

**Zweiter Bayerischer Landesplan
zur Versorgung psychisch Kranker
und psychisch Behinderter**

(Zweiter Bayerischer Psychiatrieplan)

Inhalt

Vorwort	Seite 4
I. Ausgangslage	5
II. Grundsätze der psychiatrischen Versorgung	7
1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken	7
2. Ganzheitlicher Ansatz der Hilfen	7
3. Gemeindenahe Versorgung	8
4. Verstärkung der Prävention	9
5. Ausweitung der ambulanten und teilstationären Versorgung	9
6. Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit	10
III. Zielgruppen der psychiatrischen Versorgung	11
1. Psychisch Kranke allgemein	11
1.1 Psychisch Kranke	11
1.2 Chronisch psychisch Kranke	12
1.3 Psychisch Behinderte	12
2. Besondere Zielgruppen	13
2.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	13
2.2 Psychisch kranke alte Menschen	13
2.3 Suchtkranke	14
2.4 Suizidgefährdete	15
2.5 Psychisch kranke Rechtsbrecher	15
IV. Funktionsbereiche	17
1. Diagnostik	17
2. Therapie	18
2.1 Ambulante Therapie	19
2.2 Teilstationäre Therapie	20
2.3 Stationäre Therapie	20
3. Rehabilitation	21
3.1 Gesellschaftliche Eingliederung	22
3.2 Betreutes Wohnen	23
3.3 Berufliche Gliederung	25
V. Dienste und Maßnahmen	26
1. Niedergelassene Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten	26
2. Psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen	27
3. Sozialpsychiatrische Dienste	33
4. Gesundheitsämter	36
5. Krisendienste	36
6. Tagesstätten	37
7. Laienhelfer	38
8. Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen	39
9. Freizeitmaßnahmen und Kurse	39
10. Betreutes Einzelwohnen	40
11. Wohngemeinschaften	40
12. Wohnheime	42
13. Pflegeheime	43
14. Pflegefamilien	45
15. Hilfen am allgemeinen Arbeitsmarkt	45
16. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und psychisch Behinderte (RPK)	46
17. Übergangseinrichtungen	47

18. Berufsbildungswerk	47
19. Berufsförderungswerke	48
20. Firmen für psychisch Behinderte (Selbsthilfefirmen)	49
21. Werkstätten für Behinderte	49
 VI. Angebote für bestimmte Personengruppen	 51
1. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	51
1.1 Frühfördereinrichtungen, sozialpädiatrische Zentren	51
1.2 Einrichtungen der Jugendhilfe	52
1.3 Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater	53
1.4 Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	53
2. Psychisch kranke alte Menschen	54
2.1 Ärztliche Versorgung	54
2.2 Ambulante pflegerische und sozialpsychiatrische Versorgung	55
2.3 Kurzzeitpflegeeinrichtungen	56
2.4 Gerontopsychiatrische Tagesstätten	56
2.5 Unterbringung in Heimen	57
3. Suchtkranke	58
3.1 Alkoholkranke	59
3.2 Medikamentenabhängige	61
3.3 Drogenabhängige	61
3.4 Spielsüchtige	64
3.5 Esssüchtige und Magersüchtige	64
3.6 Psychosoziale Suchtberatungsstellen	65
4. Suizidgefährdete	67
5. Psychisch kranke Rechtsbrecher	68
 VII. Planung und Koordinierung	 70
1. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften	70
2. Planungs- und Koordinierungsausschüsse	71
 Quellenverzeichnis	 72

Vorwort

Zehn Jahre nach Veröffentlichung des Ersten Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter kann sein Nachfolger der Fachwelt und interessierten Öffentlichkeit vorgestellt werden. Der Zweite Psychiatrieplan ist eine Fortschreibung des Ersten. Das bedeutet, dass an den bewährten Grundsätzen der Bayerischen Psychiatriepolitik, die in den letzten zehn Jahren zu wesentlichen Verbesserungen der Versorgung geführt haben, kontinuierlich festgehalten wird.

Aufbauend auf den gewonnenen Erfahrungen sollen die Weichen für die Zukunft gestellt werden. Die psychiatrische Versorgung in Bayern hat inzwischen einen guten Standard erreicht. Dennoch besteht kein Grund zur Selbstzufriedenheit. Der Zweite Bayerische Psychiatrieplan soll die notwendigen Anstöße für die weitere Entwicklung geben, damit psychisch kranke Mitbürger ein lebenswertes Leben in der Gemeinschaft führen können. Er ist übrigens keine Erfolgsbilanz. Es handelt sich um einen offenen Plan, der Entwicklungen zulässt. Kreativität und Erfindungsreichtum werden nicht eingeschränkt, sondern gefordert.

Dank gebührt allen, die mit Rat und Tat dazu beigetragen haben, dem Plan Gestalt und Prägung zu geben: den Bezirken und ihrem Spitzenverband, den Wohlfahrtsverbänden, der organisierten Ärzteschaft, den übrigen Berufsverbänden, den Vertretern der Wissenschaft, den Sozialversicherungsträgern, den Landkreisen, Städten und Gemeinden und den Vertretern der Angehörigen.

Selbstverständlich war es nicht möglich, alle Auffassungen und teilweise gegenläufigen Zielsetzungen zu übernehmen. Trotzdem konnten insgesamt konstruktive Kompromisse gefunden und ein wirksames Instrument für die Zukunft geschaffen werden. Die Sachverständigenanhörung vom 10. 11. 1989 im Bayerischen Sozialministerium hat dies bestätigt.

Die festgelegten Ziele können nur verwirklicht werden, wenn alle an einem Strang ziehen. Alle Beteiligten sind aufgerufen, in ihrem jeweiligen Bereich die Belange der psychisch kranken Menschen zu fördern. Dazu gehört auch die Mitwirkung in den Koordinierungsgremien. Eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen ist für weitere Erfolge unerlässlich.

Die Versorgung psychisch Kranker erfordert hohe finanzielle Aufwendungen. Psychische Krankheit hat für die Kranken selbst und ihre Angehörigen neben all dem übrigen Leid wesentliche finanzielle Belastungen zur Folge. Die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Bundesanstalt für Arbeit, die Bezirke, die Landkreise und kreisfreien Städte, letztere als Träger der überörtlichen und örtlichen Sozialhilfe, und nicht zuletzt die Wohlfahrtsverbände tragen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ihren Anteil an den Kosten. Der Freistaat Bayern wird wie in der Vergangenheit auch in der Zukunft seinen Beitrag leisten.

I. Ausgangslage

Der Erste Bayerische Psychiatrieplan wurde im November 1979 beschlossen und 1980 veröffentlicht. Zwischenzeitlich ist die Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter auf der Grundlage dieses Planes in vielen Bereichen weiterentwickelt worden. Neue Erkenntnisse haben sich ergeben. Die Ergebnisse wichtiger Forschungsvorhaben liegen vor. Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich hat ihre Empfehlungen am 11.11.1988 vorgelegt. Zur Feststellung der Situation der psychiatrischen Versorgung in Bayern wurde am 10. 11. 1989 im Bayerischen Sozialministerium eine Sachverständigenanhörung durchgeführt.

Der Erste Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter wird entsprechend den neuen Erkenntnissen und Gegebenheiten der Entwicklung angepasst. Durch den Zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter werden die Zielsetzungen im Sinne einer fortschrittlichen Psychiatriepolitik ausgebaut.

Die Fortschritte, die der Erste Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter bewirkte, sind unübersehbar. Sie haben die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung grundlegend verbessert.

Im ambulanten Bereich hat die kassenärztliche Selbstverwaltung die Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten verbessert. Die Richtzahl, ein Nervenarzt auf 50 000 Einwohner, ist in allen Regierungsbezirken übertroffen. Ein teilweise flächendeckendes Netz ergänzender Einrichtungen wurde geschaffen, wie z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Suchtberatungsstellen, Übergangseinrichtungen, Wohnheime, Pflegeheime, Wohngemeinschaften, Werkstätten für psychisch Behinderte. Dadurch konnten im stationären Bereich die Bettenzahlen erheblich vermindert und die Großkrankenhäuser verkleinert werden. Im Übrigen wurden im stationären Bereich

- die Akut- und Pflegebereiche der Krankenhäuser mit erheblichen Mitteln renoviert, umstrukturiert und ausgebaut,
- die Krankenhäuser mit funktionsorientierten Abteilungen fachlich gegliedert,
- neue psychiatrische Einrichtungen einschließlich von Tages- und Nachtkliniken errichtet und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern geschaffen und schließlich
- die Aufenthaltsdauer verkürzt.

Die Rechtssituation psychisch Kranker ist seit Veröffentlichung des Ersten Psychiatrieplanes durch das Unterbringungsgesetz vom 20. 4. 1982 (BayRS 2128-1-1), durch das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker vom 26.2. 1986 (BGBl I S. 324) und das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. 12. 1988 (BGBl I S. 2477)

verbessert worden:

- Durch das Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung wurde die Unterbringung psychisch Kranker in psychiatrischen Einrichtungen aus Gründen der Gefahrenabwehr zugunsten der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und zugunsten des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit der Betroffenen neu geregelt. Die Rechtsposition der Betroffenen wurde gegenüber der alten Regelung (Verwahrungsgesetz von 1952) gestärkt.
- Durch das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker wurde der Zugang zu psychiatrischen Tageskliniken erleichtert und die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser verbessert. Erstmals wurde die Vergütung nichtärztlicher, auf ärztliche Veranlassung erbrachter Leistungen geregelt.
- Im Gesundheits-Reformgesetz wurde nicht zuletzt durch bayerische Initiative erreicht, dass in den §§ 27 und 92 SGB V den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bei der Krankenbehandlung Rechnung zu tragen ist. Die Bundesregierung hat zugesagt, weitere Regelungen zu treffen, wenn die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich ausgewertet sind.

Trotz dieser Erfolge müssen weitere Verbesserungen angestrebt werden. In Teilbereichen, vor allem bei der Versorgung der chronisch Kranken, ist gegenüber der somatischen Krankenversorgung ein Nachholbedarf spürbar, der mit dem Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan weiter abgebaut werden soll.

Viele gesetzliche Regelungen lassen immer noch Auslegungen zu, die die Besonderheiten psychischer Erkrankungen zuwenig berücksichtigen. Im Zuge der kommenden Gesetzesänderungen muss darauf hingewirkt werden, dass diese Hemmnisse ausgeräumt werden.

Weitere Verbesserungen wird das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz) bringen, dass bereits vom Bundestag beschlossen wurde und das am 1.1. 1992 in Kraft treten wird. Die Bayerische Staatsregierung hat dieses Gesetzesvorhaben unterstützt.

Soweit zur Verwirklichung der im Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan genannten Zielvorstellungen staatliche Fördermaßnahmen erforderlich sind, bemessen sich deren Zeitpunkt und Umfang nach den jeweils verfügbaren Haushaltsmitteln.

II. Grundsätze der psychiatrischen Versorgung

Die Grundsätze der psychiatrischen Versorgung, die für den Ersten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter bestimmend waren, sind allgemein anerkannt und haben sich bewährt. Sie werden in den Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan übernommen und weiterentwickelt.

1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Durch die sozialen Leistungsgesetze haben psychisch Kranke grundsätzlich die gleichen Rechtsansprüche wie somatisch Kranke und dementsprechend psychisch Behinderte die gleichen Rechtsansprüche wie Körper-, Sinnes- und geistig Behinderte. Es kommt darauf an, die Rechtspositionen zu verwirklichen. Die für die Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker geeigneten und notwendigen Maßnahmen müssen tatsächlich angeboten, durchgeführt und im gesetzlichen Rahmen von den Sozialleistungsträgern finanziert werden. Gleichstellung in diesem Sinne bedeutet nicht durchgehend, dass psychisch Kranken die gleichen Hilfen zur Verfügung stehen müssen wie anderen Kranken. Vielmehr sind die Angebote auf die spezifischen Bedürfnisse des betroffenen Personenkreises abzustellen. Während etwa chronisch körperlich Kranke (z. B. Diabetiker) Ersatzstoffe (Insulin) benötigen, treten bei chronisch psychisch Kranken an die Stelle der Ersatzstoffe die Stützung durch persönliche Zuwendung des therapeutischen Personals. Wie sich chronisch körperlich Kranke dadurch in der Gesellschaft bewegen können, können dies chronisch psychisch Kranke durch die Hilfe anderer Personen.

Gleichstellung bedeutet auch, darauf hinzuwirken, dass die Diskriminierungen psychisch Kranker verhindert werden. Daher ist es ein Ziel des Psychiatrieplanes, Vorbehalte der Bevölkerung gegenüber diesem Personenkreis abzubauen.

2. Ganzheitlicher Ansatz der Hilfen

Psychische Erkrankungen äußern sich in Störungen der Wahrnehmung, der Merkfähigkeit, des Antriebs, der Zuwendung, der Gefühle, des Denkens, der Urteilsfähigkeit, der Entscheidungsfähigkeit, der Belastbarkeit und Ausdauer und der Motorik. Dies führt zu funktionellen Behinderungen, die sich auf das soziale Verhalten auswirken und die Kontaktfähigkeit beeinträchtigen. Verursacht werden dadurch soziale Benachteiligungen und Selbstisolation. Hilfen für psychisch Kranke müssen daher bei diesen drei Bereichen ansetzen — der primären Schädigung, der funktionellen Beeinträchtigung und den sozialen Auswirkungen — und damit medizinische und psychotherapeutische Versorgung einerseits und soziale Hilfen im Bereich der Familie, des Wohnens, der Freizeit und des Arbeitslebens andererseits einschließen. Ziel muss es sein, die psychisch kranken Menschen zu aktivieren und, mehr als dies

bei körperlich Beeinträchtigten nötig ist, zu einer selbständigen und sozialen Existenz anzu-leiten, in der sie sich als Mitglieder einer Gemeinschaft verstehen können.

Damit sind medizinische, psychologische, pädagogische und sozialtherapeutische Hilfen unabweisbare Bestandteile der erforderlichen Therapie. Das Zusammenwirken der dafür jeweils zuständigen verschiedenen Berufsgruppen wird unabdingbar. Multiprofessionelle Besetzung der Stellenpläne in den therapeutischen Einrichtungen und Teamarbeit erhalten bei der Betreuung psychisch Kranker ihre besondere Bedeutung.

3. Gemeindenahe Versorgung

Die ambulanten und stationären Dienste und Einrichtungen für psychisch Kranke müssen so nahe wie möglich angeboten werden, damit diese während einer Behandlung in ihrem Milieu oder in der Nähe ihres Familien-, Wohn- und Arbeitsbereichs bleiben können. Dieses Prinzip gilt nach wie vor gleichermaßen für alle Landesteile, für städtische wie ländliche Bereiche. Es entspricht dem Gebot der Gleichstellung psychisch Kranker mit den somatisch Kranken. Die Beziehungen der psychisch Kranken zu ihrer persönlichen, beruflichen und sozialen Umwelt mit normalen Lebensbedingungen, also auch der häufige Kontakt mit Angehörigen und Bekannten, helfen entscheidend mit, Hospitalisierungsschäden zu vermeiden und die sozialen Fähigkeiten von Krankenhauspatienten zu erhalten oder zu stärken.

Die Dienste und Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker müssen also so nah und verkehrsgünstig wie möglich angeboten werden, wobei eine fachlich und wirtschaftlich be-gründete Mindestkapazität zu gewährleisten ist.

Innerhalb überschaubarer und zusammenhängender regionaler Lebens- und Versorgungsräume müssen weitgehend alle Hilfen und Dienste angeboten werden.

Jedenfalls langfristig sollen daher in den Stadt- und Landkreisen für die Zielgruppen der psy-chiatrischen Versorgung angeboten werden:

- präventive Maßnahmen
- ärztliche Hilfen
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Psychosoziale Suchtberatungsstellen
- differenzierte Wohnformen
- tagesstrukturierende Angebote
- begleitende Hilfen im Arbeits- und Berufsleben
- Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten
- sozialpflegerische Angebote für psychisch kranke alte Menschen.

Dem jeweiligen Bedarf entsprechend soll für folgende Einrichtungen auf einen größeren Ein-zugsbereich abgestellt werden:

- Wohn- und Pflegeheime
- Übergangseinrichtungen
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke
- Werkstätten für psychisch Behinderte
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
- Psychiatrische Krankenhäuser mit Institutsambulanzen
- Psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus
- Tageskliniken
- Fachkrankenhäuser für Suchtabhängige
- niederschwellige Angebote für Drogenabhängige.

Wenn für diese Einrichtungen auf einen größeren Einzugsbereich abgestellt wird, so bedeutet dies nicht, dass der Einzugsbereich der Stadt- und Landkreise ausgeschlossen werden soll. Es wird darauf Rücksicht genommen, dass die Realisierung auf Landkreis- und Stadtkreisebene im breiten Umfang derzeit aus finanziellen Gesichtspunkten nicht möglich ist.

4. Verstärkung der Prävention

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der Umstand, dass viele leichte psychische Störungen nicht erkannt werden, machen die Bedeutung präventiver Maßnahmen offenkundig. Den Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und den Umständen, die zu einer Chronifizierung führen, muss eingehend nachgegangen werden. Dies gilt für alle Bereiche des Lebens, in der Familie, in der Erziehung und im Bereich des Wohnens und der Arbeitsbedingungen. Die politisch Verantwortlichen sind gehalten, bei der Gestaltung der Umweltbedingungen darauf zu achten. Wesentlich erscheint im Zusammenhang mit dem Problemkreis Prävention eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit. Konkret werden auf die präventive Arbeit aller einschlägigen Institutionen, insbesondere auf die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhäuser, die Nervenkrankenhäuser mit den psychiatrischen Institutsambulanzen und die vielfältigen psychosozialen Beratungsstellen gesetzt.

Bedenkt man, dass weitaus die größte Zahl aller an psychischen Störungen leidenden Menschen in erster Linie nicht die speziellen psychiatrischen Institutionen und Hilfen aufsuchen, sondern die Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser und allgemeinen Beratungsdienste und Einrichtungen einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, so wird deren Verantwortung im präventiven Bereich deutlich.

5. Ausweitung der ambulanten und teilstationären Versorgung

Die Angebote der psychiatrischen Versorgung sollen darauf ausgerichtet sein, psychisch Kranke möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Sicherlich wäre es verfehlt anzunehmen, dass durch medizinische und rehabilitative Leistungen seelische

Leiden insgesamt vermieden werden könnten. Es geht darum, durch therapeutische und stützende Anstrengungen Bedingungen herzustellen, die dem einzelnen unter den gegebenen Umständen ein normales Leben ermöglichen. Der in den Leistungsgesetzen festgelegte Grundsatz des Vorrangs der ambulanten Hilfen soll auch für die psychisch Kranken im Rahmen des Möglichen verwirklicht werden.

Die mit dem Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass vollstationäre Aufenthalte in viel weiterem Umfang verkürzt oder vermieden werden können, als dies in der Vergangenheit angenommen wurde. Nur für eine Minderheit des Personenkreises der chronifizierten Kranken wird eine langfristige klinische Behandlung notwendig sein.

Mit den angestrebten Verbesserungen im ambulanten und teilstationären Bereich sollen auch die Angehörigen, die immer noch die Hauptlast der Versorgung tragen, entlastet werden.

6. Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit

Die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Institutionen ist nach wie vor dringlich, damit den Kranken, den Angehörigen und den betreuenden Personen und Institutionen ein umfassendes und abgestimmtes Angebot der verschiedenen Hilfen zur Verfügung steht. Überkapazitäten sollen abgebaut, Unterkapazitäten vermieden werden. Die Benutzung der verschiedenen Dienste und Einrichtungen im Versorgungsgebiet neben- und nacheinander soll organisatorisch und damit auch kostengünstig erleichtert und die vorhandenen Ressourcen richtig eingesetzt werden. Die kreisfreien Städte, Landkreise und vor allem die Bezirke als wichtige Träger der meisten psychiatrischen Krankenhäuser und als überörtliche Träger der Sozialhilfe, die Gesundheitsämter, die Träger der freien Wohlfahrtspflege, die Sozialversicherungsträger und die Kassenärztliche Vereinigung sind gehalten, ihren Beitrag zu einer umfassenden Versorgung zu leisten.

III. Zielgruppen der psychiatrischen Versorgung

Die Zielgruppen orientieren sich an Krankheitsbildern und -zuständen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD 1979 der Weltgesundheitsorganisation und nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Begutachtung Behinderter nach dem Schwerbehindertengesetz, am Lebensalter und an etwaigen besonderen zusätzlichen Merkmalen der Patientengruppen. Ausgegangen wird von den gleichrangigen Zielsetzungen der Prävention, Behandlung und Nachsorge bei psychischen Krankheiten. Die Zielgruppen bedürfen besonderer und unterschiedlicher Hilfen

- zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen und Fehlentwicklungen,
- zur Einleitung und Durchführung notwendiger Diagnose-, Therapie- und Pflegemaßnahmen,
- zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Im Einzelnen werden folgende Zielgruppen festgelegt:

1. Psychisch Kranke allgemein

1.1 Psychisch Kranke

Zu dieser Gruppe zählen Kranke mit Psychosen. Neurosen und anderen nichtpsychotischen psychischen Störungen, zerebral Anfalls Kranke nur insofern, als ihre psychischen Symptome betroffen sind. Hirnverletzte, Lernbehinderte und geistig Behinderte sind keine Zielgruppen des Zweiten Bayerischen Psychiatrieplanes; ihre Rehabilitationsbedürfnisse werden vom Zweiten Bayerischen Landesplan für Behinderte berücksichtigt. Dazu zählt auch die Förderung der von Autismus Betroffenen.

Der Erste Bayerische Psychiatrieplan ging davon aus, dass mindestens 10/0 der Bevölkerung, also über 108000 Bürger Bayerns, psychisch krank sind. Diese Zahl lässt sich heute aufgrund genauerer fachlicher Betrachtungsweise nicht mehr halten.

Die epidemiologische Forschung hat inzwischen wesentliche Fortschritte erzielt. Richtet man sich nach den Ergebnissen neuerer Forschungen, so lässt sich folgendes Bild feststellen:

- Rund 250/0 der Erwachsenen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung.
- Unter Einschluss von Nebendiagnosen ergibt sich ein Überwiegen von Angststörungen (7,5%), depressiven und psychosomatischen Störungen (5%).
- Schizophrenien und verwandte Psychosen haben eine Prävalenz von 10/0, affektive Psychosen ebenfalls von 1%.

Während die Lebensstreckenprävalenz das Risiko aller Personen angibt, ist die

Querschnittsprävalenz ein Maß dafür, wie viele Personen zum Zeitpunkt einer Untersuchung unter einer Störungsform leiden. Die Schätzungen der Prävalenzraten schwanken. Man kann nach einer Stichtagsuntersuchung davon ausgehen, dass in Bayern rund 18% der erwachsenen Bevölkerung an einer psychischen Störung erkrankt sind. Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass psychische Krankheit zu den allgemeinen Lebensrisiken gehört.

1.2 Chronisch psychisch Kranke

Innerhalb der psychisch Kranken bilden die Langzeitkranken oder chronisch Kranken eine besondere Problemgruppe. Die Expertenkommission der Bundesregierung rechnet mit

500 000 Langzeitkranken im Bundesgebiet. Bezogen auf Bayern wird von rund 90000 chronisch Kranken ausgegangen.

Während die Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern generell sinkt, waren an einem Stichtag im Jahr 1983 fast 50% der Patienten länger als zwei Jahre, etwa 30% zehn Jahre oder noch länger in den Langzeiteinrichtungen der Krankenhäuser. Diese Patienten werden, soweit sie sich schon bisher in stationären Einrichtungen befinden, teilweise als „alte Langzeitkranke“ bezeichnet. Es handelt sich insbesondere um Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, Oligophrenie, Suchterkrankungen (Alkoholismus) und organische Hirnerkrankungen mit dem Schwerpunkt organische Alterserkrankung.

Im Gegensatz dazu versteht man unter „neuen Langzeitkranken“ Patienten, die erst in jüngerer Zeit wiederholt stationär behandelt wurden, wenn sich ein längerer Krankenhausaufenthalt abzeichnet.

Bei chronisch psychisch Kranken handelt es sich um Menschen, die in ihrem sozialen Umfeld in besonderer Weise störrisch und sensibel sind mit schweren Einschränkungen in den sozialen Fähigkeiten. Daher sind gerade für sie soziale Bindungen von großer Bedeutung. Durch aktivierende Behandlung und Pflege müssen die verbliebenen Fähigkeiten so gefördert werden, dass die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtert wird.

1.3 Psychisch Behinderte

Die Abgrenzung zwischen psychischer Krankheit und psychischer Behinderung ist im wesentlichen auf rechtliche Gründe zurückzuführen mit Konsequenzen für die Anwendbarkeit des Schwerbehindertengesetzes und des Bundessozialhilfegesetzes. Der Begriff der psychischen Behinderung ist in den Leistungsgesetzen festgelegt. Allgemein gilt als psychisch behindert, wer aufgrund einer der genannten Erkrankungen in seinem subjektiven Befinden und Erleben, in seiner Affektivität, in seiner sozialen Einordnung, in seinem normativen Verhalten nicht nur vorübergehend erheblich gestört ist und deshalb besonderer Hilfeangebote bedarf.

Die Zahl der psychisch Schwerbehinderten wird statistisch nicht erfasst und kann daher nicht

angegeben werden. Im Folgenden wird grundsätzlich von psychisch Kranken gesprochen. Der Begriff „psychisch Behinderte“ wird dann gewählt, wenn es aus rechtlichen Gründen erforderlich ist.

2. Besondere Zielgruppen

2.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Innerhalb der Hauptzielgruppe der psychisch Kranken wird die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen wegen ihrer besonderen Versorgungsbedürfnisse als eigene Zielgruppe abgegrenzt. Bekannt ist ein Spektrum verschiedener Krankheitsbilder, die für bestimmte Altersgruppen typische Merkmale aufweisen, wie z. B. frühkindlich erworbene Störungen der Hirnentwicklung mit Auffälligkeiten im Sozial- und Leistungsverhalten sowie emotionalen Störungen oder neurotische Erkrankungen und Psychosen.

Die Rate der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren liegt bei ca. 50/0. Dieser Prozentsatz umfasst Kinder und Jugendliche, die einer psychiatrischen Diagnostik und eventuell Behandlung bedürfen. In Bayern sind rund 100000 Kinder und Jugendliche betroffen. Weitere 10 bis 130/0 der Kinder und Jugendlichen zeigen psychische und soziale Auffälligkeiten, bei denen nichtärztliche Hilfe und Beratung, etwa in den Einrichtungen der Jugendhilfe, angezeigt sind.

Hinter Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen können sich allerdings beginnende oder bestehende somatische oder psychische Erkrankungen verbergen. Kriterien für die Einbeziehung dieser Kinder und Jugendlichen aus dem Bereich der Jugendhilfe in die psychiatrische Versorgung sind vor allem die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit bei Störungen, auf deren rechtzeitige fachliche Diagnose deshalb geachtet werden muss.

2.2 Psychisch kranke alte Menschen

Die Gerontopsychiatrie wird in den kommenden Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung erhalten. Die Gruppe der Hochbetagten, die hohe Morbiditätsrisiken trägt, nimmt zu. 24% der über 65jährigen leiden an zumindest vorübergehend behandlungsbedürftigen psychische Störungen.

Nach einer Vorausschätzung des Landesaltenplanes wird die Zahl der über 65jährigen Bewohner Bayerns von 1 638 000 im Jahr 1988 kontinuierlich auf 1 814 000 im Jahr 2000 zunehmen. Dies bedeutet, dass die Zahl der über 65 Jahre alten Bürger Bayerns, die an psychischen Störungen leiden, von derzeit 393000 auf 435000 ansteigen wird. Dagegen wird die Zahl der über 75jährigen von 782000 im Jahr 1988 und 793000 im Jahr 1989 bis zum Jahr

1994 auf 692000 abnehmen und dann bis zum Jahr 2000 zwar auf 762 000 ansteigen, den derzeitigen Stand aber nicht mehr erreichen.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen steigt die Rate psychischer Erkrankungen im hohen Lebensalter deutlich an. Das Erkrankungsrisiko liegt bei den über 75jährigen Menschen wesentlich höher als bei der Gruppe der 65- bis 75jährigen; gleichzeitig verlängert sich die Krankheitsdauer.

Die tatsächliche Zahl gerontopsychiatrischer Krankheiten lässt sich aus diesen Angaben nur schätzen. Dramatische Zunahmen, wie oft befürchtet, sind aber nicht zu erwarten. Dennoch besteht kein Zweifel, dass die gerontopsychiatrische Versorgung bereits jetzt verbesserungsbedürftig ist. Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen müssen im Rahmen der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung stärker berücksichtigt werden.

Psychische Störungen und Erkrankungen (Desorientierung, Verwirrtheit, Depression, Wahnvorstellungen) beim alten Menschen stehen, ähnlich wie Inkontinenz, Altersdiabetes u. a., bezüglich Ursache und Erscheinungsbild im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess und sollten deshalb nicht nur als ein Aufgabenfeld der Psychiatrie verstanden werden. Um eine richtige Weichenstellung für ein gerontopsychiatrisches Gesamtkonzept zu erreichen, muss das Thema „Gerontopsychiatrie“ vorrangig in den Bereichen der Altenhilfe und Altenpflege aufgegriffen werden.

2.3 Suchtkranke

Zu dieser Zielgruppe von psychisch Kranken mit besonderer Ausprägung der Erkrankung ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter gehören Suchtkranke mit psychischer und häufig auch physischer Abhängigkeit von Alkohol, Rauschmitteln oder Arzneimitteln. Eine ebenfalls große Anzahl von Personen ist von Abhängigkeit von den genannten Suchtmitteln bedroht. Sie bedürfen besonderer präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen.

Als suchtkrank gelten Personen, die für längere Zeit und in immer stärkerem Maße zu Substanzen greifen, welche zu physischen oder psychischen Abhängigkeiten führen (Suchtstoffe). Der durch den Gebrauch psychotroper Substanzen eingeleitete Prozess kann in Abhängigkeit und Sucht enden. Die Persönlichkeit des einzelnen, seine Veranlagung, seine körperliche und seelische Verfassung spielen ebenso eine Rolle wie Angebot und Griffnähe eines Rauschmittels mit jeweils spezifischen Wirkungen. Von nicht geringer Bedeutung sind Milieu- und Umwelteinflüsse, die von Elternhaus, Schule, Arbeitsplatz und Freizeitverhalten ausgehen. Nach dem Suchtstoff unterscheidet man Alkoholranke, Drogenranke, Medikamentenabhängige und Polytoxikomane. Die Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den am meisten verbreiteten Krankheiten in der Bundesrepublik. Die Prävalenzschätzungen reichen bis

4%. Es wird davon ausgegangen, dass in Bayern mehr als 300 000 Bürger abhängigkeitskrank sind. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die Suchtkrankheiten zunehmen, auch bei Frauen und Jugendlichen.

Zu den nichtstofflichen Süchten zählen hauptsächlich Spielsucht, Anorexie und Bulimie. Der Krankheitswert der Spielsucht ist umstritten. Die Behandlung von Anorexie und Bulimie ist auch ein zentrales Anliegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.4 Suizidgefährdete

Zur Gruppe der psychisch Kranken gehören Suizidgefährdete, unabhängig von ihrer psychiatrischen Grunddiagnose. Insbesondere sind auch Personen nach einem Suizidversuch gefährdet, in der Zukunft erneute Suizidhandlungen zu begehen. In Bayern verstarben 1988 2031 Menschen durch Selbsttötung (Suizid), im gleichen Zeitraum kamen 1893 Menschen durch Verkehrsunfälle ums Leben. Die Selbsttötungsrate (Suizide pro 100000 der Bevölkerung) beträgt bei Männern derzeit etwa 30 und bei Frauen etwa 14. Das Risiko, durch Suizid zu sterben, steigt mit dem Alter deutlich an.

Gemessen an der Zahl der vollendeten Suizide geht man allgemein von einer etwa 10fach höheren Suizidversuchshäufigkeitszahl aus. In den bisher vorliegenden epidemiologischen Befunden werden als besondere Risikogruppen Depressive, Suchtkranke, Alte und Vereinsame, Personen mit Suizidankündigung und Personen nach einem Suizidversuch angeführt. Um diese große Zahl von potentiell Gefährdeten auf die tatsächlich kritischen Fälle einzunengen, wird in den letzten Jahren die „Krise“ als das die Intervention bestimmende Merkmal herangezogen. Die Krise ist häufig der Vorläufer der Suizidhandlungen. Wichtig für das Auftreten und den Ausgang von solchen Krisen ist die unmittelbare Reaktion der Umwelt.

2.5 Psychisch kranke Rechtsbrecher

Unter dieser Gruppe sind Patienten zu verstehen, die im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit Straftaten von häufig erheblichem Schweregrad begangen haben. Sie müssen nach strafrichterlicher Entscheidung im Vollzug einer Maßregel der Besserung und Sicherung (Maßregelvollzug) in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt untergebracht und entsprechend behandelt werden. Die Behandlung der psychisch kranken Rechtsbrecher und ihre Sonderstellung unter den Patienten im Krankenhaus stellen eine Herausforderung für die moderne Psychiatrie dar. Es gelten die gleichen Behandlungsgrundsätze wie für die übrigen im Krankenhaus befindlichen Patienten, weil sich psychisch kranke Rechtsbrecher nach Krankheitsursachen und Diagnosen grundsätzlich nicht von den übrigen Zielgruppen unterscheiden. In Bayern sind derzeit 700 bis 800 Patienten dieser Art stationär untergebracht.

Die prozentuale Häufigkeit der Straftaten von psychisch Kranken weicht nicht vom Durchschnitt der übrigen Bevölkerung ab.

IV. Funktionsbereiche

Um die Versorgungsbedürfnisse übersichtlich darzustellen, werden Funktionsbereiche gebildet und nachfolgend nach Bezeichnung, Aufgabenstellung und Zielsetzung bestimmt.

1. Diagnostik

Psychiatrische Diagnostik ist die Beobachtung, Untersuchung und Bewertung psychischer Auffälligkeiten nach Entstehungsursachen, vermutlichem Verlauf, Ausmaß sowie nach möglichen oder notwendigen therapeutischen Konsequenzen. Sind das zugrunde liegende Krankheitsbild oder der zugrunde liegende Leidenszustand erkannt, ergibt sich daraus die präventive oder therapeutische Vorgehensweise. Die Diagnostik soll nicht nur die verschiedenen Krankheitsformen festlegen, damit eine differenzierte Therapie nach Grundsätzen der Somatik, Psychosomatik oder Psychotherapie möglich ist. Vielmehr sollen auch die Defizite der kognitiven Funktionen sowie des Sozial- und Leistungsverhaltens festgestellt werden. Gleichzeitig soll möglichst früh die Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen erfasst werden. Dieser Vorgang ist während der gesamten Therapie, Rehabilitation und Nachsorge im Behandlungsteam ständig abzustimmen, um die bestmöglichen Erfolge zu erzielen.

Krisenintervention, Erstkontakte wegen psychischer Störungen, Prävention und Frühdiagnose liegen eng beieinander.

Primärpräventive Bedürfnisse liegen darin, dass psychische Störungen, etwa drohende Entwicklungsstörungen, persönliche, partnerschaftliche und biographische Krisen, aber auch psychosomatische Symptome und drohende Sucht vor Ausbruch einer psychischen Krankheit wahrgenommen werden. Für Psychosen gibt es allerdings keine tragfähigen primärpräventiven Konzeptionen. Die Funktionen werden, soweit sie über normale zwischenmenschliche Hilfeangebote hinausgehen, von unterschiedlichen, nicht fachspezifischen Beratungspersonen und -diensten wahrgenommen, wesentlich von niedergelassenen Ärzten, u. U. auch von Sozialpsychiatrischen und sonstigen psychosozialen Diensten.

Sekundärprävention als Früherkennung psychischer Auffälligkeiten mit präventiver Wirkung für den weiteren Verlauf ist Kern des Funktionsbereichs Diagnostik. Eine rechtzeitige Diagnose ist Voraussetzung für einen frühen Behandlungsbeginn und damit für einen günstigen Krankheitsverlauf. Diese Funktion wird von den Hausärzten wahrgenommen, aber in verstärktem Maße auch von Nervenärzten und Psychiatern in Praxen, Kliniken und in Sozialpsychiatrischen Diensten.

Psychisch Kranke bedürfen sorgfältiger Nachsorge, um Rückfälle und einen chronifizierten Verlauf zu verhindern. Daher ist es notwendig, eine erneute Symptomverstärkung nach überstandener psychischer Krankheit sofort festzustellen und die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Tertiärprävention als Nachsorge ehemaliger psychisch Kranker wird von Ange-

hörigen, Selbsthilfegruppen, Laienhelfergruppen, fachspezifischen Beratungsdiensten, niedergelassenen Ärzten und psychiatrischen Institutsambulanzen betrieben.

Wo präventives Vorgehen nicht mehr ausreicht, wird die Diagnosestellung zur Voraussetzung kurativen psychiatrischen Handelns. Erste professionelle Anlaufstellen sind Hausärzte und niedergelassene Nervenärzte. Der stationäre Bereich wird häufig beansprucht, wo es sich um hochakute und schwere psychische Krankheitszustände handelt, sonst wenn bestimmte apparative Voraussetzungen zur Differentialdiagnostik oder eine längere Verlaufsbeobachtung erforderlich sind. Zur Diagnose gehören nicht nur die Zuordnung eines Patienten zu einem bestimmten Krankheitsbild, sondern auch ein Überblick über die Einschränkungen, denen der Kranke in seinen psychosozialen Bezügen und im Leistungsbereich unterworfen ist, damit diese Störungen möglichst frühzeitig gezielt therapeutisch angegangen werden können.

Ziele

Bei niedergelassenen Ärzten und in Allgemeinkrankenhäusern tätigen Ärzten sollen die Kenntnisse über psychische und psychosomatische Störungen vertieft werden.

Die professionellen Berater an nichtfachspezifischen psychosozialen Diensten sollen geschult werden, um psychische Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und notwendige Maßnahmen einleiten zu können. Angehörige, Laienhelfer und Selbsthilfegruppen sollen über Betreuungsangebote, insbesondere über die Möglichkeiten multidisziplinärer, ganzheitlicher Arbeit informiert werden. Die Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken einschließlich ihrer gemeindenahen Versorgung ist auch aus präventiven Gründen voranzutreiben, da das Bewusstsein der Ausgrenzung, Diskriminierung oder Sonderbehandlung psychische Symptome verstärkt.

2. Therapie

Psychiatrische Therapie versteht sich als Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung. Sie soll den psychisch Kranken dazu verhelfen, trotz Krankheit oder Störung im gewohnten Lebensraum zu bleiben oder dahin zurückzukehren. Dabei sollen soziale Ausgliederungsprozesse, die insbesondere den chronisch Kranken drohen, verhindert oder rückgängig gemacht werden.

Somatische, psychische und soziale Krankheitsfaktoren haben im Einzelfall und im Verlauf unterschiedliche Gewichte, seelische Krankheit hat oft keine scharfe Grenze zum „Normalen“. Die Zusammenhänge sind komplex und erfordern einen ganzheitlichen, multidimensionalen und interdisziplinären Ansatz in den Kompetenzen der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychologie, Pädagogik und den Sozialwissenschaften.

Die Verfahrensweisen psychiatrischer Therapie mit allen ihren unterschiedlichen Elementen sind an die Dynamik des Krankheitsverlaufes variabel anzupassen und mit Maßnahmen der Vorsorge, der Wiedereingliederung und Nachsorge wirksam zu verzahnen.

Psychiatrische Pflege unterscheidet sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, von der Pflege im somatischen Bereich dadurch, dass nicht generell oder vorrangig die Körperpflege von Bedeutung ist. Vielmehr ist die Grundlage ein kontinuierlicher Gesprächskontakt und damit die Anbahnung und Förderung verloren gegangener Kommunikationsmöglichkeiten durch therapeutische Gespräche. Weitere wichtige Momente sind die physiotherapeutische Mobilisierung und tagesstrukturierende Maßnahmen, die zur Beschäftigungs- und Arbeitstherapie überleiten.

Während der Akutphase der psychischen Erkrankung setzt die aktivierende Pflege ein, in der der Patient weiter mobilisiert, motiviert und angeleitet wird, das noch Mögliche selbständig zu leisten. Diese Art der Pflege erfordert einen hohen Weiterbildungsstand der Pflegepersonen, einen günstigen Betreuungsschlüssel und einen akzeptablen Unterbringungsstandard. Die nicht schon von der Stationsinfrastruktur her kustodiale Form erzwingt. Diese Formen der psychiatrischen Pflege sind von ihrem Inhalt und personellen Aufwand her größtenteils nicht mehr im Sinne des administrativ festgelegten Pflegebegriffs zu verstehen, sondern haben therapeutischen und sozialen Charakter.

2.1 Ambulante Therapien

Einem bedarfsgerechten und — vor allem in psychischen Krisensituationen — leicht erreichbaren ambulanten Versorgungsangebot kommt bei psychischen Krankheiten besondere Bedeutung zu. Rechtzeitige oder regelmäßige ambulante Behandlung kann stationäre Aufnahmen oder Wiederaufnahmen vermeiden oder aufschieben. Sie ist außerdem die Voraussetzung für den Erfolg jeder Maßnahme zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung und Nachsorge psychiatrischer Patienten.

Ambulante Therapie wird von niedergelassenen Allgemeinärzten, Nervenärzten, Psychiatern, ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten sowie psychiatrischen Institutsambulanzen und fachspezifischen Beratungsdiensten erbracht. Innerhalb des ganzheitlichen Therapieansatzes sind Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten sowie Psychiatriepfleger in die Therapiepläne eingebunden.

Ziele

Ziele liegen in einem möglichst gleichmäßigen, gemeindenah angebotenen Versorgungsnetz einschließlich fachlicher Krisenintervention. Dabei sollen bestehende Gefälle zwischen Verdichtungsräumen und ländlichen Gebieten abgebaut werden. Dies gilt vor allem für die Psychotherapie, für die Betreuung der besonderen Zielgruppen und für die ambulante Arbeits-

und Beschäftigungstherapie.

2.2 Teilstationäre Therapie

Teilstationäre Einrichtungen stellen ein besonderes Behandlungsangebot zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung dar. In Tages und Nachtkliniken werden die akut behandlungsbedürftigen Patienten tagsüber oder nachts betreut. Vor allem für psychisch Kranke mit hohem Betreuungsbedarf, die keine vollstationäre Behandlung benötigen, haben sich die Tageskliniken bewährt.

Ziele

Wichtiges Ziel der Krankenhausplanung ist die Errichtung weiterer Tageskliniken, insbesondere für die Betreuung von Kindern, Jugendlichen und alten Menschen.

Als Standorte für Tageskliniken kommen zunächst Verdichtungsräume in Frage. Die enge Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus der entsprechenden Fachrichtung muss gewährleistet sein. Nervenkrankenhäuser sollen sich innerhalb der vorhandenen Bettenkapazität mit einer Tagesklinik eine gemeindenähe Behandlungsmöglichkeit außerhalb ihres Standortes schaffen.

2.3 Stationäre Therapie n

Die akutstationäre Versorgung psychisch Kranker erfolgt in den im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommenen Krankenhäusern, in den Universitätskliniken und in den Vertragskrankenhäusern, die mit Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V zugelassen sind. Krankenhausbehandlung umfasst wie bei somatisch Kranken auch bei psychisch Kranken alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Auch für den stationären Bereich gilt, daß Krankenbehandlung nach den neuen Regelungen des Gesundheits-Reformgesetzes den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen hat. Krankenhausbehandlung wird gewährt, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden kann.

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker ist nach wie vor ein Schwerpunkt der gesamten psychiatrischen Versorgung. Entscheidend ist, dass Patienten nur stationär behandelt werden, wenn dies medizinisch erforderlich ist.

Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten in Bayern ist rückläufig. Der fachlichen Differen-

zierung, Sanierung und Neustrukturierung der Einrichtungen und dem Ziel einer breiteren Streuung kommt eine vorrangige Bedeutung zu.

Ein besonderes Problem in den psychiatrischen stationären Einrichtungen sind die chronisch Kranken, so genannte Langzeitpatienten, deren Aufenthalt zwei Jahre übersteigt. Verbessert man in psychiatrischen Langzeitbereichen den Unterbringungsstandard und die Betreuungsintensität, können therapeutische Fortschritte bei Patienten erzielt werden, die administrativ längst dem Langzeitpflegebereich zugeordnet sind.

Ein anderes Problem der Pflegebereiche sind Patienten, die nicht nur erhebliche Mehrfachbehinderungen aufweisen, sondern zusätzlich unter wiederkehrenden oder dauernd vorhandenen Akutsymptomen leiden. Sie benötigen einen erhöhten Betreuungsaufwand.

Die Therapieprogramme für Langzeitpatienten müssen neben der oft erforderlichen medikamentösen Behandlung die Eigeninitiative und den Selbstversorgungswillen der Langzeitpatienten wecken und fördern. Hierzu gehören vor allem psychotherapeutische und sozialtherapeutische Angebote. Dies bedeutet, daß therapeutisch nicht resigniert werden darf.

Die Möglichkeit einer Entlassung aus stationärer Behandlung ist ständig zu überprüfen, da erfahrungsgemäß bei einem Teil der Langzeitpatienten auch nach langem Krankenhausaufenthalt eine Entlassung wieder erreichbar ist, sofern eine angemessene Vorbereitung erfolgt und qualifizierte Versorgungsangebote im ambulanten, teilstationären und Heimbereich vorhanden sind.

Ziele

Die Verminderung der Bettenzahl, der schrittweise Abbau der Pflegebereiche und die Sicherstellung einer flächendeckenden, möglichst heimatnahen Versorgung, gegebenenfalls durch eine Vermehrung der Standorte, sind wichtige Ziele der Krankenhausplanung. Die fachliche Differenzierung und Öffnung der Nervenkrankenhäuser durch psychiatrische Institutsambulanzen soll vorangetrieben werden. Die frühere Zielsetzung der Entflechtung der Akut- und Pflegebereiche soll entsprechend den fachlichen Bedürfnissen modifiziert werden. Für die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen, z. B. nach dem Kriterium der Krankheitsdauer, soll der individuell erforderliche Therapieaufwand maßgeblich sein. Pflegebedürftigkeit soll nur dann festgestellt werden, wenn trotz gutem Unterbringungsstandard und aktivierender Förderung über längere Zeit eine Besserung nicht erreicht werden kann.

3. Rehabilitation

Unter Rehabilitation ist die Wiedereingliederung der psychisch Kranken in die Gesellschaft durch Beseitigung oder Besserung ihres Leidens zu verstehen, zugleich aber auch die Gesamtheit der Leistungen und Maßnahmen, die diesem Ziel dienen. Die bislang übliche begriffliche Trennung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation darf nicht dazu füh-

ren, diese Maßnahmen voneinander abzusetzen. Nur ein funktionales Zusammenwirken und Ineinandergreifen der Maßnahmen kann zum gewünschten Erfolg führen.

So gehören zur medizinischen Rehabilitation nach dem Leistungsrecht bisher nur Behandlung durch den Arzt (einschließlich Psychotherapie und Medikamentenvergabe). Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung, psychiatrische Krankenpflege und Bewegungstherapie. Diese Maßnahmen müssen parallel, d. h. zeitlich ineinander greifend zu den in den folgenden Nummern 3.1 bis 3.3 beschriebenen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Fachlich gesehen gehört zur medizinischen Rehabilitation aber viel mehr. Auch berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen dienen der Heilung und der Linderung einer Krankheit oder der Sicherung des Behandlungserfolges und damit der psychischen Stabilisierung.

Die Rehabilitationsträger sollen diese Gesichtspunkte bei ihren Entscheidungen stärker berücksichtigen. Die Staatsregierung wird sich bei den kommenden Änderungen der Leistungsgesetze bemühen, dem mehr Geltung zu verschaffen.

3.1 Gesellschaftliche Eingliederung

Psychische Krankheiten beeinträchtigen die Fähigkeit der Betroffenen, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Es treten häufig krankheitsbedingte Verluste an zwischenmenschlichen Beziehungen und Bindungen ein. Diese Isolation kann wiederum zu einer Verschlimmerung des Krankheitszustandes führen. Dem entgegenzuwirken ist ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Durch soziale Betreuungsmaßnahmen und Rehabilitationsangebote muss versucht werden, zusammen mit den psychisch Kranken soziale Konflikte zu beseitigen oder zu mildern. Nur so kann eine notfalls eingeschränkte soziale Wiedereingliederung erreicht werden. Solche sozialintegrativen Aktivitäten, wie Gruppenarbeit, Freizeitmaßnahmen und andere Kontaktangebote, werden regelmäßig von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, den Sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen und gelegentlich von anderen Einrichtungen angeboten. Laienhelfer als Bindeglied zu professionellen Helfern und zur nicht behinderten Umwelt haben dabei eine wesentliche Aufgabe und Wirkungsmöglichkeit. Neben diesen Maßnahmen, die vorrangig der Auflösung der sozialen Isolation und dem Herstellen von Beziehungen zur sozialen Umwelt dienen, müssen spezielle tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten werden. Diese sollen über eine Begegnungsmöglichkeit und Bewältigung von Freizeit hinaus durch das Erlernen von lebenspraktischen Fähigkeiten und Arbeitstraining Hilfen für eine selbständige Lebensführung geben. Bei diesen Maßnahmen, die vorrangig in Kontaktstellen und Tagesstätten angeboten werden, sollen die Kranken soweit stabilisiert werden, daß sie zukünftig ihren Alltag wieder möglichst selbst-

ständig bewältigen können.

Ziele

Die gesellschaftliche Wiedereingliederung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Es muss daher bei allen Angeboten und Maßnahmen für psychisch Kranke auf dieses Ziel hingewirkt werden. Die unmittelbar der gesellschaftlichen Wiedereingliederung dienenden Maßnahmen müssen verstärkt werden, insbesondere müssen tagesstrukturierende Maßnahmen weiter ausgebaut werden. Die Angebote müssen besser untereinander verzahnt werden. Laienhelfer und Selbsthilfegruppen sollen engen Kontakt mit den Sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten und stationären Einrichtungen halten, um sich so gegenseitig zu unterstützen und auszutauschen. Wichtig für die Akzeptanz der psychisch Kranken in der Bevölkerung ist es, Kontakte zu den Mitbürgern herzustellen. Es sollen daher auch offene Treffpunkte und Freizeitmaßnahmen eingerichtet werden, an denen alle Bürger der Gemeinde teilnehmen können. Um den verstärkten Ausbau insbesondere tagesstrukturierender Maßnahmen finanzieren zu können, bedarf es des verstärkten Einsatzes der gesetzlichen Leistungsträger.

3.2 Betreutes Wohnen

Eine erhebliche Anzahl psychisch Kranker benötigt zur Eingliederung in die Gesellschaft und das Berufsleben Hilfen im Wohnbereich. Betreutes Wohnen umfasst verschiedene Wohnformen, in denen Fachkräfte zusätzlich zur ambulanten ärztlichen Behandlung medizinische und psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen durchführen und bei Bedarf arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote bereithalten. Es bietet im notwendigen Umfang Hilfen, um den psychischen Gesundheitszustand der Bewohner zu stabilisieren und ihre Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung zu stärken. Damit trägt es dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Welche konkreten Ziele erreichbar sind, klärt sich im Einzelfall erst während des Aufenthalts.

Unabhängig von der Aufenthaltsdauer kommen folgende Wohnformen in Betracht:

- betreutes Einzelwohnen (im Einpersonenhaushalt, in der Familie oder im Zweipersonenhaushalt mit einem anderen psychisch kranken Menschen)
- Wohngemeinschaften mit loser Betreuung
- Wohngemeinschaften mit regelmäßiger intensiver Betreuung
- Wohnheime.

Einzelwohnen und lose betreute Wohngemeinschaften werden i. d. R. durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Institutsambulanzen oder die entlassenden Einrichtungen betreut. Intensiv betreute Wohngemeinschaften und Wohnheime beschäftigen meist eigenes Fach-

personal. Vorrangig kommen in der Psychiatrie erfahrene Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpflegekräfte und Beschäftigungstherapeuten in Frage. Das Betreuungspersonal benötigt regelmäßige Supervision.

Die Wahl eines gemeindenahen Standorts spielt für den Erfolg der Wiedereingliederungsmaßnahme eine maßgebende Rolle. Wesentlich ist vor allem die Betreuungskonzeption, die bei Einrichtungen folgenden Anforderungen gerecht werden sollte:

- sozialpädagogisch sinnvolle, gemischtgeschlechtliche Gruppenbildung
- multidisziplinär besetztes und psychiatrieeerfahrenes Personal
- Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und psychiatrischen Krankenhäusern, Tageskliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten
- strukturierter Tagesablauf mit Arbeitsangeboten
- gezielte Entlassungsvorbereitung und Sicherstellung der Nachbetreuung.

Die Ausstattung lässt den individuellen Wünschen der Bewohner soviel Spielraum wie möglich. Dazu gehört auch, dass diese ihre eigenen Einrichtungsgegenstände mitbringen können. Krankenhausatmosphäre ist auf jeden Fall zu vermeiden.

Ziele

Der Ausbau des Angebots an differenzierten Wohnformen ist eine Grundvoraussetzung für weitere Entlassungen von Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Entsprechend dem jeweiligen Bedarf unterscheiden sich die Angebote auch hinsichtlich des aufzunehmenden Personenkreises, der vorgesehenen Aufenthaltsdauer und der Betreuungsintensität. Die derzeitige Konzentration der Angebote auf die städtischen Verdichtungsräume unter Vernachlässigung der Kleinstädte und ländlichen Gebiete wird dem tatsächlichen Bedarf nicht gerecht. Dieser muss auf der Ebene der Stadt- und Landkreise ermittelt werden. Dabei sind kleinteilige, dezentrale Wohnangebote größeren Heimkomplexen unbedingt vorzuziehen, zumal letztere häufig keinen Bezug zu den Wohn- und Heimatorten ihrer Bewohner haben.

Die qualitative Verbesserung der vorhandenen Einrichtungen und Betreuungsangebote erscheint vor allem bezüglich der Personalausstattung und tagesstrukturierenden Angebote vordringlich. Dazu bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten auf regionaler Ebene. Ebenso muss dies zu einer größeren Durchlässigkeit der Einrichtungen auch bei verschiedener Trägerschaft führen, damit die Bewohner adäquat untergebracht werden können.

Die Zuweisung zu den einzelnen Wohnformen muss sich an den individuellen Fähigkeiten der psychisch Kranken und Behinderten und nicht an Vorgaben wie der Kostenträgerschaft ausrichten. Auch die Dauer des Aufenthalts darf nicht durch Kostenfragen, sondern nur anhand der tatsächlichen Bedürfnisse festgelegt werden. Dabei sollte eine vorherige starre Festlegung vermieden werden, um keinen zusätzlichen Druck auf die Bewohner zu erzeu-

gen. Die Überführung länger stationär untergebrachter psychisch Kranker in derartige Wohnangebote bedarf sorgfältiger Vorbereitung.

3.3 Berufliche Eingliederung

Die berufliche Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter ist besonders problematisch. Die Betroffenen unterliegen, bedingt durch den oft phasenhaften Verlauf der Krankheit, häufig schwer vorhersehbaren Schwankungen in der Befindlichkeit. Arbeitsbereitschaft, Ausdauer und dementsprechend auch die Leistungen wechseln dadurch häufig. In der Regel haben psychische Behinderungen Auswirkungen in den Lebensbereichen Beruf, Freizeit und Privatleben, insbesondere bestehen häufig Schwierigkeiten im sozialen Kontakt aufgrund von Fehleinschätzungen. Hilfen am allgemeinen Arbeitsmarkt, Übergangseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Selbsthilfefirmen und Werkstätten für Behinderte sollen die Fähigkeit, in der Gemeinschaft Arbeit zu leisten, verbessern oder wiederherstellen. Beschäftigung und Arbeit unterstützen den Effekt der medizinischen Rehabilitation. Sie sollen die Selbstständigkeit, Gemeinschafts- und Belastungsfähigkeit der Patienten stärken. Schulische und berufliche Bildungsmaßnahmen dienen dem gleichen Ziel.

Ziele

Stabilisierende oder belastende Umstände in den verschiedenen Lebensbereichen sind durch Rückkopplungseffekte eng miteinander verknüpft. Deshalb ist es erforderlich, daß Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung von notwendigen medizinischen Maßnahmen sowie Angeboten zur Vermittlung sozialer Fähigkeiten begleitet werden. Die Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung müssen zeitlich und organisatorisch flexibel strukturiert sein, damit bei möglichen behinderungsbedingten Schwankungen im Befinden der Rehabilitanden nicht zwangsläufig ein Abbruch der Maßnahmen erforderlich ist. Die Angebote sollen möglichst gemeindenah angeboten werden, um die Belastungen der Rehabilitanden, die durch Beziehungsabbrüche beim Übergang von einer Maßnahme zur nächstfolgenden entstehen können, so gering wie möglich zu halten. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Sozialpsychiatrischen Diensten und die notwendige beruflich-rehabilitative Nachsorge sind sicherzustellen. Vorrang soll grundsätzlich die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten. Daneben müssen aber für Personen, die wegen ihrer Krankheit dazu nicht in der Lage sind, andere Möglichkeiten einer Beschäftigung geschaffen werden. Dies gilt insbesondere im Zuge des regionalen Fortbestandes größerer allgemeiner Arbeitslosigkeit. Es bedarf dabei eines differenzierten Angebots von Maßnahmen, da jeder Krankheitsverlauf unterschiedliche Intensität und Auswirkungen hat.

V. Dienste und Maßnahmen

Während die Funktionsbereiche die Versorgungsbedürfnisse der psychisch Kranken nach fachlichen Inhalten beschreiben, werden im Kapitel V die Dienste und Maßnahmen dargestellt, die diese Inhalte vermitteln.

1. Niedergelassene Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten

Die niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten bilden das Fundament der ambulanten psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. In Bayern nahmen im Februar 1990 insgesamt 437 Nervenärzte (einschließlich Neurologen und Psychiater) sowie 329 zur Psychotherapie berechnigte Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil. Von den Kassenärzten anderer Fachbereiche haben außerdem 202 die Zusatzqualifikation für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen erworben (z. B. 109 Allgemeinärzte und praktische Ärzte, 41 Internisten, 27 Kinderärzte, 14 Frauenärzte). Ferner waren zu dem genannten Zeitpunkt 440 nichtärztliche Psychotherapeuten tätig.

Seit 1.1.1979 stieg die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte um 78 Prozent, die der ärztlichen Psychotherapeuten um 196 Prozent. Das Nervenarzt-Einwohner-Verhältnis verbesserte sich im gleichen Zeitraum von 1: 44 210 auf 1: 25 522 (= 42 Prozent), die Psychotherapeutendichte von 1: 97 580 auf 1: 33 899 (= 65 Prozent). Die niedergelassenen Nervenärzte und die zur Psychotherapie berechtigten Kassenärzte sowie die nichtärztlichen Psychotherapeuten sind allerdings auf die einzelnen Regierungsbezirke ungleichmäßig verteilt.

Die kassenärztliche Selbstverwaltung hat sich in den vergangenen Jahren mit Erfolg bemüht, die ambulante Versorgung mit niedergelassenen Nervenärzten weiter auszubauen. Während die kassenärztliche Bedarfsplanung im Oktober 1979 noch 19 unbesetzte Nervenarztstellen ausgewiesen hat, ist jetzt der Bedarf hinreichend gedeckt. Heute kann davon ausgegangen werden, dass die nervenärztliche Versorgung der bayerischen Bevölkerung im wesentlichen sichergestellt ist.

Einen sehr guten Ausbaustand hat die ambulante nervenärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Landeshauptstadt München erreicht. München kann auch das ebenfalls dicht Nahverkehrsnetzes auch Praxen im Zentrum gut erreichbar sind. Allerdings sind gerade psychisch Kranke durch ihre Kontaktstörung und Immobilität durch weite Wege überfordert. Generell fällt die regionale Versorgungsdichte an den Großstadtgrenzen steil ab. Es ist zu erwarten, daß sich die ambulante nervenärztliche und psychotherapeutische Versorgung wegen der steigenden Zahl von Niederlassungen gleichmäßiger entwickeln wird. Wichtige Aufgaben der psychotherapeutischen Versorgung werden in erheblichem Umfang von nichtärztlichen Psychotherapeuten wahrgenommen. Hierzu fehlt immer noch eine zufriedenstellende bundesgesetzliche Regelung des Berufsrechts. Derzeit gilt,

durch das SGB V bestätigt, das Delegationsverfahren im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien.

Ziele

Relative Defizite und regionale Gefälle sollen ausgeglichen werden, insbesondere bei der Versorgung durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten, zumal ein beträchtlicher Trend zur ambulanten Psychotherapie zu verzeichnen ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns soll ihren Beitrag dazu leisten. Bestrebungen einer bundesgesetzlichen Regelung des Berufsrechts der nichtärztlichen Psychotherapeuten sollen unterstützt werden. Die Kompetenz der Allgemeinärzte für psychiatrische Fragen soll durch Fortbildung weiter verbessert werden, weil ein hoher Prozentsatz von Patienten mit psychischen Störungen Allgemeinärzte aufsucht. Dies dient einer zuverlässigen Krisenintervention und der korrekten Überweisung des fachärztlichen Behandlungsbedürftigen an die Nervenärzte.

Die Zusammenarbeit der niedergelassenen Nervenärzte mit anderen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung soll wesentlich verbessert werden; dies trifft insbesondere für die Sozialpsychiatrischen Dienste, die sonstigen ambulanten Dienste, die betreuten Wohnangebote und Heime zu.

2. Psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen

Die Nervenkrankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser nehmen im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung neben dem ambulanten Bereich einen wichtigen Platz ein. Sie sollen die stationäre und teilstationäre Behandlung der Patienten sicherstellen, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich und möglich ist.

Seit ca. 20 Jahren können immer mehr psychisch Kranke ambulant versorgt werden. Damit sind die psychiatrischen Fachkrankenhäuser zwar ein notwendiger, aber nicht der alleinige und entscheidende Bestandteil im Rahmen der Angebote gestufter und gegliederter Behandlungsmöglichkeiten. Eine enge Kooperation und Koordination der verschiedenen Therapieformen im ambulanten und stationären Bereich muss es grundsätzlich ermöglichen, jeweils die Behandlungsform zu wählen, die aus medizinischen Gründen erfolgversprechend ist — entweder ambulant, teilstationär oder stationär.

Der Freistaat Bayern hat die bauliche Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren mit über 1 Mrd. Mark finanziell gefördert. Immer noch besteht ein hoher Sanierungsbedarf, der große Anstrengungen aller Beteiligten erfordert.

Träger der psychiatrischen Krankenhäuser sind neben einigen kreisfreien Städten, freigemeinnützigen und privaten Trägern vor allem die Bezirke. Ihre Sicherstellungspflicht ergibt sich aus Art. 48 Abs. 3 Nr. 1 der Bezirksordnung, wonach sie die erforderlichen „stationären

und teilstationären Einrichtungen für Psychiatrie zu errichten, zu unterhalten und zu betreiben haben". Auch die Universitätskliniken sind an der psychiatrischen Versorgung beteiligt.

Die bayerischen Bezirke haben ihren psychiatrischen Krankenhäusern durch Satzung Pflichtaufnahmegebiete zugeordnet. Durch diese Zuordnung wird erreicht, dass Patienten, die im Pflichtaufnahmegebiet eines Bezirkskrankenhauses ihren Wohnsitz haben, von diesem nicht abgewiesen werden können, wenn sie einer stationären Behandlung bedürfen.

Effektive Behandlungsmöglichkeiten und der zügige Ausbau des ambulanten Bereichs haben dazu geführt, daß der Bedarf an Betten in der stationären psychiatrischen Versorgung zurückgegangen ist.

1966 ergab sich unter Zugrundelegung der damaligen Einwohnerzahl von 10,8 Mio. eine Bettenmessziffer von 1,54 Betten auf 1000 Einwohner. 1978 wurde ein Bettenschlüssel von 1,15 pro 1000 Einwohner als vertretbar angesehen.

Die Gesamtzahl der in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Bayern stationär versorgten psychiatrischen Patienten steigt weiter an. Bei einem Großteil der Patienten handelt es sich um Mehrfachaufnahmen. Während im Jahre 1980 rd. 47 000 Patienten behandelt wurden, sind es derzeit rd. 52 000. Dies bedeutet einen Anstieg um 10,6 Prozent.

Die Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern verkürzt sich hingegen erheblich. Während die Verweildauer 1980 noch 118 Tage betrug, werden die Patienten jetzt im Durchschnitt innerhalb von rd. zwei Monaten wieder entlassen. Ausgenommen sind hierbei allerdings die sog. Langzeitpatienten.

Die Entwicklung der Verweildauer hat dazu geführt, daß der Bettennutzungsgrad seit 1980 von 89,4 Prozent auf 84,3 Prozent zurückgegangen ist. Als Folge dieser Entwicklung konnte die Zahl der Betten erheblich vermindert werden. Noch am 01.01.1979 waren 12387 Betten ausgewiesen, 10 Jahre später nur noch 10 324 (Stand: 01.01.1989). Dies bedeutet einen Abbau von 2063 Betten oder 16,7 Prozent.

Der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss, dem alle an der Krankenhausversorgung wesentlich Beteiligten kraft Gesetzes angehören und mit dem in allen planerischen Fragen Einvernehmen anzustreben ist, hat am 10.10. 1988 eine neue Bettenmessziffer von 0,8 Betten im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie pro 1000 Einwohner beschlossen, die sich auf sog. Akutbetten bezieht und bis 1994 erreicht werden soll.

In der Sachverständigenanhörung am 10.11. 1989 wurde die verwaltungsmäßig festgelegte Trennung von Akut- und Pflegebereichen in den psychiatrischen Krankenhäusern in Frage gestellt. Die Belegung mit sog. Akutfällen einerseits und sog. Pflegefällen andererseits sei medizinisch immer weniger begründbar. Therapeutische und medizinisch rehabilitative Maßnahmen seien auch für die meisten der Langzeitkranken in den sog. Pflegebereichen indiziert. Der Krankenhausplanungsausschuss wird sich mit diesem Problem befassen.

Die Vorteile der gemeindenahen Betreuung psychisch Kranker sind auch im stationären Be-

reich unbestritten. Durch Kontakte mit Angehörigen und Freunden lässt sich nicht nur die stationäre Behandlung verkürzen, sondern auch die Wiedereingliederung der Patienten nach Abschluss der Klinikbehandlung erleichtern. Dem Grundsatz der Gemeindenähe stationärer Einrichtungen zur Behandlung psychisch Kranker wird hohe Bedeutung beigemessen.

Derzeit besteht in Bayern ein in etwa flächendeckendes Netz stationärer Behandlungseinrichtungen. Eine Reihe von psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen befindet sich im direkten Einzugsbereich von größeren Städten (z. B. Ingolstadt, Haar bei München, Regensburg, Bamberg, Bayreuth, Ansbach, Erlangen, Nürnberg und Kaufbeuren); weitere Kliniken in Landshut und Augsburg sind im Bau.

Die psychiatrische Krankenhauslandschaft ist teilweise aber noch von den aus der Zeit vor der Jahrhundertwende stammenden, meist großen Krankenhäusern mit standortmäßigen Nachteilen für die Bürger geprägt.

Die vorhandenen Krankenhäuser sollen daher — soweit dies möglich und wirtschaftlich ist — schrittweise verkleinert werden. Bedarfsnotwendige gemeindenahe Behandlungseinrichtungen sollen neu geschaffen werden. Psychiatrische Krankenhäuser sollen aus fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine gewisse Mindestgröße nicht unterschreiten. Ziel der gemeindenahen Betreuung ist, kleinere Einrichtungen zu errichten, die die notwendige umfassende Behandlung sicherstellen können und wirtschaftlich betreibbar sind.

An der schon im Ersten Bayerischen Psychiatrieplan formulierten Zielvorstellung einer Obergrenze einer leistungsfähigen und überschaubaren stationären Versorgung mit ca. 600 Betten für das psychiatrische Fachkrankenhaus wird grundsätzlich festgehalten.

Seit 1982 verfügt das Klinikum Ingolstadt nicht nur über die üblichen somatischen Fachrichtungen eines überörtlich bedeutsamen Krankenhauses der Schwerpunktversorgung, sondern auch über eine integrierte 250-Betten-Klinik der Fachrichtung Psychiatrie. Die damit verbundenen positiven Erfahrungen führen zu dem Ziel, weitere Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu errichten. Psychiatrische Klinikneubauten sollten — wenn irgend möglich — unmittelbar in räumlicher Nähe zu einem leistungsfähigen Allgemeinkrankenhaus errichtet und mit diesem gemeinsam im engen medizinischen und wirtschaftlichen Verbund betrieben werden. Beispiele dafür sind die Klinikneubauten in Augsburg und Landshut und der Aufbau einer psychiatrischen Fachabteilung beim Bezirksklinikum Kutzendorf.

Als gemeindenahe Angebote für Patienten mit hohem Betreuungsbedarf, die nicht vollstationär behandelt werden müssen, stehen derzeit 21 Tageskliniken mit rund 400 Plätzen zur Verfügung. Ein Bedarf an weiteren Einrichtungen ist zu bejahen. Als Standorte für Tageskliniken kommen zunächst Verdichtungsräume in Frage. Die enge Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus der entsprechenden Fachrichtung muss gewährleistet sein.

Alle Nervenkrankenhäuser sollen sich bei Bedarf innerhalb der vorhandenen Bettenkapazität mit einer Tagesklinik eine bürger- und patientennahe Behandlungsmöglichkeit außerhalb

ihres Standortes verschaffen.

Die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser sollen die Behandlungsmöglichkeiten durch eine weitgehende Differenzierung und bestimmte Schwerpunkte, die auf die besonderen Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen eingehen, verbessern.

Mindestens folgende Differenzierungen sollen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie angestrebt werden:

- Allgemeinpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Sucht
- Psychosomatik.

Die von der Expertenkommission der Bundesregierung empfohlene und im Bezirkskrankenhaus Haar bereits praktizierte Sektorisierung nach regionalen Einzugsbereichen kann auch in anderen Großkrankenhäusern sinnvoll sein. Sie dient dem Ziel einer besseren Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen.

Die Stationen zur Behandlung psychisch Kranker sollen gemischtgeschlechtlich belegt werden und eine Wohngruppengliederung vorsehen. Der Unterbringungsstandard soll private Rückzugsräume ermöglichen. Zusätzlich sind ausreichende Räumlichkeiten für Gruppenaktivitäten vorzusehen. Ausgehend von Wohngruppen von 6 bis 12 Patienten sind Stationen mit 16 bis 24 Plätzen, gegebenenfalls entsprechende, weitgehend unabhängige Halb- oder Teilstationen ideal. Durch diese Gliederung soll neben der ärztlichen Behandlung die aktivierende psychiatrische Pflege ermöglicht werden, die darauf beruht, die Patienten zu mobilisieren, zu motivieren und anzuleiten. Diese Stationsgliederung ist abgesehen von begrenzten Zonen der Intensivbehandlung generell anwendbar. Sie soll vordringlich in den sog. Langzeitbereichen verwirklicht werden, da eine aktivierende Förderung und Pflege nur so möglich ist.

Medikamentöse Behandlung, psychiatrische Pflege, Physiotherapie sind Schwerpunkte der stationären Psychiatrie. Weitere sind das psychotherapeutische Repertoire und der Komplex der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Beschäftigungstherapie regt zu Freizeitaktivitäten und kreativem Gestalten an, womit sie auf den Sektor der Kunsttherapie überleitet. Ihr anderer Arm ist die Vorbereitung und Motivation zur Arbeitstherapie als zentraler therapeutischer und rehabilitativer Maßnahme. Moderne Arbeitstherapie soll bei der heutigen kurzen Verweildauer für etwa 50 Prozent der psychisch Kranken einer stationären Einrichtung konzipiert werden. Sie erprobt und steigert die Belastbarkeit, fördert Arbeitskontakte und regt zum selbständigen Handeln an. Fortschritte führen zur Leistungssteigerung; das Aufrücken zu einer gehobenen Tätigkeit und eine gestaffelte Vergütung können zusätzlich motivieren. Die Arbeitstherapie soll so gestaltet werden, daß Übergänge zu extramuralen Arbeitstherapieprojekten und zum freien Arbeitsmarkt oder zu Selbsthilfefirmen möglich sind. Am wirksamsten ist Arbeitstherapie dann, wenn klinische Besserung, arbeitstherapeutischer Erfolg und

Wohnstatus gut harmonisieren.

Die Aufenthaltsdauer der Langzeitkranken ist selten medizinisch indiziert, sondern meist durch die bisher noch unzureichende Ausstattung mit ambulanten Einrichtungen hervorgerufen. Nur ein geringer Teil dieser Kranken bedarf der längerfristigen oder dauernden Betreuung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

Es wird angestrebt, vermehrt gemeindenähe Hilfen anzubieten. Dadurch können viele Patienten entlassen werden. Für die Restgruppe, insbesondere wenn die Verbindungen zur Heimat abgerissen sind, wird allerdings das Krankenhaus als dauerndes Zuhause angesehen. Die noch bestehenden Pflegebereiche sollen langfristig soweit als möglich zugunsten der außerklinischen Dienste und Einrichtungen abgebaut und die pflegebedürftigen Menschen auf diese Weise versorgt werden.

Seit dem Ende der 70er Jahre steigt die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte trotz rückläufiger Bettenzahl. Weitere Verbesserungen sind wegen der Kostenbelastung der Krankenkassen nur schrittweise möglich. Zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern besteht keine Übereinstimmung, welche Personalbesetzung fachlich angemessen ist. Zu einer gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie vom Gesetzgeber seit 1981 vorrangig vorgesehen ist, ist es bedauerlicherweise nicht gekommen. Größere Klarheit ist von der Rechtsverordnung zu erwarten, die die Bundesregierung gemäß § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie vorbereitet.

Bei den Pflegekräften wird es in Zukunft allerdings auch darum gehen, genügend Kräfte für diesen Beruf zu gewinnen. Generell gilt es, den Pflegeberuf materiell und immateriell attraktiver zu machen. Für die psychiatrischen Krankenhäuser stellt sich diese Aufgabe in besonderer Weise.

Um die psychiatrischen Krankenhäuser im inneren und äußeren Funktionsablauf ihrer Versorgungsaufgabe zeitgerecht anzupassen, erscheint es zweckmäßig, als räumliche und organisatorische Mittelpunkte Sozialzentren zu errichten. Diese Zentren sollen als innere Kristallisationspunkte der sozialen Betreuung der Patienten dienen und günstige Voraussetzungen für den Kontakt zum Leben außerhalb des Krankenhauses schaffen.

Welche Betriebsstellen oder therapeutischen Einrichtungen in einem solchen Sozialzentrum vorhanden sein sollen, hängt von der Größe und Struktur sowie den bereits vorhandenen Einrichtungen des jeweiligen Krankenhauses ab. Am günstigsten erscheinen für die Sozialzentren diejenigen Einrichtungen, die Gruppenaktivitäten fördern und den Kontakt des einzelnen Patienten zur Umwelt — auch außerhalb des Krankenhauses — erreichen. Zu denken ist hier insbesondere an Cafeterias, Kioske, Mehrzweckhallen, Spielräume, Kegelbahnen, Patientenclubs, Leseräume etc.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker hat die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen verbessert und dabei die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Orientierung bei der Vergütung auch am Grundsatz der Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu wichtigen Leitlinien gemacht. Erstmals wurde auch die Vergütung nichtärztlicher, auf ärztliche Veranlassung erbrachter Leistungen durch die Krankenkassen ermöglicht. Das SGB V hat diese Regelungen übernommen.

Nach der Rechtslage ist die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihre Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Institutsambulanzen angewiesen sind und die ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht versorgt werden können.

Ziele

Die Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser soll fortgesetzt werden. Die Sanierungsmaßnahmen in den Langzeitbereichen sollen mit einem Kapazitätsabbau einhergehen. Dort ist der Standard der Heimmindestbauverordnung anzustreben.

Die Bezirkskrankenhäuser sollen in Übereinstimmung mit dem Votum des Krankenhausplanungsausschusses vom Oktober 1988 verkleinert werden.

Zur Verbesserung einer möglichst gemeindenahen Versorgung sollen weitere Behandlungseinrichtungen geschaffen werden, die auch die Pflichtversorgung übernehmen.

Die Nervenkrankenhäuser sollen — auch räumlich getrennte — Tageskliniken vorhalten.

Die fachliche Differenzierung und die regionale Sektorisierung in den Nervenkrankenhäusern soll fortgeführt werden. Geistig Behinderte sollen in geeignete Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege verlegt werden, soweit sie nicht psychiatrisch behandlungsbedürftig sind.

Die Personalausstattung in den Nervenkrankenhäusern soll verbessert werden.

Das therapeutische Milieu in den Abteilungen der Nervenkrankenhäuser soll durch gemischtgeschlechtliche Belegung, durch Wohngruppenbildung und andere therapeutische Maßnahmen verbessert werden.

Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapien in den Nervenkrankenhäusern sollen ausgebaut werden.

Der Ausbau von kommunikativen Einrichtungen in den Nervenkrankenhäusern soll fortgesetzt werden.

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Krankenbehandlung soll nach Bedarf durch

die Errichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen des geltenden Rechts fortgesetzt werden. Die Zusammenarbeit der psychiatrischen Institutsambulanzen mit allen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung soll verbessert werden. Sie ist notwendig, weil sich die Aufgabengebiete überschneiden können.

3. Sozialpsychiatrische Dienste

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind notwendiger Teil einer umfassenden ambulanten Versorgung. Derzeit bestehen 50 Dienste mit 20 Außenstellen, an denen ca. 170 Fachkräfte beschäftigt sind. Das Sozialministerium hat die Sozialpsychiatrischen Dienste wissenschaftlich untersuchen lassen. Dabei wurde u. a. festgestellt, dass

- die Größe der Einzugsbereiche, die regionale Verteilung der Dienste sowie die Fachkräftedichte erheblich schwanken,
- die Klienten kaum Wege in Kauf nehmen, die weiter als 15 km sind,
- die Dienste durch eine Vielzahl verschiedener Tätigkeiten flexibel auf die Vielfalt der unterschiedlichen Klientenstrukturen reagieren und
- die Dienste weitgehend aufgabengerecht und wirtschaftlich arbeiten.

Die Untersuchung empfiehlt,

- in Übereinstimmung mit der Expertenkommission der Bundesregierung kleinräumliche Versorgungsstrukturen auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise zu schaffen, wobei größere Gebietskörperschaften in überschaubare Versorgungsbereiche unterteilt werden sollten,
- beim Ausbau des Versorgungsnetzes darauf zu achten, dass bisher un- oder unterversorgte Gebiete vorrangig berücksichtigt werden,
- Prioritäten in der Aufgabenstellung festzulegen,
- auf die direkt klientenbezogenen Tätigkeiten mindestens die Hälfte des Zeitbudgets der Mitarbeiter zu verwenden,
- die Versorgung der chronisch psychisch Kranken zu intensivieren,
- die Stellung des Arztes im Dienst hinsichtlich Diagnose und Behandlung zu verstärken.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben folgende Aufgaben, wobei die Tätigkeit der beteiligten Nervenärzte und Psychiater in einer Vereinbarung zwischen den Trägern der Dienste, den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns festgelegt werden soll:

- Prävention
- Diagnose durch den Arzt
- soziale und psychologische Beratung, begleitende und nachgehende Betreuung im sozialen Umfeld
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen, sonstigen Bezugspersonen und den von den

Vormundschaftsgerichten bestellten Pflegern und Vormündern (Betreuern)

- Vermittlung an niedergelassene Ärzte, insbesondere Nervenärzte, in Krankenhäuser sowie an alle in Frage kommenden Beratungsstellen und Ämter
- Betreuung in beschützten Wohnformen (Einzelwohnungen, lose betreute Wohngemeinschaften) sowie Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Betreuung am Arbeitsplatz einschließlich Beratung von Arbeitgebern, Betriebsräten und Kollegen sowie Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Zusammenarbeit mit den Hauptfürsorgestellen und den Arbeitsämtern im Rahmen des § 31 des Schwerbehindertengesetzes
- Organisation von Freizeit- und Erholungsmaßnahmen, Angebot von tagesstrukturierenden Maßnahmen, Aufbau und Betreuung von Teestuben und Patientenclubs unter Einbeziehung der Laienhelfer Aufbau und
- soweit notwendig
- Betreuung von Kontakt-, Hobby-, Übungs- und Gesprächsgruppen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen
- Gewinnung, Schulung und Anleitung von Laienhelfern
- Krisenintervention und Mitarbeit bei einem Psychosozialen Bereitschaftsdienst
- häusliche psychiatrische Krankenpflege
- Gewinnung und Betreuung von Pflegefamilien
- Betreuung von Suchtkranken, soweit ein spezifisches Beratungs- und Betreuungsangebot nicht vorhanden ist. Die Sozialpsychiatrischen Dienste erfüllen ihre Aufgaben entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und ihrer Personalausstattung.

Die vielfältigen Aufgaben erfordern die Mitarbeit von mindestens

- einem Nervenarzt oder Psychiater,
- einem Psychologen (möglichst mit klinischer Zusatzausbildung),
- einem Sozialarbeiter,
- einem Psychiatriepfleger (modellhaft bei einzelnen Diensten) und
- einer Verwaltungskraft.

Außerdem sollen Zivildienstleistende, Praktikanten und Laienhelfer tätig werden. Die Fachkräfte arbeiten als Team. Ihre Supervision ist sicherzustellen.

Das Sozialministerium wirkt darauf hin, daß die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater mit den Sozialpsychiatrischen Diensten im Einzugsgebiet eng zusammenarbeiten und die Möglichkeit erhalten, innerhalb der Räumlichkeiten der Dienste tätig zu werden. Dadurch können die Klienten der Dienste die erforderliche nervenärztliche Behandlung erhalten. Auf der anderen Seite können die Ärzte für ihre Patienten die Dienstleistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste besser nutzen. Voraussetzungen für eine derartige Praxis sind Rahmenverträge, die von den Wohlfahrtsverbänden mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

und den gesetzlichen Krankenkassen abzuschließen wären.

Gesetzliche Kostenträger sind die Krankenkassen, soweit Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, die Hauptfürsorgestellten im Rahmen des § 31 Schwerbehindertengesetz (SchwbG) und im Übrigen die Sozialhilfeträger nach §§ 39 ff. BSHG i. V. m. Art. 12 a AGBSHG. Der Freistaat Bayern und die Bezirke leisten erhebliche Zuschüsse zu den Personalkosten. Die Sachkosten werden durch die Träger und durch Zuschüsse der übrigen Kommunen finanziert.

Ziele

Langfristig soll je Landkreis und je kreisfreier Stadt ein Dienst errichtet werden. Bei dem schrittweisen Ausbau sind bisher unversorgte und unterversorgte Gebiete vorrangig zu berücksichtigen. Die Dienste sollen sich schwerpunktmäßig der Versorgung der chronisch psychisch Kranken widmen.

Die Möglichkeit der Behandlung psychisch Kranker durch niedergelassene Ärzte und Psychiater in den Sozialpsychiatrischen Diensten aufgrund von Rahmenverträgen, die zwischen den Beteiligten abzuschließen sind, soll geprüft werden.

Modellhaft sollen für die häusliche Krankenpflege Psychiatriepfleger eingestellt werden.

Die Erreichbarkeit der Dienste soll auf die Abendstunden und Wochenenden ausgedehnt werden.

Die Zusammenarbeit mit allen mit der Versorgung psychisch Kranker befassten Stellen soll verbessert werden. Die Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienst ist langfristig zu sichern. Die bisherigen Finanzierungsabsprachen zwischen dem Verband der bayerischen Bezirke und dem Freistaat Bayern sollen grundsätzlich beibehalten werden. Das Sozialministerium wird sich dafür einsetzen, dass sich die Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten an der Finanzierung beteiligen. Um dem wachsenden Betreuungsbedarf ausländischer psychisch Kranker und ihrer Familienangehörigen gerecht zu werden, sollen zwei von der Robert-Bosch-Stiftung finanzierte Modellversuche in Aschaffenburg und Nürnberg ab 1991 in die Regelförderung einbezogen werden.

4. Gesundheitsämter

Auch die 71 staatlichen und drei städtischen Gesundheitsämter in Bayern nehmen Aufgaben der Versorgung psychisch Kranker wahr. Grundlage hierfür sind Art. 11 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über die Gesundheits- und Veterinärfachverwaltung in Bayern, § 126 BSHG sowie Art. 3 i. V. m. Art. 1 des Unterbringungsgesetzes.

Aufgrund dieser Vorschriften erstellen die Ärzte des Gesundheitsamtes psychiatrische Gutachten, führen zusammen mit den Sozialarbeitern der Gesundheitsämter Beratungen — auch im Rahmen von Haus und Klinikbesuchen — durch, werden bei psychischen Krisen hinzugezogen und unterstützen psychisch Kranke in lebenspraktischen Dingen, z. B. bei Behördenangelegenheiten. An einigen Gesundheitsämtern bilden Ärzte und Sozialarbeiter — teilweise unter Mitwirkung von Laienhelfern — Gruppen mit psychisch Kranken („Patienten-Clubs“) mit dem Ziel der Prävention. Insbesondere sollen krisenhafte Zuspitzungen bei psychisch Kranken verhindert oder gemindert und Zwangsmaßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz vermieden werden.

Die nichthoheitlichen Aufgaben nehmen die Gesundheitsämter subsidiär wahr. Die Gesundheitsämter sollen im Rahmen der Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften die Angebote der verschiedenen Dienste und Einrichtungen vor Ort koordinieren. An den Gesundheitsämtern bieten ferner Nervenärzte Sprechtage an für Drogen- und Alkoholabhängige und deren Angehörige sowie für Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden (nervenärztliche Sprechtage).

Nervenärzte der im Zuständigkeitsbereich vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser bieten an den Gesundheitsämtern Sprechtage an.

Ziele

Durch die Zusammenarbeit in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollen die Kontakte zu allen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung intensiviert und koordiniert werden.

5. Krisendienste

Immer wieder wird — vor allem von den Angehörigen psychisch Kranker — beklagt, dass in Fällen psychischer Krisen fachgerechte Hilfen nicht zur Hand sind. So erfolgen viele vermeidbare Einweisungen in die psychiatrischen Krankenhäuser.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat landesweit neben dem Notarztdienst („Blaulichtdienst“) einen kassenärztlichen Notfalldienst für sprechstundenfreie Zeiten eingerichtet. Diesen Diensten obliegt grundsätzlich auch die Notfallversorgung; erforderlichenfalls zieht der diensthabende kassenärztliche Notfallarzt einen Nervenarzt zur Mit- und Weiterbehandlung hinzu.

In den Verdichtungsräumen sollen sich die einschlägigen Dienste (insbesondere Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Suchtberatungsstellen, Telefonseelsorge) zusammenschließen, um für Krisenfälle eine Erreichbarkeit rund um die Uhr sicherzustellen. Damit könnten psychisch Kranke im Notfall sozialpädagogische und psychologische Unterstützung erhalten. Nervenärztliche Hilfe soll dann zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht wird. Die nichtärztlichen Mitarbeiter der Krisendienste sollen einen Nervenarzt anfordern können, wenn ihre eigene Kompetenz nicht mehr ausreicht. Die Voraussetzungen für eine derartige Kooperation können durch Rahmenverträge der Wohlfahrtsverbände mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den gesetzlichen Krankenkassen geschaffen werden.

Ist eine stationäre Krisenversorgung erforderlich, stehen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung. Denkbar wäre, eine gemeindenahе Versorgung durch Krisenbetten an Allgemeinkrankenhäusern sicherzustellen. Die Krisenpatienten sollten von niedergelassenen Nervenärzten konsiliarisch betreut werden.

Ziele

Zumindest in Verdichtungsräumen sollen für psychiatrische Notfälle durch einen Verbund der einschlägigen Dienste rund um die Uhr nervenärztliche und sozialpsychiatrische Hilfen zur Verfügung stehen. Die Voraussetzungen entsprechender Rahmenverträge sollen geprüft werden.

Modellhaft sollen in geeigneten Krankenhäusern Krisenbetten für psychiatrische Notfälle vorgehalten werden.

6. Tagesstätten

Tagesstätten und ähnliche Einrichtungen stehen schwerpunktmäßig chronisch psychisch Kranken offen, die längerfristig keine Arbeit finden können. Sie sind einerseits Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und einer niedrigen Zugangsschwelle. Andererseits bieten sie regelmäßig teilnehmenden schwerer psychisch Kranken längerfristige beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme an. Sie sind damit sowohl ambulante Betreuungsstellen zur sozialen Rehabilitation als auch teilstationäre Einrichtungen zur Rückfallverhütung sowie zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes vor allem chronisch psychisch Kranker.

Als Träger dieser Einrichtungen bieten sich auch die Träger der örtlichen Sozialpsychiatrischen Dienste an. Damit wird die zu wünschende enge Zusammenarbeit mit diesen Diensten erleichtert. Die Betreuungsarbeit in der Tagesstätte übernehmen hauptamtliche Kräfte (vor-

wiegend Sozialarbeiter, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Psychiatriepfleger) und ehrenamtliche Helfer.

Da die Leistungen zur sozialen Rehabilitation als Eingliederungshilfe gemäß §§ 39, 40 BSHG zu werten sind, kommen die Träger der Sozialhilfe grundsätzlich als Kostenträger in Betracht. Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie können nach den Vorschriften des SGB V mit den Sozialversicherungsträgern abgerechnet werden. Nach dem Ergebnis der Sachverständigenanhörung vom 10.11.1989 können Tagesstätten und ähnliche Einrichtungen wesentliche Aufgaben der psychiatrischen Versorgung übernehmen.

Ziele

Weitere Tagesstätten mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten sollen zumindest in den Großstädten errichtet werden. Der Freistaat Bayern wird Fördermittel zu den notwendigen Investitionen bereitstellen.

Die Tagesstätten sollten bei Bedarf auch am Abend und am Wochenende geöffnet werden.

7. Laienhelfer

Laienhelfer sind engagierte Bürger, die die Ausgliederung psychisch Kranker aus der Gesellschaft verhindern helfen oder die gesellschaftliche Wiedereingliederung erleichtern. Sie stehen den psychisch Kranken über einen längeren Zeitraum zur Seite, insbesondere in schwierigen Situationen, und helfen ihnen, sich in den normalen Abläufen des täglichen Lebens zurechtzufinden. Dies kann in Form von Gesprächsbereitschaft, regelmäßigen Haus- oder Krankenbesuchen, verschiedenen Freizeitunternehmungen, Begleitung bei Behördengängen oder Hilfe zur Führung des Haushalts geschehen. Persönliches Engagement, Initiative und Phantasie der Helfer sowie Vielfalt der Betreuungsangebote der Träger sind zu begrüßen.

Laienhelfer sind kein Ersatz für Fachkräfte, sondern nehmen Aufgaben außerhalb der Tätigkeitsfelder der professionellen Kräfte wahr. Sie treten den psychisch Kranken spontan und unbefangen gegenüber;

gleichwohl sollen sie durch allgemeine praxisnahe Einführungen und fallbezogene Anleitungen mit den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Betreuten sowie den Chancen und Risiken ihrer Aufgaben vertraut gemacht werden. Als Laienhelfer können auch ehemalige Betroffene und Angehörige tätig werden. Derzeit sind in Bayern ca. 1200 Laienhelfer tätig. Der Freistaat Bayern gewährt für die Betreuung von psychisch Kranken durch Laienhelfer pauschale Aufwandsentschädigungen und bezuschusst Schulungsmaßnahmen.

Ziele

Durch eine Erhöhung der staatlichen Förderpauschale könnte ein Anreiz für die Gewinnung

weiterer Laienhelfer geschaffen werden.

8. Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen

Vor allem für die Betreuung von Suchtkranken haben sich Selbsthilfegruppen bewährt, die sich aus ehemaligen Abhängigen und Laienhelfern zusammensetzen. Die übrigen psychisch Kranken sind in ihrer Selbsthilfefähigkeit zum Teil stark eingeschränkt. Im Laufe der Jahre haben sich jedoch aus verschiedenen von den Angehörigen und den Sozialpsychiatrischen Diensten initiierten und betreuten Gruppen Angehörigen- und Selbsthilfegruppen entwickelt. Die Angehörigen psychisch Kranker tragen vielfach die Hauptlast der Versorgung. Ihre psychische und physische Belastung führt häufig zu Gesundheitsproblemen. Es kann auch zur sozialen Isolation bis hin zum sozialen Abstieg der betroffenen Familien kommen. Deshalb wird die Bildung von Angehörigengruppen, die der Information, Entlastung und gegenseitigen Stützung dienen, nachdrücklich begrüßt. Nachdem psychiatrische Patienten keine eigene Lobby haben, können die Angehörigengruppen diese Funktion teilweise ausfüllen und die Verbesserung der rechtlichen Situation der psychisch Kranken und die Bereitstellung von Leistungen fordern.

Ziele

Selbsthilfegruppen der körperlich, geistig und Sinnesbehinderten und somatisch chronisch Kranken werden staatlich gefördert. Nach dem Grundsatz der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken sollen die Selbsthilfegruppen psychisch Kranker und Abhängigkeitskranker einschließlich der Angehörigengruppen in die staatliche Förderung einbezogen werden.

9. Freizeitmaßnahmen und Kurse

Durch Freizeitmaßnahmen und Kurse soll der durch spezifische Therapien eingeleitete Heilungsprozess unterstützt und die soziale Wiedereingliederung von psychisch Kranken gefördert werden. Kommunikative und aktivierende Angebote sollen es den Patienten ermöglichen, Selbstvertrauen zu gewinnen und Zugang zu den eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu finden.

Um den psychisch Kranken eine weitgehend selbständige Lebensführung zu ermöglichen, sind Angebote notwendig, die lebenspraktische Fähigkeiten wie Haushaltsführung und Umgang mit Formularen und Behörden sowie Fähigkeiten im handwerklich kreativen Bereich vermitteln. Ein Merkmal ist das Prinzip der abgestuften Belastung, wobei die Klienten Schritt für Schritt an den Lebensrhythmus der Gesunden herangeführt werden.

Notwendig sind Veranstaltungen geselliger Art auch für psychisch Kranke, die noch in stationären oder teilstationären Einrichtungen betreut werden. Es sollen geschützte und offene Kontakte, Feste im Jahreskreis, Tages- und Wochenendausflüge sowie Ferienaufenthalte angeboten werden. In diese Freizeitmaßnahmen sollen Angehörige und Nichtbetroffene einbezogen werden. Die Betreuung der Angebote durch Laienhelfer hat sich bewährt.

Ziele

Der weitere Ausbau der Freizeitaktivitäten und Kurse soll gefördert werden. Der Freistaat Bayern beteiligt sich nach Maßgabe der einschlägigen Förderrichtlinien an den Kosten.

10. Betreutes Einzelwohnen

Diese Wohnform bietet sich vor allem für diejenigen psychisch Kranken an, die relativ selbstständig leben können oder aufgrund ihres Krankheitszustandes durch das Leben in einer Wohngemeinschaft überfordert sind. Dazu zählt auch das Wohnen mit Familienangehörigen oder einem Partner, der ebenfalls psychisch krank sein kann. Das betreute Einzelwohnen bietet eine gewisse Rückzugsmöglichkeit, ohne dass die Betroffenen dem Druck der Gruppe ausgesetzt sind. Es bedeutet aber auch, daß Beziehungsaufnahme und Kontaktpflege zu anderen Menschen ausreichend ermöglicht werden, wenn nötig mit begleitender Hilfe der Betreuungspersonen. Betreutes Einzelwohnen ist in erster Linie eine Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste. Sie kann aber auch durch Institutsambulanzen oder im Wege der Nachbetreuung durch die Einrichtung wahrgenommen werden, die den Betroffenen entlassen hat.

Ziele

Die Sozialpsychiatrischen Dienste müssen sich dem betreuten Einzelwohnen verstärkt annehmen, besonders im Hinblick auf die chronisch Kranken. Zur Tagesstrukturierung sollen offene und Gruppenangebote geeigneter Einrichtungen genutzt werden.

Die Träger der Sozialversicherung sollen die Kosten für Leistungen übernehmen, die den Anforderungen des Sozialgesetzbuches entsprechen.

11. Wohngemeinschaften

Für Wohngemeinschaften kommen psychisch Kranke in Frage, die durch diese Betreuungsform keiner stationären Behandlung (mehr) bedürfen, nach ärztlichem Urteil zumindest im Ansatz die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung erkennen lassen und bei denen die ambulante ärztliche Behandlung allein nicht ausreicht. Das Therapieprogramm umfasst im

notwendigen Umfang die folgenden Maßnahmen:

- Einzel- und Gruppengespräche
- therapeutisch orientierte Maßnahmen
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- persönliche Hilfen zur Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung
- Sicherstellung von Krisenintervention
- Beratung und Hilfe zur beruflichen und sozialen Eingliederung
- psychiatrische Krankenpflege.

Die Hilfen zur Arbeit und Freizeitgestaltung werden außerhalb des Wohnbereichs erbracht.

Die unterschiedliche Intensität der Betreuung wirkt sich im Personalschlüssel aus. Nach bundesweiten Erfahrungen kann eine vollbeschäftigte Betreuungskraft im allgemeinen 4 bis 12 Bewohner mehr oder weniger intensiv oder mehr als 12 Bewohner lose betreuen. In eine Wohngemeinschaft sollten nicht mehr als 7 Personen aufgenommen werden. Bei größeren Räumlichkeiten müssten zwei oder mehrere Gruppen gebildet werden. Die Miete wird in der Regel auf die einzelnen Bewohner umgelegt und mit dem eigenen Einkommen bestritten (Arbeitseinkommen, Rente, 'Hilfe zum Lebensunterhalt'). Die Kosten der Betreuung werden bei Bedarf über einen Tagessatz abgerechnet, der entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Bewohner zwischen dem Maßnahmeträger und dem Kostenträger vereinbart wird. Maßnahmeträger sind die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, in der Behindertenhilfe tätige Vereine und subsidiär die kommunalen Gebietskörperschaften. Kostenträger sind nach der derzeitigen Rechtslage die zuständigen Träger der Sozialhilfe, soweit die Leistungen nicht von den Trägern der Sozialversicherung übernommen werden können. Der Freistaat Bayern gewährt bei der Errichtung von Wohngemeinschaften für psychisch Kranke auf freiwilliger Basis Zuschüsse zu den Kosten der notwendigen erstmaligen Grundausstattung.

Ziele

Die Zahl der Wohngemeinschaftsplätze muss dem örtlichen Bedarf entsprechend deutlich erhöht werden.

Die Qualität der Betreuung muss durch eine enge Zusammenarbeit mit den anderen örtlichen Einrichtungen verbessert werden, vor allem bei den Beschäftigungs- und Freizeitangeboten. Die Sozialversicherungsträger sollen die Kosten für Leistungen übernehmen, die den Anforderungen des Sozialgesetzbuches entsprechen. Die subsidiäre Zuständigkeit für die Betreuungskosten muss dringend zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geklärt werden. Sollte es nicht zu praktikablen Ergebnissen kommen, müssen Änderungen der gesetzlichen Grundlagen (Sozialgesetzbuch, Gesetz zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes, Bezirksordnung) ins Auge gefasst werden.

12. Wohnheime

Für psychisch Kranke, die vorübergehend oder über einen längeren Zeitraum in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit (evtl. in unterschiedlicher Intensität) Hilfe benötigen, die in Wohngemeinschaften überfordert werden und weder einen Krankenhausaufenthalt noch eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation benötigen, sind dezentrale Wohnheime mit bis zu ca. 30 Plätzen erforderlich. Sie bieten den Bewohnern neben Unterkunft und Verpflegung die ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Betreuung. Dadurch sollen die psychisch Kranken so weit stabilisiert werden, daß sie auch einer geregelten Arbeit nachgehen können. Soweit sie nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterkommen, sollten sie in Selbsthilfefirmen, Zweigwerkstätten, Abteilungen für psychisch Behinderte bei den Werkstätten für Behinderte oder therapeutischen Werkstätten eine Beschäftigung finden. Mit Ausnahme der Heime für Schwerst- und Mehrfachbehinderte werden die Hilfen zur Arbeit und Freizeitgestaltung möglichst in räumlicher Trennung vom Wohnbereich erbracht.

Unerlässliche Voraussetzung für eine effektive Betreuung und Förderung der Bewohner ist die Gliederung der Heime in Gruppen. Sie erlaubt am ehesten das individuelle Eingehen auf den einzelnen Menschen und schafft einen überschaubaren Lebensbereich, der den psychisch Kranken ein Gefühl des Daheimseins und der Geborgenheit vermittelt und auch die Betreuungspersonen nicht überfordert. Jeder Gruppe müssen ein abgegrenzter, eigenständiger Wohnbereich und ihr zugeordnetes Personal zur Verfügung stehen. Das Leben in der Gruppe muss individuelle Bedürfnisse und den Wunsch nach Rückzug gelten lassen. Intensive, tragfähige Beziehungen der psychisch Kranken untereinander und zu den Betreuern entstehen nur in kleinen Gruppen. Die Größe der Gruppe soll deshalb 12 Bewohner nicht überschreiten. Je nach Art und Schwere der Erkrankung der Gruppenmitglieder sind entsprechend kleinere Gruppen von ca. 5 bis 7 Bewohnern zu bilden.

Träger der Wohnheime sind vor allem die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die in der Behindertenhilfe tätigen eingetragenen Vereine, subsidiär auch die kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Finanzierung der laufenden Kosten wird über einen mit dem zuständigen Träger der überörtlichen Sozialhilfe vereinbarten Tagessatz sichergestellt. Zu den Investitionskosten für die Errichtung der Heime in gemeinnütziger Trägerschaft leistet neben den Sozialhilfeträgern auch der Freistaat Bayern freiwillige Zuschüsse im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Ziele

Für die Betreuung chronisch psychisch Kranker wird ein landesweites Netz gemeindenaher

Wohnheime geschaffen.

Im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel wird in den im Landesentwicklungsprogramm ausgewiesenen Regionen und Oberzentren, in denen noch keine Wohnheime für psychisch Kranke bestehen, die Errichtung des jeweils ersten Projektes vom Freistaat Bayern mit einem erhöhten Fördersatz bezuschusst.

Die konsiliarische ärztliche Betreuung der Heime soll durch niedergelassene Nervenärzte oder durch Kooperationsverträge mit psychiatrischen Krankenhäusern sichergestellt werden. Die Konzeption sowie die Personal- und Sachausstattung der Wohnheime ist darauf abzustimmen, daß eine Wiedereingliederung der Bewohner in eine selbständige Lebensführung möglich ist. Dabei sind die Qualifikation des Personals und der Einsatz von Berufsgruppen aus dem sozialpädagogisch-therapeutischen Bereich besonders zu beachten.

Die Wohnheime arbeiten mit den anderen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen vor Ort eng zusammen.

13. Pflegeheime

Chronisch psychisch Kranken, die weder von ihren Angehörigen noch von ambulanten oder teilstationären Einrichtungen ausreichend betreut werden können, stehen traditionsgemäß Pflegeheime zur Verfügung, die unter der Trägerschaft der Kirchen und Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts, der Verbände der freien Wohlfahrtspflege oder gewerblicher Unternehmer stehen. Früher wurden in den stationären Langzeiteinrichtungen Menschen mit allen möglichen Behinderungsarten aufgenommen. Mehr und mehr setzt sich jedoch die Erkenntnis durch, daß vor allem psychisch Kranke eine spezifische Betreuung benötigen, die ihnen nur besonders dafür ausgebildetes Fachpersonal bieten kann. Eine Spezialisierung der Heime auf einzelne Behinderungsarten oder eine interne Strukturierung ist die notwendige Folge.

Abgesehen davon, daß besonders bei älteren psychisch Kranken auch körperliche Behinderungen Pflegebedürftigkeit hervorrufen können, sollte hinsichtlich der Betreuung kein grundlegender Unterschied zwischen Wohn- und Pflegeheimen bestehen; vielmehr werden die Übergänge fließend und nicht exakt abgrenzbar sein. In vielen Einrichtungen ist der Übergang vom kustodialen zum therapeutisch-aktivierenden Charakter längst nicht abgeschlossen.

Die Unterscheidung zwischen Wohnheimen und Pflegeheimen für psychisch Kranke hat lediglich administrative Gründe. Heime, in denen die Art der Hilfeleistung als Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG anzusehen ist, werden als Wohnheime bezeichnet. Zu den Pflegeheimen werden die Einrichtungen gezählt, in denen die Bewohner überwiegend Hilfe zur Pflege nach §§ 68, 69 BSHG erhalten. Für jüngere chronisch psychisch Kranke sind Pflegeheime daher nur in Ausnahmefällen geeignet.

Konzeptionell sind die für Wohnheime aufgeführten Grundsätze auch für Pflegeheime wichtig; dies gilt vor allem für das Gruppenprinzip, das für eine moderne Pflegeeinrichtung unerlässlich ist. Allenfalls kann die Größe der Einrichtung bei Pflegeheimen flexibler gehandhabt werden.

Auch stationäre Pflegeeinrichtungen dürfen das Ziel, den psychisch Kranken die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und einen sinnvollen Tagesablauf zu ermöglichen, nicht aus den Augen verlieren. Diesem Ziel dient auch das vom Sozialministerium aufgelegte Förderprogramm für Förderstätten in Pflegeheimen. Dort können chronisch psychisch Kranke eine ihren Fähigkeiten angemessene Beschäftigung finden, wenn sie nicht die in der Werkstatt für Behinderte geforderten Leistungskriterien erbringen. Nach dem Grundsatz der Gleichstellung darf dieses Förderprogramm den chronisch psychisch Kranken nicht vorenthalten werden.

Bei der Bemessung des Personalbedarfs kann ein allgemeingültiger Personalschlüssel der Praxis nicht gerecht werden. Ausgangspunkte der Bemessung des notwendigen Personals müssen vielmehr sein:

- die Größe der Gruppe (ca. 6 bis 8, nicht mehr als 12 Heimbewohner),
- die Zusammensetzung der Gruppe (z. B. nach Geschlecht, Alter, Art der Behinderung),
- der Betreuungsaufwand für den einzelnen (je nach der Schwere der Behinderung und den Betreuungszeiten),
- die baulichen Gegebenheiten und Ausstattung (Möblierung, technische Hilfsmittel),
- die organisatorischen Bedingungen und
- das Umfeld der Einrichtung.

Selbstverständlich ist vor der Personalbedarfsbemessung zu prüfen, inwieweit ungünstige Gegebenheiten veränderbar sind. Vor allem betrifft dies die Sanierung baulich unzulänglicher Heime mit dem Ziel einer menschenwürdigen Unterbringung der psychisch kranken Pflegebedürftigen.

Der Bedarf an Pflegeheimen für chronisch psychisch Kranke lässt sich nicht global, sondern nur auf regionaler Ebene ermitteln.

Ziele

Die Sanierung bedarfsgerechter, baulich unzulänglicher Pflegeheime soll vorangetrieben werden. Im Zuge der Sanierung sollen die größeren Einrichtungen ihre Platzkapazitäten verringern. Für die Sanierung gemeinnützig betriebener Heime stehen staatliche Fördermittel zur Verfügung.

Die Personalausstattung der Pflegeheime sollte so bemessen sein, daß die Umsetzung der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse über aktivierende Pflege ermöglicht wird.

14. Pflegefamilien

Eine Alternative zur stationären Pflege können in Einzelfällen Pflegefamilien bieten.

Die Pflegefamilien übernehmen die aktivierende Förderung und Pflege im Sinne eines Familienmodells. Die Kranken sollen in die Familie integriert werden und im Rahmen ihrer Belastbarkeit bestimmte Funktionen übernehmen.

Die sorgfältige Auswahl der Familien und der Pflegebedürftigen sowie eine regelmäßige fachliche Begleitung, etwa durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst, sind nach den bisherigen Erfahrungen unabdingbare Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf dieser Betreuungsform. Die Finanzierung ist gesetzliche Aufgabe der Sozialhilfe.

Ziele

Die Betreuung in Pflegefamilien soll erprobt werden.

15. Hilfen am allgemeinen Arbeitsmarkt

Vorrangiges Ziel aller Bemühungen muss es sein, für psychisch Kranke Rehabilitations- und Arbeitsmöglichkeiten am allgemeinen Arbeitsmarkt (freie Wirtschaft und öffentliche Verwaltung) unter den möglichst gleichen Bedingungen wie für Gesunde bereitzustellen. Für einen Teil der psychisch Kranken reichen die vorhandenen Betreuungsangebote (z. B. Personal-, Betriebsrat, Vertrauensmann der Schwerbehinderten, Sozialdienst) aus, um den Arbeitsplatz zu sichern. Häufig werden psychisch Kranke eine ausgleichende Unterstützung benötigen. Daher sind Arbeitsplätze unter geschützten Bedingungen am allgemeinen Arbeitsmarkt notwendig. In erster Linie ist an eine kontinuierliche, stützende, psychosoziale Betreuung sowie eine intensivere Anleitungsphase zu denken. Bei den Arbeitgebern soll durch diese Hilfen die Bereitschaft gefördert werden, psychisch Kranke zu beschäftigen. Leistungen an Arbeitgeber werden z. B. nach dem Arbeitsförderungsgesetz, der Reichsversicherungsordnung und dem Schwerbehindertengesetz erbracht.

Betreuungskräfte, in der Regel Fachkräfte mit pädagogischen Fähigkeiten oder auch Sozialarbeiter, die im selben Betrieb wie die Behinderten angestellt sind, sollen die psychisch schwerbehinderten Arbeitnehmer unterstützen. Der Umfang der Betreuung richtet sich nach dem jeweiligen Einzelfall.

Darüber hinaus können Arbeitgeber Lohnkostenzuschüsse erhalten. Voraussetzung ist, daß psychisch Schwerbehinderte infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können und dem Arbeitgeber nicht zugemutet werden kann, die Kosten selbst zu tragen.

Ein Teil der psychisch Schwerbehinderten bedarf psychosozialer Betreuung, um in der Ar-

beitswelt bestehen zu können. Die Sozialpsychiatrischen Dienste eignen sich dazu, die Hauptfürsorgestellen bei der Erfüllung dieser Aufgabe nach § 31 Abs. 2 SchwbG zu unterstützen. Sie sollen zu diesem Zweck im Rahmen der verfügbaren Mittel um eine Fachkraft erweitert werden, wenn die Betreuung psychisch Schwerbehinderter im Arbeits- und Berufsleben einen Umfang erreicht, der zumindest eine Halbtagsstelle rechtfertigt.

Zu dem zu betreuenden Personenkreis gehören nicht nur psychisch Schwerbehinderte in Arbeit, sondern auch Arbeitslose, die gemäß § 103 AFG der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. Bei der psychosozialen Betreuung muss es sich im Kernbereich um arbeits- und berufsbezogene Betreuungs- und Beratungsmaßnahmen handeln. Sie schließen aber auch persönliche Hilfen, z. B. in Wohnungsfragen, im familiären Bereich, im Freizeitbereich usw., mit ein, wenn davon auszugehen ist, dass sich Defizite in diesen Bereichen auf das Arbeits- und Berufsleben auswirken. Außerdem gehört zur psychosozialen Betreuung die im Einzelfall notwendige Beratung der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebsräte, der Arbeitgeber und sonstiger (z. B. Kollegen, Angehörige).

Die Kosten für diese Maßnahmen zur Unterstützung der psychisch Schwerbehinderten am Arbeitsmarkt werden im Rahmen der verfügbaren Mittel aus der Ausgleichsabgabe bestritten.

Ziele

Mit dem zielgerichteten Einsatz dieser Hilfen soll erreicht werden, daß die privaten und öffentlichen Arbeitgeber mehr psychisch Kranke in den Betrieben und Verwaltungen beschäftigen. Durch Aufklärung über die Hilfemöglichkeiten soll die Bereitschaft der Arbeitgeber verstärkt werden, psychisch Kranke zu beschäftigen.

16. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und psychisch Behinderte (RPK)

Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen ist es, psychisch Kranke durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu stabilisieren. Außerdem sollen durch berufliche Maßnahmen die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung auf dem allgemeinen oder beschützenden Arbeitsmarkt geschaffen werden. Diese Maßnahmen werden von psychosozialer Betreuung begleitet, sie sind nicht in einzelnen Phasen voneinander abgesetzt, sondern wirken funktional zusammen.

Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtungen finden psychisch Kranke und psychisch Behinderte, die nicht mehr krankenhausbefürdigt sind, aber wegen der Art ihrer Störung einen größeren Rehabilitationsbedarf haben, als er ihnen in den sonstigen Einrichtungen des gestuften psychiatrischen Versorgungsnetzes angeboten werden kann.

Derzeit gibt es in Nürnberg eine Rehabilitationseinrichtung nach dem auf Bundesebene erar-

beiteten Anforderungsprofil. Zwischen den zuständigen Leistungsträgern — den gesetzlichen Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeit — besteht Einigkeit, daß eine weitere in Kempten geschaffen werden soll. Sie wird voraussichtlich noch im Jahr 1991 ihre Arbeit aufnehmen.

Ziele

Erforderlich dürfte eine Einrichtung in jedem Regierungsbezirk sein, um sich einer gemeindenahen Versorgung anzunähern. Die Erfahrungen mit den beiden Einrichtungen sollen jedoch abgewartet werden, bis endgültige Aussagen getroffen werden können.

17. Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen bieten Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. In Bayern gibt es 10 Übergangseinrichtungen mit 450 Plätzen für psychisch Kranke, die die Voraussetzungen des Anforderungsprofils der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte in wesentlichen Teilbereichen erfüllen. Eine Sonderstellung nimmt das Rehabilitationswerk Straubing ein, das den Schwerpunkt seiner Aufgaben im beruflichen Bereich sieht. Die Erprobung der RPK darf nicht dazu führen, daß die bestehenden Übergangseinrichtungen nicht mehr finanziert werden.

Ziele

Soweit sich Übergangseinrichtungen dem Anforderungsprofil der RPK anpassen, sollen die Sozialversicherungsträger als Kostenträger gewonnen werden, jedenfalls nach Ablauf des Modellversuchs „Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte“. Die übrigen Übergangseinrichtungen sollen sich dem Personenkreis der schwerer behinderten Personen widmen. Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen sollen verstärkt werden. Die Finanzierung dieser Einrichtungen ist langfristig zu sichern.

18. Berufsbildungswerke

Aufgabe der Berufsbildungswerke ist es, behinderten Jugendlichen, die wegen der Behinderung noch keinen Beruf erlernt haben und keinen Ausbildungsplatz am freien Arbeitsmarkt erhalten, durch berufsfördernde Maßnahmen, insbesondere durch Vermittlung einer Erstausbildung, die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Derzeit stehen in Bayern 10 Berufsbildungswerke mit 2500 Plätzen zur Verfügung. Die bestehende Struktur

und Organisation der Berufsbildungswerke wird psychisch behinderten Jugendlichen noch nicht voll gerecht; sie nehmen psychisch behinderte Jugendliche im engeren Sinn bisher nur in geringem Umfang auf.

Ziele

Der Ausbildung sind geeignete, zeitlich verlängerte berufsfördernde Maßnahmen voranzustellen. Ferner soll das Personal im Hinblick auf die psychische Behinderung fortgebildet sowie der Personalschlüssel erhöht werden. Außerdem müssen Lehrplan und Ausbildungszeiten auf die psychische Behinderung abgestimmt und krankheitsbedingte Unterbrechungen möglich sein. Bedeutung ist auch der begleitenden psychosozialen Betreuung im Wohn- und Freizeitbereich beizumessen. Ferner ist eine stärkere Berücksichtigung psychisch behinderter Jugendlicher notwendig.

19. Berufsförderungswerke

Aufgabe der Berufsförderungswerke ist es, erwachsenen Behinderten, die keine abgeschlossene Berufsausbildung haben oder wegen ihrer Behinderung ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können, durch berufsfördernde Bildungsmaßnahmen in einer überbetrieblichen Einrichtung der beruflichen Rehabilitation, die (Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. In Bayern bestehen derzeit 5 Berufsförderungswerke mit rd. 2800 Plätzen. Sie nehmen psychisch Behinderte im engeren Sinne nur in geringem Umfang auf.

Ziele

Für die Berufsförderungswerke gilt im wesentlichen das gleiche wie für die Berufsbildungswerke, auch sie sollen ihre Maßnahmen mehr auf die Bedürfnisse psychisch Kranker abstellen. Dafür kann es erforderlich sein, daß

- geeignete, berufsvorbereitende Maßnahmen der eigentlichen Umschulung vorangestellt werden,
- das Personal fachlich fortgebildet ist,
- der Personalschlüssel wegen der zeitaufwendigen Anleitung und Betreuung verbessert wird,
- Lehrpläne und Ausbildungszeiten krankheitsbedingte Ausfälle zulassen,
- die im Wohn- und Freizeitbereich vorhandene Betreuung zur Verselbständigung der psychisch Behinderten ausgeweitet wird.

20. Firmen für psychisch Behinderte (Selbsthilfefirmen)

Selbsthilfefirmen sollen psychisch Behinderte beschäftigen, die

- beruflich leistungsfähig sind und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber wegen ihrer Behinderung oder der schwierigen Arbeitsmarktsituation keinen Arbeitsplatz finden können oder
- zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berufsfördernde Maßnahmen mit begleitender psychosozialer Betreuung benötigen.

Psychisch Behinderte in Selbsthilfefirmen werden fachlich und sozial betreut. Zur Werkstatt für Behinderte grenzen sich die Firmen insoweit ab, als sie mit den Behinderten reguläre Ausbildungs- und Arbeitsverträge mit allen arbeits-, tarif- und sozialrechtlichen Konsequenzen abschließen.

Der Arbeitgeber erhält im Rahmen der verfügbaren Mittel neben oder im Anschluss an andere Förderleistungen etwa eines Trägers der Rehabilitation von der Hauptfürsorgestelle Leistungen zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Schwerbehinderte sowie Leistungen zum Ausgleich von unabweisbaren Betreuungskosten und von Minderleistungen. In Bayern bestehen derzeit 15 Firmen für psychisch Behinderte, die aus Mitteln der Ausgleichsabgabe unterstützt werden; einige sind in Planung.

Ziele

Im Sinne einer gemeindenahen Versorgung sind weitere Selbsthilfefirmen notwendig. Sie sollten nach Wegfall der Anfangsförderung mit den fortbestehenden gesetzlichen Zuschüssen und eigenen Erträgen wirtschaften.

21. Werkstätten für Behinderte

Zweck der Werkstatt ist es, im Eingangsverfahren und Arbeitstrainingsbereich die Leistungsfähigkeit der Behinderten zu fördern und im Anschluss daran Arbeitsplätze in geschützter Umgebung bei behindertenspezifischer Betreuung mit dem Ziel bereitzustellen, die Eingliederung am freien Arbeitsmarkt zu erreichen. Die Werkstatt ist geeignet für psychisch Behinderte, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, gemeinschaftsfähig und nicht pflegebedürftig sind, sowie ein Mindestmaß an Arbeitsleistung erbringen können (§ 54 SGB i. V. m. § 1 SGB).

Die bestehenden Werkstätten für Behinderte sind in der Regel auf geistig Behinderte und nicht auf psychisch Behinderte ausgerichtet. Es werden jedoch schon immer einzelne psy-

chisch Behinderte aufgenommen und in die Gruppen mit geistig Behinderten integriert. Hierbei handelt es sich meist um solche, die auch geistig behindert oder aufgrund der Chronifizierung ihrer Krankheit in ihrer Persönlichkeit große Defizite aufweisen. Am 1. 1. 1988 waren von 16247 in Behindertenwerkstätten Beschäftigten 1480 psychisch behindert (= 9,1 o/o). Um mehr psychisch Behinderte in den Werkstätten zu beschäftigen, sind folgende Modelle möglich:

- Integration der psychisch Behinderten in die bestehenden Gruppen
- Schaffung neuer, räumlich getrennter Abteilungen für psychisch Behinderte
- Errichtung von Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte
- Schaffung eigenständiger Werkstätten für psychisch Behinderte in
- Ausnahmefällen.

Die Errichtung von Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte dürfte nach den bisher gemachten Erfahrungen das Modell sein, das durch die Anbindung an eine bereits bestehende Werkstatt wirtschaftlich am sinnvollsten ist und den psychisch Behinderten am besten gerecht wird. Vier der in Bayern bestehenden ca. 100 Werkstätten für Behinderte unterhalten derzeit Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte mit insgesamt 135 Plätzen.

Ziele

Im Sinne einer gemeindenahen Versorgung sollen bei den Werkstätten für Behinderte weitere räumlich getrennte Abteilungen und Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte geschaffen werden. Diese sollen gegenüber den Abteilungen für geistig Behinderte folgende Anforderungen erfüllen:

- flexiblere Aufnahme- und Arbeitszeiten
- anspruchsvollere Tätigkeiten
- Erhöhung des Personalschlüssels und psychiatrische Fortbildung des Personals.

Die Werkstattbereiche für psychisch Behinderte sollen nicht nur die Dauerunterbringung, sondern auch die Beschäftigung in einer Selbsthilfefirma oder am allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben. Um dieses Ziel besser erreichen zu können und den psychisch Behinderten den Übergang so leicht wie möglich zu gestalten, sollen sich die Werkstätten um ausgelagerte Arbeitsplätze bemühen.

VI. Angebote für bestimmte Personengruppen

1. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst die Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und Störungen. Überschneidungen mit der Neuropädiatrie ergeben sich bei den frühkindlichen Entwicklungsstörungen und neurologischen Erkrankungen, wenn sie eine psychische und psycho-somatische Komponente haben. Gerade bei Kindern sind die Übergänge zwischen psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen fließend. Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen erhalten die erforderlichen Hilfen in den eigenen Bereichen sowohl der Behindertenhilfe (Frühförderung) als auch der Jugendhilfe.

Die verschiedenen Aspekte der Entwicklung der kindlichen Psyche, die vielfachen Risikofaktoren und die möglichen Ansätze zu einer wirksamen Prävention erfordern in besonderem Maße multiprofessionelle Kooperation zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern.

1.1 Frühfördereinrichtungen, sozialpädiatrische Zentren

In Einrichtungen zur Früherkennung und Frühbehandlung von Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern und von Behinderungen und drohenden Behinderungen sind in enger Kooperation medizinische, psychologische und pädagogische Fachkräfte tätig. In den in der Trägerschaft von Wohlfahrts- oder Behindertenverbänden bestehenden Frühfördereinrichtungen werden behinderte Säuglinge und Kleinkinder betreut, deren Entwicklungsstörungen vorrangig in einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung kenntlich werden. Psychische Erkrankungen im Kleinkindesalter werden oft entweder nicht erkannt oder entwickeln sich als Folge einer anderen Behinderung. Die Frühfördereinrichtungen haben daher auch die Aufgabe, in solchen Fällen die Früherkennung zu fördern und in der Prävention und Beratung tätig zu werden.

Ausgehend von einem Modell überregionaler Bedeutung in München wird die Einrichtung weiterer sozialpädiatrischer Zentren diskutiert. Die Aufgabenstellung ist komplex. Sie reicht von Forschungsaufgaben zur Entwicklungsphysiologie, -neurologie und -Psychologie über die Früherkennung und Frühförderung bis zur integrativen Betreuung und Förderung von geistig Behinderten in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Aufgaben überschneiden sich vom Vorschulalter an mit denen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen.

Für die Betreuung und Behandlung der behinderten und von einer Behinderung bedrohten Kinder steht in Bayern neben den sozialpädiatrischen Einrichtungen ein bedarfs- und flächendeckendes Netz von über 100 ambulant oder mobil-ambulant und familiennah tätigen

Frühförderstellen zur Verfügung. Zur Finanzierung der Frühfördermaßnahmen tragen die Krankenkassen, die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Arbeit und Sozialordnung bei.

Ziele

Das Problembewusstsein für frühkindliche Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ist bei Eltern, Geburtshelfern, praktischen Ärzten, Kinderärzten und Erziehern zu stärken. Die notwendige diagnostische und therapeutische Zusammenarbeit der Frühförderstellen mit Spezialeinrichtungen soll gesichert werden.

Sinnvolle, nicht konkurrierende Einrichtungen sollen unter den Voraussetzungen des § 119 Abs. 3 SGB V unterstützt werden, wobei sich die fachliche Abgrenzung den lokalen Gegebenheiten entsprechend einpendeln wird.

1.2 Einrichtungen der Jugendhilfe

Im Versorgungsbereich Jugendhilfe werden zahlreiche junge Menschen betreut, die auch einer kinder- und jugendpsychiatrischen Begleitung bedürfen. Mit den Einrichtungen der Jugendhilfe ist deshalb eine enge Zusammenarbeit anzustreben. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen sind zu schaffen.

Die Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe haben sich in den beiden letzten Jahrzehnten fachlich weiterentwickelt. Vor allem in den örtlichen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen und in den spezialisierten stationären und teilstationären Einrichtungen der Jugendhilfe, z. B. den heilpädagogischen und therapeutischen Heimen und Wohngemeinschaften sowie den Heilpädagogischen Tagesstätten, sind fachliche Ansätze entstanden, die es ermöglichen, dort vermehrt auch Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrisch relevanten Auffälligkeiten und Störungen zu betreuen.

Heime sind als pädagogisch-therapeutisch gestaltete Lebensräume besonders dazu geeignet, Kindern und Jugendlichen einen längerfristigen Entwicklungs- und Erziehungsrahmen zu sichern. Die Einbindung kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkräfte in den Jugendhilfeeinrichtungen ermöglicht einen erweiterten multidisziplinären Ansatz für die Erziehung, Betreuung und Behandlung von entwicklungsbeeinträchtigten, auffälligen oder gestörten Kindern und Jugendlichen. Ansätze für eine verbesserte Zusammenarbeit werden gesehen durch

- interdisziplinäre Fachtagungen,
- Entwicklung ganzheitlicher Hilfeansätze,
- verstärkte Einbindung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Beratungs- und Fachdienste der Jugendhilfe (örtliche Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen, Ü-

berregionale Beratungszentren),

- regionale Kontakt- und Gesprächsmöglichkeiten und
- fallbezogene Zusammenarbeit, z. B. in örtlichen oder regionalen Krisendiensten der Jugendhilfe.

Ziele

Die genannten vielfältigen Ansätze der Zusammenarbeit sollen weiter entwickelt werden.

Die Einrichtungen der Jugendhilfe (Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen, Heilpädagogische Tagesstätten und Heime) und die vor Ort tätigen Kinder- und Jugendpsychiater sollen um eine fortlaufende Zusammenarbeit bemüht sein.

1.3 Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater

Kinder und Jugendliche, die wegen psychischer Störungen ärztliche Hilfe benötigen, suchen in erster Linie niedergelassene Kinderärzte und Nervenärzte auf. Die kinder- und jugendpsychiatrische Konsultation scheitert häufig an der viel zu geringen Niederlassungsdichte.

Kinder- und Jugendpsychiater sollen die ambulante Versorgung mit ärztlichen Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sichern. Dies soll so gemeindenah wie möglich gewährleistet werden, da bei der Betreuung psychisch kranker Kinder auftretende Transportprobleme eine zusätzliche gravierende Benachteiligung der betroffenen Familien darstellen und die notwendige Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Erziehungsberatung oder Jugendhilfe erschwert ist. Kinder- und Jugendpsychiater sollen auch von sich aus eine enge Kooperation mit allen sozialen und pädagogischen Diensten pflegen, wobei die unterschiedlichen Fachkompetenzen im Sinne einer echten multiprofessionellen Kooperation auch in gemeinsame Therapiepläne eingebracht werden können.

Ziele

Die Weiterbildung und Niederlassung von Kinder- und Jugendpsychiatern soll verstärkt werden.

Dezentrale Angebote sollen durch Niederlassung von Gebietsärzten außerhalb der Verdichtungsräume bereitgestellt werden. Die psychiatrische Fachkunde der Kinderärzte soll durch Fortbildung weiter gestärkt werden.

1.4 Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und jugendpsychiatrische Fachkliniken dienen der regionalen Vollversorgung, indem

sie in indizierten Fällen die Möglichkeit der teilstationären oder stationären Behandlung gewährleisten. Wegen des hohen Spezialisierungsgrades und der noch relativ geringen Anzahl der Gebietsärzte beschränkt sich derzeit die vorgehaltene Kapazität auf die Universitätskliniken, Fachkliniken sowie auf Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und der Bezirkskrankenhäuser. In den meisten bestehenden Einrichtungen sind Tageskliniken vorhanden.

In Südbayern wird in der Heck'scher Klinik in München eine eigenständige Möglichkeit zur vorübergehenden geschlossenen Intensivbehandlung von Kindern und Jugendlichen vorgehalten. Eine vergleichbare Einrichtung gibt es im nordbayerischen Raum nicht.

Ziele

Es soll eine gleichmäßige Versorgung erreicht werden, wobei kurzfristig ein Netz kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen auf Regierungsbezirksebene, ergänzt durch zusätzliche Abteilungen in den Verdichtungsräumen, zu verwirklichen sein wird. Da es sich in der Regel um kleine stationäre und teilstationäre Einrichtungen handelt, ist die Anbindung an ein psychiatrisches oder pädiatrisches Fachkrankenhaus aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll. Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen sollen zur Verfügung stehen.

2. Psychisch kranke alte Menschen

2.1 Ärztliche Versorgung

Voraussetzung für eine Vorbeugung gegen gerontopsychiatrische Erkrankungen und für eine frühzeitige Behandlung ist eine rechtzeitige ärztliche Diagnostik. In Anbetracht der Bedeutung körperlicher Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskulärer Leiden oder Hypertonie als Ursachen für psychische Störungen nimmt der Hausarzt bei der Betreuung alter Menschen eine Schlüsselstellung ein. Das erforderliche psychiatrische Wissen kann in allgemeinmedizinischen Praxen wohl generell noch ausgeweitet werden. Denn es kann davon ausgegangen werden, daß ein Teil psychiatrischer Auffälligkeiten beim Allgemeinarzt unentdeckt bleibt und nur wenige der psychisch kranken alten Menschen einen niedergelassenen Nervenarzt aufsuchen. Vermehrte Fachkompetenz der Allgemeinärzte und Verbesserungen im ambulanten Bereich wären ein wichtiger Beitrag zur Verminderung des anhaltenden Aufnahmedrucks auf die psychiatrischen Krankenhäuser. Ferner müssen die positiven Erfahrungen, die vor allem im Ausland mit gerontopsychiatrischen Tageskliniken gewonnen werden konnten, in die Überlegungen einbezogen werden.

Ziele

Die gerontopsychiatrische Kompetenz der Allgemeinärzte soll durch Fortbildungsangebote verbessert werden. Daneben ist eine bessere Kooperation und Überweisungspraxis zu den

niedergelassenen Nervenärzten anzustreben. Weitere gerontopsychiatrische Tageskliniken sollen errichtet werden.

2.2 Ambulante pflegerische und sozialpsychiatrische Versorgung

Mehr als 90 v. H. auch der psychisch kranken alten Menschen leben außerhalb einer Einrichtung. Das durchschnittliche Eintrittsalter in die Heime der Altenhilfe ist auf 83 Jahre angestiegen. Daraus ist der verständliche Wunsch der älteren Mitbürger erkennbar, möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung und ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben. Die Verbesserung des Angebotes an ambulanten sozialen Diensten, die ein vorrangiges Ziel des Vierten Bayerischen Landesplans für Altenhilfe ist, ist daher auch für die gerontopsychiatrische Versorgung von herausragender Bedeutung.

Eine Neuorientierung in diesem Bereich muss an den vorhandenen medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen ansetzen. Da psychisch kranke alte Menschen in mehreren Lebensbereichen Hilfen und unterschiedlicher Intensität benötigen, kann eine adäquate Versorgung nur durch die Zusammenarbeit aller an der Betreuung beteiligten Einrichtungen und Dienste gewährleistet werden. Eine Schlüsselrolle kommt hier den ca. 1400 in Bayern bestehenden ambulanten sozialpflegerischen Diensten zu. Sie können die psychisch kranken alten Menschen in allen Landesteilen erreichen. Unter ihnen nehmen wiederum die Sozialstationen eine zentrale Stellung ein. Es liegt deshalb nahe, vor allem die ca. 330 bayerischen Sozialstationen — analog zum Allgemeinarzt in der ärztlichen Versorgung — mit krankenzpflegerischen und anderen sozialen Versorgungsaufgaben für psychisch kranke alte Menschen zu betrauen. Durch das hohe Maß an Akzeptanz der Sozialstationen in weiten Kreisen der Bevölkerung wird die Einbindung in das medizinische Versorgungssystem gewährleistet und einer Stigmatisierung der Hilfebedürftigen entgegengewirkt. Allerdings sind erhebliche Defizite im Umgang mit psychischen Krankheiten bei den ambulanten sozialpflegerischen Diensten aufgrund der personellen und räumlichen Ausstattung zu verzeichnen.

Modellhaft wird im Münchener Stadtteil Ramersdorf eine Außenstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes Perlach errichtet, die sich in enger Zusammenarbeit mit einem von der Stadt München finanzierten ambulanten Dienst speziell psychisch kranker alter Menschen annimmt. Erkenntnisse aus diesem Projekt liegen noch nicht vor.

Ziele

Eine stärkere Fachkompetenz der ambulanten sozialpflegerischen Dienste im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen erscheint vordringlich. Dies sollte in erster Linie durch eine verbesserte Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals angestrebt werden. Daneben ist

eine enge Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Sozialpsychiatrischen Dienste unverzichtbar. Ergänzend sollten bei Neueinstellungen auch Psychiatriepfleger berücksichtigt werden, die ihren Kollegen mit Rat und Hilfe zur Seite stehen könnten. Zumindest muss der Einsatz von Psychiatriepflegern bei der Betreuung psychisch kranker alter Menschen modellhaft erprobt werden.

2.3 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Durch die kurzfristige Entlastung der pflegenden Familienangehörigen kann in vielen Fällen eine längerfristige Unterbringung in einer Einrichtung vermieden werden. Der Freistaat Bayern hat daher mit dem Förderprogramm zur Errichtung und Ausstattung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen einen finanziellen Anreiz geschaffen. Dies soll auch psychisch kranken Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute kommen.

Ziele

Der weitere Ausbau richtet sich nach dem Vierten Bayerischen Landesplan für Altenhilfe.

2.4 Gerontopsychiatrische Tagesstätten

Viele psychisch kranke alte Menschen sind längerfristig gehindert, ihre häuslichen Aufgaben selbst zu bewältigen. Mit fortschreitender Hilfebedürftigkeit können auch ihre Angehörigen trotz der Unterstützung durch ambulante Dienste und Kurzzeitpflegeeinrichtungen überfordert sein. Als Alternative zur stationären Unterbringung sind in diesen Fällen teilstationäre Betreuungsformen in Betracht zu ziehen. Altentagesstätten und Altenbegegnungsstätten können psychisch Kranke nur bedingt aufnehmen, da sie vorwiegend den Bedürfnissen alter Menschen nach Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung dienen und eine gewisse Rüstigkeit erfordern. Tageskliniken wiederum bieten schwerpunktmäßig kurz- bis mittelfristige medizinische Therapie und sind weniger auf die längerfristige Betreuung alter Menschen eingerichtet. Diesen Platz könnten gerontopsychiatrische Tagesstätten einnehmen. Sie bieten sozialtherapeutische Hilfen, Selbsthilfetraining, Kommunikationstraining und psychologische Hilfen an;

Angebote der Grundpflege stehen im Hintergrund. Psychisch kranke alte Menschen können auch bei gut ausgebauten Nahverkehrsnetzen eine Einrichtung kaum mehr selbständig aufsuchen. Eine gerontopsychiatrische Tagesstätte ist daher ohne Ho- und Bringdienst nicht denkbar. Dies ist ein Kostenfaktor, der die Wirtschaftlichkeit der Tagesstätte in Frage stellen kann. Trotzdem sollten im Hinblick auf die Bedürfnisse der betroffenen Menschen mit Hilfe

der Sozialhilfeträger Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. In anderen Bundesländern haben sich die Einrichtungen bereits bewährt.

Ziele

Gerontopsychiatrische Tagesstätten sollen geschaffen werden. Der Freistaat Bayern wird zu den notwendigen Investitionskosten Zuschüsse gewähren.

2.5 Unterbringungen in Heimen

Wird bei psychisch kranken alten Menschen eine Heimunterbringung erforderlich, so ist zu unterscheiden zwischen altgewordenen psychisch Kranken sowie Menschen, die im Alter erstmals psychisch erkrankt sind. Bei der ersten Gruppe stehen die Symptome der psychischen Erkrankung im Vordergrund; bei der zweiten Gruppe (zu ihr zählen vor allem Menschen mit Demenzzuständen und Alterspsychosen) überwiegt in der Regel der Aspekt des Altseins. Dementsprechend bestehen im Fall einer notwendigen Heimunterbringung unterschiedliche Bedürfnisse. Altgewordene psychisch Kranke sollten möglichst in Heimen für psychisch Behinderte verbleiben können oder bei Bedarf dort aufgenommen werden; dagegen sollten Menschen, die im Alter erstmals psychisch erkrankt sind, in Heimen der Altenhilfe untergebracht werden. Die Prinzipien der aktivierenden Förderung und Pflege gelten auch für psychisch kranke alte Menschen.

Im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung kommt den Altenpflegeheimen und Pflegeabteilungen von Altenheimen große Bedeutung zu. Dies gilt vor allem für Heime, die psychisch kranke alte Menschen in eigenen Abteilungen — getrennt von den übrigen Bewohnern — unterbringen. Diese beschützenden Abteilungen sind nach ihrer baulichen Gestaltung, Ausstattung und Personalbesetzung besonders darauf ausgerichtet, den Allgemeinzustand der ihnen anvertrauten Personen durch aktivierende Pflege und rehabilitative Maßnahmen zu verbessern. Die Unterbringung in einer beschützenden Abteilung sollte jedoch erst dann in Frage kommen, wenn die Integration des Heimbewohners in eine allgemeine Pflegeabteilung scheitert, d. h. wenn seine Anwesenheit von den Mitbewohnern nicht mehr toleriert werden kann oder massive Selbstgefährdung vorliegt.

Besondere Heime für psychisch kranke alte Menschen gibt es in Bayern nur vereinzelt.

Ziele

Weitere Sondereinrichtungen für psychisch kranke alte Menschen sollen nicht geschaffen werden; vielmehr ist die Integration der im Alter psychisch erkrankten Menschen in die Hei-

me der Altenhilfe vorzuziehen. Für eine stärkere Einbindung dieser Heime in das psychosoziale Netz ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit psychiatrischen Krankenhäusern (vor allem mit Institutsambulanzen) oder niedergelassenen Nervenärzten vorteilhaft. Daneben ist eine verstärkte Aus- und Fortbildung des Heimpersonals über den Umgang mit psychisch auffälligen Menschen notwendig.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen steigt die Zahl der psychischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter an. Bei gleichbleibender altersspezifischer Krankheitshäufigkeit muss daher im Hinblick auf die größer werdende Zahl der Hochbetagten auch mit einem weiteren Anstieg der Zahl psychisch kranker alter Menschen gerechnet und der steigende Bedarf an Heimplätzen für diesen Personenkreis bei der Planung berücksichtigt werden.

3. Suchtkranke

Sucht- oder Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den am meisten verbreiteten Krankheiten. Dabei wird im Einklang mit internationalen Begriffsbestimmungen und der WHO zwischen Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und nichtstofflichen Süchten unterschieden.

Substanzmissbrauch ist eine mindestens einen Monat andauernde Anwendung psychotroper Substanzen mit Intoxikationszeichen auch tagsüber, mehreren vergeblichen Absetzversuchen und einem Knick der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Substanzmissbrauch ist meist behandlungsbedürftig und tendiert zur Substanzabhängigkeit.

Substanzabhängigkeit ist eine generell schwerere, länger andauernde Missbrauchsform mit zusätzlichen körperlichen Toleranz- und Entzugerscheinungen gegen verschiedene Stoffklassen (Alkohol, Barbiturate, Hypnotika, Sedativa, Opiate, Weckamine und Cannabis). Ohne körperliche Entzugerscheinungen im strengen Sinne bleibt es beim Missbrauch, was von Kokain, Phencyclidin (PCP) und einigen Halluzinogenen behauptet wird. Substanzabhängigkeit ist immer eine psychische Krankheit.

Unter der Gruppe des nichtstofflichen Suchtverhaltens werden Essstörungen, problematisches Spielen u. ä. zusammengefasst, bei denen häufig die Definition des Krankheitsbegriffes etwas schwerer fällt.

Bei der zahlenmäßig größten Gruppe der Abhängigen, etwa 350/0 der Bevölkerung sind Raucher, fehlt trotz mannigfacher Aufklärung noch größtenteils ein aktives Problembewusstsein, obwohl die Raucherschäden auf dem Gebiet der erhöhten Krebsraten und der Herz-Kreislaufkrankungen feststehen.

Das zweite gesellschaftlich sanktionierte Genussmittel, der Alkohol, verursacht in Bayern etwa 250 000 behandlungsbedürftige Abhängigkeitskranke. Die Zahl der Medikamentenabhängigen beläuft sich auf etwa 60 000, die der Abhängigen von illegalen Drogen auf bis zu

10000. Über die Häufigkeit krankhaften nichtstofflichen Suchtverhaltens gibt es noch keine zuverlässigen Zahlen. Jedoch sollen 15% aller Frauen zumindest episodenhaft eine anorektische oder bulimische Phase durchmachen.

Suchterkrankung ist abgesehen von Ursachen, die in der Persönlichkeit liegen, erheblichen Einflüssen aus dem gesellschaftlichen Umfeld unterworfen, vor allem Milieu- und Gruppenfaktoren, Genuss- und Konsumgewohnheiten und der Griffnähe des suchterzeugenden Stoffes. Deshalb nehmen bei der Bekämpfung der Suchterkrankungen Prävention, Therapie und Rehabilitation eine gleichrangige Stelle ein. Behandlungsziel ist die vollständige familiäre, soziale und berufliche Integration auf der Basis abstinenter Lebensweise.

3.1 Alkoholranke

Mengenmäßig dominiert unter den Suchtstoffen der Alkohol. Von dem frei zugänglichen, gesellschaftlich sanktionierten Genussmittel geht wegen seiner geselligkeitsfördernden Wirkung und weiten Verbreitung ein sehr hohes Gefährdungspotential aus. So stieg seit Kriegsende der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol bis Mitte der 70er Jahre auf das Vierfache, mit seither nur geringfügig rückläufiger Tendenz. Es ist von etwa 2 bis 3 Prozent Alkoholkranken unter der Bevölkerung auszugehen. Ein ähnlicher Prozentsatz von Erwachsenen und mindestens 5 Prozent der Jugendlichen gelten als alkoholgefährdet. Alkohol am Arbeitsplatz verursacht Fehlzeiten, Produktionsausfälle und Ausschussproduktion, Betriebsunfälle, Wegeunfälle, schlechtes Arbeitsklima und personelle Fluktuation. Alkohol im Verkehr ist eine der häufigsten Ursachen schwerer und tödlicher Unfälle. In vielen Familien löst er Zerrüttung, sozialen Abstieg und Gewalt aus.

Präventive Maßnahmen zielen auf aktive Freizeitgestaltung und Alternativen zum Alkoholkonsum ab. U. a. fördern sie Trends zu alkoholfreien Getränken. Dies kann dadurch erreicht werden, daß eine kritische Einstellung gegenüber Genussmitteln erzeugt und für Gegenpositionen in Richtung „Insein ohne Alkohol“ geworben wird. Gleichzeitig kann auf die Preisgestaltung von alkoholfreien Getränken und die Verbesserung des Ansehens alkoholfreier Getränke in der Gesellschaft eingewirkt werden. In der Alkoholwerbung soll der Inhalt verstärkt auf den Aspekt des verantwortungsvollen Genusses abgestellt werden. Die übrigen präventiven Maßnahmen betreffen im wesentlichen die Früherkennung der Alkoholgefährdung und Alkoholkrankheit in der Gesellschaft, in der Schule und am Arbeitsplatz. Dabei kommt es auf das Bewusstsein der Situation an, da im frühen Gefährdungs- und Krankheitsstadium keine Krankheitseinsicht besteht. Wesentlich ist die Verstärkung der sozialen Kontakte und persönlichen Hilfeangebote.

Innerbetriebliche Suchthilfe erfordert, Vertrauenspersonen und Vorgesetzte zu einem qualifizierten Umgang mit alkoholkranken und -gefährdeten Mitarbeitern anzuleiten. Darüber hin-

aus sind über ehrenamtliche freiwillige Suchtkrankenhelfer, die als Bindeglied zwischen den Betrieben, den Suchtberatungsstellen und den Selbsthilfeeinrichtungen tätig werden, therapeutische Kontakte zu knüpfen.

Bei manifest Alkoholkranken ist professionelle Beratung und Therapie unabdingbar. Sie kann über Hausärzte, Nervenärzte, Psychosoziale Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter oder betriebliche Hilfeangebote vermittelt werden und soll in eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung münden. Dabei gibt es je nach individuellen Bedürfnissen unterschiedliche Modelle. Die körperliche Entzugsphase bei Alkoholkranken dauert etwa vier Wochen und muss in aller Regel stationär abgewickelt werden, zumal die Abklärung und Therapie eventuell schon vorhandener Organ- und Folgeschäden für die Prognose ebenso entscheidend sind wie die Verhinderung eines frühen Rückfalls. Gleichzeitig soll die Motivationsphase für die Entwöhnung eingeleitet werden.

Die Entwöhnungsbehandlung kann je nach Situation als stationäre Langzeitbehandlung über sechs bis neun Monate Dauer, als Kurztherapie von etwa sechs bis zwölf Wochen Dauer mit intensiver ambulanter Nachsorge oder als ambulante Psychotherapie angegangen werden. Die stationäre Behandlung erfolgt in den Therapiezentren, Fachkrankenhäusern und den Suchtfachabteilungen der Bezirkskrankenhäuser und Universitätskliniken.

Die Behandlung Alkoholkranker erfordert eine intensive langdauernde Nachsorge, die auf eine lebenslange Alkoholabstinenz abzielt, da erfahrungsgemäß Alkoholranke den Zustand des eigenverantwortlich kontrollierten Konsums nicht erreichen. Neben einer Betreuung durch Ärzte oder Suchtberatungsstellen hat sich hierzu der Anschluss an Selbsthilfegruppen bewährt.

Besondere Probleme verursachen die chronisch Alkoholkranken, die verelendeten oder deprivierten Alkoholiker. Ihre ungünstige Situation ist gekennzeichnet durch die Kombination erheblicher alkoholtoxisch bedingter somatischer Krankheitszeichen, ihres Suchtverhaltens mit völlig aufgehobener Steuerfähigkeit und des unaufhaltsamen sozialen Abstiegs, der nicht selten in Obdachlosigkeit endet. Schließlich entsteht ein Zustand vollständiger Hilflosigkeit, so daß eine Unterbringung in geschützten Wohnbereichen oder in geschlossenen Einrichtungen nicht zu umgehen ist. Für die Versorgung dieser Kranken über lange Zeit sind geeignete Strukturen kaum vorhanden. Ihre Unterbringung in Langzeitbereichen psychiatrischer Krankenhäuser ist ebenso ein Notbehelf wie ihre Versorgung zusammen mit desorientierten alten Menschen in Heimen der Altenpflege. Wünschenswert sind kleine, überschaubare, heimartige Strukturen mit Wohngruppengliederung und psychosozialer Betreuung, in denen Möglichkeiten zur Ausstiegsmotivation ergriffen werden und im Notfall ärztliche Hilfen vermittelt werden können.

Ziele

Die Präventionsmaßnahmen, insbesondere unter Jugendlichen und in Betrieben, sollen verstärkt werden. Ambulante Therapiemodelle sollen entwickelt werden. Die Nachsorge und Betreuung verelendeter chronisch Alkoholkranker sollen intensiviert und geeignete Einrichtungen geschaffen werden.

3.2 Medikamentenabhängige

Die Zahl der Medikamentenabhängigen beläuft sich in Bayern auf etwa 60 000 und hält sich in den letzten Jahren auf demselben Niveau. Frauen stellen zwei Drittel der Erkrankten, wobei der Altersschwerpunkt bei den 20- bis 40jährigen liegt. Tranquillantien und Barbiturate werden häufig mit Alkohol kombiniert. Prävention ist in diesem Bereich wegen der komplexen Ursachen der Grundstörung nicht einfach. Unbefriedigende Sozialkontakte, Partnerschaftsprobleme, die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, Erziehungsprobleme und unbewältigte psychosomatische Symptome sind in erster Linie zu nennen. Psychopharmaka werden gelegentlich zur Überwindung einer Krisensituation verschrieben und dann auch im Sinne eines vergeblichen Selbstheilungsversuchs weiter eingenommen. Eine umfassende psychosoziale Beratung und die Förderung des Bewusstseins, daß der Problematik mit medikamentöser Betäubung nicht beizukommen ist, haben präventive Wirkung. Dieses Problembewusstsein mit gleichzeitiger Konfliktbewältigung vermitteln die Ehe- und Familienberatungsstellen sowie andere soziale Dienste. Dabei soll frühzeitig der Grad der Abhängigkeit vom Medikament erkannt werden, z. B. bei Beobachtung der meist auffälligen körperlichen vegetativen Störungen. Medikamentenentzug und Entwöhnung erfordern in etwa dieselben Maßnahmen wie bei der Alkoholkrankheit. In der Nachsorge sind Selbsthilfegruppen besonders wichtig.

Ziele

Durch gesundheitliche Aufklärung soll ein kritischer Umgang mit Medikamenten, besonders Psychopharmaka und Schlafmitteln, erreicht werden. Die Beratungsstellen sollen emanzipatorische Hilfen und Fachberatung mit möglichst niedriger Schwelle unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes anbieten. Die Möglichkeiten ambulanter Entwöhnung sollen ausgebaut werden.

3.3 Drogenabhängige

Der Bereich des Missbrauchs illegaler Drogen entwickelt sich in besorgniserregender Weise.

Die hohe Zahl der Drogentoten von 1979 wurde erstmals 1988 wieder erreicht und 1989 erheblich überschritten. Ein steigendes Angebot an illegalen Drogen mit hohem Reinheitsgrad und sinkenden Preisen steht zur Verfügung; es werden große Mengen von Kokain auch in Mitteleuropa eingeschleust. Daneben werden leicht herstellbare künstliche Drogen entwickelt und billig angeboten. Im Gefolge dieser Entwicklung kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Beschaffungsstraftaten. Die Staatsregierung hat sich dieser Situation durch ihre am 30. 1. 1990 beschlossene Gesamtkonzeption zur Bekämpfung von Rauschgifthandel und Rauschgiftmissbrauch gestellt. Sie geht dabei von folgenden Leitlinien aus:

Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit. Therapie und Rehabilitation von Süchtigen erfordern wie bei anderen Krankheitsformen umfassende ärztliche und psychosoziale Hilfen. Ziel aller Angebote ist die Freiheit des einzelnen von Drogen.

Die Staatsregierung lehnt so genannte Methadonprogramme ab. Sie hält die Verschreibung und Anwendung von Levomethadon nur im Einzelfall durch den Arzt für zulässig, wenn sie medizinisch begründet ist. Eine Substitutionsbehandlung im Rahmen eines Programms entspricht nicht den Voraussetzungen, die das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln an die Verschreibung und die Anwendung von Betäubungsmitteln stellt. Die Behandlung mit Levomethadon tauscht eine Droge gegen eine andere aus, die Abhängigen bleiben süchtig. Mit der Behandlung wird kein medizinischer Zweck angestrebt, sondern Entkriminalisierung und Erreichbarkeit der Abhängigen sowie Distanzierung von der Szene. Das schließt nicht aus, daß in bestimmten Einzelfällen die Substitution mit Levomethadon begründet sein kann. Ob das der Fall ist, hat der behandelnde Arzt zu entscheiden, der dafür die Verantwortung trägt. Er hat seine Entscheidung an den jeweiligen Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft auszurichten.

Angeichts des bedrohlichen Anstiegs des Drogenmissbrauchs ist es dringend geboten, den Ausstieg aus der Drogenszene zu erleichtern und zu beschleunigen. Es dürfen keine Möglichkeiten ungenützt bleiben, auch wenn sie nur geringe Chancen bieten. Dabei kommt es vor allem auf neue Betreuungs- und Therapieangebote an, die Drogenabhängige erreichen, die mit den bestehenden Angeboten den Weg aus ihrer Abhängigkeit nicht finden.

Auch bei diesem Personenkreis der schwer Abhängigen ist der latente Wunsch nach einem Ausstieg vorhanden. Dieses Potential kann durch geeignete Motivation mobilisiert werden. Es muss daher versucht werden, Altfixern, therapieresistenten Personen und einmal oder mehrfach Rückfälligen Ausstiegshilfen zu bieten.

Dringend erforderlich sind in Ergänzung des bestehenden Angebots niederschwellige Angebote, die für die Abhängigen sofort erreichbar sind, ohne Wartezeiten und unbürokratisch zur Verfügung stehen:

- Notschlafstellen für obdachlose Abhängige
- Krisenwohnungen für Drogenmissbraucher in kritischen sozialen und körperlichen Situations-

onen

- Kontaktangebote (Kontaktläden) für Drogenmissbraucher. Die Finanzierung der Not-
schlafstellen soll unter finanzieller Beteiligung des Freistaates Bayern, der Kommunen als
Sozialhilfeträger sowie der Träger dieser Einrichtungen erfolgen.

Drogenabhängige sollen sich ohne Wartezeiten und ohne fest vereinbarten Termin zur
Langzeitentwöhnung einer auch wiederholten Entzugsbehandlung unterziehen können.

Weiteres Ziel muss sein sicherzustellen, dass zwischen Entgiftung und Entwöhnung keine
Wartezeiten auftreten. Die Staatsregierung hat die planerischen Voraussetzungen für eine
Erhöhung des Platzangebotes für den klinischen Entzug in München geschaffen. Gleichzeitig
soll überprüft werden, ob das Angebot an Entwöhnungsplätzen ausreicht.

Unabhängig davon werden die Fördermöglichkeiten für die stationären Rehabilitationsein-
richtungen verstärkt. Durch eine Vielzahl von Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft
mit vielfältigen Behandlungsansätzen soll die für den jeweiligen Drogenabhängigen bestmög-
liche Entwöhnungstherapie geschaffen werden. Bei der Abhängigkeit von illegalen Drogen
gibt es noch kein Konzept für Kurzzeittherapie und eine vorrangig ambulante Entgiftung und
Entwöhnung. Die Staatsregierung wird daher entsprechende Konzepte zur ambulanten Ent-
giftung und Entwöhnung erarbeiten, in denen in besonderem Maße die Rückfallgefährdung
der Abhängigen berücksichtigt wird.

Aus sozialen und humanitären Gründen, vor allem zur Vermeidung von Rückfällen und zur
Bekämpfung des Drogenmissbrauchs insgesamt, muss der Nachsorge bei ehemaligen Dro-
genabhängigen besondere Bedeutung beigemessen werden.

Das Ziel, ehemals Abhängigen ein selbstgestaltetes und eigenverantwortliches Leben ohne
Unterstützung und Betreuung zu ermöglichen, darf nicht aus den Augen verloren werden.
Trotzdem zeigen die Erfahrungen, dass es Abhängige gibt, die auch nach der psychischen
Entwöhnung weitere Unterstützung brauchen, um einen Rückfall zu vermeiden. Sie benöti-
gen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung neben der psychosozialen Betreuung insbe-
sondere Hilfen in den Bereichen Wohnen und Arbeit.

Diese Aufgaben werden weitgehend von den Psychosozialen Suchtberatungsstellen wahr-
genommen, die zur Intensivierung der Betreuung personell verstärkt werden.

Zur beruflichen Rehabilitation ehemaliger Drogenabhängiger wird ein Netz wirksamer Hilfen
vorgehalten. Diese Hilfen sind in weiten Bereichen ausreichend, müssen aber in Teilberei-
chen verbessert und verstärkt werden.

Die Staatsregierung wird darauf hinwirken, die Nachsorgemaßnahmen im Einzelnen durch
folgende Maßnahmen zu verstärken:

- betreute Nachsorgewohngemeinschaften
- betreute Arbeitsprojekte.

Die Finanzierung der laufenden Kosten ist Aufgabe der Sozialhilfe. Als Anreiz für die Schaffung zusätzlicher Projekte wird sich der Freistaat Bayern im Rahmen der vorhandenen Haushaltsmittel an der Finanzierung beteiligen.

Ziele

Die Angebote zur Prävention, Therapie und Rehabilitation sind weiter auszubauen und zu verbessern.

Die mangelnde Bereitschaft Drogensüchtiger, solche Angebote anzunehmen, muss überwunden werden. Dazu bedarf es vor allem der Schaffung so genannter niederschwelliger Angebote und eines flächendeckenden Netzes im ambulanten und stationären Bereich.

3.4 Spielsüchtige

Spielsucht und Wettleidenschaft haben lange Traditionen. Die Spielsucht wird im letzten Jahrzehnt verstärkt durch die Entwicklung von elektronischen Spielen und die Ausbreitung von Spielhallen. Der Krankheitsbegriff ist schwer definierbar, da fließende Übergänge vom normalen Spieltrieb zum problematischen Spielen und zur völlig aufgehobenen Steuerfähigkeit bestehen. Therapeutische Ansätze für extreme Formen völlig aufgehobener Impulskontrolle beim Spiel sind psychotherapeutische und verhaltenstherapeutische Modelle, die außerdem auf vollständiger Abstinenz von Alkohol, Nikotin und Medikamenten aufbauen. Stattdessen sollen Aktivitäten entwickelt werden, die persönliche Initiative und individuelle Zielvorstellungen und Perspektiven erfordern.

Ziele

Die Einrichtungen der Jugendhilfe und die Psychosozialen Suchtberatungsstellen sollen sich der Betreuung Spielsüchtiger annehmen.

3.5 Esssüchtige und Magersüchtige

Die Essstörungen, Anorexie und Bulimie, sind Anliegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik und der klassischen Psychotherapie. Je nach der Schwere des Einzelfalles werden ambulante oder stationäre Beratung und Therapie erforderlich. Die Nachsorge wird entweder über die Psychosozialen Suchtberatungsstellen oder über gruppenspezifische Kontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen ermöglicht. Auf der Basis der Verhaltenstherapie, der Gruppentherapie und der betreuten Selbsthilfegruppen zeichnen sich Therapiean-

sätze zumindest für leichtere Erkrankungsformen ab.

Ziele

Die Psychosozialen Suchtberatungsstellen sollen sich der Esssüchtigen und Magersüchtigen annehmen und sie je nach Bedarf zur psychotherapeutischen Behandlung oder an ein psychosomatisches Krankenhaus weitervermitteln.

3.6 Psychosoziale Suchtberatungsstellen

Die Psychosozialen Suchtberatungsstellen bieten Hilfen für alle Abhängigkeitsarten. Sie sollen in Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Gesundheitsämtern, den Jugendämtern, niedergelassenen Ärzten, Schulen, Arbeitsstätten und Einrichtungen der Jugendarbeit geeignete Aufklärungs- und Trainingsmaßnahmen zur Vorbeugung gegen Suchtkrankheiten durchführen.

Schwerpunktmäßig haben die Psychosozialen Suchtberatungsstellen die Aufgabe, möglichst frühzeitig mit den Suchtgefährdeten Kontakt aufzunehmen (über Teestuben oder andere präventive Angebote sowie niederschwellige Maßnahmen wie „Streetwork“) und sie in geeigneter Weise über ihre Gefährdung aufzuklären, die Suchtgefährdeten und -kranken zu beraten und in Zusammenarbeit mit den Ratsuchenden die Kostenträgerschaft für eine Behandlung abzuklären. Sie sollen Kontaktstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke einrichten, in denen zwanglose Begegnung möglich ist.

Im Einzelnen gehören zu den Aufgaben der Psychosozialen Suchtberatungsstellen:

- Ambulante psychosoziale Behandlung

Die Beratungsstelle führt auch ambulante therapeutische Maßnahmen durch, soweit der Zustand der Patienten eine solche Maßnahme zulässt und sie noch ausreichend im sozialen Umfeld und Beruf verankert sind. Die standardisierten psychosozialen Beratungs- und Betreuungsformen haben sich in der Vergangenheit bereits bewährt und sollen weiter ausgebaut werden.

- Begleitende Betreuung während der stationären Unterbringung Die Beratungsstelle hält mit den in stationäre Behandlung vermittelten Suchtkranken Kontakt oder nimmt mit Klienten während der Entzugsbehandlung oder nach der Unterbringung in geschlossenen Entzugsstationen Kontakt zur Weitervermittlung auf.

- Betreuung von Inhaftierten

Der Beratungsstelle ist durch die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes 1982 bei der Beratung und Betreuung Suchtkranker in Untersuchungs- und Straftaft eine wesentliche Aufgabe zugewachsen. So sollen bei einer Inhaftierung bereits in der Untersuchungshaft Kontakte aufgenommen werden. Da nach § 35 BtmG betäubungsmittelabhängige Straftä-

ter die Möglichkeit haben, anstelle des Strafvollzuges eine Rehabilitationsbehandlung außerhalb einer Justizvollzugsanstalt durchzuführen, ist es Aufgabe der Beratungsstelle, Behandlungsbedürftige und Behandlungswillige in Haft zu betreuen, um eine Behandlung vorzubereiten und Therapieplatz- und Kostenübernahmefragen rechtzeitig abzuklären.

- Betreuung von Bezugspersonen

Angehörige der Suchtkranken, aber auch sonstige Personen des sozialen Umfeldes (z. B. Arbeitgeber, Kollegen, Freunde, Nachbarn) bedürfen einer geeigneten Aufklärung und Betreuung, um mit den Suchtkranken und ihren Problemen umgehen zu können (Partner- oder Familientherapie).

- Nachsorge

Da Suchtkranke bei Abschluss der Behandlung der Stützung bedürfen, um nicht rückfällig zu werden, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Beratungsstelle über einen längeren Zeitraum den Suchtkranken zusammen mit Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes betreut und dabei Hilfe beim Aufbau sozialer und beruflicher Kontakte außerhalb des bisherigen — suchtauslösenden — sozialen Umfeldes gibt.

- Betreuung von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Helfern Gerade im Bereich der Nachsorge von Suchtkranken haben sich Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Helfer als besonders nützlich erwiesen. Die Beratungsstelle hat die Aufgabe, dieser geeigneten Hilfestellung zu geben, damit sie wirksam arbeiten können. Darüber hinaus soll die Beratungsstelle neue Selbsthilfegruppen und Gruppen von ehrenamtlichen Helfern aufbauen.

Die Psychosozialen Suchtberatungsstellen müssen mit anderen Einrichtungen, insbesondere Sozialpsychiatrischen Diensten, Erziehungsberatungsstellen, sozialpflegerischen Diensten und mit den von den Vormundschaftsgerichten bestellten Pflegern und Vormündern (Betreuern) zusammenarbeiten.

Durch die Gefahr der HIV-Infektion kommt den Psychosozialen Suchtberatungsstellen eine besondere Funktion bei der Aufklärung der Drogenkonsumenten zur Verhinderung der Weiterverbreitung des HI-Virus zu.

Die Psychosozialen Suchtberatungsstellen müssen multidisziplinär zusammengesetzt sein. Eine voll funktionsfähige Psychosoziale Suchtberatungsstelle soll mit einem Nervenarzt oder Psychiater auf Honorarbasis oder im Angestelltenverhältnis, mit einem Psychologen (möglichst mit klinischer Zusatzausbildung), zwei Sozialarbeitern und einer Verwaltungskraft besetzt sein. Alle Fachkräfte sollen über spezielle Kenntnisse in der Suchtkrankenhilfe verfügen. Die Supervision der Mitarbeiter ist sicherzustellen. Die Fachkräfte arbeiten im Team.

Derzeit gibt es 58 Psychosoziale Suchtberatungsstellen einschließlich 19 Außenstellen, an denen insgesamt ca. 185 Fachkräfte beschäftigt sind. Daneben nehmen sich noch eine Vielzahl von anderen, zumeist sehr kleinen Stellen der Zielgruppe der Suchtkranken an (meist als Anlauf- oder Kontaktstellen).

Gesetzliche Kostenträger sind die Krankenkassen, soweit Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, die Rentenversicherung und im Übrigen die Sozialhilfeträger nach §§ 39 ff. BSHG i. V. m. Art. 12a AGBSHG. Der Freistaat Bayern und die Bezirke leisten erhebliche Zuschüsse zu den Personalkosten. Die Sachkosten werden durch die Träger und durch Zuschüsse der übrigen Kommunen finanziert.

Ziele

Da die Suchtkranken zahlenmäßig weiter zunehmen, muss ein weiterer Bedarf an Beratungsstellen angenommen werden. Als Zielvorstellung ist anzustreben, dass langfristig in jedem Stadt- und Landkreis eine Psychosoziale Suchtberatungsstelle oder deren Außenstelle zur Verfügung steht. In Verdichtungsräumen sind vom Bedarf her mehrere, funktional abgestimmte Stellen erforderlich. Die Öffnungszeiten sollen auf die Abendstunden und Wochenenden ausgedehnt werden, sofern es die personelle Besetzung erlaubt.

Die Zusammenarbeit mit allen einschlägigen Stellen soll verbessert werden.

Die Finanzierung der Psychosozialen Suchtberatungsstellen ist langfristig zu sichern. Das Sozialministerium wird darauf hinwirken, daß sich die Sozialversicherungsträger im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten an den Kosten beteiligen.

4. Suizidgefährdete

Der Behandlung, Betreuung und Versorgung suizidgefährdeter Personen soll erhöhte Aufmerksamkeit zukommen. Die Zahl der Todesfälle durch Suizid belief sich in Bayern im Jahre 1988 auf 2031 Fälle. Die Dunkelziffer ist hoch anzusetzen. Die Zahl der Suizidversuche dürfte das Zehnfache der Selbsttötungsrate betragen.

Der Umgang mit Suizidgefährdeten erfordert spezielle Kenntnisse. Vorrangig ist die korrekte Therapie der Grundstörung (Depression, Sucht usw.), wobei die Krise, der unmittelbar drohende Suizid und die parasuizidale Handlung häufig kurze stationäre Aufenthalte erfordern. Eine häufige Inanspruchnahme der ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen sowie der sozialen Einrichtungen und Dienste ist anzustreben. Die Qualität der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen entscheidet über die präventive Wirksamkeit.

Bei den Suizidversuchen spielen Psychosen, gesundheitliche, psychische und soziale Gründe eine herausragende Rolle. Als auslösende Faktoren werden einschneidende Ereignisse im Lebenslauf wie Scheidung, Arbeitslosigkeit, Vereinsamung und Alter genannt. Die Faktoren weisen auf Perspektivlosigkeit, soziale Isolation und fehlenden sozialen Rückhalt hin. Im Alter kommt Multimorbidität als Suizidmotiv hinzu. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede sind zu beobachten.

Bewährte Arbeit leistet seit Jahren die Telefonseelsorge, die von den Kirchen getragen wird und rund um die Uhr erreichbar ist. Erfreulicherweise hat sich auch der Bayerische Rundfunk mit seiner Sendung „Von Mensch zu Mensch“ des Problembereichs angenommen. Erfahrene Psychologen und Theologen erteilen den Anrufern Ratschläge. Suizidprophylaxe bieten die landesweit vorhandenen psychosozialen Dienste, die in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben sind. Vor allem sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Psychosozialen Suchtberatungsstellen, die Erziehungsberatungsstellen, die Ehe- und Familienberatungsstellen sowie die Schuldnerberatung zu nennen.

Eine Einrichtung besonderer Art ist die „Arche“ in München. Diese staatlich geförderte Institution nimmt sich vor allem der Menschen an, die einen Selbsttötungsversuch unternommen haben. Im unmittelbaren Kontakt danach soll eine Vertrauensbasis geschaffen werden, aufgrund derer die suizidauslösenden Probleme aufgearbeitet werden können. Die Arbeit dieser Institution ist vor allem deshalb erfolgreich, weil erfahrungsgemäß gescheiterte Suizidversuche weitere nach sich ziehen.

Das Sozialministerium fördert modellhaft in Regensburg den Krisendienst „Horizont“ und in Würzburg einen weiteren Krisendienst. Diese Einrichtungen versuchen, mit ehrenamtlichen Mitarbeitern rund um die Uhr in Notfällen verfügbar zu sein. Die Erfahrungen dieser Dienste sollen abgewartet werden.

Ziele

Die präventiven Bemühungen der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Psychosozialen Suchtberatungsstellen und der verschiedenen Beratungsdienste zur Bewältigung allgemeiner Lebenskrisen sollen intensiviert werden.

5. Psychisch kranke Rechtsbrecher

Aufgabe des Maßregelvollzugs ist sowohl der Schutz der Allgemeinheit vor möglicherweise gefährlichen Tätern als auch die Heilung der Patienten. Dazu werden die gemäß §§ 63, 64 StGB im Maßregelvollzug Untergebrachten — derzeit 700 bis 800 Patienten in Bayern — in den entsprechenden Abteilungen der psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser aufgenommen und mit klinisch-psychiatrischen sowie psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Therapiemethoden behandelt. Für die Bereitstellung spezialisierter Therapieangebote für bestimmte Gruppen ist eine Zentralisierung des Maßregelvollzugs erforderlich. Dies steht zunächst im Widerspruch zu der Forderung nach einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Deshalb ist der duale Weg einer sowohl zentralisierten als auch dezentralisierten Betreuung notwendig.

In Parsberg hält der Bezirk Oberpfalz eine zentrale geschlossene Entzugsanstalt für Jugendliche und Heranwachsende mit 56 Plätzen vor. Die Klinik in Straubing mit 140 Plätzen, deren Errichtung vom Freistaat Bayern finanziert wurde, bietet seit ihrer Fertigstellung Mitte 1990 intensive Therapieangebote im Rahmen der Zentralisierung des Maßregelvollzugs. Die dort aufzunehmenden Patienten werden sich aus Patienten aller bayerischen Einrichtungen für den Maßregelvollzug zusammensetzen.

Die Patienten des Bezirkskrankenhauses Straubing sollen möglichst im Verlauf der Therapie gemeindenah von dem jeweiligen Bezirkskrankenhaus wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Die Umsetzung der aufeinander abgestimmten zentralen und dezentralen Versorgung durch eine enge Zusammenarbeit aller forensisch-psychiatrischen Abteilungen der Bezirkskrankenhäuser und der forensischen Zentralklinik in Straubing soll zu einem therapeutisch erfolgreichen Maßregelvollzug beitragen.

Entscheidend für den Erfolg im Maßregelvollzug sind die Behandlungs- und Unterbringungsbedingungen. Maßregelvollzugspatienten haben nach dem Unterbringungsgesetz Anspruch, als Kranke behandelt zu werden und Anspruch auf notwendige Heilbehandlung. Dazu gehören Hilfen, die nach der Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines therapeutischen Klimas, das sich nur mit entsprechenden räumlichen Unterbringungsmöglichkeiten, Alltagsbewältigungsangeboten und ausreichender personeller Ausstattung herstellen lässt. Daneben müssen Gruppen- und Einzeltherapien durchgeführt werden. Die Kosten des Maßregelvollzugs trägt der Freistaat Bayern.

Ziele

Es soll darauf hingewirkt werden, dass

- der Zimmerstandard der Allgemeinkrankenhäuser erreicht wird und Aufenthaltsräume bestehen, die unterschiedliche Freizeitaktivitäten ermöglichen,
- zur Bewältigung des Alltags Freizeitangebote, Beschäftigungsmöglichkeiten und schulische und berufliche Aus- und Fortbildungsangebote bestehen,
- verstärkt sinnvolle Arbeitsmöglichkeiten mit angemessener Bezahlung als Anreiz angeboten werden,
- durch ausreichendes und qualifiziertes Personal die umfassende Betreuung und Behandlung sichergestellt wird,
- die nach §§ 63 und 64 StGB Untergebrachten soweit wie möglich voneinander getrennt betreut werden, da sie aufgrund unterschiedlicher Krankheitsbilder unterschiedlicher Behandlungs- und Therapieangebote bedürfen,
- die notwendige Zusammenarbeit des Bezirkskrankenhauses Straubing mit den forensisch-psychiatrischen Abteilungen der übrigen Bezirkskrankenhäuser sichergestellt wird.

VII. Planung und Koordinierung

Defizite in der Planung und Koordinierung haben bisher in Verbindung mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung behindert. Die Verbesserung der Planung der psychiatrischen Versorgung und der Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Institutionen mit dem Ziel einer patientenorientierten Vernetzung aller Angebote ist vordringlich. Insbesondere ist es notwendig, den wachsenden ambulanten Sektor besser auf den stationären Bereich abzustimmen. Für die Planung und Koordinierung sind folgende Gremien vorgesehen:

- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene
- Planungs- und Koordinierungsausschüsse auf Bezirksebene.

Für die Aufgabenstellung und Zusammensetzung der Gremien ergibt sich folgendes:

1. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

In den Stadt- und Landkreisen sollen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet werden. Die Tätigkeit der bisher bestehenden Arbeitsgemeinschaften soll, soweit zweckmäßig, fortgeführt werden. Entsprechend den örtlichen Bedürfnissen können deshalb mehrere Stadt- und Landkreise eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft bilden. Aufgabe der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ist es vor allem, die Zusammenarbeit der Versorgungseinrichtungen zu verstärken und Vorschläge zur Verbesserung der örtlichen Versorgung zu erarbeiten. Die Geschäftsführung soll bei einem Gesundheitsamt liegen. Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften geben sich eine Geschäftsordnung, in der auch der Vorsitz und die Festlegung der Tagesordnung einschließlich der Beratungsunterlagen geregelt ist. Sie sollen ihre Vorschläge dem zuständigen Planungs- und Koordinierungsausschuss und der Regierung vorlegen.

Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollen insbesondere sein:

- Vertreter der niedergelassenen Ärzte
- Mitarbeiter der Nervenkrankenhäuser
- die Dienste und Einrichtungen sowie ihre Träger
- die Gesundheitsämter
- die kreisfreien Städte und Landkreise
- Vertreter der Krankenkassen
- Vertreter der Angehörigengruppen.

2. Planungs- und Koordinierungsausschüsse

Für jeden Regierungsbezirk wird ein Planungs- und Koordinierungsausschuss errichtet. Für den Ausschuss ergeben sich folgende Aufgaben unter Einbeziehung der Vorschläge der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften:

- Bestandserhebungen und Bedarfsermittlungen der psychiatrischen Versorgung
- Entwicklung von Planungskonzepten
- Koordination und Initiierung von geeigneten Angeboten im Zuständigkeitsbereich.

Die Geschäftsführung des Planungs- und Koordinierungsausschusses obliegt dem Bezirk. Der Ausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung, in der auch der Vorsitz und die Festlegung der Tagesordnung einschließlich der Beratungsunterlagen geregelt ist. Bei den Beschlüssen sollen einvernehmliche Empfehlungen an die zuständigen Stellen angestrebt werden. Dem Ausschuss sollen folgende Mitglieder angehören:

- 1 Vertreter des Bezirks
- 1 Vertreter für die Bezirksnervenkrankenhäuser
- 1 Vertreter jedes Spitzenverbandes der freien Wohlfahrtspflege
- 1 Vertreter für die kreisfreien Städte
- 1 Vertreter für die Landkreise
- 1 Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte
- 1 Vertreter der Regierung
- 1 Vertreter für die Krankenkassen
- 1 Vertreter der Arbeitsverwaltung
- 1 Vertreter der zuständigen Landesversicherungsanstalt
- 1 Vertreter der Angehörigen.

Bei Bedarf sollen weitere Vertreter einschlägiger Institutionen (z. B. von Universitätskliniken) und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften beigezogen werden.

Quellenverzeichnis

- Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten zur psychiatrischen Krankenhausplanung und zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung in Bayern, München, 1971
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vom November 1975 — Psychiatrie-Enquete — (Bundestagsdrucksache 7/4200)
- Erster Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, München, 1980
- Zweiter Bayerischer Landesplan für Behinderte. München, 1982
- Dilling, Weyerer: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen, Enke, Stuttgart. 1984
- Patientenstrukturanalyse der Hospital Management Beratungsgesellschaft mbH: Psychiatrie in Bayern, München, 1985
- PROGNOSE, Modellprogramm Psychiatrie, Köln, 1987
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die berufliche Eingliederung Behinderter, Bonn, 1987
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn, 1988
- Wittchen, von Zerssen: Verlauf behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen, München, 1988
- Vierter Bayerischer Landesplan für Altenhilfe, München, 1988
- Bayerische Staatsregierung: Berufsbildungsprogramm, München, 1988
- Bochnik: Nervenarzt-Studie — Bestandsaufnahme und Situationsanalyse ambulanter nervenärztlicher Tätigkeit, 1988
- Neubauer: Effektivität und Effizienz der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern, München, 1989
- Neubauer: Die Betreuung suizidaler Personen durch Sozialpsychiatrische Dienste in Bayern, München, 1989
- Lungershausen, Wittkowski, Bratenstein, Ingenleuf: Psychiatrische Versorgung im Raum Fürth/Erlangen — Höchststadt, Erlangen, 1989