

BAG GPV e.V. · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 3907637
Telefax 0228 3907639
E-Mail: info@bag-gpv.de

Internet: www.bag-gpv.de

Anmerkungen und Anregungen zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland“ der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die GMK vom Juli 2007

Die Handlungsempfehlungen, die der Psychiatriebericht formuliert, stellen ohne Zweifel eine anspruchsvolle Herausforderung für das psychiatrische Hilfesystem dar. Wenn man auch an der einen oder anderen Stelle zu anderen Gewichtungen kommen kann, sind die genannten Ziele wichtige Zukunftsaufgaben für das psychiatrische Hilfesystem.

Vor dem Hintergrund

- weitreichender Veränderungen bei den Finanzierungsfragen der Zukunft (u.a. Krankenhausbehandlung, Zukunft der Eingliederungshilfe, Weiterentwicklung der Pflege etc.),
- erheblicher Veränderungen in den Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen (z.B. vielfältiger Substanzmittelkonsum und -mißbrauch schon bei Kindern und Jugendlichen, Gleichzeitigkeit von Abhängigkeitserkrankung und anderen psychischen Erkrankungen),
- der zu bewältigenden Veränderungen in der demografischen Entwicklung und
- der erheblich gestiegenen Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit der Menschen an sich verändernde gesellschaftliche Alltagsaufgaben, Lebensmuster und Rahmenbedingungen

hält die BAG GPV es für unabdingbar, das psychiatrische Hilfesystem so zu gestalten, dass es den Herausforderungen der Zukunft strukturell und fachlich gewachsen ist.

Wettbewerb, Markt und Kunden

Die Ideologie des mündigen Kunden, der sich auf dem von Anbietern heiß umkämpften Markt der Möglichkeiten frei seine Produkte und Dienstleistungen wählt, durchzieht mit immer höherer Intensität das Leben aller Menschen. Zweifelsfrei sind die Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung in den zurückliegenden Jahren gestiegen. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die persönlichen Fähigkeiten zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung gestiegen und damit auch das Risiko der Überforderung und des Scheiterns. Aus der Vielfalt von Möglichkeiten und Angeboten ein eigenes Wertesystem zu generieren und damit eine unverwechselbare Identität zu bilden, erfordert erhebliche psychische Fähigkeiten. Die Identitätsentwicklung erfolgt immer

weniger in institutionalisierten Formen wie Vereinen, Gewerkschaften etc., sondern zunehmend in fragilen, immer wieder neu sich bildenden Gruppen (Event-Orientierung).

Der allenthalben geforderten und auch hochstilisierten Wahlfreiheit stehen objektive Rahmenbedingungen gegenüber, die das subjektive Gefühl von Unübersichtlichkeit und Überforderung noch erhöhen. Dieses Gefühl wird verstärkt von der Zunahme von Zwängen zur Wahl: Nicht nur der Telefentarif, sondern auch der Strom- und Gasversorger sollen mit Bedacht verglichen und am eigenen Bedürfnisprofil gemessen werden. Auch z.B. in der Landschaft der Krankenhäuser halten Qualitätsvergleiche Einzug ins öffentliche Bewusstsein, ohne im Falle eines individuellen Bedarfs tatsächlich nützlich zu sein. Denn letztlich reichen im Internet oder in Büchern publizierte Qualitätsvergleiche dem normal kundigen Bürger nicht aus bzw. überfordern ihn und in Not- und Akutfällen muss ohnehin das nächst gelegene Krankenhaus aufgesucht werden.

Ein vergleichbarer Prozess zeigt sich im Verlauf der Psychiatriereform, wenngleich auch mit dem im Bericht beschriebenen Gefälle von Stadt und Land: Die Möglichkeiten der Hilfen sind vehement gestiegen, nicht nur in der Zahl der Angebote, sondern auch hinsichtlich der Finanzierung von Hilfen. Ohne jeden Zweifel war der Paradigmenwechsel von „fürsorgenden Organisationen“ hin zur bunten Vielfalt an Angeboten für fast jede Lebenslage und dann zur klaren Ausrichtung auf den individuellen Bedarf jedes Einzelnen in seiner aktuellen Lage überfällig und notwendig. Dies nährt nun allerdings auch die Hoffnung, im sozialen „Markt“ könne sich der mündige, behinderte oder kranke Bürger aus der Vielzahl von Angeboten das für ihn passende finden. Die in jüngster Zeit zu beobachtenden Diskussionen über die Folgen des Rechtsanspruchs auf Gewährung der Hilfen in Gestalt eines „Persönlichen Budgets“ macht dies deutlich. Auf Seiten der Leistungsträger wurde die Erwartung genährt, dass, durch Förderung von Selbstbestimmung auf Seiten der hilfeschuchenden Menschen nahezu „automatisch“ individuell passgenauere und kostengünstigere Hilfen erwachsen würden.

Aber der Schein trügt – bezogen auf psychisch kranke Menschen und ihre Familien – in zweifacher Hinsicht:

1. Nur selten ist in der Psychiatrie der nachfragende Bürger in der Lage, ein seinen Bedürfnissen entsprechendes Angebot zu suchen, sachkundig auszuwählen und zu finden. Denn zum ersten setzt dies ein Bewusstsein von Hilfebedürftigkeit voraus, über das die betroffenen Menschen selbst oft weniger verfügen als ihre Umwelt. Zweitens ist das Hilfesystem für den noch Unkundigen schwer zu identifizieren und auch die ersten Anlaufstellen (z.B. die Hausärzte) sind selten im notwendigen Umfang sachkundig. Und zum Dritten ist die Not oft so groß, dass die zeitlichen und persönlichen Ressourcen für eine intensive Suche mit ausgiebigem Studium aller Test- und Erfahrungsberichte nicht zur Verfügung stehen. Kennzeichnend für die psychiatrische Versorgung ist, dass gerade die besonderen Problemgruppen aus Menschen bestehen, die Hilfen eben nicht aktiv nachfragen, sich selbst beschaffen und dabei auch Widerstände aus eigener Kraft überwinden. Psychisch kranke Menschen und ihre Familien sind – oft gerade wegen ihrer Erkrankung – darauf angewiesen, dass ihnen die Hilfen zugänglich gemacht werden, sie fachlich sorgfältig

koordiniert werden und ggf. auch Hilfen gewährleistet werden, die von den Nutzerinnen und Nutzern selbst nicht nachgefragt wurden.

2. Die nachfragenden Menschen, die ja nicht immer selbst die erkrankten sind, können ihre Kundenrolle gegenüber den Angeboten nicht aktiv wahrnehmen, da sie nicht die Zahlenden der Leistung sind. Vielmehr sind viele Leistungen mit Antragsverfahren, Gutachten und Wartezeiten verbunden. Schon das Wissen darum, welcher Leistungsträger für welche Leistungen zuständig ist, überfordert nicht nur den „normalen“, sondern oft auch schon den fachkundigen Bürger. Zwar hat aus diesem Grund der Gesetzgeber in mehreren Aspekten versucht, die Rechtslage so zu verändern, dass die Auswirkungen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in der Antragsgestaltung gemindert werden (z.B. die gemeinsamen Service-Stellen im SGB IX). Dennoch erleben die Bürger das Hilfesystem nur selten als einfach zugänglich. Unter anderem deshalb reagieren die Leistungsträger mit strukturellen Neuentwicklungen, etwa, in dem sie dem mündigen, aber kranken und/oder behinderten Bürger einen „Fallmanager“ zur Seite stellen. Dessen Vorgehen besteht aber zuerst darin, die eigene Zuständigkeit zu klären.

Zu ergänzen wäre noch der Hinweis, dass die Vielzahl von Angeboten im ländlichen Raum nicht zur Verfügung steht und die Kunden auch hier oft nur auf Monopolangebotsträger angewiesen sind.

Vergleichbar wird der soziale Markt nur in einer wesentlichen Hinsicht mit dem allgemeinen Markt: Niemand ist verpflichtet, eine Leistung zu verkaufen. Wie manche Menschen z.B. bei keiner Bank mehr ein Konto erhalten, kann es sein, dass manche Menschen nicht die für sie notwendige Leistung erhalten, da sie von einem Angebot zum nächsten geschickt werden, aus welchen Gründen auch immer. Oft wird verkannt, dass nicht jeder Leistungserbringer ein Interesse daran hat, Leistungen auch Menschen mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen anzubieten. Warum sollte ein Leistungserbringer sich mühen, eine Leistung einem Menschen hartnäckig nahe zu bringen, der sie zunächst nicht will, und sich darüber auch noch mit dem Leistungsträger auseinanderzusetzen?

Die BAG GPV sieht daher mit Sorge, dass die Rolle und Funktion des Marktes und des Wettbewerbs von nahezu allen Leistungsträgern (mit Unterstützung durch den Gesetzgeber) betont wird. Preis- und Leistungswettbewerb scheinen dabei als die zentralen Lösungswege für die Finanzierungsprobleme betrachtet zu werden. Nicht selten werden die Aspekte der Individualisierung und der Selbstbestimmung als einzige anzustrebende Werte für die Zukunftsfähigkeit der Leistungs- und Finanzierungssysteme beschrieben.

In der Entwicklung der Gesetzgebung scheinen Finanzierungsstrukturen und -bedingungen zwar einerseits fast immer dem ersten Anschein nach die Integration von Leistungen und die Überwindung traditioneller Sektoren anzustreben. Gesetzliche Regelungen der letzten Jahre (z.B. die gemeinsamen Service-Stellen nach SGB IX, die integrierte Versorgung im SGB V oder die Ideen zum trägerübergreifenden persönlichen Budget) erwecken den Eindruck, Gesetzgeber und Leistungsträger seien sich der Schwierigkeiten im Zuständigkeitsdschungel unseres Sozialsys-

tems bewusst geworden. Zugleich aber werden die Systeme zur Klärung der jeweiligen Zuständigkeit, u.a. in Gestalt leistungsträgerbezogener Hilfebedarfsermittlungsverfahren immer differenzierter. De facto findet die Integration von Hilfen über Leistungsträgergrenzen hinweg nicht statt, bisher auch nicht bei der Gewährung Persönlicher Budgets.

Hinter diesen Entwicklungen treten die Aspekte der Gewährleistung von Hilfen für alle Bürger, auch für die, die keine Hilfen wollen oder diese nicht annehmen können (aus welchen Gründen auch immer), sie aber benötigen, in der öffentlichen Diskussion deutlich in den Hintergrund.

Ein ausschließlich auf Marktmechanismen basierendes Hilfesystem wird aber nach Auffassung der BAG GPV gerade nicht in der Lage sein, den im Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ genannten Probleme und Herausforderungen wirkungsvoll zu begegnen.

Wer fordert, dass Hilfen geschlechtssensibel ausgerichtet werden müssen, Migrantinnen und Migranten angemessen Zugang zu Hilfen finden, psychisch kranke alte Menschen ebenso wie Kinder und Jugendliche (und ihre Familien) auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete integrierte Hilfen erhalten, dass der Zugang zum Arbeitsleben auch psychisch erkrankten Menschen offen steht und auch Menschen mit einem Delikt in ihrer Lebensgeschichte ihren Anspruch auf menschenwürdiges Leben in der Gemeinschaft realisieren können, muss unabdingbar den Markt durch Strukturen eines Hilfesystems ergänzen und Sorge tragen, dass die beteiligten Akteure Verantwortung übernehmen bzw. ihrer Verantwortung entsprechend handeln. Der Ausbau individueller Hilfen muss mit dem Ausbau eines Netzes von Hilfen einhergehen sein, das die Versorgungssicherheit für alle psychisch kranken Menschen in einem definierten Versorgungsgebiet gewährleistet (Versorgungsverpflichtung). Letztlich werden nur verbindlich gestaltete gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen in definierten Versorgungsregionen diesen Anforderungen im Sinne eines wirtschaftlichen, individuell leistungsgerechtem und der Versorgung aller Bürger verpflichtetem Hilfesystem gerecht werden können.

Lösungsfähig sind Hilfesysteme grundsätzlich dann, wenn sie kooperative und verlässliche Strukturen herausbilden, die nicht nur die individuell bestmögliche und erforderliche Hilfeleistung bereitstellen, sondern zugleich darauf achten, dass kein Bürger wegen Art, Schwere oder Dauer seiner Erkrankung von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird. Dies bedarf einerseits einer regionalen Verbundstruktur auf der Seite der Leistungserbringer, andererseits einer Steuerungsstruktur in der Verantwortung der Kommune und unter Einbeziehung der Leistungsträger. Diesen Aufgaben gerecht werden zu können, und dabei auch immer wieder neu auftretende Herausforderungen aufgreifen und bewältigen zu können, setzt voraus, dass sich die Akteure des Hilfesystems aktiv als Partner und gleichermaßen Beteiligte begegnen.

Die BAG GPV sieht daher folgende Schwerpunkte für die Psychiatrieentwicklung und die damit einhergehende Berichterstattung:

1. Kommunale Verantwortung stärken

Die Verantwortung für die Daseinsvorsorge umfasst auch die psychisch kranken Menschen. Der Blick auf nahezu alle Bundesländer zeigt, dass die strukturellen Probleme von Unter-, Über- und Fehlversorgung bei weitem noch nicht ausgeräumt sind. Das im Bericht aufgezeigte Stadt-Land-Gefälle macht weitere Versorgungsprobleme deutlich. Die Leistungsträger und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen werden vielfach ihrer Verantwortung nicht gerecht. Wartezeiten von mehreren Monaten bis zu einem Erstbehandlungstermin bei einem Facharzt zeigen dies überdeutlich – übrigens unabhängig von der Fachärztdichte in der Region!

Unabhängig von den Leistungserbringern in einer Region und deren Engagement bedarf es daher einer aktiven Wahrnehmung der Verantwortung der Kommune für die Daseinsversorgung ihrer Bürger. Dies muss sich einerseits auf die Verantwortung für die Vorhaltung bestimmter Angebote (z.B. Beratungs- und Informationsangebote mit niedrigschwelligem, d.h. leicht erreichbar, voraussetzungs- und antragslosem Zugang) und andererseits auf die Überprüfung des vorhandenen Hilfeangebots hinsichtlich der quantitativen als auch der qualitativen Ausstattung bezogen auf den Bedarf der Bevölkerung beziehen. Die Einbeziehung der Sichtweise der Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen, wie im Psychiatrie-Bericht gefordert, gehört auch in diese regionalen Strukturen, seien es Beiräte, Arbeitsgemeinschaften und/oder regelmäßige Anhörungen in den Ausschüssen der kommunalen Parlamente.

Regionale Sicherstellung der Versorgung – auch und gerade unter Berücksichtigung der im Bericht genannten besonderen Personengruppen, lässt sich nur erreichen, wenn und solange die Leistungserbringer zur Gewährleistung der Versorgung bereit sind. Aus diesem Grund regt die BAG GPV an, in den Ländern Voraussetzungen zu schaffen, welche die freiwillige, selbst bestimmte und – vor allem – verbindliche Vereinbarung von Qualitätsstandards in regionalen Verbundstrukturen fördern. Die Standards, auf die sich die in der BAG GPV organisierten Gemeindepsychiatrischen Verbände verpflichtet haben, können, müssen aber nicht als Vorgabe dienen. Unabdingbar sollte aber stets sein, dass sich die beteiligten Verbundpartner verpflichten

- die Versorgungsverpflichtung zu gewährleisten,
- ein Höchstmaß an individueller Hilfeleistung zu gewährleisten und
- stetig, gemeinsam und aktiv an der Verbesserung der Strukturen des Hilfesystems zu arbeiten.

Gemeindepsychiatrische Verbände sind weder Zweck noch Ziel an sich, sondern ein Arbeitsmittel, um den Herausforderung der Zukunft zu begegnen. Aufgabe der Psychiatriepolitik sollte nach unserer Auffassung sein, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme von Verantwortung für alle psychisch kranken Menschen gewährleisten und öffentlich kontrolliert sind. Daher ist aus Sicht der BAG GPV die Einbeziehung der Kommune in den GPV ein unabdingbares Qualitätsmerkmal. Umgekehrt ist es als Qualitätsmerkmal in der Wahrnehmung der kommunalen Daseinsvorsorge zu werten, wenn sich entsprechende Gemeindepsychiatrische Verbände mit kommunaler Beteiligung bilden. Der Anregungen zur Bildung von Verbundstrukturen kommt daher hohe Bedeutung zu.

2. Für Integration der Hilfen und Angebote sorgen

Zu den gegenwärtig zu beobachtenden Trends gehören die Entwicklung differenzierter Verfahren zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs. Mehrere neue Verfahren sind in der Entwicklung, sowohl durch die Leistungsträger (Beispiel: integrierter Teilhabeplan in Hessen) oder durch unabhängige oder beauftragte Institute (Beispiel: Überarbeitung der Pflegebegutachtung). An manche dieser Verfahren knüpft sich die Hoffnung, sie seien für sich und ohne jeden Bezug zum Hilfesystem geeignet, unabhängig von der Frage, wer den Hilfebedarf erhebt, „objektiv“ den Bedarf zu ermitteln und dann auf dem „Markt“ die „geeignete“ Leistung einzukaufen.

Auch die Frage der Feststellung von Erwerbsfähigkeit lässt sich nicht zureichend am Schreibtisch klären, sondern bedarf einer differenzierten Betrachtungsweise, die in eine Hilfe- und Unterstützungsplanung münden muss. Die Neuregelungen des SGB II bedürfen hier einer regionalen Ausgestaltung, die zu einer Zusammenführung der Hilfen nach SGB II und SGB III führen. Tatsächlich entstehen schwierige Begutachtungswege durch ärztliche (und psychologische) Dienste bei den Agenturen für Arbeit und den Rentenversicherungsträgern.

Für die zukünftigen Pflegestützpunkte gilt es die Frage zu entwickeln, ob neue Beratungsstrukturen entstehen, die – jedenfalls in den entwickelten Regionen – dem vorhandenen Beratungsangebot einen neuen Baustein additiv hinzufügen und einmal mehr dazu dienen, Zuständigkeiten neu zu klären, oder ob sie integriert werden in ein System, in dem Beratung und Klärung von Unterstützungsbedarfen aus verschiedenen Blickwinkeln heraus auf eine Person so geführt werden, dass sie von den betroffenen Bürgern als Beginn von Hilfe und nicht als Abweisung von Zuständigkeit erlebt werden.

Der notwendige Ansatz ist aber ein anderer: statt Hilfebedarfsermittlungsverfahren für jeden Leistungsträger wären integrierte Hilfepläne erforderlich, welche die Sichtweisen aller Beteiligten zusammenführen, vorrangig an Zielen orientiert sind und die der Zielerreichung entgegenstehenden Einschränkungen beschreiben. Begutachtungsverfahren wären zusammen zu führen, um Mehrfachbegutachtungen aus jeweiliger Interessenlage heraus zu vermeiden. Ermittlung von „Bedarf“ muss grundsätzlich mit Entwicklung von Hilfe gekoppelt sein, nicht mit Abgrenzung und Verweis auf andere Zuständigkeiten.

Grundsätzlich gilt gleiches dann auch für die Hilfeleistung: Statt Fallmanager in jedem Leistungsträger wäre eine koordinierende Bezugsperson erforderlich, die das Vertrauen des psychisch kranken Menschen genießt und diesen begleitet, auch wenn die Leistungsangebote und Kostenträger wechseln.

Ansätze zu diesen Strukturen sind vorhanden: Hilfeplankonferenzen entwickeln sich beispielsweise in manchen Regionen zu Instrumenten, mit denen die integrierende Sichtweise tatsächlich gewährleistet werden kann. Auch die Institutionalisierung einer koordinierenden Bezugsperson wird schon in einigen Gemeindepsychiatrischen Verbänden als Instrument zur Qualitätsverbesserung genutzt und eingeübt. Es wird von wesentlicher Bedeutung sein, diese Koordination als Pflichtleistung anzuerkennen.

Dieser Grundgedanke ist nun aber auch für alle weiteren Entwicklungen zu verfolgen: Die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V kann zu einer bedarfsgerechten Zusammenführung und Koordination von Leistungen aus dem Bereich des SGB V führen. In der konkreten Ausgestaltung der Verträge ist aber darauf zu achten, dass die Integrierte Versorgung sich als ein Parallelsystem zur Regelversorgung entwickelt, sondern zu einem tatsächlich integrierten und integrierenden System von Hilfen. Sie kann sonst zu einem Exklusivsystem für bestimmte Zielgruppen und Versicherte bestimmter Kassen führen, das mit dem Regelversorgungssystem nicht mehr korrespondiert, letztlich aber die Versorgungsverpflichtung für alle Bürger aufrecht erhalten muss.

3. Pflichtversorgung in der Region auch für langfristige Betreuung sicherstellen

Pflichtversorgung gilt bisher ausschließlich für die klinische psychiatrische Versorgung. Im sogenannten komplementären Bereich ist nach wie vor das Prinzip des Ausschlusses schwieriger Klienten weit verbreitet. Der Ausschluss findet entweder als Ausschluss aus Versorgungsstrukturen in der Gemeinde statt, nämlich in Form von geschlossenen Heimgruppen oder durch einen Versorgungstourismus in anderen Landkreisen (und dort in der Regel in gemeindefernen Großheimen). Um die Pflichtversorgung zu realisieren bedarf es verbindlicher Regelungen in jeder Region. Damit diese zustande kommen bedarf es Anreize für die Regelung der Pflichtversorgung in der Region und der Kontrolle durch Dokumentation und entsprechender Gesundheitsberichterstattung in der Region

4. Leistungen entwickeln

Bestandteil der Psychiatriereform der letzten Jahre war stets die politische Forderung nach Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch Kranken. In Teilen war diese Forderung erfolgreich. Dennoch bleiben die Reformen bruchstückhaft. Zwar hat der Gesetzgeber Strukturen und Leistungen normiert, dennoch stehen die notwendigen Leistungen infolge der Verhinderungsstrategien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Krankenkassen und Krankenkassenverbände vielerorts nicht oder nicht zureichend zur Verfügung. Ein Aufbau wirkungsvoller ambulanter und fachlich koordinierter Hilfen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist bislang nicht in Sicht und führt nach wie vor zum Vorhalten erheblicher Kapazitäten in Kliniken und Krankenhäusern.

Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist nun schon viele Jahre gesetzlich festgeschrieben und steht dennoch nicht ausreichend und nur selten ausreichend finanziert zur Verfügung. Sie kann weder ihrer koordinierender Funktion tatsächlich gerecht werden, noch bietet sie eine Möglichkeit zur Begleitung und Unterstützung der anspruchsberechtigten Menschen.

Ähnlich verhält es sich mit der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Neufassung der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien liegt zwar erst wenige Jahre zurück, den-

noch sind hier sowohl in den Richtlinien selbst, wie auch in der Umsetzungspraxis der Krankenkasse erhebliche Veränderungen zu fordern. Der – auch im Psychiatrie-Bericht schon erwähnte – Ausschluss der suchtkranken Menschen von beiden Leistungen ist nur ein Beispiel, die erheblichen Probleme, diese Leistungen auch für Menschen zu erschließen, die sich in der Behandlung einer Institutsambulanz befinden, nur ein anderes. Die Restriktion bei der Zulassung geeigneter Leistungserbringer zeigt das Steuerungsverhalten der Leistungsträger ohne Rücksicht auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und regionale Angebotsstrukturen.

Von beiden Leistungen – Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege – werden in manchen Bundesländern Patienten ausgeschlossen, die sich in der Behandlung der psychiatrischen Institutsambulanz eines Krankenhauses befinden. Dieser Ausschluss ist kontraproduktiv, unsinnig und fern jeder fachlichen Überlegung. Er ist nicht einmal aus ökonomischen Gründen zu vertreten. Dennoch werden die Leistungserbringer auf den Klageweg verwiesen, um diesem Zustand abzuhelpfen.

Von Behandlungspflege in Form der häuslichen Krankenpflege werden Klienten ausgeschlossen, die sich in Heimen befinden. Obwohl im Gesundheitsreformgesetz die häusliche Krankenpflege auf betreute Wohnformen ausgedehnt wurde, steht die häusliche psychiatrische Krankenpflege in kaum einer Region den Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohnheimen der Eingliederungshilfe zur Verfügung.

Auch der deutliche Mangel an Leistungen der medizinischen Rehabilitation deutschlandweit für Menschen mit Psychosen und anderen schweren und chronischen Erkrankungen zeigt, dass die Gleichstellung noch lange nicht erreicht ist. Trotz Neufassung der Empfehlungsvereinbarung der Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation haben sich fast nirgendwo neue Angebote durchsetzen lassen.

Die BAG GPV ist der Auffassung, dass nach wie vor dem Aufbau der notwendigen Leistungen politisches Gewicht beizumessen ist. Nach den schon genannten Kriterien ist zu fordern, dass diese Leistungen ebenfalls integriert in das Hilfesystem zu planen, zu koordinieren und zu erbringen sind.

Die Selbstverwaltung hat hier trotz vielfacher Hinweise aus dem fachlichen und aus dem politischen Raum ihre Verantwortung nicht wahrgenommen. Es ist daher dringend geboten, für die sachgerechte Umsetzung der gesetzlich normierten Leistungen mit allem politischen Nachdruck einzutreten! Zu den Aufgaben der Länder gehört es auch, gegenüber der Selbstverwaltung und den Leistungserbringern in einer moderierenden Rolle aufzutreten und diese Leistungsangebote in einen Gesamtzusammenhang von psychiatrischen Hilfen einzubetten. Möglicherweise müsste die GMK auch ihrerseits prüfen, wie sie gegenüber dem Bund dessen Verantwortung einfordern kann.

Auch die Weiterentwicklung der Behandlung durch das psychiatrische Krankenhaus ist ein wichtiges mittelfristiges Ziel, um den unterschiedlichen Bedarfen der Bürger gerecht werden zu können.

Zur aktiven Wahrnehmung der Verantwortung der Länder und Kommunen sollte es gehören, das Versorgungsgeschehen insbesondere im Leistungsbereich der vorrangigen Leistungsträger regelmäßig abzubilden und im Falle sich zeigender Versorgungslücken die Leistungsträger zu befragen, welche Maßnahmen diese zu ergreifen beabsichtigen, um die abgebildeten Versorgungslücken zu schließen.

5. Wissenschaftliche Anstrengungen verstärken

Was in der Gemeindepsychiatrie wirkt und was nicht, welche Angebote für welche Klienten nützlich oder schädlich sind, ist bislang weitgehend unbekannt. Angesichts der Konzentration auf die biologische Grundlagenforschung und der – im wesentlichen von der Pharmaindustrie gesteuerten Medikamentenforschung – fristet die Versorgungsforschung im Bereich der Gemeindepsychiatrie ein eher kümmerliches Dasein. Analog zu dem klinischen Bereich müsste ein vergleichbares Instrument der Basisdokumentation von Leistungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt werden, auf dessen Basis genauere Untersuchungen über das Leistungsgeschehen erfolgen könnten. Versorgungsforschung sollte unter Einbeziehung der Selbsthilfe, insbesondere unter Einbeziehung der Sichtweise der Nutzerinnen und Nutzer und der Angehörigen erfolgen.

Zusammenfassung

Die BAG GPV ist der Überzeugung, dass gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen und kommunale Verantwortung unabdingbare Voraussetzungen für die Arbeit an den im Psychiatriebereich genannten Zielen sind. Im Sinne des Berichtes wäre es daher zielführend, in den Bundesländern für die Bildung gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbünde und Steuerungsstrukturen auf kommunaler Verantwortungsebene einzutreten.

Sollen daher die im Bericht über die Psychiatrie in Deutschland erwähnten Ziele, wie etwa

- geschlechtssensible Ausrichtung der psychiatrischen Angebote,
- Verbesserung der Berücksichtigung der Problematik von psychisch kranken Migranten und Migrantinnen,
- Optimierung der Strukturen und Leistungsangebote in der Behandlung und Betreuung,
- Entwicklung bedarfsgerechter Strukturen in Ballungsräumen und ländlichen Regionen,
- Förderung der Entwicklung von integrierten Versorgungsprojekten,
- Definition und Abstimmung des Verhältnisses von psychiatrischer und psychotherapeutischer/psychosomatischer Versorgung,
- Weiterentwicklung der Hilfestrukturen zur Gestaltung des Alltags und zur sozialen Wiedereingliederung,
- Intensivierung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Einklang von Behandlungsqualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit im Maßregelvollzug,

- mehr Aufmerksamkeit für die Gerontopsychiatrie,
- Vernetzung und Verbindung von Psychiatrie und Suchthilfe, Wohnungsnotfallhilfe und Behindertenhilfe

erreicht werden, müssen zuvor Strukturen entstehen, welche die Umsetzung dieser Ziele ermöglichen.

Kassel, den 26.09.2008