erkrankung von vertrauten Hausärzten mitbehandelt

werden. Weil mit Zunahme der Lebenserwartung die Zahl der Patienten mit Demenzerkrankungen wächst, wird dem Hausarzt zukünftig zunehmend gerontopsychiatrisches Fachwissen abverlangt werden. Der Forderung des Landesarbeitskreises nach besserer Schulung der Allgemeinärzte in psychiatrischer Diagnostik und Behandlung hat die Landesärztekammer mit der Neugestaltung des Weiterbildungsgangs im Gebiet „Allgemeinmedizin“ Rechnung getragen. Zum Weiterbildungskatalog gehört u.a. der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der hausärztlichen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einschließlich der Krisenintervention sowie Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker. Daneben wird es immer Patientengruppen geben, für die eine fachärztliche Behandlung nicht immer zwingend erforderlich ist. Hierzu gehören zum Beispiel Menschen mit leichten Befindlichkeitsstörungen oder Personen, die den Besuch beim psychiatrischen Facharzt als stigmatisierend erleben. Für diese Menschen können auch weiterhin Hausärzte, insbesondere Allgemeinmediziner, die Basisversorgung übernehmen.

Die Erkennung und Therapie psychischer Störungen gehört angesichts der hohen Prävalenz in der allgemeinmedizinischen Praxis zu den Versorgungsaufgaben des Allgemeinmediziners. Hierzu muss im allgemeinmedizinischen Sektor hinlängliche Kompetenz zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen verankert werden. Durch Beachtung der häufig vorkommenden Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen in der Weiter- und Fortbildung des

Allgemeinmediziner kann den besonderen Problemen in der hausärztlichen Tätigkeit Rechnung getragen werden. Bei ausreichender Kompetenz des Hausarztes kann dieser bei unkomplizierten Verläufen eine ggf. mit dem entsprechenden Facharzt abgestimmte Therapie in eigener Regie durchführen und den Patienten und dessen Familie in der Erkrankung begleiten.

### **Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Ärztliche Psychotherapeuten**

In der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen werden die niedergelassenen Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie aufgrund ihrer Kompetenz und dank der vorhandenen Versorgungsdichte auch zukünftig eine zentrale Rolle spielen. Sie bieten für psychische Erkrankungen die geeignete fachärztliche Betreuung. Die gestiegene Zahl derjenigen Patienten, die von Hausärzten an Fachärzte weiterverwiesen werden, belegt das Funktionieren der Zusammenarbeit. Dies ist auch auf eine deutliche Verbesserung der ambulanten fachärztlichen psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene psychiatrische Fachärzte sowie ärztliche Psychotherapeuten zurückzuführen.

1992 wurden über das Statistische Landesamt 572 in freier Praxis niedergelassene psychiatrische Fachärzte gemeldet. Heute beteiligen sich laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen etwa 625 niedergelassene Fachärzte an der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Die ärztliche psychotherapeutische Versorgung wird zusätzlich ergänzt durch inzwischen über 600 niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten, zu denen sowohl Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin als auch überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gerechnet werden.

Allerdings wird ein Teil der chronisch psychisch kranken Menschen aus unterschiedlichen Gründen nicht erreicht. Die niedergelassenen psychiatrischen Fachärzte praktizieren zwar innerhalb des medizinischen Bereichs erfahrungsgemäß eine gute Kooperation; jedoch kann und muss die Zusammenarbeit mit den nicht-medizinischen Versorgungselementen im Gemeindepsychiatrischen Verbund in manchen Gebieten noch verbessert werden.

Grundsätzlich ist der Bedarf an niedergelassenen Ärzten im Versorgungsbereich Psychiatrie und Psychotherapie gedeckt; manche Regionen sind als überversorgt zu betrachten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die niedergelassenen Nervenärzte nicht ausschließlich Patienten behandeln, die eine psychiatrische Behandlung benötigen, sondern teilweise auch überwiegend Patienten mit neurologischen Erkrankungen versorgen.

Dennoch ist heute eine Niederlassungsdichte erreicht, die eine flächendeckende ambulante ärztlich-psychiatrische Versorgung gewährleisten kann. Eine Verbesserung der Versorgung ist nun durch eine engere Verzahnung zwischen der Tätigkeit der Fachärzte und den außerklinischen Diensten und Hilfeangeboten sowie eine engere Kooperation zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten zu erreichen.

### **Sozial-psychiatrische Schwerpunktpraxen**

Inwieweit in nervenärztlichen und psychiatrischen Facharztpraxen auch die als besonders betreuungsbedürftigen chronisch psychisch kranken Menschen behandelt werden, lässt sich abschließend nicht genau abschätzen. Es ist jedoch nach wie vor davon auszugehen, dass für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen Versorgungslücken bestehen, wenn sie zusätzlich zur ärztlichen Be-

handlung Leistungen von nichtärztlichen Berufsgruppen benötigen. Der Auf- und Ausbau eines ambulanten Angebots in Form von Schwerpunktpraxen, wie es sich in anderen Bereichen bei der Versorgung schwerer erkrankter Patienten bewährt hat, ist für diese Klientel wünschenswert. Dabei ist auch die konkrete Entwicklung aufgrund der Einführung der Soziotherapie zu berücksichtigen.

In einer "Sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxis" werden komplexe Leistungen von mehreren Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen, die in der Praxis angestellt sind, erbracht. Die Schwerpunktpraxis arbeitet eng mit klinischen Einrichtungen zusammen und ist fest in den GPV integriert. Schwerpunktpraxen können durch die gezieltere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen. Für die Finanzierung müssen noch leistungsrechtliche Hürden überwunden werden. So empfiehlt sich die Einführung von Komplexleistungen und die Konkretisierung der Krankenhausbehandlung in § 27 SGB V.

### **Soziotherapie**

Aufgrund der Neuregelung in § 37a SGB V im Rahmen des GKV-Reformgesetzes-2000 haben Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf Soziotherapie. Damit soll über die Verbesserung in der Versorgung hinaus gleichzeitig Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden. Dieses neue Leistungsangebot wird über eine noch engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen in der ambulanten psychiatrischen Versorgungslandschaft tätigen Berufsgruppen die Vernetzung im Gemeindep psychiatrischen Verbund fördern und den Patientengruppen zu Gute kommen, die bisher nach Entlassung aus der sta-

tionären Behandlung krankheitsbedingt nicht oder unzureichend ambulante ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten. Noch ist von der Selbstverwaltung zu prüfen, welche Patientengruppen für die ambulante Soziotherapie primär in Frage kommen und welche Voraussetzungen der verordnende Arzt erfüllen muss.

Aus Sicht der Landesregierung ist anzustreben, dass die Soziotherapie als festes Bindeglied zwischen der ärztlichen Behandlung und den psychosozialen Leistungen und Hilfen verankert wird.

### **Facharzt für Psychotherapeutische Medizin**

Mit Schaffung des eigenständigen Fachgebietes der Psychotherapeutischen Medizin hat der 95. Ärztetag in Köln 1992 der in der Praxis erfolgten Differenzierung zwischen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen in der somatischen Medizin und der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie Rechnung getragen. Die Psychotherapeutische Medizin vertritt die psychosomatischen und psychotherapeutischen Aspekte in verschiedenen ärztlichen Disziplinen und diagnostiziert und behandelt in Kooperation mit den betreffenden Fachärzten. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung, die bisher von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Allgemeinmedizinerinnen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie usw. geleistet wurde, kann seit Einführung des neuen Gebietes durch die Landesärztekammer 1995 auch in einer Facharztpraxis für Psychotherapeutische Medizin erfolgen.

### **Psychologische Psychotherapeuten**

Nach langer politischer Diskussion wurden mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz -

PsychThG vom 16.6.1998)<sup>9</sup> zwei neue eigenständige Heilberufe geschaffen. Psychotherapie kann danach auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeboten werden. Im Zusammenhang mit dem PsychThG wurde durch eine entsprechende Änderung des SGB V unter anderem auch die Zulassung der Psychologischen Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Zum 01.04.2000 wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg 1331 Zulassungen für Psychologische Psychotherapeuten und 374 für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeldet.

### **Ermächtigung, Psychiatrische Poliklinik**

Nach § 95 SGB V können an der kassenärztlichen Versorgung auch ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen. Die Teilnahme ermächtigter Psychiater an der kassenärztlichen Versorgung kann im Bedarfsfall zur Ergänzung der ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlich sein. Der ermächtigte Arzt hat die Leistung persönlich zu erbringen.

Neben ermächtigten Krankenhausärzten können die Universitätskliniken mit poliklinischen Institutsambulanzen in dem für die Forschung und Lehre der Universitäten erforderlichen Umfang an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

## **1.2 Institutsambulanzen**

Angesichts der in Baden-Württemberg erreichten Arztdichte im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Möglichkeit, durch die flächendeckende Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste auch chronisch psychisch erkrankte Menschen gemeinde-

nah behandeln zu können, wurde in der Vergangenheit kein vorrangiges Bedürfnis gesehen, die ambulante Versorgung darüber hinaus durch ermächtigte psychiatrische Institutsambulanzen zu ergänzen.

Obwohl die Zahl niedergelassener psychiatrischer Fachärzte in freier Praxis erheblich zugenommen hat, ist es bisher kaum gelungen, sie in erforderlichem Maße an der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen zu beteiligen. Für eine bestimmte Klientel besonders schwieriger Fälle hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass trotz der hohen Zahl von niedergelassenen Fachärzten und Psychologen eine hinreichende Versorgung durch die Niedergelassenen nicht immer gesichert ist. Die Gründe hierfür können bei dem Betroffenen selbst liegen, wenn z.B. der erreichte Behandlungserfolg durch Wechsel in der ärztlichen Betreuung gefährdet wird, aber auch auf der Seite der Niedergelassenen, für die die Behandlung von besonders schweren Fällen, z.B. mit gravierenden Straftaten in der Vorgeschichte oder besonderer Betreuungsintensität, z.T. mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Daraus wird die Forderung nach Institutsambulanzen abgeleitet, die die ambulant psychiatrische Behandlung und soziale Betreuung chronisch und schwer kranker Patienten meist nach vorausgegangener stationärer Behandlung in Form von Komplexleistungen aus ärztlichen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Hilfen übernehmen können.

### **Vorteile**

Wesentlicher Vorteil von Institutsambulanzen ist die Möglichkeit, die Behandlung schwieriger und betreuungsintensiver Patienten kontinuierlich über den stationären Aufenthalt hinaus sogar mit gleichem Betreuungspersonal fortsetzen zu können. Zur Sicherstellung der Kontinuität sind insbesondere zu Beginn der Betreuung

---

<sup>9</sup> BGBl. I S. 131 ff.

Hausbesuche erforderlich, so dass die Institutsambulanzen eine Form der kontinuierlichen Weiterbehandlung chronisch psychisch kranker Menschen mit aufsuchender ambulanter Hilfe darstellen.

Die kontinuierliche Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen mit anhaltender Symptomatik und erheblichem Krankheitsgrad durch ein multiprofessionelles Team im ambulanten Bereich kann helfen, die in der stationären Behandlung erreichten Behandlungserfolge zu sichern. Sie vermag dadurch Rückfällen und Wiederaufnahmen vorzubeugen.

### **Gesetzliche Voraussetzungen erweitert**

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser besteht die Möglichkeit, multidisziplinär besetzte Institutsambulanzen einzurichten. Nach § 118 Abs. 1 SGB V sind Psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung für die Versicherten zu ermächtigen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Die Zulassung ist davon abhängig, ob der ambulante Bereich ausreichend Angebote zur Verfügung stellen kann.

Durch das GKV-Reformgesetz 2000 wurde ferner § 118 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert, dass Allgemeinkrankenhäuser mit eigenständigen psychiatrischen Abteilungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt sind. Auf Bundesebene wird derzeit zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Gruppe psychisch kranker Menschen festgelegt, die der Versorgung durch eine Institutsambulanz einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus bedürfen.

In Baden-Württemberg haben sich die Krankenkassen bereit erklärt, sich an der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste mit 20% zu beteiligen. Im Hinblick darauf wurde deshalb zu Gunsten des Ausbaus eines flächendeckenden Netzes von Sozialpsychiatrischen Diensten auf die Einrichtung von Institutsambulanzen verzichtet. Bei den Überlegungen hinsichtlich der Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen war außerdem zu bedenken, dass Institutsambulanzen die ortsnahe Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht flächendeckend übernehmen konnten.

### **Beurteilung und Perspektiven**

Ob sich im Rahmen der weiteren Entwicklungen im Leistungsrecht eine stärkere Verzahnung der stationären mit den ambulanten Leistungen ergibt, lässt sich zurzeit noch nicht abschließend beurteilen. Aus Sicht der Landesregierung ist vorrangig, dass eine Versorgungsstruktur besteht, die möglichst viele Patienten erreicht. Unter diesem Aspekt ist auch die weitere Entwicklung bei den Institutsambulanzen zu sehen.

Einfluss auf die Entwicklung von ambulant angebotenen Komplexleistungen wird in absehbarer Zeit die im § 37a SGB V neu im Leistungsrecht aufgenommene Soziotherapie haben; hier ist zu prüfen, inwieweit bisher von den sozialpsychiatrischen Diensten erbrachte Leistungen über dieses Leistungsrecht definiert werden. In der Vernetzung der ambulanten Versorgungselemente im Modell eines ambulanten gemeindepsychiatrischen Leistungsverbundes könnte auch eine Organisationsform für die Erbringung wohnortnaher Komplexangebote gefunden werden.

### 1.3 Krisen- und Notfallintervention

Der psychiatrische Notfall stellt eine ernsthafte und bedrohliche medizinische Komplikation von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung dar. Unter Krise wird die symptomatische Zuspitzung einer gestörten psychischen Verfassung verstanden, die im Unterschied zum Notfall in der Regel im Gespräch mit gezielter Intervention beeinflusst werden kann. Eine scharfe Trennung zwischen Notfall und Krise wird jedoch in der Praxis kaum möglich sein.

#### **Krisen- und Notfallversorgung wird noch immer vor allem durch ärztlichen Notdienst geleistet**

Die ärztliche psychiatrische ambulante Notfallversorgung wird insbesondere in ländlichen Regionen durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckt. Diese Situation ist jedoch keinesfalls zufrieden stellend und wird auch von den Betroffenen und Angehörigen bemängelt. Auch wenn die Grundfähigkeiten für die Behandlung psychiatrischer Notfälle den im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzten und Ärztinnen in der Ausbildung vermittelt werden, so wünschen sich die Betroffenen doch eine fachkompetente Untersuchung, Behandlung und Beratung. Unsicherheiten bei der Einschätzung psychiatrischer Krisen und Notfälle, die aus Unkenntnis der spezifischen psychiatrischen Vorgeschichte und mangelnder Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Notfällen entstehen, führen nicht selten zu kurzfristigen stationären Aufenthalten, die unter Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz in manchen Fällen vermeidbar wären.

Unbestritten ist die Tatsache, dass psychosoziale Leistungen Teil der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung sind. Bisher konnten jedoch noch keine leistungsrechtlichen Regelungen getroffen werden, die eine Bereitstellung psychosozialer Leistungen in der Krisen- und Notfallversorgung ermöglicht.

### Beurteilung und Perspektiven

Der Bedarf und die Inanspruchnahme von Krisen- und Notfalldiensten hängt von Faktoren wie dem Versorgungsangebot, der Vernetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der Angebotsstruktur und strukturellen Gegebenheiten des Versorgungsgebietes ab. Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat 1995 „Lösungsvorschläge zur Verbesserung der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung“ als Rahmenempfehlung zur Erarbeitung regional bezogener Konzeptionen beschlossen.

Darauf aufbauend kommen gegenwärtig nur zwei Modelle der Krisen- und Notfallversorgung in Betracht:

für den großstädtischen und ggf. mittelstädtischen Raum:

- die mit einem Facharzt besetzte Notfallpraxis

für den mittelstädtischen Raum und ländlichen Raum:

- Psychiatrischer Hintergrunddienst für den allgemeinärztlichen Notfalldienst, der bei Bedarf konsiliarisch tätig wird

Die 1995 vom Landesarbeitskreis Psychiatrie verabschiedeten „Lösungsvorschläge zur Verbesserung der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung“ wurden den örtlichen Psychiatriearbeitskreisen als Anregungen zum Aufbau einer Krisen- und Notfallversorgung übersandt und die Stadt- und Landkreise gebeten, einen regional bezogenen Konzeptionsentwurf für die Realisierung einer psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung zu erarbeiten. Bisher scheiterte die Einrichtung psychiatrischer Krisen- und Notfalldienste weitgehend an der Frage der leistungsrechtlichen Umsetzung. Gleichwohl haben einige Kreise (z.B. Stuttgart und Esslingen) die Erarbeitung von regionalbezogenen Konzeptionen begonnen.

Landesweit ist auf regionaler Ebene eine im Gemeindepsychiatrischen Verbund integrierte Krisen- und Notfallversorgung anzustreben, die aus einer Vernetzung verschiedener Leistungsmodule unterschiedlicher Leistungserbringer besteht. Bei der Umsetzung sind insbesondere die Leistungsträger gefragt, über neue Budgetformen diesen Baustein finanziell abzusichern.

#### **1.4 Sozialpsychiatrische Dienste**

In Baden-Württemberg wurde seit 1986 als ein wesentliches Element der ambulanten Versorgung psychisch Kranker ein landesweit flächendeckendes Netz von Sozialpsychiatrischen Diensten aufgebaut, die sich überwiegend in der Trägerschaft von in der Liga der Freien Wohlfahrtspflege organisierten Wohlfahrtsverbänden, z.T. in kommunaler Trägerschaft und vereinzelt in gemeinsamer Trägerschaft von Kommunen und Wohlfahrtsverbänden befinden. Die Dienste sind Einrichtungen im außerstationären gemeindenahen Netz psychiatrischer Versorgung. Ihre Aufgabe ist es, zum einen überwiegend psychisch Kranke, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezielle Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen; zum anderen vorrangig den langfristig in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten psychisch Kranken die Entlassung zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle und Krankheitsaufenthalte zu vermeiden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuen im Rahmen von Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention überwiegend chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte, die aufgrund der Art oder Länge der Erkrankung unter psychischen Behinderungen und sozialen Beeinträchtigungen leiden, und vermitteln ihnen soziale Hilfen. Die Tätigkeit

der Dienste deckt damit einen wesentlichen Teil des Aufgabenspektrums von Institutsambulanzen ab.

#### **Aufgaben**

Eine wesentliche Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste ist die Hinführung der Klienten zur ärztlichen Behandlung. Erforderlich ist daher eine enge Zusammenarbeit sowohl mit den niedergelassenen Ärzten wie auch den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Ziel der Betreuungsmaßnahmen ist die Wiedereingliederung des Kranken und Behinderten in seinen ursprünglichen oder einen anderen Lebensbereich. Neben der Motivation zur ärztlichen Behandlung liegen die Betreuungsaufgaben daher besonders im Ausgleich von sozialen Defiziten in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Tagesstrukturierung. Dies erfolgt in Form einer stützenden Begleitung und Förderung der Klienten und wird geprägt durch aktiv aufsuchende und ambulant nachgehende Betreuung. Darüber hinaus haben die Sozialpsychiatrischen Dienste wichtige Aufgaben im Bereich der Kooperation und Koordination der regionalen psychiatrischen Versorgung. Dazu gehört außer der Zusammenarbeit mit Haus- und Nervenärzten<sup>10</sup> und den zuständigen psychiatrischen Kliniken und sonstigen ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen die fachliche Begleitung und Koordinierung der Freizeit- und Kontaktclubs, Tagesstätten, Angehörigengruppen und Laienhelfergruppen.

#### **Struktur der Dienste**

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst ist mit mindestens zwei hauptamtlichen Fachkräften ausgestattet. Dies sind in erster Linie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Je nach Aufgabenstellung können auch Fachkrankenpflegekräfte für Psy-

---

<sup>10</sup> Einschl. Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

chiarie und Diplompsychologen beschäftigt werden, wenn mindestens ein Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge beschäftigt wird.

Der Sozialpsychiatrische Dienst nimmt keine hoheitlichen Aufgaben im Rahmen des Betreuungs- und Unterbringungsrechts wahr. Ein Arzt als fester Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist nicht vorgesehen, da die Dienste die ambulante ärztliche Versorgung lediglich ergänzen sollen. In der Regel soll eine gleichzeitige Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und den niedergelassenen Nervenarzt erfolgen. Die Motivation zum Arztbesuch stellt eine der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes dar. Da im Sozialpsychiatrischen Dienst keine Diagnostik oder Therapie stattfinden, ist eine ärztliche Supervision des Dienstes und seiner Mitarbeiter sowie eine konsiliarische fallbezogene Beratung durch niedergelassene Psychiater vorzuziehen. Eine engere Verzahnung der Sozialpsychiatrischen Dienste insbesondere mit der ambulanten ärztlichen Versorgung ist anzustreben.

Während in anderen Ländern die Sozialpsychiatrischen Dienste meist Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Zuständigkeit für die Unterbringung psychisch Kranker haben, hat sich Baden-Württemberg bewusst für eine Trägervielfalt unter Berücksichtigung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege entschieden. Diese Lösung hat sich bewährt. Eine weitere Besonderheit ist die Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung der Dienste (Land: 36 %, Stadt- bzw. Landkreis: 36 %, Krankenkasse: 20 %, Träger: 8 %)<sup>11</sup>. Dies entspricht dem Umstand, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste teilweise auch Aufgaben der in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fallen-

den Krankenversorgung übernehmen und Aufgaben von in Baden-Württemberg nicht eingerichteten Institutsambulanzen abdecken. Der Koordinationsfunktion der Sozialpsychiatrischen Dienste entspricht es, dass die Stadt- und Landkreise Psychiatriearbeitskreise zur fachlichen Abstimmung und Koordination aller Fragen der psychiatrischen Versorgung eingerichtet haben und selbst mehr und mehr aktive Koordinationsaufgaben wahrnehmen.

Die fachliche Konzeption für die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste hat sich insgesamt bewährt. Die in den Richtlinien<sup>12</sup> geregelten Arbeitsgrundlagen geben den Diensten die Möglichkeit, den speziellen örtlichen Gegebenheiten und Erfordernissen in angemessener und flexibler Weise Rechnung zu tragen. Gleichzeitig gewährleisten sie einheitliche den Bedürfnissen der psychisch Kranken entsprechende fachliche Mindeststandards.

## Beurteilung und Perspektiven

Die organisatorische und finanzielle Grundkonzeption der Sozialpsychiatrischen Dienste hat sich insgesamt bewährt. Im Zuge des weiteren Ausbaus des gemeindepsychiatrischen Verbundes und abhängig von der weiteren Entwicklung im Sozialleistungsrecht werden weitere Anpassungen zu prüfen sein.

Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, wie die Erbringung von Leistungen der Soziotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der neuen Vorschriften in §§ 37a und 132b SGB V konkret ausgestaltet sein wird. Aus Sicht des Sozialministeriums sollten die sozialpsychiatrischen

<sup>11</sup> Die Träger weisen darauf hin, dass sich ihr Eigenanteil durch das Einfrieren der Förderbeträge erhöht habe.

<sup>12</sup> Richtlinien GABl. 1991 S. 354 i.d.F. GABl. 1999 S. 85

Dienste schon deshalb in die Erbringung dieser Leistungen einbezogen werden, weil ihnen jedenfalls die Aufgabe verbleibt, die von § 37a SGB V nicht erfassten Klienten zu betreuen. Die Vernetzung in einem ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienstleistungsverbund ist insoweit anzustreben. Unter diesem Aspekt wäre zu gegebener Zeit auch die bisherige Konstruktion für die Finanzierung gemeinsam zu überprüfen.

## 1.5 Krankenpflegedienste

Häusliche Krankenpflege ist ein wesentliches Element der wohnortnahen Versorgung psychisch Kranker. Entsprechende, auf die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittene ambulante Pflegedienste befinden sich derzeit im Aufbau. Häusliche Pflege für psychisch Kranke nach § 37 SGB V wurde von 1995 bis 1998 in zwei Vorlaufprojekten in Stuttgart und Reutlingen erprobt und im Auftrag des Sozialministeriums wissenschaftlich begleitet. Die positiven Erfahrungen haben deutlich gemacht, dass ein entsprechender Bedarf besteht. Es wurde bestätigt, dass beide Dienste die Zielgruppe erreichen und die bezweckten Pflegeleistungen, auf welche die Versicherten einen Anspruch haben, fachlich qualifiziert erbracht haben. Das Ziel der Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalten wurde grundsätzlich erreicht. Die beiden Vorlaufprojekte wurden somit erfolgreich abgeschlossen. Die beteiligten Dienste werden daher über das Ende der Modellphase hinaus weitergeführt. Auch an den Zentren für Psychiatrie werden ambulante psychiatrische Pflegedienste bereits betrieben bzw. aufgebaut.

Unter Moderation des Sozialministeriums werden derzeit Möglichkeiten für eine Regelfinanzierung gesucht, aufgrund deren solche Dienste landesweit aufge-

baut werden könnten. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V sind im Mai 2000 in Kraft getreten. Dagegen sind die Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V noch nicht verabschiedet.

Die Landesregierung hält es für erforderlich, dass bei der konkreten Umsetzung der leistungsrechtlichen Möglichkeiten den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung getragen wird, um auch insoweit eine Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken zu erreichen.

Auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind psychisch Kranke nach wie vor gegenüber anderen Pflegebedürftigen insoweit benachteiligt, als der bei diesem Personenkreis zusätzlich anfallende Betreuungsbedarf nicht hinreichend berücksichtigt wird. Eine entsprechende Bundesratsinitiative Baden-Württembergs zur Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen war leider nicht erfolgreich.

### Beurteilung und Perspektiven

Die Versorgung psychisch Kranker mit auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnittenen ambulanten Pflegediensten ist derzeit im Vergleich zu somatisch Kranken noch unbefriedigend.

Die Landesregierung strebt deshalb einen landesweiten Aufbau ambulanter Pflegedienste für psychisch Kranke an. Außerdem sind Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke erforderlich, um eine Gleichstellung mit somatisch Kranken zu erreichen.

## 1.6 Sozialstationen

### Flächendeckendes Netz

Baden-Württemberg verfügt über ein flächendeckend ausgebautes Netz von ungefähr 1.100 Sozialstationen/Ambulanten Pflegediensten. Zum Leistungsspektrum gehören pflegerische Hilfen (Grundpflege, Krankenpflege), hauswirtschaftliche Dienste sowie Hilfen zur Kommunikation und sozialen Integration.

Durch die steigende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen sowie die zurückgehende Zahl der Personen, die Pflegeleistungen erbringen können, werden auch die ambulanten sozialen Dienste vor wachsende Anforderungen gestellt. Diese Entwicklung hat sich in den vergangenen Jahren verstärkt und wird auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Neben der rein quantitativen Zunahme von Hilfeanforderungen sind auch qualitative Änderungen des Hilfebedarfs, aber auch neue Hilfeanforderungen festzustellen.

Dies betrifft unter anderem auch die wachsende Zahl der in häuslicher Umgebung zu betreuenden psychisch kranken älteren Menschen, deren Anzahl durch die absehbare demographische Entwicklung in den kommenden Jahren deutlich zunehmen wird. Zwar können im höheren Lebensalter alle psychischen Erkrankungen auftreten, die auch jüngere Lebensphasen betreffen. Gleichwohl werden mit der steigenden Zahl von Hochbetagten die Fälle insbesondere organischer Psychosen zunehmen.

Wie die Versorgung der somatisch Kranken sollte die Versorgung dieser Kranken und der Multimorbiden soweit wie möglich ambulant erfolgen. Die ambulanten Dienste müssen ihr Leistungsangebot flexibel an diese neuen Anforderungen anpassen. Die Landesregierung geht davon aus, dass hierbei auf der vorhandenen bewährten Struktur eines pluralen Leistungsangebotes aufgebaut wird. Die vielfältigen Hilfeanforderungen in diesem Bereich machen eine abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger ambulanter Dienste unabdingbar.

---

## 2. Stationäre und teilstationäre Versorgung

### 2.1 Psychiatrische Krankenhausplanung

Mit einem Anteil von über 10% am Gesamtbettenbestand hat die psychiatrische Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg einen beachtlichen Stellenwert in der allgemeinen Krankenhausversorgung. Derzeit werden insgesamt 7515 Betten und Plätze in planrelevanten Krankenhäusern für die Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht und Sonderbereich für die Versorgung geistig Behinderter mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen) und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie planerisch vorgehalten.

In begrenztem Umfang wird sich die neue Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in der Bettenbedarfszahl im Fachgebiet Psychiatrie niederschlagen. Bisher im Krankenhausplan der Psychiatrie zugerechnete, aber originär für die psychosomatische Versorgung genutzte Betten werden zukünftig bedarfsplanerisch der Psychotherapeutischen Medizin zuzuordnen sein. Bereits jetzt werden von den hierfür erforderlichen Krankenhausbetten fast die Hälfte aus der Psychiatrie bereitgestellt, ein geringerer Teil aus der Inneren Medizin.

▪ **Beurteilung und Perspektiven**

Ausgehend von einer Krankenhaushäufigkeit von 58 Fällen pro 10 000 Einwohner, einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen und einem Nutzungsgrad von 90% ergibt sich im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie nach Abzug der Betten für die Psychotherapeutische Medizin ein Bedarf von ca. 7400 Betten und tagesklinischen Plätzen. Darüber hinaus wird planerisch kein weiterer Bedarf gesehen.

Der Anteil tagesklinischer Plätze am Gesamtbettenbestand soll durch weiteren Ausbau tagesklinischer Versorgungsangebote bei 10% liegen. Dies entspricht in Baden-Württemberg durchschnittlich einem Verhältnis von Tagesklinikplätzen zu Einwohner von 7:100.000.

Somit liegt die Zielgröße vollstationärer Krankenhausplanbetten in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie bei ca. 6650 Betten und ca. 750 tagesklinischen Plätzen. Die Größe einer psychiatrischen Einrichtung der Vollversorgung sollte in der Regel 120 Betten betragen. Im Einzelfall ist bei einer angemessenen Ausdifferenzierung die Behandlung

des Krankheitsspektrums in der Psychiatrie auch in psychiatrischen Abteilungen mit weniger, mindestens aber 80 Betten vertretbar. Voraussetzung hierfür sind verbindliche Absprachen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen innerhalb gemeinsamer Einzugsgebiete über die Aufgabenverteilung bzw. Zusammenarbeit. Auf diese Weise einzubinden sind auch bereits in den Krankenhausplan aufgenommene kleinere Abteilungen und Stationen.

Neben den Betten an Plankrankenhäusern werden außerhalb von Plankrankenhäusern Betten mit psychiatrischen Patienten belegt. Die Entwicklung des Gesamtbettenbestandes ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Die Entwicklung in den ehemaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist vor allem auf die Ausgliederung der so genannten Langzeitbereiche aus den Krankenhäusern und deren Überführung in qualifizierte Heimstrukturen zurückzuführen. Daneben spiegeln die Zahlen auch den Ausbau gemeindenaher stationärer Angebote wider.

	<b>1974</b>	<b>2000 (davon tagesklinische Plätze)</b>
Psychiatrische Landeskrankenhäuser, seit 1996 Zentren für Psychiatrie	8370	3565 (46)
Freigemeinnützige Fachkliniken	1170	960 (219)
Private Fachkliniken	591	993 (73)
Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) Mannheim	0	246 (32)
Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	317	1139 (94)
Universitätskliniken	560	612 (92)
<b>Insgesamt:</b>	<b>11145</b>	<b>7515 (556)</b>

Tabelle: Entwicklung des Gesamtbestandes der in Baden-Württemberg vorgehaltenen vollstationären Betten und Plätze im Vergleich 1974 und 1999 (in Plankrankenhäuser und anderen)

## **Kooperationsvereinbarungen, Versorgungsgebietsabgrenzung**

In einem Versorgungssystem, das sich aus unterschiedlichen Bausteinen und verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern zusammensetzt, sind Kooperationsabsprachen im stationären Bereich ebenso unentbehrlich wie im ambulanten Bereich. Im Zuge einer weiteren Differenzierung der Leistungsangebote sind im Interesse einer ressourcenorientierten wirtschaftlichen Nutzung und im Interesse einer reibungslosen Zusammenarbeit Kooperationen zwischen den einzelnen Anbietern zu vereinbaren.

Dies kann die fachliche Schwerpunktbildung verschiedener Anbieter stationärer Krankenhausleistung für das gleiche Versorgungsgebiet betreffen. Aber auch ergänzende oder alternative Behandlungsmöglichkeiten zur stationären Behandlung wie z.B. die teilstationäre Behandlung erfordern eine enge Zusammenarbeit und verbindliche Absprachen unter den Leistungsträgern.

In Baden-Württemberg gibt es keine den einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern förmlich zugeordnete Pflichtversorgungsgebiete. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ergibt sich vielmehr aus dem Landeskrankenhausgesetz. Demnach ist jedes Krankenhaus im Rahmen seiner Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit (ohne regionale Beschränkung) zur Aufnahme und Versorgung verpflichtet. Ist das Krankenhaus belegt, so hat es einen Patienten dessen sofortige Aufnahme und Versorgung notwendig und durch ein anderes geeignetes Krankenhaus nicht gesichert ist, einstweilen aufzunehmen. Es sorgt nötigenfalls für eine Verlegung des Patienten (§ 28 Abs. 2 LKHG). Zuständig für die Überprüfung der Einhaltung von Verpflichtungen der Krankenhäuser ist das jeweilige Gesundheitsamt.

### ▪ **Beurteilung und Perspektiven**

Eine Pflichtversorgung im eigentlichen Wortsinne gibt es planungsrechtlich nicht. Das Sozialministerium hält jedoch im Interesse einer reibungslosen Zusammenarbeit eine transparente Zuordnung von Versorgungsgebieten für erforderlich.

Die an der Grundversorgung beteiligten psychiatrischen Krankenhäuser sollen daher Vereinbarungen über Versorgungsgebiete treffen. Vorrangig soll dies bei nahe benachbarten Einrichtungen erfolgen. Die freie Krankenhauswahl eines Patienten wird durch die Festlegung eines Versorgungsgebietes in keiner Weise eingeschränkt. Vielmehr soll durch eine räumliche Zuordnung die gemeindenahere Behandlung aller Patienten in einem definierten Gebiet um das Krankenhaus gesichert werden.

### **Psychotherapeutische Medizin**

Im Krankenhausplan wurden die für die psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung genutzten Akutbetten bislang nicht in eigenen bettenführenden Fachabteilungen ausgewiesen. Die zu dieser Behandlung genutzten Planbetten wurden dem Gebiet der „Psychiatrie und Psychotherapie“ zugeordnet; teilweise sind sie auch in den körpermedizinischen Fächern vorhanden.

Ausgehend von der Tatsache, dass sowohl somatische als auch psychiatrische Betten für die Behandlung von psychosomatischen Patienten genutzt werden, waren bei Einrichtung des eigenständigen Fachbereichs entsprechend Betten aus den jeweiligen Fachgebieten umzuwidmen. Die zusätzliche Ausweisung neuer Kapazitäten und Einrichtungen z.B. durch Einbeziehung bisher in psychosomatischen Rehabilitationskliniken zur Verfügung stehenden Bettenkontingenten in die psychosomatische/psychotherapeutische Akutversorgung ist auch in Zukunft nicht vorgesehen.

- **Bettenmessziffer für die Fachabteilung für Psychotherapeutische Medizin**

Im Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin ist planerisch im Ergebnis von einer bedarfsgerechten Bettenmessziffer von 0,1 Betten pro 1.000 Einwohner auszugehen. Daraus errechnet sich landesweit eine Gesamtbettenzahl von ca. 1040 Betten. Diese sollen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken eingerichtet werden. Die dafür nötigen Betten sollen durch Umschichtung im Rahmen der bestehenden Kapazitäten gewonnen werden.

Die Mindestgröße einer Abteilung soll 18 Betten betragen, um therapeutisch sinnvolle Untereinheiten mit mindestens 9 Patienten bilden zu können. Die Standorte für stationäre Angebote in der Psychotherapeutischen Medizin sind vorzugsweise an Schwerpunkten, d.h. Fachkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Zentralversorgung, anzusiedeln.

- **Bedarf an teilstationären Behandlungsangeboten in der Psychotherapeutischen Medizin**

Bislang liegen im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin nur wenige Erfahrungen mit teilstationärer Behandlung vor. Daher sind Ergebnisse zunächst abzuwarten, bevor weitere planerische Festlegungen erfolgen.

Angesichts des begrenzten vollstationären Behandlungsbedarfs sind Tageskliniken für Psychotherapeutische Medizin allenfalls in großstädtischen Ballungsräumen denkbar. Die Errichtung von Tageskliniken führt zu einer Reduzierung des Bettenbedarfs im vollstationären Bereich. Tagesklinikplätze sind in einem im Einzelfall festzulegenden Anrechnungsschlüssel auf das landesweit auszuweisende Bettenkontingent anzurechnen.

- **Konsiliar- und Liaison-Dienste in der Psychotherapeutischen Medizin**

Da eine flächendeckende Versorgung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin nicht möglich sein wird, hat die Versorgung durch Konsiliar- und Liaison-Dienste (C/L-Dienst) ein besonderes Gewicht. Die Konsiliar- und Liaison-Dienste sollen als Verbindung zwischen psychotherapeutischer Medizin und „Körper-Medizin“ fungieren und die Versorgung dort sicherstellen, wo eigene bettenführende Abteilungen nicht wirtschaftlich und leistungsfähig installiert werden können.

Der Auf- und Ausbau des C/L-Dienstes ist wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der stationären psychosomatischen Versorgung innerhalb des vorgegebenen Rahmens.

Die Konsiliar- und Liaison-Psychotherapie soll Psychodiagnostik und ärztliche Beratung und Betreuung der Kranken und ihrer Angehörigen umfassen mit dem Ziel, bei Bedarf geeignete weiterführende Versorgungsangebote (ambulante Behandlung, Tagesklinik, vollstationäre Akutbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahmen) zu vermitteln. Psychotherapeutische Fachkliniken aus dem Vorsorge- und Rehabilitationsbereich können über eine Konsiliar- und Liaison-tätigkeit an der psychotherapeutisch-medizinischen Versorgung beteiligt werden.

Bei der Errichtung dieser Dienste ist eine enge Kooperation bis hin zu einem gemeinsamen Betrieb durch Fachleute beider Fachgebiete („Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychotherapeutische Medizin“) anzustreben.

### **Grundsatz der Vollversorgung**

Für die stationäre psychiatrische Versorgung hält die Landesregierung in Übereinstimmung mit dem Landesarbeitskreis Psychiatrie am Prinzip der Vollversorgung fest.

Vollversorgung ist gegeben, wenn psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Hinblick auf ihre Größe und Struktur in Zusammenarbeit mit diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Einzugsgebietes in der Lage sind, das gesamte Spektrum einer ausreichenden und medizinisch zweckmäßigen psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu gewährleisten.

Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat das Prinzip der Vollversorgung auf folgende Überlegungen gestützt:

- Keine Trennung in Regel- und Zentralversorgung. Eine solche Unterscheidung ist in der Psychiatrie fachlich weder möglich noch sinnvoll, ebenso wie eine Unterscheidung zwischen „leichten“ und „schweren“ Fällen
- Keine Zwei-Klassenpsychiatrie („Psychiatrie 1. Klasse“ an den Abteilungen, „Psychiatrie 2. Klasse“ an den Fachkrankenhäusern)
- Keine erneute Verschlechterung der Akzeptanz der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in der Bevölkerung
- Gewährleistung der Kontinuität in der Patientenbetreuung
- Gleiche Versorgungsqualität in psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern
- Gewährleistung einer umfassenden Weiterbildung für Ärzte zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, da die Behandlung eines breiten Spektrums psychiatrischer Krankheitsbilder in allen stationären Einrichtungen dadurch möglich wird

Eine fachliche ausreichende Strukturierung und innere Differenzierung ist gegeben, wenn vorhanden sind:

- Akutbehandlung
- Suchtkrankheiten/Entgiftung
- Gerontopsychiatrie
- Rehabilitation und Sozialpsychiatrie
- Psychotherapie

Daneben muss die Versorgung durch andere medizinische Disziplinen durch fest eingerichtete Konsiliardienste gewährleistet sein.

## **2.2 Vom Großkrankenhaus zur Fachklinik/Fachabteilung**

Die Behandlung in klinischen psychiatrischen Einrichtungen wird auch in Zukunft ein Bestandteil der therapeutischen Grundkonzeption bei der Versorgung psychischer kranker Menschen sein. In einer ganzheitlichen Sichtweise muss in die Therapie neben den biologischen Aspekten der Erkrankung gleichzeitig das soziale Umfeld des Betroffenen in die Behandlungsstrategie einbezogen werden. Dies führte zu den drei Grundpfeilern der stationären psychiatrischen Therapie: Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie. Das Bestreben, den Belangen der einzelnen Patienten mit Spezialisierung und Differenzierung des Angebots immer besser gerecht zu werden, führte in der psychiatrischen Krankenhausversorgung zu einem heute noch anhaltenden tief greifenden Wandel.

Dieser Strukturwandel vollzog sich vor allem in den ehemaligen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten und in den beiden großen Fachkrankenhäusern Christophsbad Göppingen und Rottenmünster, die im 19. Jh. die Versorgung der psychisch Kranken in Anlehnung an die damals herrschende Fachmeinung gemeindefern in ihren Einrichtungen übernommen hatten. Während die Einführung der pharmakologischen Behandlung und insbesondere die Entwicklung spezifischer Psychopharmaka seit etwa 1950 die Entwicklung weg von „Verwahranstalten“ hin zu qualifizierten psychiatrischen Fachkliniken förderte, entwickelten sich aus den 1975 in der Psychiatrie-Enquête formulierten Grundsätzen gemeindenahere Versorgungskonzepte und verschiedene sozialtherapeutische Behandlungsansätze. Die Fachkrankenhäuser wurden zu modernen leistungsfähigen psychiatrischen

Kliniken, die ihre Aufgabe auch in der Einbindung ihrer für das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen vorgehaltenen Behandlungsangebote in einen Verbund psychiatrischer Leistungserbringer sehen. Durch den verstärkten Ausbau der außerklinischen Einrichtungen kommt der optimierten Vernetzung aller Einrichtungen des Versorgungssystems eine wichtige Rolle zu. Neben der bereits bestehenden breiten fachlichen Differenzierung wurde an den Fachkrankenhäusern weitgehend die sektorierte Versorgung eingeführt. Dies erleichterte die Einbindung in die ambulante, komplementäre und rehabilitative Versorgungsstruktur der jeweiligen Aufnahmegebiete. Durch die einem definierten Versorgungsgebiet zugeordneten Sektorstationen oder Abteilungen konnte eine engere Verbindung der Versorgungselemente und Einbeziehung des Krankenhauses in den Gemeindepsychiatrischen Verbund erreicht werden.

Die Hauptlast der stationären Versorgung lag bis dahin auf den staatlichen Krankenhäusern, den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

Der engen fachlichen Nähe der Psychiatrie zur Neurologie wurde dahingehend Rechnung getragen, dass an den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern in Weinsberg, Winnenden, Calw und Weissenau eigenständige neurologische Abteilungen eingerichtet wurden, die sowohl hinsichtlich der technischen Ausstattung als auch der fachlichen Kompetenz eine fortschrittliche neurologische Versorgung anbieten können. Hierzu gehören auch computertomographische Untersuchungsmöglichkeiten in Calw und Weinsberg sowie die Untersuchung mittels Kernspintomograph in Weinsberg und Winnenden. Diese Strukturen sind wichtige Elemente einer Vernetzung der psychiatrischen Krankenhäuser mit der somatischen Versorgung.

### **Rechtsformänderung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser**

Die neun Psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden seit 1979 als rechtlich unselbständige Landesbetriebe gemäß § 26 LHO geführt. Die eingeschränkte, an Verwaltungsmaßstäben orientierte Handlungs- und Entscheidungsautonomie hatte sich im Laufe der Zeit bei den Landeskrankenhäusern jedoch als wesentlicher Nachteil erwiesen. Kurzfristige Sach- und Personalentscheidungen im operativen Bereich, allein an den Erfordernissen des Krankenhauses und der Patientenversorgung ausgerichtet, waren nicht möglich. Zudem war eine stärkere Einbindung dieser Häuser in die regionalen Versorgungsstrukturen und den Gemeindepsychiatrischen Verbund geboten. Dafür wurde eine grundlegende Reform der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser erforderlich.

Mit dem zum 1.1.1996 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuorganisation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden anstelle der seitherigen Landesbetriebe neun rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts – Zentren für Psychiatrie – errichtet. Mit dieser Reform wurde auch den laufenden, einschneidenden gesundheits- und sozialpolitischen Änderungen im Gesundheitswesen Rechnung getragen. Die Häuser gewannen ein Höchstmaß an Flexibilität, Eigenständigkeit und Eigenverantwortung.

Die Struktur der neun Zentren lehnt sich eng an die privatrechtlicher Unternehmen an. Die Zentren verfügen über jeweils einen Aufsichtsrat mit fünf stimmberechtigten Mitgliedern (drei Landesvertretern, einem Vertreter des Sitzkreises und einem Vertreter des Personalrates) und einem beratenden Mitglied, dem Patientenforsprecher. Die Zentren werden von Geschäftsführern geleitet, die für mehrere Zentren zuständig sind. Alle Geschäfte und Maßnahmen von grundsätzlicher Bedeutung, die über den Rahmen eines normalen Geschäftsbetriebes hinaus gehen, bedürfen der Zustimmung des

Aufsichtsrates. Die landespolitische Verantwortung findet ihren Ausdruck in der Landesmehrheit im Aufsichtsrat, in der Gewährträgerschaft des Landes und in der Rechts- bzw. Fachaufsicht durch das Sozialministerium.

Die mit der Rechtsformänderung erreichte Selbständigkeit der Zentren für Psychiatrie hat zu einer wesentlichen fachlichen Weiterentwicklung geführt. Innerhalb kurzer Zeit haben die Häuser strukturelle Verbesserungen initiiert und strategische Konzeptionen entwickelt. Betriebsabläufe wurden optimiert und wirtschaftliche Spielräume ausgeschöpft; gleichzeitig hat die Reform die Häuser in die Lage versetzt, flexibel auf die sich ständig ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen zu reagieren.

Im medizinischen Bereich sind in Anlehnung an die somatische Medizin Abteilungsstrukturen geschaffen worden, die zu einer Verbesserung der Patientenversorgung, einer sinnvollen internen Budgetierung und einer besseren Reaktion auf Belegungsschwankungen beitragen. Im Hinblick auf das Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1.7.1996 wurde innerhalb der Zentren eine eindeutige Trennung zwischen Krankenhaus- und Heimbereich vorgenommen, so dass die Pflegeheime als selbständig wirtschaftende Einheiten geführt werden können.

Auch die mit der Verselbständigung der Zentren erreichte wirtschaftliche Eigenständigkeit hat sich bewährt; die Umwandlung dieser Häuser von einer Behörde zu einem Dienstleistungsunternehmen ist auch insoweit gelungen; die Zentren für Psychiatrie erwirtschaften über die Jahre gesehen ausgeglichene Betriebsergebnisse.

### **Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**

Seit der Psychiatriereform wurde der Ausbau der wohnortnahen stationären Krankenhausversorgung durch Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vorangetrieben. Durch Umschichtung von Bettenkapazitäten in bestimmten Regionen konnten im Zuge der Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung bis heute 8 eigenständige psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 1107 Betten und Plätzen (Stand 31.12.1998) errichtet werden. Im Gegenzug wurden an den großen Fachkrankenhäusern von 1990 bis 1998 über 700 Betten abgebaut. Gleichzeitig wurden aber auch neue spezialisierte Angebote wie Stationen für den niedrigschwelligen Drogenentzug geschaffen. Insgesamt konnte für den Flächenstaat Baden-Württemberg eine wesentlich gemeindenähere stationär klinische Versorgung erreicht werden.

Die neuen psychiatrischen Fachabteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern übernehmen die dezentrale psychiatrische Vollversorgung eines bestimmten Versorgungsgebietes einschließlich der auf der Grundlage des Unterbringungsgesetz zu behandelnden Patienten.

Die Kriterien einer Vollversorgung setzen eine Mindestgröße für eigenständige psychiatrische Abteilungen voraus. Angesichts der gleichzeitig geforderten Gemeindenähe sind die Spielräume zur Errichtung eigenständiger Abteilungen besonders in bevölkerungsärmeren Gebieten geringer geworden.

Dennoch werden die Bemühungen zur Verbesserung der gemeindenahen stationären Krankenhausversorgung von Seiten der Fachkrankenhäuser fortgesetzt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass

eine Verlagerung von Betten grundsätzlich im Einvernehmen mit dem bisherigen Träger der Betten erfolgen soll. Als Möglichkeit kommt daher in Betracht, Betten aus einem Fachkrankenhaus wohnortnah zu verlagern und ggf. mit Betten eines weiteren Trägers in einer gemeinsamen Trägergesellschaft zusammenzufassen. Dies bietet die Chance, dass in einer Region Behandlungsschwerpunkte eines bereits vor Ort etablierten Trägers stationärer psychiatrischer Versorgung mit dem Angebot eines weiteren für diese Region zuständigen Anbieters sinnvoll zusammengeführt werden können.

### **2.3 Gemeindenähe durch Auslagerung von Stationen (Satellitenkonzept)**

Nicht überall ist es in einem Flächenstaat möglich, stationäre Behandlung durch „vollwertige“ Abteilungen zu gewährleisten.

Mit der Auslagerung von Betten aus einem Fachkrankenhaus wird angestrebt, durch Errichtung kleinerer psychiatrischer Außenstellen psychiatrischer Krankenhäuser an Allgemeinkrankenhäusern oder in dessen unmittelbarer Nähe auch bevölkerungsärmere Regionen bzw. weiter entlegene Standorte noch gemeindenah versorgen zu können. Parallel zum Aufbau einer personenzentrierten Hilfe soll das Element der stationären Versorgung in das Netz der regionalen außerstationären Einrichtungen und Dienste in der Gemeinde eingebunden werden, ohne auf die im Hintergrund vorhandenen Spezialangebote der Fachkliniken gänzlich verzichten zu müssen.

#### **Innere Sektorisierung**

Das Konzept der Auslagerung von Stationen oder Abteilungen aus den Fachkrankenhäusern knüpft an die schon weitgehend erfolgte Sektorisierung innerhalb der allgemeinspsychiatrischen Behandlungsbereiche an: Patienten eines definierten geographischen Einzugsgebietes werden grundsätzlich gemeinsam auf

einer Station oder in einer Abteilung behandelt. Hierzu wurde das frühere System der verschiedenen Behandlungsbereiche verlassen und die gleichzeitige Behandlung von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsstadien auf allgemeinspsychiatrischen Stationen eingeführt. Durch die Sektorisierung wird eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen ambulanten Diensten möglich. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass die Patienten bei Wiedererkrankung auf dieselbe Station aufgenommen werden. Daher bietet sich an, diese bereits intern sektorisierten Stationen an geeignete Standorte des Einzugsgebiets zu verlegen (externe Sektorisierung).

#### **Externe Sektorisierung**

Größere Gemeindenähe in der Behandlung unter Aufrechterhaltung einer fachlich qualifizierten Vollversorgung kann durch die Auslagerung von Sektorstationen an geeignete Standorte des Einzugsgebiets erreicht werden. Dabei bleibt die ausgelagerte Station organisatorisch, personell und wirtschaftlich Teil des auslagernden Fachkrankenhauses.

Die Vollversorgung - einschließlich der nach UBG unterzubringenden Patienten - erfolgt gemeinsam mit dem Mutterhaus. Die Fachkrankenhäuser werden bei Auslagerung von so genannten Satelliten das Angebot der Gemeindenähe ihrerseits durch Vorhaltung von spezialisierten Angeboten qualitativ ergänzen. Das Spektrum der in einem Satelliten behandelbaren Erkrankungen kann alle psychiatrischen Krankheitsbilder einschließen oder sich auf Teilbereiche der Psychiatrie begrenzen. Dabei ist von Bedeutung, dass die bestehenden Fachkrankenhäuser als Kompetenzzentrum ein breites und differenziertes therapeutisches Angebot vorhalten, welches in dieser Differenziertheit in kleineren Einheiten an Allgemeinkrankenhäusern nicht möglich ist. Aus den

Vorteilen einer gemeindenahen Versorgung und der nicht minder vorteilhaften Spezialisierung der Fachkrankenhäuser ergeben sich positive Effekte, die durch enge Kooperation und einvernehmliche Absprachen zwischen den versorgenden Einrichtungen synergistisch genutzt werden können.

Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) von 1991 empfiehlt eine Stationsgröße von 18 Betten. Dies ist unter fachlichen und ökonomischen Aspekten als Mindestgröße einer ausgelagerten Einheit anzusehen. Die organisatorische Verbindung mit dem Mutterhaus gewährleistet eine kontinuierliche fachliche Abstimmung, Supervision und Anbindung an den wissenschaftlichen Fortschritt. Um dies zu ermöglichen, soll die räumliche Entfernung zwischen Außenstelle und Mutterhaus in der Regel in höchstens einstündiger Fahrzeit zu bewältigen sein. Dies gewährleistet auch, dass kurzfristige personelle Engpässe vom Mutterhaus ausgeglichen werden können. Größere ausgelagerte Bettenkontingente nähern sich von den fachlichen, personellen und Weiterbildungsmöglichkeiten her zunehmend den eigenständigen Abteilungen an; daher sind dann größere Entfernungen zum Mutterhaus denkbar. Sowohl der Landesarbeitskreis Psychiatrie als auch der Landeskrankenhausausschuss haben dieser Konzeption zugestimmt.

### **Beurteilung und Perspektiven**

Bei der Auslagerung handelt es sich um eine Verlagerung von Betten aus den Fachkrankenhäusern ohne Aufstockung und somit um eine weitgehend kostenneutrale Erweiterung des Versorgungsangebotes.

Solche Dependancen können zur stationären Krisen- und Notfallversorgung die geforderte Gemeindenähe mit qualitativen Erfordernissen, z.B. Spezialisierung auf besondere Krankheitsbilder in der Fachklinik, verbinden.

Die zukünftige Planung sieht deshalb die bettenneutrale Errichtung solcher Satelliten an geeigneten Standorten in organisatorischer Verbindung mit dem Mutterhaus vor. Bei der weiteren Entwicklung werden die konkreten Erfahrungen und die Ergebnisse der fachlichen Diskussion berücksichtigt.

Mit der Umsetzung des Satellitenkonzepts werden die Fachkrankenhäuser, besonders die Zentren für Psychiatrie, noch stärker in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingebunden; dies entspricht auch dem gesetzlichen Auftrag in § 3 des EZPsychG.

Mit 10 Außenstellen an entsprechend geeigneten Standorten könnten noch bestehende Lücken in der gemeindenahen stationären Versorgung geschlossen werden. Die Umsetzung dieses Konzepts erfolgt zunächst an zwei Standorten. Die ersten Erfahrungen am Standort Wangen sind insgesamt positiv, so dass dieser Weg Zug um Zug weiter beschritten wird.

### **2.4 Teilstationäre Versorgung: Fortschreibung der Konzeption Tageskliniken**

Bei der Errichtung psychiatrischer Tageskliniken werden in Baden-Württemberg vor allem zwei gesundheitspolitische Ziele verfolgt: Zum einen die Differenzierung und Erweiterung des Spektrums an Behandlungsmöglichkeiten, zum anderen die Vermittlung eines gemeindenahen teilstationären Angebotes an Standorten ohne psychiatrische Krankenhausversorgung.

Die teilstationäre Behandlung ist nicht Ersatz einer vollstationären Behandlung, sondern Baustein eines umfassenden und gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgungssystems.

Als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung kann die tagesklinische Behandlung helfen, bei ambulant behandelten Patienten nicht zwingend erforderliche vollstationäre Behandlungen zu vermeiden oder hinauszuzögern; stationäre Aufenthalte können abgekürzt werden. Für den Patienten, der in der Tagesklinik prinzipiell gleiche diagnostische, therapeutische und pflegerische Kernelemente wie in der vollstationären Behandlung vorfindet, bieten sich bessere Möglichkeiten der Einbeziehung des gesamten sozialen Umfelds in den therapeutischen Prozess. Voraussetzung für eine tagesklinische Behandlung ist, dass ein ausreichend belastbares soziales Umfeld zur Verfügung steht und dass die Einrichtung innerhalb einer angemessenen Zeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist. In dem Krankenhaus, das die stationäre Vollversorgung sicherzustellen hat, konzentrieren sich folglich schwerere Krankheitsverläufe. Daher ist es erforderlich, dass innerhalb eines gemeinsamen Einzugsgebietes zwischen dem vollversorgenden Krankenhaus und der Tagesklinik eine enge Kooperation mit festen Absprachen besteht.

Die Zahl der Tagesklinik-Plätze wurde von 183 Plätzen an 10 Standorten im Jahre 1992 auf heute 556 Plätze an 22 Standorten ausgebaut.

Neben den tagesklinischen Angeboten in der Allgemeinpsychiatrie wurden im Rahmen der Weiterentwicklung tagesklinischer Behandlungskonzepte auch Tagesklinikplätze für Teilbereiche der Psychiatrie geschaffen. Gegenwärtig befinden sich Konzepte zur tagesklinischen Behandlung von Suchterkrankungen in der Umsetzung; bereits bewährt haben sich speziell auf die Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten ausgerichtete Behandlungsangebote.

Gerade im gerontopsychiatrischen Bereich wird künftig alleine aufgrund der demographischen Entwicklung ein steigender Bedarf an teilstationären Angeboten bestehen. Aber auch die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sind bei der Weiterentwicklung tagesklinischer Angebote zu berücksichtigen. Dabei steht hier die Alternative zur vollstationären Behandlung und somit die enge Anbindung an die jeweiligen Fachabteilungen ganz im Vordergrund.

Im Laufe der Jahre haben sich verschiedene Schwerpunkte der tagesklinischen Behandlung herausgebildet. Aus planerischer Sicht wurden in der Vergangenheit auf Grundlage des vom Ministerrat 1994 verabschiedeten Planungskonzepts für Psychiatrische Tageskliniken in Baden-Württemberg drei Varianten von Tageskliniken unterschieden:<sup>13</sup>

- die integrierte Tagesklinik
- die verbundene Tagesklinik
- die autonome Tagesklinik

Insgesamt haben sich alle Organisationsformen grundsätzlich bewährt. Aus planerischer Sicht überwiegen jedoch die Vorzüge einer verbundenen Tagesklinik gegenüber denen einer autonomen Tagesklinik nicht zuletzt aufgrund der engen Einbindung der Tagesklinik in das medizinisch-therapeutische Konzept der vollversorgenden Einrichtung.

#### **Beurteilung und Perspektiven:**

Die von der Expertenkommission der Bundesregierung empfohlene Relation von 20 Tagesklinikplätzen auf 100 000 bis 150 000 Einwohner lässt sich in einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg nicht realisieren. Die Aspekte Gemeindennähe, Erreichbarkeit und Wirtschaftlich-

<sup>13</sup> vgl. im Einzelnen "Psychiatrische Tageskliniken in Baden-Württemberg - Ein Planungskonzept; herausgegeben vom Sozialministerium in der Reihe Gesundheitspolitik Nr. 27"

keit sind nicht in allen Regionen zu vereinen, so dass es vor allem in ländlichen Regionen sinnvoll ist, auf vorhandene Strukturen zurückzugreifen. In erster Linie betrifft dies die überdurchschnittliche Zahl niedergelassener Allgemeinärzte und -ärztinnen- und Fachärzte- und Fachärztinnen auf psychiatrischem Fachgebiet, die die ambulante Versorgung zusammen mit einem in Baden-Württemberg flächendeckend eingerichteten Sozialpsychiatrischen Dienst sicherstellen.

Das Ziel der Planung ist, den bisherigen Weg des Ausbaus tagesklinischer Behandlungsangebote weiter zu verfolgen und den teilstationären Sektor auf ca. 750 Plätze zu erweitern.

Der Anteil tagesklinischer Plätze am Gesamtbettenbestand soll somit ungefähr 10% des gesamten im Krankenhausbereich stationär vorgehaltenen Kontingents an Betten und Plätzen erreichen. Dies entspricht in Baden-Württemberg durchschnittlich einem Verhältnis von Tagesklinikplätzen zu Einwohner von 7:100.000. Im Bereich der Krankenhausplanung führt die Errichtung psychiatrischer Tageskliniken in der Regel zu einer Bettenreduzierung im vollstationären Bereich, da im Krankenhausbereich vorgehaltene Betten zum Teil nicht mehr benötigt werden. Dabei kommt den Fachkrankenhäusern auch durch die von den Krankenkassen geforderte Bettenkompensation im vollstationären Bereich eine zentrale Rolle zu. Die Fachkrankenhäuser werden bei Bewerbung um die Betriebsträgerschaft einer Tagesklinik gleichermaßen berücksichtigt. Gleichzeitig werden bei der im Verbund mit einem psychiatrischen Krankenhaus betriebenen Tagesklinik am Mutterhaus Bettenkapazitäten abgebaut. Damit wird sowohl dem Aspekt der Dezentralisierung als auch dem der Bestandswahrung bestehender Fachkliniken ausreichend Rechnung getragen; ferner eröffnen sich hierdurch auch Möglichkeiten für eine mo-

dellhafte Weiterentwicklung der Versorgungsangebote.

## 2.5 Besonderheiten im Bereich Sucht

Sucht stellt eine psychische Erkrankung dar, für die ein breit gefächertes Hilfeangebot mit ambulanten und stationären Strukturen vorgehalten wird. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entspricht die überwiegend von Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen durchgeführte ambulante Entwöhnungsbehandlung Suchtkranker. Hierfür wurde 1991 durch die „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger ein gesicherter konzeptioneller und finanzieller Rahmen geschaffen. Die innerhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten „Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit“ in Baden-Württemberg erprobten Ansätze von Case-Management (aufsuchende Sozialarbeit statt Komm-Struktur und mit institutionell verbindlichen Kooperationsvereinbarungen) mit den Patienten gewinnen an Bedeutung.

Die Akutversorgung und Krisenintervention erfolgt sowohl in den psychiatrischen Kliniken als auch in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die Zunahme der Aufnahmen im Suchtbereich ist nicht nur Ausdruck zunehmender Suchterkrankungen in der Bevölkerung, sondern auch Ergebnis der Bemühungen, Suchtkranke frühzeitig zu einem qualifizierten Entzug mit entsprechender Nachsorge zu bringen. An den Fachkrankenhäusern werden in eigenständigen Abteilungen breit gefächerte therapeutische Angebote zur Behandlung stoffgebundener Abhängigkeiten vorgehalten. Neben Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung sind insbesondere auch Stationen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke zu erwähnen, die Patienten mit chronischen Suchterkrankungen und psychiatrischen Folge- oder Begleiterkrankungen behandeln.

Ein Schwerpunkt in der Versorgung ist die Vernetzung aller Behandlungsbau- steine des Suchthilfesystems. Die Be- handlungsstationen für den qualifizier- ten körperlichen Entzug und die Statio- nen für chronisch mehrfach geschä- digte Abhängigkeitskranke bilden dabei nur ein Element des Behand- lungssystems von der Drogenbera- tungsstelle bis hin zur Entwöhnung. Bewährt haben sich auch die nieder- schweligen Stationen für den qualifi- zierten Drogenentzug.

Die wissenschaftliche Evaluation<sup>14</sup> der niederschweligen Drogenentzugsstatio- nen an den Zentren für Psychiatrie Wies- loch, Calw, Emmendingen und Weisse- nau sowie am Bürgerhospital in Stuttgart und in der Fachklinik Wittichen in Schen- kenzell mit zusammen 98 Plätzen ergab eine insgesamt positive Bewertung. Teil- weise konnten dort auch positive Erfah- rungen mit der Substitutionsbehandlung (Methadonsubstitution) gesammelt wer- den. Bei durchgehend hoher Nachfrage und maximaler Auslastung ist eine Aus- weitung des Angebots mittelfristig zu er- wägen. Hier sind jedoch vor weiteren pla- nerischen Entscheidungen die Ergeb- nisse der noch nicht abgeschlossenen fachlichen Diskussion abzuwarten.

Neben den Entzugs-/Entgiftungsstatio- nen einschließlich der niederschweligen Drogenentzugsstationen und der Stationen für chronisch mehrfach ge- schädigte Abhängigkeitskranke halten die Zentren für Psychiatrie insgesamt 88 Ent- wöhnungsplätze vor, in denen auch der nahtlose Übergang zur ambulanten Be- handlung erprobt wird, und nutzen damit den Vorteil der engen Verzahnung von Krankenhausbehandlung und rehabilitati- ver Entwöhnung. Hier ergänzen die Zen- tren für Psychiatrie die Angebote der sta-

tionären Suchthilfeeinrichtungen in priva- ter oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Diese Angebote werden von der Kran- kenhausplanung des Landes nicht er- fasst.

Die im Entwöhnungsbereich bis vor kurzem vorherrschende Langzeitthe- rapie in wohnortfernen Suchthilfeein- richtungen tritt zugunsten von flexi- blen, wohnortnahen Angeboten zu- rück. Kombinierte Therapieformen werden zunehmend praktiziert, die aus einer kurzzeitigen stationären Behand- lungsphase bestehen, an die sich nahtlos eine mehrmonatige ambulante Behandlungsphase anschließt, oder welche die Überleitung von ambulan- ter zu stationärer und von stationärer zurück zur ambulanten Rehabilitation ermöglichen. Daneben setzen sich Ta- geskliniken immer mehr als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch.

Am Bürgerhospital in Stuttgart soll mo- dellhaft die tagesklinische Krankenhaus- behandlung von Alkohol- und Drogenab- hängigen erprobt und evaluiert werden, um im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Behandlung von Suchterkrankungen die Möglichkeiten teilstationärer Behan- dlungen zu überprüfen und ggf. weiter auszubauen.

## **2.6 Stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen von geistig Behinderten**

Erkranken geistig behinderte Menschen zusätzlich an einer psychischen Erkran- kung erfordert die Diagnostik und Be- handlung ein besonderes Maß an Kennt- nis und Erfahrung mit den Eigenarten, die sich aus der Kombination vorher be-

---

<sup>14</sup> vgl. Broschüre "Drogenentzug - Baden-Württemberg-Studie" in der Schriftenreihe Sucht Band 14 herausgegeben vom Sozialministerium Baden-Württemberg

stehender Leistungsstörung mit einer psychischen Störung ergeben. Grundsätzlich sollen geistig behinderte Menschen auch bei psychischer Erkrankung soweit wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden. Die besonderen Anforderungen bei der stationären psychiatrischen Behandlung geistig behinderter Menschen können allerdings mitunter in psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Stationen der Allgemeinpsychiatrie an Fachkrankenhäusern ohne Bereitstellung spezifischer Angebote nicht ausreichend erfüllt werden. Hinsichtlich der Forderung nach Vollversorgung durch ein Krankenhaus können sich somit Ausnahmen ergeben. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung durch die geistige Behinderung kann eine individuelle Anpassung der Umgebung und des therapeutischen Konzepts in einem solchen Maße notwendig werden, dass eine für diese Klientel nicht ausgerichtete Behandlungseinheit mit ihren Möglichkeiten überfordert wäre.

Gegebenenfalls müssen neue Wege beschritten werden, um unnötige Hospitalisierungen dieser Gruppe psychisch behinderter Menschen in der Psychiatrie während einer Krisensituation zu vermeiden. Dies betrifft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen. Für geistig behinderte Erwachsene bieten sich kleine Kriseninterventionseinheiten in enger Beziehung und unmittelbarer Nachbarschaft zu der außerklinisch versorgenden Einrichtung an. Darüber hinaus stehen die allgemeinpsychiatrischen Behandlungseinheiten an psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern zur Verfügung.

#### **Beurteilung und Perspektiven:**

In der Versorgung geistig behinderter Erwachsener soll anstelle einer Ausweitung stationärer Kapazitäten in zentralen Behinderteneinrichtungen der Weg der flexiblen Gestaltung von Kriseninterventionseinheiten gesucht werden.

---

### **3. Rehabilitation**

#### **3.1 Allgemeines**

Ziel der ambulanten wie auch der stationären Rehabilitation ist generell, die krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen zu beseitigen oder zu mindern, um dauerhafte Beeinträchtigungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu vermeiden. Dabei erfordert eine erfolgreiche Rehabilitation psychisch Kranker die Bereitstellung aufeinander abgestimmter Hilfeangebote der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Rehabilitative Leistungen werden in den Bereichen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation erbracht. Als Leistungsträger kommen die Kranken- und Rentenversicherung, die Arbeitsver-

waltung und nachrangig die Sozialhilfe in Betracht. Seit 1990 können Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Belastungserprobung zu Lasten der Krankenversicherungen ambulant verordnet und somit zur medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden. Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger, die auf berufsfördernde und medizinische Rehabilitation zielen, werden – obgleich rechtlich ambulant möglich - überwiegend stationär erbracht. Subsidiär tritt die Bundesanstalt für Arbeit für Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel der Eingliederung in das Erwerbsleben dann ein, wenn andere Rehabilitationsträger nicht für die Gewährung entsprechender Leistungen zuständig sind.

## Ambulante Rehabilitation

Der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird von den Beteiligten besondere Bedeutung beigemessen. Entsprechend einer von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgelegten Rahmenempfehlung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sollen durch den Ausbau wohnortnaher Angebote die Integration der Rehabilitanden in das gewohnte berufliche und soziale Umfeld gewährleistet und vorhandene Selbsthilfepotenziale und alltagsnahe Bedingungen verstärkt erschlossen werden.

Das bundesweite Modellprojekt der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ wurde am 01.01.1995 begonnen. Der Abschlussbericht liegt seit 1999 vor. Das dem Modellprojekt zugrundeliegende Konzept zielt darauf ab, auf der Grundlage eines geregelten Verfahrens den von spezifischen Funktionseinschränkungen abgeleiteten Rehabilitationsbedarf wohnortnah durch gezielte rehabilitative Leistungen mit therapeutischem Bezug als Ergänzung zur ärztlichen/medizinischen Rehabilitation zu decken. Ziel ist eine Förderung und Stabilisierung des individuellen Rehabilitationserfolges. Die gesetzliche Verankerung der ambulanten Soziotherapie als Bestandteil der ambulanten Regelversorgung und die Neuregelung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in § 40 Abs. 1 SGB V bieten die Chance, die ambulante Rehabilitation als Komplexleistung sozialrechtlich besser zu verankern.

Aus Sicht der Landesregierung sollte die ambulante Rehabilitation als Komplexleistung unter Einbeziehung aller Rehabilitationsträger ermöglicht werden, um den Auf- und Ausbau ambulanter Strukturen zur Rehabilitation voranzutreiben.

## 3.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)

Als Ergebnis einer Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit wurden 1989 für Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) 50 Plätze zur Verfügung gestellt. In Baden-Württemberg wurde die Zahl der RPK-Plätze nach der Modellphase des Bundes am Haus Christiani in Albrück seit 1995 an zusätzlichen Standorten (Stuttgart, Ulm, Heilbronn, Mannheim, Baienfurt und Freiburg) um 60 Plätze auf insgesamt 110 Plätze erweitert. Damit ist eine gemeinsame Leistungserbringung aller beteiligten Sozialleistungsträger und ein nahtloser Wechsel in den einzelnen Rehabilitationsphasen ermöglicht worden.

In diesen 1986 von den Sozialversicherungsträgern konzipierten Einrichtungen wird eine umfassende medizinische und berufsfördernde Rehabilitation unter psychosozialer Betreuung in einem stationären Rahmen angeboten. Im Rahmen der einleitenden medizinischen Rehabilitation, die leistungsrechtlich auf 12 Monate begrenzt ist, können folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- fachärztliche psychiatrische Behandlung
- psychotherapeutische Behandlung
- psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsberatung
- Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- psychiatrische Krankenpflege
- Bewegungstherapie

Als Kostenträger kommen hierbei der Kranken- und Rentenversicherungsträger in Betracht. Alle Einrichtungen in Baden-Württemberg haben sowohl mit der Kranken- und Rentenversicherung als auch mit der Arbeitsverwaltung vertragliche Vereinbarungen geschlossen. Mit 110 Plätzen stehen in Baden-Württemberg 0,01 RPK-Plätze pro 1000 Einwohner zur Verfügung. Damit liegt Baden-Württem-

berg an der unteren Grenze der 1993 im Abschlussbericht des Modellprojekts empfohlenen Anzahl von 0,01 bis 0,04 RPK-Plätzen pro 1000 Einwohner. Bundesweit sind derzeit etwa 0,009 RPK-Plätze pro 1000 Einwohner angewiesen.<sup>15</sup>

## Bewertung und Perspektiven

Tendenziell sollten die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation ausgebaut werden. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer voraus. Im Zuge der weiteren Entwicklung wird zu prüfen sein, in welchem Umfang das stationäre Angebot weiter ausgebaut werden muss.

### 3.3 Arbeitsrehabilitation, berufliche Rehabilitation

Arbeit ist ein wesentlicher Faktor, der für das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden eines jeden Menschen zentrale Bedeutung hat. Darüber hinaus ist Arbeit gerade für psychisch kranke Menschen ein wichtiger Beitrag zur Tagesstrukturierung.

Die berufliche Situation von Menschen mit wiederholten oder chronischen psychischen Erkrankungen ist häufig von Arbeitslosigkeit bedroht, wenn nicht dem Betroffenen durch einen frühen Erkrankungsbeginn der Zugang zum Erwerbsleben gar verwehrt wurde. Dem gegenüber steht die immense Bedeutung von Beschäftigungsmöglichkeiten für den Betroffenen, um über strukturierende Tätigkeiten und Gewinn an Selbstwert die Persönlichkeit stabilisieren zu können. Ein auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Betroffenen abgestimmtes Beschäftigungsangebot steht daher gleichrangig neben den Hilfen zur sozialen Integra-

tion. Von der zunehmend schwierigen Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind die aufgrund einer psychischen Erkrankung behinderten Menschen besonders schwer betroffen. Hier sind besondere Anstrengungen nötig, um nach Abschluss von Rehabilitationsmaßnahmen eine adäquate Beschäftigungsmöglichkeit für den Betroffenen zu erhalten. Die medizinische Frührehabilitation beginnt in der abklingenden Akutphase der psychischen Erkrankung bereits in der Klinik und zielt mit der Arbeitstherapie auf die berufliche Eingliederung des Betroffenen. Die in den Fachkliniken bestehende Differenziertheit arbeitstherapeutischer Angebote leistet hier einen wichtigen Beitrag. Je enger beide Phasen miteinander vernetzt werden, desto besser sind die Aussichten für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Psychiatrische Arbeitsrehabilitation findet im ambulanten und komplementären Bereich, aber auch in (teil-)stationären Einrichtungen statt. Ergänzt wird dieses Angebot durch begleitende Fachdienste und Beschäftigung in Selbsthilfefirmen. Das System der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Beschützte Arbeitsplätze in Betrieben
- Betreuung im Arbeitsleben durch Psychosoziale Dienste
- Selbsthilfefirmen
- Werkstätten für Behinderte
- Berufliche Trainingszentren
- Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke

Hierbei können nach wie vor die aufgrund örtlicher Initiativen entstandenen und entstehenden „Starthilfe-Projekte“ einen wichtigen Beitrag leisten, um die bei den potenziellen Arbeitgebern bestehenden Vorbehalte gegen die Beschäftigung von psychisch Kranken abzubauen.

---

<sup>15</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rehabilitation psychisch Kranker - RPK-Bestandsaufnahme, Juli 2000

Das Angebotsspektrum der beruflichen Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen in die Arbeitswelt im außerklinischen komplementären Bereich entwickelt sich stetig weiter. So wird seit kurzem im Rahmen eines bundesweiten Aktionsprogramms in Baden-Württemberg in 2 Modellprojekten bis zum Ende des Jahres 2001 erprobt und wissenschaftlich begleitet, wie durch besondere Hilfen schwerbehinderten Menschen, darunter auch psychisch kranken Menschen, die (Wieder-)Eingliederung in die Arbeitswelt erleichtert werden kann.

Die Modelle haben auch den Sinn, ausreichende Erfahrungen über die Notwendigkeit solcher Hilfen, ihre Struktur und Ausstattung, ihre Effizienz und den erforderlichen Finanzierungsaufwand auf Bundesebene zu sammeln, um eine Entscheidung über eine mögliche rechtliche Verankerung solcher Hilfen im Schwerbehindertenrecht zu erleichtern.

### **Integrationsfachdienst**

Die in Baden-Württemberg seit 1996 fast flächendeckend eingerichteten und erfolgreich tätigen Fachdienste für die berufliche Eingliederung von behinderten Menschen wurden Mitte 1998 durch einen zusätzlichen und modellhaft geführten Integrationsfachdienst ergänzt. Die Besonderheit dieses Modellversuchs in Baden-Württemberg liegt zum einen in der Durchführung regional bezogener kurzfristiger, individueller Abklärungs- und Anpassungsmaßnahmen für Schwerbehinderte, zum anderen in der Schaffung einer Schnittstelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Dabei bringt die Trägergemeinschaft, das Berufsförderungswerk Bad Wildbad und der Arbeitskreis Offene Psychiatrie Calw, ihr jeweils spezifisches Dienstleistungsangebot mit ein. Somit

werden Rehabilitation und Integration unmittelbar miteinander verknüpft. Neben der besonderen Bedeutung des Zusammenspiels der beiden Dienstleistungsanbieter ist wesentliches Merkmal des Projekts die Erprobung seines Handlungsansatzes in einer Landschaft mit überwiegend ländlicher Infrastruktur, als auch die Zusammenarbeit mit dem bestehenden Fachdienst zur psychosozialen Betreuung.

### **Integrationsabteilung**

Im Unterschied zu den sich als Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes definierenden so genannten Selbsthilfefirmen wurde in den Einrichtungen der Diakonie Stetten eine Integrationsabteilung zur Beschäftigung und Qualifizierung insbesondere arbeitsloser Schwerbehinderter geschaffen, die als Brücke zur Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dienen soll. Bevorzugter Personenkreis sind neben behinderten Frauen auch psychisch behinderte Menschen, die nur dann eine Chance haben, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden, wenn eine längere Phase der Beschäftigung und Qualifizierung in einem „Übergangsbetrieb“ vorausgeht. Die Besonderheit dieses Modellprojekts liegt im Wesentlichen darin, dass ein breites Spektrum an Berufsfeldern angeboten wird, das über das herkömmliche Beschäftigungsangebot für Behinderte weit hinausgeht. Hervorzuheben ist auch die Einbindung des Projekts in die Prozesse des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und die daraus resultierende Vernetzung von Reha- und Beschäftigungsangeboten, durch die modellhaft erprobt werden soll, ob und inwieweit in einem gemischten Einzugsgebiet aus Ballungsraum und ländlichem Gebiet neue Wege zur Verbesserung der beruflichen Eingliederungschancen für psychisch behinderte Menschen erschlossen werden können.

### **Werkstätten für Behinderte**

Werkstätten für Behinderte dienen der Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben. Sie bieten ihnen einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit sowie Förderung und Betreuung durch sozialpädagogisch geschulte Meister und Mitarbeiter.

Träger der Werkstätten sind in der Regel die Verbände der Wohlfahrtspflege. Funktional gliedern sich die Werkstätten in den Arbeitstrainings- und den Arbeitsbereich. Die Ausstattung mit begleitenden Diensten (soziale, sozialpädagogische und medizinische Betreuung, Krankengymnastik u. ä) ist auf den jeweiligen Bedarf abgestellt.

Die Behinderten erhalten für ihre Arbeitsleistung in der Werkstatt ein Entgelt. Alle in den Werkstätten beschäftigten Behinderten sind in den Schutz der Sozialversicherung einbezogen. Die laufenden Kosten der Werkstätten für Behinderte werden, soweit sie nicht aus Betriebserlösen bestritten werden können, durch Vergütungen gedeckt. Leistungsträger sind, sofern nicht ein vorrangiger Sozialleistungsträger zuständig ist, für den Arbeitstrainingsbereich die Arbeitsverwaltung und für den Arbeitsbereich in der Regel die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

An den Investitionskosten beteiligen sich grundsätzlich der Bund, die Bundesanstalt für Arbeit, das Land (derzeit keine Förderung), die Hauptfürsorgestellen und die Kommunen. Auch von der Deutschen Behindertenhilfe - Aktion Mensch sind hierfür in den letzten Jahren erhebliche Beträge bereitgestellt worden.

Der Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Werkstätten für Behinderte ist in Baden-Württemberg in den letzten Jahren zügig vorangeschritten.

Die Zahl der Haupt- und Zweigwerkstätten ist seit 1973 von 74 auf 100 im Jahr 1983 und 240 im Januar 2000, die Zahl der Werkstattplätze von 4.600 auf 12.000 und jetzt auf 23.000 gestiegen. Darunter befinden sich inzwischen 64 Haupt- und Zweigwerkstätten mit 3568 Plätzen, die ein flächendeckendes bedarfsgerechtes Netz für die Förderung und Beschäftigung psychisch kranker oder von seelischer Behinderung bedrohter Menschen darstellen.

Die Werkstätten für seelische Behinderte weisen gegenüber den übrigen Werkstätten einen deutlich höheren Anteil von Trainingsplätzen auf und nehmen insoweit eine wichtige Funktion im Rahmen der beruflichen Rehabilitation seelisch behinderter Menschen ein. Der Bedarf für einen weiteren Ausbau der Plätze im Arbeitsbereich wird vor allem davon abhängen, in welchem Umfang es gelingen wird, seelisch Behinderte in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes und Behörden einzugliedern. Im Zusammenhang mit der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes sind weitere Verbesserungen der Beschäftigungsmöglichkeiten auch psychisch Kranker und von seelischer Behinderung bedrohter Menschen zu erwarten.

### **3.4 Soziale Integration**

Psychische Erkrankung kann sich nicht nur auf die berufliche Situation negativ auswirken, sondern auch die soziale Integration des erkrankten Menschen empfindlich beeinträchtigen. Davon betroffen sind vor allem Menschen, die in jungen Jahren an einer chronischen psychischen Krankheit erkranken und nicht in der Lage sind, eine eigene Familie zu gründen oder soziale Kontakte aufzubauen. Aber auch die Erkrankung in späteren Jahren führt nicht selten zu Brüchen in den bestehenden Beziehungen und zu sozialer Isolation. Die „soziale Rehabilita-

tion“ zielt auf eine kulturelle und gesellschaftliche Integration und muss dabei Freizeit und Wohnen miteinander so verbinden, dass dem Betroffenen im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft geboten werden kann.

## Beurteilung und Perspektiven

Für die Weiterentwicklung der Angebote in der sozialen Rehabilitation ist vor allem der Ausbau tagesstrukturierender und die soziale Kompetenz stärkender Angebote entscheidend.

---

## 4. Wohnen

Die Notwendigkeit, für psychisch Kranke ein differenziertes und die Wiedereingliederung förderndes Angebot an unterschiedlichen Wohnformen zu schaffen, ließ in den letzten Jahren ein umfangreiches Spektrum verschiedener Einrichtungstypen entstehen. Dieses Erfordernis, ein den individuellen Bedürfnissen der psychisch Kranken Rechnung tragendes Angebot an Wohnmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, hat zu unterschiedlichen Lösungen in den Bereichen der Planung und des Bedarfs, der Finanzierung sowie der Abgrenzung zwischen den einzelnen Einrichtungstypen geführt. Das bestehende vielfältige Angebot im Bereich der Übergangs- und Dauerwohneinrichtungen bietet für psychisch Kranke die Möglichkeit, in einer den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Wohnform für eine begrenzte Zeit oder auf Dauer zu leben. Inzwischen ist in Baden-Württemberg dank der Anstrengungen der Landeswohlfahrtsverbände und der Träger und mit Unterstützung des Landes ein flächendeckendes Netz an betreuten Wohnmöglichkeiten entstanden. Zu nennen sind Betreutes Einzel- und Paarwohnen, Wohngemeinschaften, Wohngruppen und die psychiatrische Familienpflege, Wohnheime und Übergangseinrichtungen sowie Psychiatrische Heime und Pflegeeinrichtungen. Eine schrittweise Verringerung des stationären Wohnbereichs zugunsten ambulanter Angebote setzt voraus, dass dafür das ambulant Betreute Wohnen und entsprechende tagesstrukturierende Angebote bedarfsgerecht aufgebaut werden können.

### 4.1 Betreutes Wohnen

Eine wesentliche Aufgabe des Betreuten Wohnens ist, lebenspraktische Defizite im Kernbereich Wohnen zu bearbeiten oder zu kompensieren. Dieses kann in der Form des Einzel- oder Paarwohnens oder in Wohngemeinschaften durchgeführt werden. Unerheblich ist dabei, ob das Betreute Wohnen in einer dem Hilfe Suchenden gehörenden oder in einer angemieteten Wohnung durchgeführt wird, ob die Wohnung vom Träger des betreuten Wohnens angemietet und untervermietet ist oder ob sie ihm gehört und an die Hilfe Suchenden vermietet wird. Diese Praxis hat sich sehr bewährt, da so Abgrenzungsschwierigkeiten vermieden werden.

Wichtig ist, dass die Klienten/Patienten selbständig in ihrer Wohnung leben können. Wenn dies nicht mehr möglich ist, kommen andere Wohnformen in Betracht, wie etwa Wohnheime.

### 4.2 Familienpflege

Die Psychiatrische Familienpflege (Unterbringung und Betreuung psychisch Kranker in Gastfamilien) hat in Baden-Württemberg eine lange Tradition. In Württemberg (Zwiefalten) wurde die Familienpflege bereits im Jahr 1896 auch im Hinblick auf die damalige Überfüllung der Staatlichen Heilanstalten eingeführt. Die Familienpflege lief in dieser Region 1950 praktisch aus. Im Zuge der Mechanisierung und des allgemeinen Rückgangs

des Bedarfs an Arbeitskräften in der Landwirtschaft ist das Konzept der Familienpflege dann zunächst nicht weiterverfolgt worden.

1984 wurde in Oberschwaben die Familienpflege neu belebt und wieder eingeführt. Der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern hat dieses Aufgreifen der Konzeption der Psychiatrischen Familienpflege von Anfang an in enger Abstimmung mit den Psychiatrischen Krankenhäusern nachhaltig unterstützt.

Die Familienpflege definiert sich als Aufnahme in der Regel eines Behinderten in einer Gastfamilie, wobei die entstehenden Aufwendungen sowie eine begleitende fachliche Beratung vom Kostenträger übernommen werden. Die Kosten werden von den Landeswohlfahrtsverbänden als Regelleistungen (bzw. bis 31.12.1999 als Freiwilligkeitsleistungen) gewährt; kostenaufwendige Heimaufnahmen können abgekürzt oder vermieden werden.

Im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern waren im Dezember 1999 insgesamt 293 Personen in der Familienpflege untergebracht; im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Baden wurden im Juni 1999 rund 70 Plätze für psychisch Behinderte in Familien finanziert. Baden-Württemberg weist damit im Bundesvergleich eine weit überdurchschnittlich hohe Zahl von Plätzen in der Psychiatrischen Familienpflege aus.

Die Psychiatrische Familienpflege stellt ein ambulantes Betreuungsangebot für langfristig hospitalisierte Patienten der Psychiatrischen Krankenhäuser dar und ermöglicht dadurch eine Lebensführung außerhalb stationärer Einrichtungen. Unter fachlichen Gesichtspunkten ist die Psychiatrische Familienpflege als eine hervorragende Betreuungsform für chronisch psychisch Kranke zu sehen, die einerseits keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen und andererseits nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind.

Im Rahmen einer Untersuchung im Jahre 1997 konnte festgestellt werden, dass die Betreuungs-Verweildauer in der Psychiatrischen Familienpflege sehr konstant ist. Des Weiteren hat sich im Rahmen einer Langzeit-Verlaufs-Beobachtung ergeben, dass im Verlauf der Betreuung in der Psychiatrischen Familienpflege nur selten stationäre Krisen-Interventionen notwendig sind. Von den 64 Patienten, die derzeit beispielsweise im Umfeld des Zentrums für Psychiatrie Bad Schussenried im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege betreut werden, sind 5 mittlerweile länger als 10 Jahre in dieser Betreuungsform. Von diesen 5 Patienten bzw. Patientinnen war nur bei einer Einzigen in den zurück liegenden 10 Jahren eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich.

#### **Beurteilung und Perspektiven**

Die Psychiatrische Familienpflege hat sich zu einer wichtigen, ambulanten Betreuungsform mit erstaunlichen Erfolgen entwickelt, die zugleich auch finanziell günstig ist.

Das Sozialministerium begrüßt es, dass von Seiten der Landeswohlfahrtsverbände die Konzeption der Psychiatrischen Familienpflege gemeinsam mit freien gemeinnützigen Trägern aktiv umgesetzt wird. Diese Betreuungsform ist allerdings auch wesentlich von der Bereitschaft und Befähigung der Gastfamilien abhängig.

#### **4.3 Wohn- und Pflegeheime**

Zielsetzung der Rehabilitation chronisch psychischer kranker Menschen ist die Integration in möglichst normale Wohn- und Lebensverhältnisse. Trotz nachhaltiger Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten und ambulanten Betreuungsangebote kann für einen Teil der chronisch psychisch Kranken

keine ausreichende Versorgung im ambulanten Bereich sicher gestellt werden. Für diese Personengruppe ist mindestens zeitweise eine stationäre Betreuung in einem Heim erforderlich. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist vor jeder Heimaufnahme zu prüfen, ob der Hilfebedarf durch eine ambulante Betreuung abgedeckt werden kann. Grundsätzlich soll die konzeptionelle Gestaltung der Heime die Selbständigkeitsentwicklung ihrer Bewohner fördern und eine Durchlässigkeit zu ambulant betreuten Wohnformen gewährleisten. Dieser Grundsatz entspricht den Anforderungen im Sozialgesetzbuch und im Bundessozialhilfegesetz .

#### 4.3.1 Wohnheime

Wo selbständiges Leben im privaten Umfeld oder in einer ambulant betreuten Wohnform nicht oder nicht mehr möglich ist, muss eine stationäre Wohnform vorgesehen werden. Wohnheime bieten eine Betreuung im Wohnbereich in der Regel über 24 Stunden. Sie ergänzen dabei das Hilfeangebot der Werkstätten für Behinderte oder anderer tagesstrukturierender Angebote. Im Vordergrund stehen die Unterstützung bei der täglichen Lebensführung sowie die Bewältigung krankheits- und behinderungsbedingter Defizite unter der Zielsetzung der gesellschaftlichen Integration.

Im Verbandsbereich des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern wird von dem Wohnheim das Behindertenheim unterschieden. In einem Behindertenheim werden Behinderte aufgenommen, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderung längerfristige und intensivere Betreuung benötigen. Neben einer Werkstatt für Behinderte werden in den Einrichtungen tagesstrukturierende Förderangebote vorgehalten. Im Rahmen der Binnendifferenzierung kann entsprechend den individuellen Bedürfnissen Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege gewährt werden.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass sich die Vermittlung betreuungsintensiver Patienten aus den psychiatrischen Krankenhäusern in geeignete Wohnheime schwierig gestalten kann. Für chronisch psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen, die eine intensive pflegerische und sozialtherapeutische Betreuung benötigen, hat sich die Einrichtung eigenständiger Heimbereiche an den psychiatrischen Krankenhäusern bewährt. Hier kann auch eine kontinuierliche ambulante ärztliche Behandlung gewährleistet werden, die häufig bei dieser Patientengruppe erforderlich ist.

Wohnheime sollen nach dem Grundsatz der Gemeindenähe als dezentrales Angebot in den Stadt- und Landkreisen zur Verfügung stehen und hier eine Versorgungsverpflichtung übernehmen. Auch ihnen müssen jedoch die notwendigen komplementären Versorgungs- und Hilfeangebote räumlich zugeordnet werden. Unabdingbar ist dabei, die Durchlässigkeit von stationärer Unterbringung in ambulante Wohnformen konzeptionell vorzusehen.

Die vorhandenen besonders qualifizierten Angebote in vollstationären Behindertenheimen sind von der Platzzahl her ausreichend; zusätzliche Wohnplätze in Behindertenheimen sollen nach Auffassung der für die Planung zuständigen Landeswohlfahrtsverbände, die das Sozialministerium grundsätzlich teilt, nicht geschaffen werden.

#### **Beurteilung und Perspektiven**

Generell zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass ein wesentlich größerer Anteil psychisch Behinderter als ursprünglich angenommen in offenen oder ambulant betreuten Wohnformen ausreichend versorgt leben kann. Ein weiterer Ausbau von komplementären Angeboten wird diesen Effekt noch verstärken.

Zukünftige Maßnahmen sind daher primär darauf auszurichten, die Wohnversorgung psychisch Behinderter möglichst im Bereich selbständigen bzw. ambulant betreuten Wohnens sicherzustellen. Differenzierte und flexible Angebote des ambulanten betreuten Wohnens ermöglichen es, die Plätze im stationären Wohnen zu begrenzen.

Dies ist aber nicht zu trennen von der Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung durch das komplementäre Versorgungsnetz. Unverzichtbar sind dabei ambulante Pflegedienste für psychisch Behinderte, der Aufbau ausreichender psychiatrischer Krisen- und Notfalldienste, Tageskliniken, die Einrichtung von Tagesstätten, die Schaffung von Arbeitsangeboten, insbesondere teilstationären Plätzen in Werkstätten für psychisch Behinderte und letztendlich der Ausbau familienentlastender Dienste.

Ein in der Vergangenheit insbesondere von den Landeswohlfahrtsverbänden immer wieder thematisiertes Problem, nämlich die gespaltene Zuständigkeit zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern, hat sich zwischenzeitlich erledigt. Ab 01. Januar 2000 ist durch eine Rechtsänderung<sup>16</sup> der überörtliche Sozialhilfeträger, also die Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern, für die Finanzierung sämtlicher betreuten Wohnformen zuständig.

Überdies sind im Rahmen der Umsetzung des § 93 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zwischen den Trägern und den Landeswohlfahrtsverbänden die Entgelte für das betreute Wohnen vertraglich zu regeln. Leistungsrechtlich relevant ist künftig der Hilfebedarf der Bewohner; damit wird ein weiterer Schritt von der institutions- zur personenbezogenen Hilfe getan. Da derzeit noch keine Ergebnisse

vorliegen, bleibt zu erwarten, dass die Vertragsparteien Lösungen finden, welche die Grundlage für eine Fortsetzung der qualitativen Arbeit schaffen.

#### 4.3.2 Pflegeheime

Die Pflegeheime für psychisch Kranke stehen als anerkannte Einrichtung gemäß § 72 SGB XI für die Versorgung pflegebedürftiger psychisch Kranker zur Verfügung. Neben der Grundpflege nach SGB XI werden hier umfassende Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung geleistet. Psychisch Kranke, die alters- und krankheitsbedingt nicht oder nicht mehr ausreichend im ambulanten Bereich betreut werden können, kommen in den Einrichtungen zur Aufnahme.

Altenpflegeheime bzw. Altenheime, die bisher psychisch Behinderte aufgenommen haben, sollen sich in ihrer Struktur zukünftig entweder zu Pflegeheimen im Sinne des Pflegegesetzes entwickeln oder in das Netz der beschützten Wohnformen integriert werden, damit eine an den Belangen der psychisch behinderten Menschen orientierte Versorgung sichergestellt werden kann.

Der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern weist darauf hin, dass bisherige Übergangseinrichtungen sich zu Wohnheimen für Behinderte als Teil der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung entwickeln müssen. Die vorhandenen Angebote in vollstationären Behindertenheimen werden vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern als ausreichend angesehen. Auch auf psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen, die einen hohen pflegerischen Aufwand mit gleichzeitig in-

---

<sup>16</sup> § 3 AGBSHG (GBl. 1999 S. 84)

tensiver sozialtherapeutischer Betreuung beanspruchen, sind die bestehenden Versorgungsstrukturen abzustimmen, so dass für den Kränksten und damit gleichzeitig Schwächsten die erforderliche Hilfe gewährt werden kann.

Als Beispiel für solche Konzepte ist das 1996 gestartete wegweisende „Modellprojekt Klientenbudget“ des Landeswohlfahrtsverbandes Baden und des Sozialpsychiatrischen Hilfsvereins Rhein-Neckar e.V. in Wiesloch in Zusammenar-

beit mit dem Zentrum für Psychiatrie Wiesloch besonders hervorzuheben. In diesem auf 8 Jahre befristeten Projekt werden bis zu 30 psychisch Behinderte anhand eines individuellen Hilfe- und Eingliederungsplanes vom und im gesamten ambulanten, teil- und vollstationären Hilfespektrum betreut. Die jährlich gestaffelten monatlichen Einzelfallpauschalen bieten den Vorteil einer flexiblen Handhabung und fördern die weitere Eingliederung der Klienten in weniger betreute Wohnformen.

---

## 5. Tagesstrukturierung, Freizeit

Tagesstrukturierende Angebote sind für die außerstationäre Versorgung psychisch kranker Menschen von wesentlicher Bedeutung. Die Angebotsformen reichen von Einrichtungen mit regelmäßigen Öffnungszeiten - z.B. Tagesstätten - bis zu gelegentlichen Treffen zu einzelnen Anlässen. Zur Tagesstrukturierung gehören auch Angebote zur Entlastung der Familien psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen und Angebote von Selbsthilfegruppen.

### 5.1 Tagesstätten

Die Expertenkommission der Bundesregierung definierte Tagesstätten als Einrichtungen, „die bei wochentäglicher Öffnungszeiten einer jeweils fest zusammengefassten Gruppe von schwer psychisch kranken und behinderten Menschen längerfristig therapeutische Programme anbieten.“ Zielgruppe der Tagesstätte sind generell psychisch Kranke, die stationäre Behandlungsangebote nicht (mehr) benötigen, für die aber andererseits eine ausschließlich ambulante Behandlung noch nicht ausreicht und für die eine Förderung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation noch nicht in Frage kommt. Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat 1991 eine Konzeption „Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte“ verab-

schiedet. Diese sieht ein ambulantes Angebot von Tagesstätten vor, in denen insbesondere Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung, ergotherapeutische Angebote, Arbeits- und Beschäftigungsangebote zur Tagesstrukturierung, Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen und Beratungsangebote erbracht werden.

Der landesweiten Umsetzung der Tagesstätten-Konzeption waren in der Vergangenheit durch die fehlende Regelfinanzierung Grenzen gesetzt.

Das Land gewährt im investiven Bereich Mittel nach Maßgabe des Staatshaushaltsplans. Seit der Verabschiedung der Tagesstätten-Konzeption 1991 bis einschließlich dem Haushaltsjahr 1999 hat das Land ca. DM 800.000 zur Förderung der Investitionskosten von Tagesstätten zur Verfügung gestellt.

### 5.2 Clubs und anderes

Die in der Regel von Selbsthilfegruppen und von Sozialpsychiatrischen Diensten angebotenen Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion bieten überwiegend freizeitorientierte Maßnahmen an, die sonst individuell aus verschiedenen Gründen nicht möglich sind. So sind beispielsweise von Clubs durchgeführte Freizeiten oft die einzigen Möglichkeiten für psy-

chisch kranke Menschen unter betreuten und finanziell tragbaren Bedingungen Urlaub machen zu können. In den Clubs finden sich auch jene psychisch kranken Menschen gut aufgehoben, die sonst Probleme mit der Herstellung und Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten haben. Nicht zuletzt bedeuten die Clubangebote eine wichtige Hilfe im Umgang und in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Club- und Freizeitangebote können deshalb in einigen Fällen sehr zeitaufwendige Einzelkontakte reduzieren.

Ziele der psychosozialen Tätigkeiten in Clubs sind u.a.:

- Hilfe und Unterstützung durch Einzel- und Gruppengespräche bei Konflikten und in Krisenzeiten
- soziale Kontakte untereinander und die Teilnahme am öffentlichen Leben
- Förderung von Selbständigkeit, Kreativität und Fähigkeiten
- Anregungen zur Freizeitgestaltung
- Hilfen zur Alltagsbewältigung
- Akzeptanz der psychisch Kranken in der Öffentlichkeit

### **Beurteilung und Perspektiven**

Tagesstätten als niederschwelliges Angebot in enger Kooperation mit Freizeit- und Kontaktangeboten sind wichtige und er-

gänzende Angebotsformen. Zusammen mit den Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion in Form von Begegnungsstätten, Teestuben, Clubs, Treffpunkten usw. sind sie ein unverzichtbarer Bestandteil in der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Mit der ab 01. Januar 2000 geltenden Rechtsänderung<sup>17</sup> ging die Zuständigkeit für Hilfen in fachlich betreuten Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte auf die überörtlichen Sozialhilfeträger, also die Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern, über. Die Landeswohlfahrtsverbände haben zur Einrichtung und Förderung von Tagesstätten für psychisch Behinderte Richtlinien vorbereitet und haben zur Weiterführung von bereits bestehenden Tagesstätten eine Übergangslösung vorgesehen. Es ist zu begrüßen, dass die Landeswohlfahrtsverbände sich dieser neuen Aufgabe unverzüglich gestellt und hierfür bereits in erheblichem Umfang Mittel aufgewendet haben.

Mit der jetzt möglichen Regelfinanzierung ist die Grundlage für die flächendeckende Einrichtung von Tagesstätten geschaffen worden.

---

## **6. Gerontopsychiatrische Versorgung**

### **Demographische Entwicklung**

Die Gerontopsychiatrie gewinnt in der Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter zunehmend an Bedeutung. Epidemiologischen Studien zufolge sind schätzungsweise 5-7% aller über 65-jährigen von einer demenziellen Entwicklung betroffen. Das bedeutet, dass in Baden-Württemberg 80.000-100.000 Personen mit fortgeschrittener Demenz leben. Von besonderer Bedeu-

tung für die Beurteilung der Auswirkungen der Demenz ist die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg in den nächsten 30 Jahren. Vor allem in Folge der steigenden Lebenserwartung wird mit einer Zunahme des Anteils der Altersgruppe über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung von 16% auf 26% gerechnet. Die Entwicklung in den einzelnen Altersgruppen ab 65 Jahre verläuft allerdings unterschiedlich. So wird für die Altersgruppe ab 90 Jahre

---

<sup>17</sup> 3 § AGBSHG (GBl. 1999 S. 84)

die prozentual stärkste Veränderung (über 120%) prognostiziert, so dass bei einer angenommenen Prävalenz demenzieller Syndrome von 30% bei den über 90-jährigen eine erhebliche Zunahme von Demenzerkrankungen bei den Hochbetagten zu erwarten ist. Mit dem höheren Krankheitsrisiko der ältesten Bevölkerungsgruppe geht auch wegen des zunehmenden Anteils an Alleinstehenden ein erhöhtes Versorgungsrisiko einher.<sup>18</sup>

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hatte bereits Mitte der 80er-Jahre den Handlungsbedarf in diesem Bereich erkannt und ein Aktionsprogramm für ältere Menschen sowie einen Modellversuch zur Verbesserung der Versorgung alter und kranker Menschen initiiert. Wichtige Impulse gingen auch vom Untersuchungsausschuss des Landtags „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“ aus. Diese Erfahrungen und Erkenntnisse flossen schließlich 1989 in das Geriatriekonzept der Landesregierung ein. Durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan am 13. November 1989 wurde das Geriatriekonzept für den stationären Bereich verbindlich.

Gerontopsychiatrie umfasst allerdings weit mehr als die Diagnostik, ansatzweise Behandlung und Betreuung demenzieller Krankheitsbilder. Epidemiologischen Studien zufolge liegt bei etwa einem Viertel aller über 65-jährigen eine psychische Störung vor, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigt. Grundsätzlich lässt sich auch im Alter das gesamte Spektrum psychiatrischer Krankheitsbilder finden, obgleich die Häufigkeit unterschiedlich verteilt ist. Hervorzuheben sind die besonderen Bedürfnisse der psychisch erkrankten älteren Menschen, die sich aus körperlichen Begleiterkrankungen bis hin zur schweren Multimorbidität ergeben.

### **Ambulante Versorgung**

Die ambulanten Dienste müssen ihr Leistungsangebot flexibel auf die neuen Anforderungen einstellen. Der erforderliche und unter Umständen rasch an Intensität zunehmende Betreuungsaufwand von alten, psychisch kranken Menschen erfordert die enge Abstimmung der grundsätzlich für die Betreuung hinzuziehbarer Dienste wie z.B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, Sozialpsychiatrische Dienste als auch zwischen Hausarzt und Psychiater. Eine bedarfsgerechte stationäre außerklinische Versorgung kann nur durch Beteiligung aller zuständigen Stellen, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und des Trägers der überörtlichen Sozialhilfe sichergestellt werden.

Die Landesregierung geht davon aus, dass hierbei auf der vorhandenen bewährten Struktur eines pluralen Leistungsangebotes aufgebaut wird. Die vielfältigen Hilfeanforderungen in diesem Bereich machen eine abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger ambulanter Dienste unabdingbar.

Die überwiegende Mehrzahl der demenzkranken älteren Menschen in Deutschland lebt derzeit in privaten Haushalten. Die pflegenden Angehörigen sind hoch belastet: Sie stoßen wegen der sehr hohen zeitlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Belastungen, die mit der Pflege eines Demenzkranken verbunden sind, häufig an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit. Die Entlastung von Angehörigen bei der Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter kann die stationäre Versorgung im Krankenhaus oder Pflegeheim hinausschieben oder gar vermeiden; dies führt neben einer patientenzentrierten, auf die Belange der Erkrankten zugeschnittenen Versorgung auch zu erheblichen Kostenersparnissen. Regelmäßig kann dem psychosozialen Betreuungsaufwand im Gegensatz zur Hilfe bei körperbezogenen

---

<sup>18</sup> Quelle: Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis 2030; Kern, Beske; igsf

alltäglichen Verrichtungen bei der Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Speziell für die Pflege psychisch verwirrter alter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung und in der Familie sind daher die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im Leistungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die jüngeren psychisch Kranken.

Darüber hinaus sind niedrigschwellige Angebote zur Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger erforderlich. Hier haben sich die von der Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg initiierten Betreuungsgruppen für geronto-psychiatrisch Erkrankte bewährt; ihr Ausbau sollte weiterhin unterstützt werden.

Betreuungsgruppen für Demenzkranke, bei denen Fachkräfte und Ehrenamtliche zusammenarbeiten, werden vom Land finanziell gefördert: Die Förderung beträgt bis zu 10.000 DM jährlich, wenn regelmäßig mindestens drei Hilfebedürftige von der Gruppe betreut werden und dieses Angebot mindestens einmal pro Woche stattfindet. Derzeit gibt es in Baden-Württemberg 61 Betreuungsgruppen.

### **Stationäre Versorgung**

Somatische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser haben gerontopsychiatrische Aspekte zu berücksichtigen. Mehr Kompetenz im Erkennen und Behandeln psychischer Störungen geriatrischer Patienten fällt den Geriatrischen Schwerpunkten zu. Mit der Einrichtung von 36 Geriatrischen Schwerpunkten und sieben Geriatrischen Zentren an Krankenhäusern wurde eine Basisstruktur für Geriatrische Akutmedizin geschaffen. Die Geriatrischen Zentren und Schwerpunkte leisten über ihre therapeutisch-konsiliarischen Aufgaben hinaus eine breit gefächerte, auf den einzelnen Patienten bezogene Vernetzungsarbeit: Sie kümmern sich um einen nahtlosen Übergang zur

Rehabilitation, beraten Angehörige und nehmen bei Bedarf Kontakt zum Hausarzt oder zu Sozialdiensten auf. Insgesamt werden in Baden-Württemberg derzeit von den Geriatrischen Zentren und von Fachkliniken ca. 570 geriatrische Akutbetten betrieben, hinzu kommen 260 Betten in Modelleinrichtungen, die Akutbehandlung und Rehabilitation verknüpfen.

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen nehmen in ihrem jeweiligen Versorgungsgebiet die Aufgaben gerontopsychiatrischer Akutbehandlung wahr.

### **Beurteilung und Perspektiven**

Die medizinische Versorgung gerontopsychiatrischer, auch multimorbider Patienten kann zu einem erheblichen Teil auf Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Therapiezentren oder soziale Dienste übertragen werden. Das Land Baden-Württemberg hat mit seinem „Geriatriekonzept“ bereits die Weichen hierfür gestellt. Die teilweise vorgebrachte Meinung, es würden aufgrund der demographischen Entwicklung in 10 Jahren zusätzliche Krankenhausbetten in erheblicher Anzahl erforderlich, wird von der Landesregierung nicht geteilt. Entwicklungsmöglichkeiten der gerontopsychiatrischen Behandlung bestehen im Ausbau krankenhausergänzender Dienste. Durch sie kann die Krankenhaushäufigkeit gerontopsychiatrischer Patienten, insbesondere der Demenzkranke, in Zukunft trotz der abzusehenden demographischen Entwicklung stabil gehalten werden.

### **Gerontopsychiatrische Tagesklinik**

Die teilstationäre psychiatrische Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten in eigenen Tageskliniken wird landesweit bisher nur in Ballungszentren und vor dem Hintergrund der zumindest am gleichen Ort bestehenden Möglichkeit zur

vollstationären Behandlung angeboten. Die tagesklinische Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten kann aber auch als Ersatz für eine vollstationären Behandlung dienen und v.a. in Regionen, in denen kein wohnortnahes stationäres Angebot zur Verfügung steht, zur Vermeidung ansonsten notwendig werdender stationärer Aufnahmen beitragen. Dabei ist auf eine klare Unterscheidung zwischen dem Angebot von Altentagesstätten und gerontopsychiatrischen Tageskliniken zu achten.

Die Einrichtung eigenständiger Tageskliniken für gerontopsychiatrische Patienten wird allerdings weiterhin auf Schwerpunkte begrenzt bleiben, so dass die flächendeckende gerontopsychiatrische teilstationäre Versorgung in die bestehenden teilstationären Strukturen integriert werden muss.

## Beurteilung und Perspektiven

### Pflege

Baden-Württemberg verfügt über eine gut ausgebaute Pflegeinfrastruktur mit über 1.000 ambulanten Pflegediensten und ebenfalls über 1.000 teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Diese Dienste und Einrichtungen stehen auch für die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zur Verfügung. Insbesondere demenzielle Erkrankungen gehören bereits heute zu den häufigsten Gründen für einen Heimeintritt. Insgesamt werden derzeit etwa 60 % aller Pflegeheimplätze durch mittelschwer bis schwer Demenzkranke belegt. Die Leistungserbinger sind durch vielfältige bauliche, organisatorische und konzeptionelle Maßnahmen bestrebt, das bestehende Hilfeangebot auf die besonderen Bedürf-

nisse demenziell erkrankter Menschen auszurichten. Um den Hilfebedarf und die Versorgungssituation demenziell Erkrankter näher zu erfassen, wurden im Auftrag des Sozialministerium zwei Untersuchungen mit Schwerpunkten im ambulanten und stationären Versorgungsbereich durchgeführt.

Nach wie vor hält die Landesregierung für erforderlich, den psychosozialen Betreuungsaufwand im Rahmen der Pflegeversicherung ausreichend zu berücksichtigen.

### Gerontopsychiatrie in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Der Geriatrischen Rehabilitation weist das Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg die höchste Priorität zu. Tatsächlich handelt es sich hier um eine völlig neue Versorgungsebene, die mit großem Kostenaufwand seitens der Träger und der Kassen realisiert wurde und die heute bundesweit als Modell gilt. In dem Geriatriekonzept wurde als ein Ziel im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation die verstärkte Einbeziehung hausärztlich tätiger Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin in die ambulante geriatrische Rehabilitation definiert. Voraussetzung dafür ist die Fortbildung auf dem Gebiet der geriatrischen Rehabilitation, die auch psychiatrische Aspekte beinhaltet. Hausärzte, die ein entsprechendes Curriculum absolviert haben, können unterstützt durch fachärztliche psychiatrische Konsile eine ausreichende Hausarztbetreuung gerontopsychiatrischer Patienten durchführen. Eine grundsätzliche Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz niedergelassener Ärzte wird durch die am 01.06.1999 in Kraft getretene Neuregelung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erwartet.

## 7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

### 7.1 Allgemein

Vor 100 Jahren begann fast gleichzeitig in der Psychiatrie und Pädiatrie eine Entwicklung, die in ein eigenständiges Fachgebiet, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mündete. Seit etwas mehr als 30 Jahre verfügt die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik über eine eigene Gebietsbezeichnung. Sie hat sich zur Aufgabe gestellt, psychische und psychosomatische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu erkennen und zu behandeln; darüber hinaus sind ihr auch Prävention und Nachsorge besondere Anliegen.

Es ist davon auszugehen, dass bis zu 20% aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung Verhaltensstörungen oder psychische und soziale Auffälligkeiten zeigen, die eine Beratung oder Hilfe erforderlich machen. Die Erkrankungshäufigkeit an einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit beträgt bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ca. 5%.

#### **Besondere Bedeutung präventiver Konzepte**

Die Ursachen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig, und einzelne krankheitsfördernde Faktoren können sich gegenseitig potenzieren. Daneben gibt es aber auch Schutzfaktoren vor psychischer Erkrankung, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erlangen. Aus der Kenntnis solcher protektiver Faktoren sollen auch Präventionskonzepte abgeleitet werden. Neben der genetischen Disposition stehen Umwelteinwirkungen, somatische Erkrankungen sowie soziale und familiäre Faktoren im Blickfeld bei der Identifikation krankheitsfördernder Faktoren.

Besonderes Interesse gilt dabei auch den Kindern psychisch kranker Eltern, die zusätzlich zur vererbten Disposition durch zum Teil ungünstige familiäre Belastungen risikobehaftet sind, selbst einmal psychisch zu erkranken. Hier setzt eine vom Land geförderte wissenschaftliche Begleitung eines Projekts der Diakonie in Mannheim und des Landeswohlfahrtsverbands Baden an, die Kinder psychisch kranker Eltern begleitet, um Kenntnisse über mögliche frühzeitig einsetzende spezifische Hilfemaßnahmen zu gewinnen.

### 7.2 Ambulante Versorgung

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ kommt bei der psychiatrischen Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonderes Gewicht zu. Eine stationäre Behandlung, die das Kind aus dem Familienverband löst, kommt nur als ultima ratio in Betracht. Daher wurde landesweit ein differenziertes ambulantes Hilfesystem, insbesondere aus

- Erziehungsberatungsstellen
  - schulpsychologischen Diensten
  - klinischen Psychologen
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  - niedergelassenen Ärzten
  - sozialer Gruppenarbeit
  - sozialpädagogischen Familienhilfen
  - intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuungen
  - Tagesgruppen und verschiedenen betreuten Wohnformen
- entwickelt.

#### **Niedergelassene psychiatrische Fachärzte**

Der größte Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder lässt sich ambulant behandeln. Im ambulanten Bereich wird die Versorgung gewährleistet durch niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder-

ärzte sowie zusätzlich zugelassenen Krankenhausärzten, die mit einer gut differenzierten Jugendhilfe kooperieren. Zusätzlich werden mit Umsetzung des am 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes zukünftig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Heilpädagogen, Krankengymnasten, Logopäden und anderen Berufsgruppen, wie sie in Ambulanzen der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken und Fachabteilungen selbstverständlich ist, ist auch in der freien Praxis zu fordern.

### **Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Jugendhilfe tragen eine gemeinsame Verantwortung für hilfebedürftige Kinder und Jugendliche. Die Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und die Hilfen zur Erziehung bzw. die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche der Jugendhilfe zeigen erhebliche Überschneidungsbereiche der jeweiligen Tätigkeitsfelder. Beide Fachdisziplinen sind für eine effektive Arbeit aufeinander angewiesen und können nur durch eine enge Kooperation den jungen Menschen und ihren Familien die bestmögliche Behandlung und Beratung zukommen lassen. Das Ziel weiterführender gemeinsamer Bemühungen wird daher sein, die Kooperation bei der Beratung/Behandlung in akuten Krisensituationen, bei der längerfristigen Betreuung und bei präventiven Angeboten für besonders gefährdete Gruppen auszubauen.

Zu den gemeinsamen Aufgaben gehören

u.a. die Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher vor, anstelle oder nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, die Entwicklung von Angeboten in den Bereichen Freizeit und Wohnen und der Ausbau von Arbeitstrainingsmaßnahmen sowie ggfls. Angebote der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

Neben der zu institutionalisierenden Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den sozialen Diensten der Jugendämter und den Erziehungsberatungsstellen ist die Kooperation mit den schulpsychologischen Diensten, den Sonderschulen und Jugendgerichten von großer Bedeutung, um für ein die verschiedenen Bereiche überlappendes Problem gemeinsame Lösungsstrategien zu finden.

### **7.3 Stationäre Versorgung**

In Anlehnung an bundesweit übliche Bettenmessziffern werden für die Grundversorgung 4 Betten auf 100.000 Einwohner und für die Sonderversorgung zwei Betten pro 100.000 Einwohner benötigt. Der sich aus den genannten Bettenmessziffern rechnerisch ergebende Bedarf für Baden-Württemberg kann nicht unmittelbares Planungsziel sein. Diese Einschätzung stimmt auch mit der einhelligen Auffassung der Leiterinnen und Leiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen in Baden-Württemberg überein.

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>Planung</b>
Betten	335	379	484
Tagesklinikplätze	20	54	86
Tabelle: Entwicklung des Gesamtbestandes der in Baden-Württemberg vorgehaltenen Betten und Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich der Betten für die Sonderversorgung (Tagesklinikplätze sind anteilig auf den Bettenbestand anzurechnen)			

### **Regelversorgung**

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen, die Aufgaben der Grundversorgung wahrnehmen, müssen einerseits regional in ein überschaubares Versorgungsgebiet eingebunden sein, andererseits eine ausreichende Größe für innere Differenzierungsmöglichkeiten haben.

Bei der Beurteilung der Versorgungsstruktur im stationären Bereich ist ganz wesentlich auch die große Zahl niedergelassener bzw. ambulant tätiger Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, psychotherapeutisch tätiger Kinderärzte sowie die fortgeführte intensive Kooperation mit der Jugendhilfe in Baden-Württemberg zu berücksichtigen. Im Bereich der Landeswohlfahrtsverbände sind in den letzten Jahren in Zusammenarbeit mit den Zentren für Psychiatrie zahlreiche konzeptionelle Ansätze für die Unterbringung psychisch kranker Jugendlicher in Heimen und Pflegefamilien entstanden

Vor dem Hintergrund der immer wieder geführten Diskussion um geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche ist der Ausbau des bestehenden stationären Angebots im Sinne einer noch engeren Verzahnung von psychotherapeutischer und jugendpsychiatrischer Hilfe mit Leistungen der Jugendhilfe, der Schule und der Arbeitsverwaltung für die Behandlung betroffener Jugendlicher unter fakultativ geschlossenen Bedingungen vorrangig.

### **Sonderversorgung und spezialisierte Versorgung**

Die Sonderversorgung umfasst besondere Problemgruppen, für die überregional einzelne kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken/Abteilungen zur Verfügung stehen. Zur Sonderversorgung zählen in erster Linie die Versorgung geistig Behinderter mit neuropsychiatrischen Komplikationen und drogenabhängige und suchtfährdete Jugendliche.

94 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entfallen auf die Sonderversorgung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in Meckenbeuren, Gammertingen, Titisee-Neustadt und Mosbach.

#### ▪ **Drogenabhängige Jugendliche**

Bei der Entstehung psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen spielen verschiedene Ursachen eine Rolle. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass gesellschaftliche Prozesse neue Risikofaktoren hervorbringen und zu Schwerpunktverlagerungen führen. So ist bei den suchtmittelgebundenen Störungen im Jugend- und sogar bereits im Kindesalter eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Zwar kann und soll es nicht Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein, alleine oder primär das Problem der suchtbetroffenen Jugendlichen zu lösen. Dafür stehen ambulante und teils auch stationäre Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe zur Verfügung. Dennoch kann in besonderen Fällen die fachmedizinische Kompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefragt sein, wenn die Mittel der Jugendhil-

fe nicht mehr ausreichen. Hier besteht Bedarf an einer spezifischen Versorgungsstruktur in Form eines niedrigschwelligen Angebots von Drogenentzugsbehandlungsplätzen.

Die Errichtung einer spezifischen jugendpsychiatrischen Behandlungseinrichtung mit Standort zwischen der Jugend- und der Drogenhilfe sieht die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Drogenabhängigen und von Drogenabhängigkeit Bedrohten, bei denen eine Behandlung im Sinne des SGB V notwendig und sinnvoll ist, vor. Mit zunächst einer Einheit am Zentrum für Psychiatrie Weissenau in Ravensburg soll diese Konzeption zur Prävention chronischer Suchterkrankungen und frühzeitigen Behandlung suchtspezifischer psychischer Störungen erprobt werden.

In Anbetracht der in Baden-Württemberg zur Verfügung stehenden Betten in neuropsychiatrischen und neuropädiatrischen Behandlungseinrichtungen (Fachkrankenhaus Kehl-Kork und Jugendwerk Gailingen mit zusammen 132 Betten) ist im Bereich der Sonderversorgung bei psychisch Erkrankten mit geistiger Behinderung eine nur geringfügige Erhöhung (15 bis 20 Betten) des gegenwärtigen Bestandes (94 Betten) zur Bedarfsdeckung notwendig.

### **Teilstationäre Versorgung**

Etwa 20 % der Behandlungsangebote sollen in Anlehnung an die Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in „Zielsetzung/Orientierungsdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen“ von 1993 als tagesklinische Plätze realisiert werden. Angesichts der geringen Anzahl stationärer Betten erscheint eine Umsetzung dieser Forderung aus dem bestehenden Rahmen heraus nicht sinnvoll. Dennoch ist in einem nächsten Schritt angesichts des hohen Stellenwertes einer familiennahen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die teilstationäre Versorgung im Rahmen des Gesamtbedarfs auszubauen.

### **Beurteilung und Perspektiven**

Ausbaubedarf besteht vor allem im Bereich der teilstationären Angebote. Wegen der vielfältigen Berührungspunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit anderen Fachbereichen ist hier auf den Ausbau der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und dem Arbeitsamt besonders Wert zu legen.

---

## **8. Forensische Psychiatrie**

### **Gesetzlicher Doppelauftrag der Besserung und Sicherung**

Dem Land obliegt im Bereich der gerichtlichen Psychiatrie insbesondere die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung gemäß §§ 63, 64 StGB. Die Maßnahmen werden in einem durch die Strafprozes-

sordnung vorgegebenen Verfahren durch die Strafgerichte verhängt.

Die Unterbringung schuldunfähiger oder vermindert schulfähiger Rechtsbrecher in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB ) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB ) wird ausgesprochen, wenn eine Straftat in Zusammenhang mit einer psychischen Störung oder einer

Suchtmittelabhängigkeit verübt wurde und aufgrund dessen auch in Zukunft mit weiteren erheblichen Straftaten gerechnet werden muss.

Die vom erkennenden Gericht angeordnete Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB erfolgt zum Zweck der Besserung und der Sicherung. Dieser gesetzliche Doppelauftrag hat teilweise gegensätzlichen Erfordernissen zu genügen, welche die besondere Schwierigkeit der Arbeit im Maßregelvollzug ausmachen. Die für die Tat ursächliche psychische Erkrankung soll so behandelt werden, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit nicht mehr befürchtet werden muss.

Hauptbehandlungsziel des Maßregelvollzuges ist daher ein straffreies Leben außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung. Zur Erreichung dieses Ziels werden integrativ medizinische, psychiatrische, psychologische, (heil)pädagogische und rehabilitative Behandlungsansätze eingesetzt.

Bei der Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung gemäß §§ 63, 64 StGB messen alle Beteiligten dem Sicherungsauftrag besondere Bedeutung zu. Der Schutz der Bevölkerung, aber auch des Personals in den Einrichtungen, hat dabei höchste Priorität. Diese Sicherheit wird durch bauliche und technische Maßnahmen erreicht, die einer ständigen Kontrolle unterliegen; gleichzeitig bietet eine erfolgreiche Therapie den besten Schutz vor erneuter Straffälligkeit.

### **Entwicklungen**

In den letzten 20 Jahren hat der Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB im gesamten Bundesgebiet einen grundlegenden Entwicklungsprozess durchgemacht.

Im Zuge der Psychiatrie-Reformen in Deutschland wurden die tatsächlichen Verhältnisse im Maßregelvollzug (von der räumlichen Unterbringung über das Behandlungsangebot bis zur konzeptionellen Weiterentwicklung--) entscheidend verbessert. Noch die Psychiatrie-Enquête von 1975 hat auf die Schlusslichtposition des Maßregelvollzuges bei der personellen und räumlichen Ausstattung hingewiesen. Eigenständige forensisch-psychiatrische Abteilungen entwickelten sich in Baden-Württemberg in den Psychiatrischen Krankenhäusern erst in den letzten 20 Jahren. 1991 wurde in Baden-Württemberg als erstem Bundesland die Psych-PV-Maßregelvollzug als Grundlage für die Bemessung des Personalbedarfes ausgearbeitet.

Der Übergang von der Anstalts-Verwahrpsychiatrie zu einer therapieintensiven Klinikbehandlung, wie er schon früher in der Allgemeinpsychiatrie erfolgte, ist zwischenzeitlich abgeschlossen. Gleichwohl bestehen im Hinblick auf die Behandlungsdauer und Gewaltproblematik deutliche Unterschiede zur Allgemeinpsychiatrie. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten nach § 63 StGB, die im Jahr 1999 entlassen wurden, lag landesweit bei 4 Jahren und 3 Monate; die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten nach § 64 StGB, die im Jahr 1999 entlassen wurden, lag landesweit bei 20 Monaten. Bei den im Jahr 1999 aufgenommenen Patienten war bei 17 % die Maßregel wegen versuchter bzw. vollendeter Tötungsdelikten, bei 22 % wegen Körperverletzungsdelikten, bei 10 % wegen Sexualdelikten, bei 9 % wegen Brandstiftungsdelikten und bei 28 % wegen Delikten gegen das Eigentum bzw. das Vermögen angeordnet worden.

Von den im Jahr 1999 in Baden-Württemberg im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB aufgenommenen Patienten waren etwa 29 % an einer Psychose erkrankt, rund 15 % hatten eine Persönlichkeitsstörung, bei 18 % lag eine Alko-

holabhängigkeit vor und bei 23 % wurde eine Drogenabhängigkeit diagnostiziert. Der Anteil der weiblichen Maßregelvollzugspatienten lag über die Jahre konstant bei etwa 5 %; im Jahr 1999 hat sich der Anteil auf 7 % erhöht.

### **Die Forensischen Abteilungen in den Zentren für Psychiatrie**

Die Behandlung im Maßregelvollzug orientiert sich an den in der klinischen Psychiatrie, Psychotherapie und Suchttherapie üblichen Standards; sie nimmt insoweit an der allgemeinen medizinischen Entwicklung teil. Ziel der therapeutischen Intervention ist es, eine Entkopplung der Krankheit/Störung/Behinderung von deliktischem Verhalten zu erreichen. Die Behandlung ist so lange erforderlich, bis eine hinreichend günstige Legalprognose gestellt werden kann. Die Unterbringung wird durch gerichtlichen Beschluss ausgesetzt; mit der Aussetzung ist in der Regel eine mehrjährige Bewährungszeit und Führungsaufsicht verbunden.

In Baden-Württemberg wird der Maßregelvollzug dezentral von an den Zentren für Psychiatrie eingegliederten Fachabteilungen übernommen. Solche Fachabteilungen bestehen an den Zentren für Psychiatrie Wiesloch, Weinsberg, Emmendingen, Reichenau, Zwiefalten, Bad Schussenried und Weissenau. Im Jahr 2000 werden insgesamt 639 Planbetten zur Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB vorgehalten.

Der Maßregelvollzug wird in Baden-Württemberg innerhalb des allgemeinen stationären psychiatrischen Versorgungssystems vollzogen. Die Einweisung der psychisch kranken Straftäter in den Maßregelvollzug erfolgt gemäß dem Vollstreckungsplan, der den Landgerichtsbezirken die Einrichtungen jeweils zuordnet. Die Maßregelvollzugseinrichtungen sind – bis auf einen besonders gesicherten Bereich im Zentrum für Psychiatrie Wiesloch – nicht „spezialisiert“ (etwa für Frauen, Jugendliche oder geistig Behinderte).

Dem liegt der Grundgedanke zugrunde, dass die Spezialisierung eine heimatferne Unterbringung des psychisch kranken Straftäters bedingen und damit eine Wiedereingliederung in das bisherige Umfeld erschweren würde.

### **Starker Belegungsanstieg**

Die Belegung in den Maßregelvollzugseinrichtungen hat im gesamten Bundesgebiet in den letzten Jahren ganz erheblich zugenommen. Eine entsprechende Entwicklung ist auch für Baden-Württemberg festzustellen, wobei die Zunahme in den anderen Bundesländern eher noch stärker ist. In Baden-Württemberg stellt sich die Belegung in den sieben Maßregelvollzugseinrichtungen in den letzten Jahren insgesamt wie folgt dar:

1993:	523 durchschnittlich belegte Betten
1994:	531 durchschnittlich belegte Betten
1995:	533 durchschnittlich belegte Betten
1996:	564 durchschnittlich belegte Betten
1997:	612 durchschnittlich belegte Betten
1998:	645 durchschnittlich belegte Betten
1999:	667 durchschnittlich belegte Betten

Die Ursachen für diesen Belegungsanstieg sind nicht eindeutig festzumachen; letztlich dürften jedoch insbesondere folgende Gründe für diese Entwicklung maßgeblich sein:

- Zunahme der Schwere der Erkrankungen und der Delikte
- Betreuung und Aufnahme forensischer Patienten durch außerstationäre Einrichtungen werden zunehmend schwieriger
- Zunehmend vorsichtiger Entlassprognose der Richter und Therapeuten

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung

gemäß §§ 63, 64 StGB werden durch bundesrechtliche Vorschriften gesetzt. Eine grundlegende Reform der §§ 63 ff. des Strafgesetzbuches wird seit langem fachlich diskutiert und gefordert. Eine Arbeitsgruppe beim Bundesjustizministerium hat daher Vorschläge für eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen erarbeitet. Leitgedanke dabei war, die Verhängung der Maßregeln gemäß § 63 und § 64 StGB auf wirklich gravierende Fälle zu beschränken und anstelle der derzeit unbefristeten Unterbringung eines psychisch kranken Rechtsbrechers in einem psychiatrischen Krankenhaus eine differenzierte Regelung treten zu lassen. Zudem wird eine Flexibilisierung der Vollstreckungsreihenfolge für dringend erforderlich erachtet. Es bleibt abzuwarten, welche Reformvorschläge in dem zu erwartenden Gesetzgebungsverfahren vom Bundesgesetzgeber letztlich aufgegriffen werden.

#### **Beurteilung und Perspektiven:**

Die Bettenkapazitäten für die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln mussten in den letzten Jahren in mehreren Zentren für Psychiatrie dem gestiegenen Bedarf angepasst werden. Sollte in den nächsten Jahren die Belegung noch weiter ansteigen, werden zusätzliche Erweiterungen unvermeidlich.

Die Zahl des therapeutischen Personals im Maßregelvollzug wurde in den letzten Jahren wesentlich gesteigert. Im Jahr 1999 waren rund 617 Vollkräfte in der Therapie beschäftigt. Die Vorgaben der Psych-PV-Maßregelvollzug werden damit allerdings deutlich unterschritten; es wird in den nächsten Jahren erheblicher Anstrengungen bedürfen, um diese Defizite weiter abzubauen.

Der Behandlung und Betreuung von Patienten, die noch nicht auf Bewährung entlassen wurden, kommt auch im Hinblick auf die Resozialisierung in Einrichtungen außerhalb der Maßregelvollzugsstationen zunehmend größere Bedeutung zu. Durch diese Unterbringungsform wird der Übergang von der vollstationären Behandlung zum Leben außerhalb des Maßregelvollzuges erleichtert und therapeutisch-prognostisch weiter abgesichert. 1999 waren landesweit ganzjährig über 80 Patienten in entsprechenden Einrichtungen untergebracht. Diese Entwicklung gilt es zu stärken und fortzusetzen.

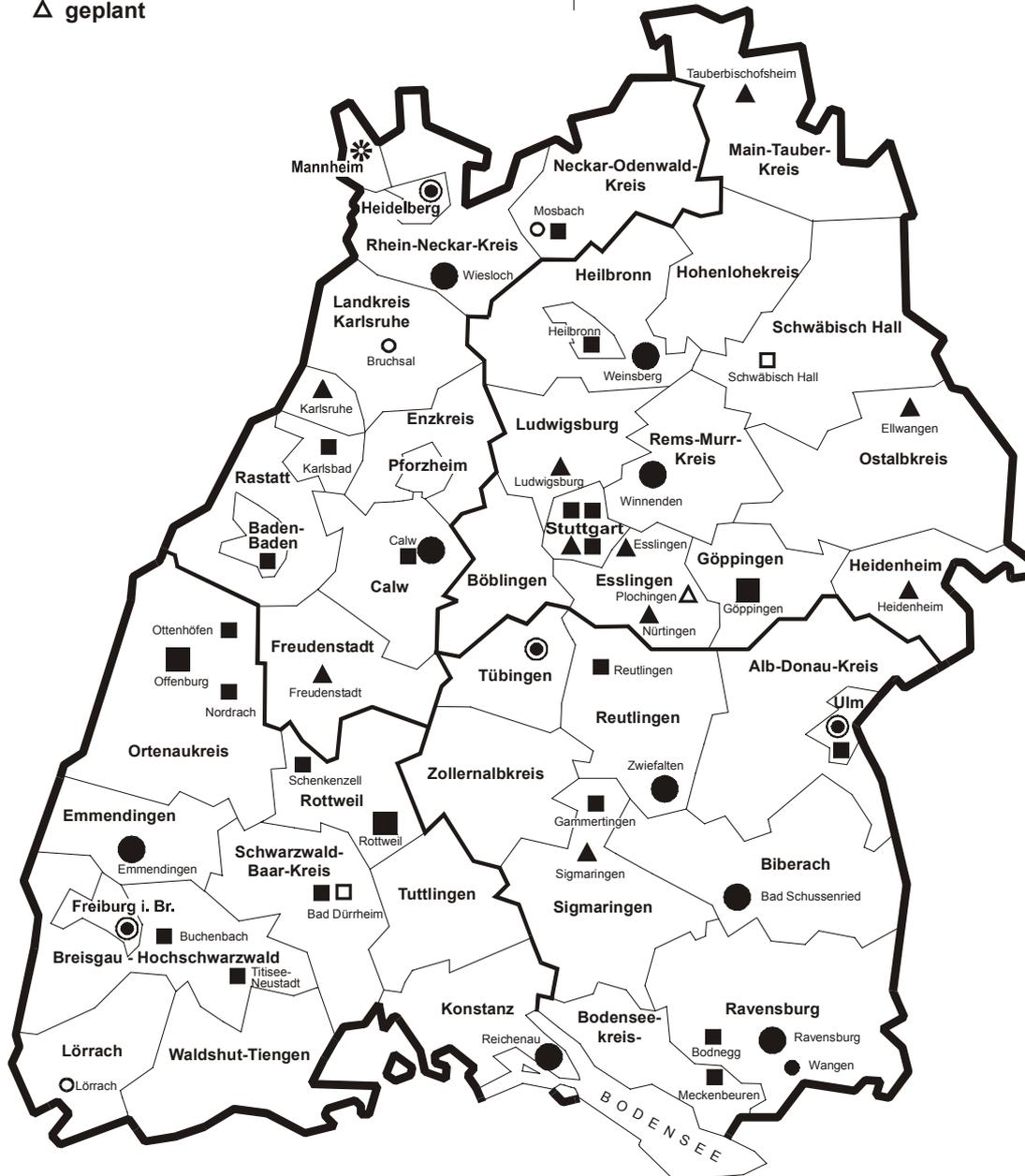
An den erreichten Fortschritten der Allgemeinpsychiatrie bei der ambulanten und komplementären Versorgung partizipieren beurlaubte oder entlassene Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen bislang praktisch nicht. Der Nachsorge nach der Entlassung eines forensischen Patienten kann auch unter dem Aspekt der Sicherung besondere Bedeutung zukommen. Das Land wird daher in den nächsten Jahren intensiv die Verbesserung der Betreuung von bereits auf Bewährung entlassenen forensischen Patienten prüfen und gemeinsam mit den Maßregelvollzugseinrichtungen und anderen Beteiligten ein landesweites Nachsorgekonzept entwickeln.

Darüber hinaus ist es erforderlich, dass Einrichtungen der außerklinischen Versorgung in ausreichendem Maße auch ehemaligen Forensik-Patienten offen stehen.

## Psychiatrische Krankenhäuser in Baden-Württemberg

Stand: 01. August 2000

- Fachkrankenhaus
  - Zentren für Psychiatrie
  - Außenstelle /
  - geplant
  - ▲ Abteilung am Allgemeinkrankenhaus /
  - △ geplant
- ◎ Universitätsklinik
  - \* Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
  - sonstige psychiatrische Krankenhäuser
  - geplant



Anmerkung:  
Krankenhäuser, die künftig dem Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin zuzuordnen sind, sind hier nicht aufgeführt.

# Psychiatrische Tageskliniken bzw. tagesklinische Plätze in Baden-Württemberg

Stand: 01. August 2000

- Tageskliniken Erwachsenenpsychiatrie
- geplant



# Stationen für den niederschweligen Drogenentzug in Baden-Württemberg

Stand: 01. August 2000

■ Standorte

□ Niederschwellige Drogenentzugsstation für Kinder und Jugendliche in Planung



# Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Baden-Württemberg

Stand: 01. August 2000

- Grundversorgung
- geplant
- ▲ Sonderversorgung
- △ geplant
- Tageskliniken
- geplant



## **F KONZEPTIONEN**

### **KONZEPTION EINES GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERBUNDES (GPV)**

#### **1. Vorgeschichte**

Im Landesarbeitskreis Psychiatrie wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund in der 11. Sitzung nach einem Einführungsreferat erstmalig lebhaft diskutiert. Die Mitglieder des Landesarbeitskreises gaben dann schriftliche Stellungnahmen zum GPV ab. Aufgrund dieser Stellungnahmen wurden folgende Thesen aufgestellt.

- In Baden-Württemberg ist für den GPV eine eigene Rechtsform weder erforderlich noch wünschenswert.
- Eine verbesserte Kooperation oder Koordination zwischen den in der jeweiligen Versorgungsregion vorhandenen Aufgaben – Maßnahmen -, Planungs- und Kostenträger ist wünschenswert. Das dafür geeignete Gremium ist der örtliche Psychiatriearbeitskreis.
- Im Regelfall soll der jeweilige Land-/ Stadtkreis eine Versorgungsregion bilden.
- Der Arbeitskreis „Sozialpsychiatrische Dienste“ beschäftigte sich intensiv mit der Frage des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. In der 13. Sitzung des Landesarbeitskreises wurden drei Expertenvorträge zum Gemeindepsychiatrischen Verbund gehalten. Im Herbst 1993 fand ein Workshop, der gemeinsam von der Akademie Bad Boll und dem Sozialministerium veranstaltet wurde, zu diesem Thema statt.

#### **2. Arbeitsauftrag**

Der Landesarbeitskreis Psychiatrie beauftragte die AG „Gemeindepsychiatrischer Verbund“, aufgrund der geleisteten Vorarbeiten eine Rahmenkonzeption für einen GPV zu entwickeln.

#### **3. Ausgangssituation und Zielbeschreibung**

Das Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Unterstützungs- und Hilfsangeboten für psychisch kranke Menschen ist in Baden-Württemberg regional unterschiedlich stark ausgebaut und differenziert. Es gibt derzeit keine Verpflichtung zur Kooperation in Planung, Aufbau, Ausbau und Zusammenarbeit; dies gilt genauso für die Koordination der Durchführung einer Unterstützungs- oder Hilfsmaßnahme für einzelne Nutzerinnen oder Nutzer.

Von einer verbesserten Kooperation und Koordination und von der Sektorversorgung unterscheidet sich der Verbund durch das (schrittweise) Zusammenführen von Bausteinen und Ressourcen durch verbindliche Absprachen bis hin zu vertraglichen Versorgungsverpflichtungen. Es geht darum, in einem gemeinsam geplanten, schrittweisen Prozess die verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Teile der psychiatrischen Versorgung näher zusammenzurücken, ihre Bausteine und Ressourcen enger zusammenzufügen, um eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz zu erreichen.

#### **4. Definition des GPV**

##### **4.1**

Der GPV stellt ein Netzwerk von Einrichtungen und Diensten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte dar, die untereinander eng kooperieren und gemeinsam, in Abstimmung mit der Landes-

planung, eine vertragliche Versorgungs-  
verpflichtung für einen definierten Perso-  
nenkreis (vgl. Punkt 5) in einem geo-  
graphisch begrenzten Gebiet überneh-  
men.

#### 4.2

Die im GPV zusammengeschlossenen  
Einrichtungen und Dienste gewährleisten  
einen Qualitätsstandard, der durch quali-  
tätssichernde Maßnahmen, wie z.B. Do-  
kumentationssysteme und Partizipation  
sichergestellt wird.

#### 4.3

Die fachliche Seite der Planung und Ko-  
ordination des GPV erfolgt durch den ört-  
lichen Psychiatriearbeitskreis.

#### 4.4

Innerhalb des GPV übernehmen die So-  
zialpsychiatrischen Dienste die Aufgabe  
der Information und fallbezogenen Koo-  
rdination.

### 5. Zielgruppe

Zielgruppe des GPV sind vor allem die  
chronisch psychisch kranken und see-  
lisch behinderten Menschen. Die Berei-  
che der Altenhilfe und der Suchtkranken-  
hilfe werden von der Konzeption nicht be-  
rührt.

### 6. Aufgaben des GPV

**6.1 Verbesserung der Planung** soll  
zum Ausbau der Angebote für bisher  
nicht ausreichend versorgte psy-  
chisch kranke Menschen sorgen,  
sowie zum Abbau von Überkapazitä-  
ten führen.

### 6.2 Weiterentwicklung der institutionellen Koordination und Kooperation

Nur durch eine Weiterentwicklung der  
Kooperation aller Einrichtungen einer  
Versorgungsregion kann Vollversorgung  
gewährleistet werden. Vollversorgung be-  
deutet, dass niemandem dadurch, dass  
sich alle in der Region vorhandenen Ein-  
richtungen für nicht zuständig erklären,  
die für ihn notwendige und ihm zuste-  
hende Hilfe oder Unterstützung vorent-  
halten wird. Vollversorgung wird bis  
heute fast nur von vollstationären (klini-  
schen) Einrichtungen praktiziert, was  
nicht selten dazu führt, dass Nutzerinnen  
und Nutzer mit Hilfemaßnahmen vorlieb-  
nehmen müssen, die einen unnötig gro-  
ßen Eingriff in ihre Autonomie bedeuten.

Kooperation heißt auch gemeinsame  
Nutzung von Ressourcen:

z.B. institutionsübergreifende Erledigung  
von Verwaltungsaufgaben, gemeinsame  
Nutzung an Räumen, gemeinsame Fort-  
bildung, gegenseitige personelle Vertretung.  
Um die Kooperation zu verbessern  
ist auch die Entwicklung von Instrumen-  
ten und Maßnahmen erforderlich, die die  
Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit  
der Einrichtungen der psychiatrischen  
Versorgung bzw. ihrer Mitarbeiter fördern.

### 6.3 Verbesserung der fallbezogenen Koordination für die einzelne Nut- zerin und den einzelnen Nutzer

Unterstützungs- und Hilfskonzepte für  
Einzelne werden unter Einbeziehung des  
Nutzers oder der Nutzerin im instituti-  
onsübergreifenden Gespräch entwickelt.

### 6.4 Qualitätssicherung

Durch qualitätssichernde Maßnahmen  
soll die Struktur-, Prozess- und Ergebnis-  
qualität gesichert werden. Außer bisher

schon durchgeführten Maßnahmen, wie Fachaufsicht durch den Träger, sind Dokumentation und Partizipation als nächste Schritte zur Qualitätssicherung vorstellbar. Partizipation entsteht durch Mitarbeit der Nutzer und Nutzerinnen im örtlichen Psychiatriearbeitskreis. Der Aufbau weiterer Partizipationsstrukturen, wie Beschwerdestelle, Psychiatriebeirat etc. ist wünschenswert.

Gemeinsame und vergleichbare Dokumentation aller im GPV beteiligten Einrichtungen und Dienste ermöglicht Transparenz und interne und externe Evaluation.

## 7. Beteiligte Dienste und Einrichtungen

### 7.1 Zum Kernbereich des GPV's gehören:

#### **Behandlung, Rehabilitation**

- Stationäre Versorgung
- Teilstationäre Versorgung, Tagesklinik
- Vollstationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Praxen: Nervenärzte, Psychologen, Ergotherapeuten

#### **Wohnen**

- Familienpflege
- Betreutes Wohnen (Einzel- und Paarwohnen)
- Wohngemeinschaft
- therapeutisches Wohnheim
- Dauerwohnheim
- häusliche Pflege für psychisch Kranke

#### **Beratung, Kontakt, Tagesstrukturierung**

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Tagesstätte
- Selbsthilfegruppen
- Bürgerhelfergruppen
- Angehörigengruppen

#### **Arbeit**

- WfB (für psychisch Behinderte)
- Zuverdienstfirmen/Selbsthilfefirmen

### 7.2 Die angrenzenden Bereiche umfassen insbesondere:

- Gesundheitsamt, Sozialdienst
- Beratungsstellen
- Sozialdienste Krankenhaus/Krankenkassen
- Kommunale soziale Dienste
- PSD/Integrationsdienste
- Betreuungsvereine

## 8. Umsetzung

Aufgrund regionaler Besonderheiten und nach der bisherigen Geschichte der regionalen psychiatrischen Versorgung kann der GPV unterschiedlich organisiert sein.

### 8.1

Für den Aufbau des GPV sind folgende Schritte erforderlich:

#### 8.1.1

Analyse der vorhandenen Hilfsangebote und des Bedarfs in der Versorgungsregion.

#### 8.1.2

Verbindliche Festlegung, welche zusätzlichen Angebote geschaffen werden müssen und ggf. welche Überkapazitäten abgebaut werden müssen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, ist ein Psychiatrieplan des jeweiligen Landkreises sinnvoll. Es empfiehlt sich eine zeitliche und finanzpolitische Prioritätensetzung zur Umsetzung, da durchaus ein Bedarf bestehen kann, der jedoch aufgrund finanzpolitischer Entwicklung vorerst nicht zu realisieren ist.

#### 8.1.3

Der Sozialpsychiatrische Dienst erhält eine verstärkte Koordinations- und Kooperationsfunktion im ambulanten Bereich.

#### 8.1.4

Zwischen Trägern wird durch Kooperationsverträge Zusammenarbeit vereinbart.

#### 8.2

Örtliche Psychiatriearbeitskreise sind das Gremium für Planung und Koordination im GPV:

##### 8.2.1

Die Besetzung der Psychiatriearbeitskreise wird festgelegt; Träger, Kostenträger und Vertreter von psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen sollen im Psychiatriearbeitskreis Sitz haben. Mitarbeiter der psychiatrischen Einrichtungen der Region sollen über ein Sprechersystem im Psychiatriearbeitskreis vertreten sein.

##### 8.2.2 Aufgaben des Psychiatriearbeitskreises:

- Erarbeitung von Vorschlägen für eine bedarfsgerechte Planung der psychiatrischen Versorgung im Stadt- oder Landkreis sowie für die überörtlichen Kostenträger
- Mitwirkung bei der Entwicklung und flexiblen Fortschreibung einer solchen Planung (Kreispsychiatrieplan)
- Schrittweiser Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundes
- Vorbereiten, Abstimmen, Koordinieren der Aufbauschritte
- Erörterung und Koordination von Vorhaben einzelner Träger

- Vorbereitung und Besprechen vertraglicher Vereinbarungen (Kooperationsverträge, vertragliche Versorgungsverpflichtung) der Einrichtungen untereinander und mit dem Landkreis/der Kommune zum Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

- Erarbeiten gemeinsamer Formen zur Qualitätssicherung im Verbund
- Stärkung der Partizipation von Nutzern (Betroffenen und Angehörigen)

- Der Psychiatriearbeitskreis hat beratende Kompetenz gegenüber kommunalen Gremien

- Beschlüsse des Psychiatriearbeitskreises sollen von den dort vertretenen Einrichtungen, Diensten und Kostenträgern in verbindlicher Form berücksichtigt werden

## 9. Kosten und Finanzierung

Der GPV soll kostenneutral verwirklicht werden. Dies erscheint insofern nicht illusionär, da der GPV keine neue Institution werden soll, sondern eine bessere Organisationsstruktur für bestehende und ggf. neue (auch ohne GPV) zu verwirklichende Einrichtungen und Dienste. Es ist sogar zu hoffen, dass der GPV, z.B. durch gemeinsame Verwendung von Ressourcen, verbesserte Kooperation und Planung, Nutzung von Synergieeffekten, auch ökonomisch effizienter wird. Wenn dadurch Mittel freigesetzt werden könnten, ist es erforderlich, dass diese innerhalb des Verbundes umgeschichtet werden. Es ist wünschenswert, dass neue Finanzierungsmodelle wie Pauschalfinanzierung oder Regionalbudgets modellhaft in einzelnen GPV's erprobt werden können.

# KONZEPTION FÜR EINE INTERESSENVERTRETUNG PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN DURCH EHRENAMTLICH TÄTIGE PATIENTENFÜRSPRECHER AUF KREISKOMMUNALER EBENE

## 1. Sachstand

Allen psychisch Kranken und deren Angehörigen steht zur Wahrung ihrer Rechte und für Beschwerden über unrechtmäßige, unfachliche oder falsche Behandlung und Betreuung in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten die Beratung durch einen Rechtsanwalt oder der Rechtsweg offen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Beschwerde über das Petitionsrecht nach Artikel 2 Abs. 1 der Landesverfassung von Baden-Württemberg und Artikel 17 des Grundgesetzes.

Diese Möglichkeiten, Rechte und Interessen zu wahren, sind mit langen Entscheidungswegen verbunden und müssen als letzte Mittel mit hoher Zugangsschwelle gesehen werden. Gleichzeitig liegt ein Nachteil in der anwaltlichen Beratung und dem Klageweg darin, dass diese zu Lösungen führen, die oftmals nicht als angemessen zu werten sind.

Deshalb diskutieren Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhelfer und in der Psychiatrie Tätige zunehmend über die Einrichtung einer Interessenvertretung für psychisch kranke Menschen unter den Begriffen Patientenfürsprecher, Ombudsmann/-frau, Beschwerdestelle.

## 2. Notwendigkeit

Verbände, Träger sowie ambulante und stationäre Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und die in ihnen tätigen Mitarbeiter verstehen sich auch als Anbieter von Dienstleistungen für psychisch kranke Menschen, und demzufolge auch als Interessenvertreter für die Belange psychisch Kranker.

Dennoch wird die Notwendigkeit einer

neutralen Interessenvertretung gesehen, die sich in besonderer Weise der Wahrung von Rechten und Interessen psychisch kranker Menschen annimmt. Dies ist fachlich folgendermaßen begründbar:

- Ein krankheitsbedingt schwankendes Selbsthilfepotential und Informationsdefizite über die eigenen Rechte verhindern, dass psychisch kranke Menschen in stationären und außerstationären Einrichtungen und Diensten ihre Interessen zu jeder Zeit wirkungsvoll vertreten können. Häufiger als in anderen medizinischen Fachgebieten erfordert der psychiatrische Bereich einen besonders sensiblen Umgang zwischen Fachleuten und Nichtfachleuten und sorgfältig beachtete Formen, wenn es um fallbezogene Kritik an Behandlungen, um Beschwerden und um Qualitätssicherung geht.
- Notwendig ist eine Interessenvertretung auch angesichts der ordnungsrechtlich begründeten Eingriffe in die Autonomie der Patienten, die häufig mit den psychiatrischen Hilfen verbunden sind. Eine wesentliche Aufgabe des Patientenfürsprechers liegt in der Vermittlung zwischen den Autonomieansprüchen der Betroffenen mit den Schutz- und Hilfeangeboten der Einrichtungen und Dienste.
- Die Komplexität des breit gefächerten Spektrums der Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten im psychiatrischen und psychosozialen Bereich macht es psychisch kranken Menschen zusätzlich schwer, sich als mit Rechten ausgestattete Nutzer des Angebots psychiatrischer und psychosozialer Hilfeleistungen zu verstehen.

- Die Einrichtung eines Patientenfürsprechers kann für die behandelnden Institutionen und Personen eine Unterstützung ihrer professionellen Hilfen bedeuten, weil sie u.a. den Dialog zwischen Patienten und Professionellen fördern und dadurch zur Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten beitragen kann.

### 3. Zielsetzung und Aufgabenstellung

Ausgehend vom Ziel, die Rechte und Interessen psychisch kranker Menschen zu wahren und eine selbstständige Interessenwahrnehmung zu ermöglichen, soll eine qualifizierte Instanz - der Patientenfürsprecher - folgende Aufgaben übernehmen können:

- Anregungen und Beschwerden von psychisch Kranken und Angehörigen entgegennehmen, überprüfen und in Zusammenarbeit mit den Betroffenen gegenüber Dritten vertreten im Sinne von Schlichtung, Vermittlung und Problem-Lösung.
- Hinweis auf weitere Beschwerde- oder Rechtsmittelmöglichkeiten, wenn eine stützende Vermittlung und Schlichtung nicht realisierbar ist oder gewünscht wird.
- Festhalten von sich wiederholenden Beschwerden und Problemen, die für eine Institution typisch zu sein scheinen und Weiterleitung an die entsprechenden verantwortlichen Stellen, wenn nach einem Klärungsversuch mit der Institution keine Änderung eintritt oder zu erwarten ist.
- Einbringen von Anregungen in den Psychiatriearbeitskreis.

## 4. Patientenfürsprecher in Baden-Württemberg

### 4.1 Zuständigkeitsbereich

Die derzeitigen konzeptionellen Vorstellungen zur verbindlichen Kooperation, Koordinations- und Planungsarbeit der helfenden und unterstützenden Einrichtungen in Form eines gemeindepsychiatrischen Verbundes gehen von Versorgungsregionen aus, die im Regelfall einen Land- oder Stadtkreis umfassen.

Es erscheint sinnvoll, für alle ambulanten, komplementären und stationären Einrichtungen einer solchen regional begrenzten, überschaubaren Versorgungsregion eine Interessenvertretung einzurichten.

Durch die Zuordnung des Patientenfürsprechers zu einer Versorgungsregion, die im Regelfall einem Land- oder Stadtkreis entspricht, umfaßt dessen Aufgabengebiet das gesamte Spektrum des sog. psychiatrischen Kernbereiches, zu dem z.B. folgende Einrichtungen und Dienste gehören:

#### **Behandlung, Rehabilitation:**

- Stationäre Versorgung (z.B. psychiatrisches Fachkrankenhaus oder Abteilung Kreiskrankenhaus)
- Teilstationäre Versorgung, Tagesklinik
- Vollstationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Niedergelassene Nervenärzte, Psychiater, Psychologen, Ergotherapeuten

#### **Wohnen:**

- Familienpflege
- Familienpflege
- Betreutes Wohnen
- Wohngemeinschaft
- Therapeutisches Wohnheim
- Dauerwohnheim
- Häusliche Pflege für psychisch Kranke

### **Beratung, Kontakt, Tagesstrukturierung:**

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Tagesstätte
- Selbsthilfegruppen
- Bürgerhelfergruppen
- Angehörigengruppen

### **Arbeit:**

- WFB (für psychisch Behinderte)
- Zuverdienstfirmen/Selbsthilfefirmen

Desweiteren hat der Patientenfürsprecher beratende Funktion im örtlichen Psychiatriearbeitskreis.

### **4.2 Anbindung**

Die Zielsetzung und Aufgabenstellung erfordert die grundsätzliche Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers von psychiatrischen und psychosozialen Institutionen. Vorzusehen ist die fachliche Anbindung an die örtlichen Psychiatriearbeitskreise, die in jedem Stadt-/Landkreis bestehen. Die Anbindung an dieses Gremium ermöglicht es dem Patientenfürsprecher, über seine Tätigkeit zu informieren und auch Anregungen zur regionalen Bedarfsplanung unter besonderer Berücksichtigung der Interessen psychisch kranker Menschen vorzulegen.

Zur fachlichen Begleitung der Arbeit des Patientenfürsprechers wird empfohlen, einen Beirat aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Bürgerhelfern, professionellen Helfern und sonstigen engagierten Personen zu bilden. Einzelfälle, bei denen geschützte Personendaten offenbart werden müßten, können in diesem Gremium nicht beraten werden.

Als Sitz bzw. Standort der Interessenvertretung kommt das Landratsamt in Betracht.

### **4.3 Ausgestaltung des Amtes**

Die Interessenvertretung erfolgt in Form des Patientenfürsprechers im Rahmen eines Ehrenamtes. Auf Grund des vorgeschlagenen Zuständigkeitsbereichs und unter Berücksichtigung von Krankheits- und Urlaubszeiten sollte die Interessenvertretung innerhalb einer Versorgungsregion aus bis zu drei Patientenfürsprechern bestehen. Für das Ehrenamt kommen die §§ 11-15 der Landkreisordnung bzw. §§ 15-19 der Gemeindeordnung zur Anwendung.

### **4.4 Bestellung**

Wie in der Landkreisordnung bzw. Gemeindeordnung festgelegt, bestellt der Kreistag bzw. der Gemeinderat den Patientenfürsprecher, die Bestellung kann jederzeit zurückgenommen werden. Die Ernennungsdauer sollte 4 Jahre umfassen. Eine Mitwirkung des Psychiatriearbeitskreises bei der Suche nach geeigneten Personen erscheint hilfreich.

### **4.5 Qualifikation**

Voraussetzung für die Übernahme des Ehrenamtes sind Rechts- und Psychiatriekenntnisse, insbesondere Kenntnisse über das psychiatrische Versorgungssystem. Auch Angehörige oder Psychiatrie-Erfahrene können unter entsprechenden Voraussetzungen mit der Aufgabe betraut werden. Des Weiteren sollten die Personen als sog. „sozial erfahrene“ Person i.S.d. BSHG gelten. Um die Unabhängigkeit und Neutralität des Patientenfürsprechers zu gewährleisten, sind Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste des „psychiatrischen Kernbereichs“ (vgl. 4.1) von der Übernahme dieses Ehrenamtes ausgeschlossen.

#### **4.6 Befugnisse**

Von allen Einrichtungen und Diensten der Versorgungsregionen wird eine vertrauensvolle Zusammenarbeit erwartet. Zur Wahrnehmung der Aufgaben sollen die Einrichtungen und Dienste dem Patientenförsprecher den Zugang ermöglichen. Nur der Betroffene (oder dessen Vertreter) kann den Patientenförsprecher bevollmächtigen, tätig zu werden. Der Patientenförsprecher kann nur im Auftrag des Betroffenen aktiv werden; er kann nicht bei Fragestellungen oder Problemen aktiv werden, bei denen dies vom Betroffenen nicht gewünscht wird. Dies bedeutet, dass über den Umfang des Tätigwerdens des Patientenförsprechers im Einzelfall mit dem Betroffenen Einvernehmen erzielt werden muß.

#### **4.7 Pflichten**

Die allgemeinen Pflichten des Patientenförsprechers gehen aus §§ 13 und 14 der Landkreisordnung bzw. §§ 17 und 18 der Gemeindeordnung hervor. Wegen der für dieses Ehrenamt besonders hohen Wertigkeit soll hier nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Patientenförsprecher zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ein überregionaler Erfahrungsaustausch der Patientenförsprecher wird für erforderlich gehalten. Zur Information des örtlichen Psychiatriearbeits-

kreises der Kreisverwaltung und des Landesarbeitskreises für Psychiatrie ist ein Tätigkeitsbericht unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorzulegen. Die Tätigkeitsberichte werden beim Sozialministerium gesammelt und können Parlamentariern auf Wunsch vorgelegt werden.

#### **4.8 Arbeitsweise**

Eine fachlich qualifizierte Interessenvertretung erfordert eine flexible Arbeitsweise und eine möglichst niedrige Zugangsschwelle. Aus diesem Grund sind regelmäßige Sprechstunden bzw. Besuche auch im geschlossenen Bereich von Kliniken und Heimen vorzusehen und in Absprache mit den Trägern der Institutionen anzubieten. Daneben soll über die Existenz der Interessenvertretung unter Angabe der Ansprechpartner, deren Adresse und Telefonnummer mittels Aushändigung und Aushang entsprechender Informationsblätter in den Einrichtungen und Diensten informiert werden.

#### **4.9 Kosten**

Die Entschädigung der ehrenamtlich tätigen Patientenförsprecher erfolgt wie in § 15 der Landkreisordnung bzw. § 19 der Gemeindeordnung festgelegt.

# KONZEPTION TAGESSTÄTTEN FÜR PSYCHISCH KRANKE UND BEHINDERTE

Die Tagesstätte für psychisch Kranke und Behinderte stellt einen Baustein der außerstationären gemeindenahen Versorgung dar. Sie ergänzt und entlastet die bisherigen Versorgungsangebote, z.B. die Tageskliniken, Sozialpsychiatrischen Dienste, betreutes Wohnen und Werkstätten für Behinderte. Das Angebot richtet sich primär an die chronisch psychisch Kranken, die den Anforderungen eines selbstständigen Lebens nicht oder noch nicht gerecht werden können.

Die Tagesstätte ist ein ambulantes Angebot. In Abgrenzung zum Freizeit- und Kontaktclub ist die Tagesstätte regelmäßig werktags geöffnet. Entsprechend den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen bleibt es den Tagesgästen überlassen, wie häufig und für welchen Zeitraum sie das Tagesstättenangebot nutzen.

## 1. Zielsetzungen und Aufgaben der Tagesstätte

Die Tagesstätte hat folgende allgemeine Zielsetzungen und Aufgaben:

- Unterstützung chronisch psychisch Kranker, mit den Anforderungen eines selbstständigen Lebens in der Gesellschaft zurecht zu kommen. Zur Integration in die Gemeinde gehört auch die Hilfestellung zur Inanspruchnahme der der Allgemeinheit zur Verfügung stehenden Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten (soziale Rehabilitation).
- Das Angebot alltagspraktischer Hilfen (im Rahmen von Ergotherapie) soll die

Besucher zu möglichst großer Selbstständigkeit bei der Bewältigung der täglichen Anforderungen befähigen und sicherstellen, dass Phasen der Motivationslosigkeit sowie Krisensituationen ohne (erneute) stationäre Behandlung überwunden werden (medizinische Rehabilitation).<sup>1</sup>

- Die - kontinuierliche - Teilnahme an Arbeits- und Beschäftigungsangeboten kann insbesondere jüngere chronisch psychisch Kranke befähigen, Ausdauer und Belastbarkeit als Zugangsvoraussetzung für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, z.B. in Werkstätten für Behinderte, einzuüben.
- In Zusammenarbeit mit den Fachdiensten der Arbeitsverwaltung sollen die Besucher in Fragen der beruflichen Rehabilitation und Arbeitsvermittlung/-förderung beraten werden.

Von besonderer Bedeutung ist die Tagesstätte für die Patienten, die aus dem Langzeitbereich psychiatrischer Krankenhäuser oder aus Wohnheimen für seelisch Behinderte entlassen werden können, sofern neben den tagesstrukturierenden Angeboten betreutes Wohnen (Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen) vorhanden ist.

## 2. Personenkreis

Aufnahme in der Tagesstätte finden chronisch psychisch kranke und behinderte Erwachsene, die nicht oder noch nicht in

---

1 Dieses Angebot wird in der Regel von Ergotherapeuten erbracht, die auch vom Träger der Tagesstätte angestellt sind, und ihre Leistungen auf ärztliche Verordnung in den Räumen der Tagesstätte erbringen können.

der Lage sind, einer Beschäftigung auf dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt nachzugehen und/oder die bisher das Freizeitangebot in der Gemeinde (noch) nicht wahrnehmen können.

Betreuung in der Tagesstätte finden

- alleinlebende psychisch Kranke, ggf. auch in betreutem Einzelwohnen
- psychisch Kranke, die mit ihren Angehörigen zusammenleben
- Bewohner einer Wohngemeinschaft für psychisch Kranke, für die das betreute Wohnangebot allein nicht ausreichend ist
- Bewohner von Wohnheimen für psychisch Kranke, die an einem tagesstrukturierenden Angebot außerhalb des Heimes teilnehmen können, aber noch nicht in der Lage sind, in einer Werkstatt für Behinderte zu arbeiten.

Die Tagesstätte ist kein Angebot für primär Suchtkranke und geistig Behinderte.

### **3. Angebotsstruktur und Programm**

Auf Grund der Vielfältigkeit der Krankheitsbilder und Lebenssituationen und daraus resultierender unterschiedlicher Bedürfnisse bedarf es eines breit gefächerten Betreuungsangebotes.

Zum Aufgabenspektrum gehören

- Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung  
Der Besucher soll u.a. zur selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung befähigt werden. Hierzu gehören die Zubereitung der Mahlzeiten, Teilnahme am gemeinsamen Mittagstisch, Einkau-

fen, Putzen, Körperpflege und Freizeitgestaltung.

An Medikamenteneinnahme und Arztbesuche soll erinnert werden.

- Ergotherapeutische Angebote  
Hierbei geht es zum einen um das Training handwerklicher Fähigkeiten; geeignet sind z.B. Holz- oder Tonarbeiten. Das Training mehr allgemeiner Arbeitsfähigkeiten umfasst zum anderen die Einübung arbeitstechnischer Abläufe. Geeignete Angebote bieten sich aus der Übernahme kleinerer Reparaturaufträge.
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote zur Tagesstrukturierung
- Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen  
Hier besteht ein fließender Übergang von Freizeitangeboten hin zu mehr strukturierten Gruppen- und Trainingsangeboten. Sportliche Betätigung und Planung gemeinsamer Aktivitäten fallen in diesen Bereich. Der Besucher der Tagesstätte soll an alle Angebote herangeführt werden. Ihm ist es aber selbst überlassen, welches er auswählt und in welchem zeitlichen Rahmen er teilnimmt.
- Hilfen zur Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen  
Dies umfasst ein breites Betätigungsfeld, welches in enger Koordination mit und ggf. durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sowie mit den anderen an der Betreuung des Besuchers beteiligten Einrichtungen oder Diensten erfolgen muss.
- Beratungsangebote  
Hierzu gehören Gesprächsgruppen, Einzelberatung und individuelle Förderung; dabei ist auf enge Kooperation mit den anderen an der Betreuung des Besuchers beteiligten Einrichtungen und Diensten zu achten.

#### **4. Größe und Standort**

Ungeachtet der unterschiedlichen Voraussetzungen in Verdichtungsgebieten und ländlichen Regionen sollte das Platzangebot aus Gründen der Überschaubarkeit auf 15-30 Plätze ausgelegt sein. Im Hinblick auf die unregelmäßige bzw. nicht ganztägige Inanspruchnahme des Angebotes kann von einer Gesamtbesucherszahl von 30-60 Personen ausgegangen werden. Bei dieser Größenordnung deckt die Tagesstätte den Bedarf eines regionalen Einzugsbereiches bis 100.000 Einwohner ab. Hierbei müssen allerdings regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Die Wahl des Standorts hat insbesondere die gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen.

#### **5. Trägerschaft, personelle und sächliche Ausstattung**

Die Tagesstätte sollte im Verbund mit einer Einrichtung der außerstationären Versorgung betrieben werden.

Darüber hinaus sind verbindliche Absprachen über die Zusammenarbeit mit den übrigen Einrichtungen und Diensten des Versorgungsgebietes zu treffen, z.B. mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den betreuten Wohnformen und der Werkstatt für seelisch Behinderte.

Die Kernangebote der Tagesstätte müssen durch entsprechend qualifizierte

Fachkräfte abgedeckt sein. Als Mitarbeiter kommen in erster Linie Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Krankenschwestern/-pfleger (mit Berufserfahrung im psychiatrischen Arbeitsfeld) in Frage. Weiterhin ist an den Einsatz von Zivildienstleistenden und Praktikanten zu denken.

Eine wertvolle Unterstützung der Arbeit der Tagesstätte kann durch Laienhelfer und Bürgerhelfer geleistet werden. Der Träger der Tagesstätte sollte eine solche Mitarbeit anstreben.

Für den qualifizierten Betrieb ist interdisziplinäre Teamarbeit, begleitet von Supervision, fachärztlicher Beratung und Fortbildung erforderlich. Auch auf dieser Ebene bietet sich die Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Mitarbeitern des betreuten Wohnens an, da dort ganz ähnliche Arbeitsinhalte bestehen.

Da in den Räumen der Tagesstätte ergotherapeutische Angebote gemacht werden, sind die Richtlinien der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zu § 124 Abs. 4 SGB V zu beachten.

Eine Zulassung ohne Praxisräume entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und kann nicht erteilt werden. Die mobile Versorgung durch freie Wohlfahrtsverbände und andere gemeinnützige Einrichtungen bleibt hiervon unberührt.

