

# **DOKUMENTATION**

**Runder Tisch zum Thema:**

***„Kann man bei den  
sozialpsychiatrischen Diensten  
in Bayern sparen?!“***



**Veranstaltung am 16. Februar 2004, 11-13 Uhr  
in den Konferenzräumen der Bayerischen Landeskammer  
der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

**Impressum:**

Bayerische Landeskammer  
der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

St.-Paul-Str. 9, 80336 München  
Tel.: 089-515555-0, Fax: 089-515555-25  
eMail: [info@psychotherapeutenkammer-bayern.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-bayern.de)  
Internet: <http://www.psychotherapeutenkammer-bayern.de>

Stand: 9.5.2004

Redaktion: Heiner Vogel, Peter Lehndorfer, Manuela Walther, Alexander Hillers, Nikolaus Melcop  
Foto: Peter Lehndorfer

*Die vorliegende Dokumentation kann kostenlos von der Homepage der Kammer heruntergeladen werden. Ansonsten gelten die üblichen Copyright-Bestimmungen.*

---

## Inhalt:

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Protokoll</b> des Runden Tisches am 16.2.2004 .....	6
Zusammenfassung der Statements .....	6
Diskussion .....	13
<b>Schlusswort</b> .....	17

## Anhänge:

1. Eingangsstatement <i>Klaus Stöhr</i> .....	19
2. Statements der Teilnehmer/innen .....	22
<i>Renate Ackermann</i> , MdL, Die Grünen .....	22
<i>Dr. Heinrich Berger</i> , Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing .....	23
<i>Dr. Dr. Helmut Hausner</i> , Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen .....	31
<i>Klaus Schwarzer</i> , AOK Bayern .....	32
<i>Eva Straub</i> , Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. ....	38
<i>Joachim Unterländer</i> , MdL, CSU, stv. Vorsitzender des Landtagsausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik .....	42
<i>Gottfried Wörishofer</i> , Münchener Psychiatrieerfahrene e.V. ....	44
3. Teilnehmerliste .....	46



## Vorwort

Die neu gegründete bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat bei ihrem ersten Expertengespräch, dem Runden Tisch zur Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern, ein aktuelles sozialpolitisches Thema aufgegriffen, das in der allgemeinen Informationsflut Gefahr läuft, in den Hintergrund gedrängt zu werden.

Wir sehen es als eine unserer vorrangigen Aufgaben an, uns für eine hochwertige und sachgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen zu engagieren. Keinesfalls ist die bestehende Versorgungslage als optimal zu bezeichnen, aber sie hat in den letzten dreißig Jahren ein Niveau und eine Differenziertheit erreicht, die sich außerordentlich positiv von der vielfach beklagten Versorgungslage zur Zeit der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages im Jahr 1975 unterscheidet. Durch die aktuellen gesellschaftlichen bzw. gesundheitspolitischen Entwicklungen ist diese Versorgungsqualität nunmehr in Gefahr, und zwar insbesondere in den Bereichen, die zu den Errungenschaften einer modernen sozialpsychiatrischen, d.h. niedrigschwelligen und komplementären Versorgung zählen.

Aus unserer Sicht sind die Errungenschaften der modernen sozialpsychiatrischen Versorgung unverzichtbar für eine Gesellschaft, die sich als Sozialstaat konstituiert hat und in ihrer Verfassung dem sozialen Ausgleich und der Sorge für Benachteiligte und Kranke verschrieben hat. Wir anerkennen die Finanzierungsprobleme einzelner beteiligter Träger, jedoch gehen wir gleichzeitig von einer Gesamtverantwortung der Institutionen aus, die die Gesellschaft tragen. Insofern denken wir, dass bei einem Runden Tisch, der alle Beteiligten zusammen bringt, auch Lösungen angedacht oder zumindest vorbereitet werden können, die letztlich dazu führen sollten, dass die baldige bedarfsgerechte und auch ökonomisch sinnvolle Weiterfinanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste gewährleistet wird.

Wir danken allem Beteiligten für Ihr Kommen und für die Bereitschaft, an diesem Runden Tisch zur sozialpsychiatrischen Versorgung mitzuwirken. Wir hoffen, durch diese Veranstaltungen zur Lösung der Probleme beitragen zu können und wünschen ihr in dieser Hinsicht einen guten Verlauf.

München, den 16. Februar 2004



Dr. Nikolaus Melcop

Präsident der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## **Protokoll des Runden Tisches zum Thema „Kann man bei den sozialpsychiatrischen Diensten sparen?!“<sup>1</sup>**

Nach der Begrüßung von Dr. Melcop, in der dieser die moderierende Funktion der Kammer unter den Beteiligten beschrieb, und nach dem Eingangsstatement von Dipl.-Psych. Klaus Stöhr, Sprecher des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“, wurden die Teilnehmer des Runden Tisches in alphabetischer Reihe gebeten, jeweils ein kurzes Statement zum Thema abzugeben.

### **Renate Ackermann (Grüne), MdL, Mitglied des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags:**

Frau Ackermann hob hervor, dass sie von 1986 bis 1990 als Mitglied des Bezirkstags Mittelfranken am Aufbau der sozialpsychiatrischen Dienste beteiligt gewesen sei. Gerade deshalb mache sie persönlich die jetzige Demontage der sozialpsychiatrischen Dienste betroffen. Das Wegbrechen des Netzes, das durch die sozialpsychiatrischen Dienste geschaffen worden sei, produziere enorme Folgekosten durch zusätzlich notwendige stationäre Versorgungsformen, bringe aber insbesondere auch große menschliche Probleme für die Betroffenen und deren Angehörigen mit sich. Um den Erhalt und Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste zu sichern, hätten deshalb die Grünen die Staatsregierung aufgefordert, erneut in die Verhandlungen mit den Krankenkassen einzutreten und einen Antrag eingebracht, der folgende Punkte erfasse:

- Der Freistaat Bayern soll in Verhandlungen mit den Krankenkassen mit dem Ziel eintreten, dass die Krankenkassen dem früheren 18prozentigen Finanzierungszuschuss wieder übernehmen.
- Bis dahin wird der Freistaat aufgefordert, die Finanzierungslücke aus Steuergeldern zu schließen.

Leider sei dieser Antrag im Bayerischen Landtag abgelehnt worden.

### **Dr. Heinrich Berger, Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing:**

Durch den Ausstieg der Krankenkassen aus der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste fehlen den Trägern 3,2 Mio EURO. Die fehlenden Mittel führten dazu, dass von durchschnittlich 2  $\frac{3}{4}$  Stellen eine  $\frac{3}{4}$  Stelle gestrichen werden müsse.  $\frac{1}{2}$  Stelle versorgen etwa 50 Patienten.

---

<sup>1</sup> Dokumentation der Sitzung durch Peter Lehdorfer und Heiner Vogel

Herr Berger mahnte an, dass der zweite bayerische Psychiatrieplan von 1990 nicht ausreichend umgesetzt worden sei: Beispielsweise flössen 58% der Gelder in die stationäre Versorgung, 32% der Sozialhilfeausgaben würden für Langzeiteinrichtungen entrichtet.

Durch den Wegfall eines Teils der Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste würde eine Kostensteigerung durch vermehrte stationäre Behandlung und betreutes Einzelwohnen entstehen.

Er forderte, das komplexe System von Hilfen für psychisch Kranke (Prävention, Rehabilitation, Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG, nachgehende Tätigkeiten, Bezirkssozialpsychiatrie und Krisenversorgung) nicht zu gefährden. Wegen der Vielfalt der Aufgaben, die die sozialpsychiatrischen Dienste erfüllen und die in der Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialleistungsbereiche liegen, sei dringend die Rückkehr zur Mischfinanzierung nötig.

**Dr. Dr. Helmut Hausner, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Leiter des Referates Psychiatrie:**

Hausner stellte zu Beginn seines Statements heraus, dass das Ministerium den Erhalt und den Ausbau sozialpsychiatrischer Dienste für dringend geboten hält. Es ginge nicht um inhaltliche Kritik, sondern ausschließlich um die Frage der Finanzierung. Der Freistaat Bayern sei bzgl. der Finanzierung aus strukturellen Gründen nicht in die Pflicht zu nehmen. Die Zuständigkeit dafür liege bei den Bezirken. Deshalb habe auch der Landtag den Antrag der Grünen ablehnen müssen.

Er sehe aber durchaus die Möglichkeit, dass die Krankenkassen, die freiwillige Finanzierung auch weiterhin zu übernehmen. Er machte deutlich, dass er große Einsparpotentiale für die Krankenkassen durch die Prämisse ambulant vor stationär sehe. Mittel- und langfristig sehe er folgende Lösungsansätze:

- o Es müsse die Möglichkeit geprüft werden, ob durch die Soziotherapie-Vereinbarung Gelder und Personal zur Verfügung gestellt werden könnten.
- o Im Rahmen des Präventionsgesetzes sollte die Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste als Pflichtleistung der Krankenkassen festgelegt werden.
- o Langfristig sollte ein Strukturwandel erfolgen: dabei sollten Mittel aus dem stationären Bereich abgezogen und in den ambulanten Bereich umgesteuert werden.

**Manfred Hölzlein, Präsident des Verbandes der bayerischen Bezirke  
und Präsident des Bezirks Niederbayern:**

Zu Beginn seines Statements hob Hölzlein die alleinige Verantwortung jedes Bezirks hervor. Der Verband der bayerischen Bezirke habe nur koordinierende Funktion.

Die Bezirke hätten ein enormes Interesse an ambulanten Diensten im Rahmen der Psychiatrie. Sie leisteten derzeit einen Zuschuss von 18 Mio EURO jährlich. In 80 Volldiensten mit 16 Außenstellen seien 300 Vollzeitkräfte beschäftigt. Obwohl in allen Bereichen Mittelkürzungen vorgenommen worden seien, habe beispielsweise der Bezirk Niederbayern seinen Haushaltsansatz von 5,05 Mio EURO beibehalten. Die bei den Sozialpsychiatrischen Diensten fehlenden 3,2 Mio EURO durch den Wegfall der Krankenkassenzuschüsse könnten allerdings durch die Bezirke nicht ersetzt werden.

Die Soziotherapie sei nicht geeignet, die sozialpsychiatrischen Dienste zu ergänzen, da die Betroffenen und deren Angehörige in der Regel ein niedrigschwelliges Angebot ohne spezielle Behandlung suchen.

Die Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste müsse durch Gesetze geregelt werden. Er setze hier die Hoffnung auf das Präventionsgesetz.

**Michael Kreuzer, Leiter des Referats II beim Verband der bayerischen Bezirke:**

Kreuzer ergänzte das Statement von Manfred Hölzlein. Die Bezirke seien zu Unrecht die Buhmänner, da sie einen wesentlichen Teil der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste mit einem Zuschuss von 18 Mio EURO tragen. Nur Schwaben sei derzeit nicht in der Lage, den Haushaltsansatz zu halten.

Langfristig sehe er nur den Weg einer Umstrukturierung unter Mitwirkung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Es müsse ein Gesamtplankonzept auf Grundlage von § 46 BSHG erstellt werden<sup>2</sup>.

Prämisse des Konzepts müsse ambulant vor stationär sein. Dieser Grundsatz sei in Bayern noch nicht voll ausgeschöpft. Eine Finanzierung der fehlenden 3,2 Mio EURO durch die Bezirke sei derzeit nicht möglich. Wenn Städtetag und Landkreistag einen

---

<sup>2</sup> BSHG § 46 „Gesamtplan“:

- (1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen auf.
- (2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfalle Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammen.“
- (3) Zum Inkrafttreten des SGB XII vgl. nachfolgend Fn. 3

entsprechenden Beschluss zur Erhöhung der Bezirksumlage mittragen würden, sehe er allerdings gewisse Spielräume.

**Gudrun Mahler, Diakonisches Werk Bayern, Referentin für Psychiatrie:**

Sie stellte heraus, dass neben den Patienten auch die Angehörigen leiden würden, da weniger Anlaufstellen zur Verfügung stünden. Sie gab folgende Anregungen:

- Stärkung des ambulanten Sektors: Setzen von Prioritäten durch die Politik; Nutzen von Spielräumen in der Umsetzung
- Freie Wohlfahrtspflege und Bezirke sollten große stationäre Einrichtungen aufgeben. Die frei werdenden Mittel sollen in den ambulanten Sektor fließen.
- Ein Rahmenvertrag für sozialpsychiatrische Dienste unter Berücksichtigung des BSHG bzw. des künftigen SGB XII sei anzustreben.<sup>3</sup>
- Das Bayerische Sozialministerium sollte kurzfristig als Moderator für die an den jetzigen Verhandlungen Beteiligten zur Verfügung stehen und seine Unterstützung anbieten.

**Hilde Reiner-Münch, Caritasverband Bayern,  
Referentin für Psychiatrie, Sucht- und Gefährdetenhilfe**

Die Soziotherapie sei ein kleines Angebot für eine eingeeengte Zielgruppe. Die Qualifikationsanforderungen für das Personal seien relativ hoch. Durch die Verschreibungspflicht durch Ärzte sei hier auch die Praxisgebühr von 10 EURO pro Quartal ein Problem. Sie appellierte an den Vertreter der Krankenkassen, bei der Zulassung von Soziotherapeuten zumindest als Übergangsregelung großzügig zu verfahren.

**Klaus Schwarzer, AOK Bayern, Leistungsmanagement Ärzte:**

Herr Schwarzer berichtete, dass die AOK viele Mittel (20 Mio EURO) für die stationäre psychiatrische Versorgung und auch die Akutversorgung ausbebe. In den letzten Jahren habe es enorme Fallzahlsteigerungen im Bereich der psychischen Erkrankungen gegeben, die durch Einzelleistungsvergütung finanziert worden sei. Ferner hob er hervor, dass die Zahl der psychiatrischen Institutsambulanzen um 20% gestiegen sei. Durch die Institutsambulanzen würde durch Hausbesuche auch die Versorgung zu Hause gesichert.

---

<sup>3</sup> Hinweis: Zum 1.1.2005 wird das bisherige Sozialhilfegesetz (BSHG) durch das neu geschaffene 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Wesentlichen ersetzt.

1984 seien die Krankenkassen freiwillig in die Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste eingestiegen. Inzwischen habe sich die Situation für die Krankenkassen geändert. Die AOK habe bereits die höchsten Beitragsätze. Sie müsse im Wettbewerb unter den Krankenkassen bestehen können und könne auch aus diesem Grund die Finanzierung nicht mehr übernehmen.

Bzgl. der Zulassung von Soziotherapeuten stellte er Übergangsregelungen im Hinblick auf die Qualifikationsvoraussetzungen in Aussicht.

### **Eva Straub, Bayerische Landesvorsitzende des Verbandes der Angehörigen psychisch Kranker:**

Angehörige psychisch kranker Menschen sind von der psychischen Störung besonders belastet. Sie brauchen deshalb besondere Unterstützung, wenn sie in der Lage sein sollen, den Betroffenen bei einem Leben im ambulanten Feld zu unterstützen und zu begleiten. Sozialpsychiatrische Dienste bieten hierfür vielfältige Angebote, die sich in der Vergangenheit als besonders bedarfsgerecht und zweckmäßig erwiesen hätten. Deshalb sei der Erhalt der sozialpsychiatrischen Dienste sinnvoll und notwendig.

Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. habe aus diesem Grund eine Petition im Bayerischen Landtag eingereicht und auch einen Gesprächstermin bei Ministerpräsident Edmund Stoiber erhalten. Dabei habe der Verband gefordert, dass der Freistaat Bayern die fehlenden Mittel übernehmen solle, was aber mit dem Hinweis auf strukturelle Probleme abgelehnt worden sei.

Die Möglichkeit, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste übernehmen könnten, sah sie nicht gegeben, da diese nicht ausreichend verbreitet seien. Auch sei die Beteiligung zugelassener Psychotherapeuten nicht möglich. Denn einerseits gäbe es in der Regel ohnehin keine Therapieplätze. Andererseits stünden Psychiater und Psychotherapeuten auch für Hausbesuche nicht zur Verfügung. Und schließlich sei die Richtlinienpsychotherapie ja ohnehin nicht für chronisch psychisch Kranke konzipiert. Es müsse eine gesetzliche Basis im Rahmen des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) geschaffen werden. Ziel müsse eine gemeinde- und wohnortnahe, niedrigschwellige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für die Betroffenen sein.

**Joachim Unterländer (CSU), MdL, stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags:**

Er plädierte für einen Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Finanzierungsprobleme dürfen dieses Vorhaben nicht stoppen.

Deshalb appellierte er an die Krankenkassen zu einem offensiven präventiven Kostendenken zu finden, da mittelfristig die Mittel dadurch zu reduzieren seien. Die Krankenkassen dürfen ihr Engagement nicht aufgeben.

Eine Zwischenfinanzierung durch den Freistaat Bayern halte er wegen der bestehenden Signalwirkung für höchst bedenklich. Anzustreben sei vielmehr eine dauerhafte Regelung durch das geplante Präventionsgesetz, das an dieser Stelle hinreichende Klarheit schaffen müsse.

**Joachim Wahnschaffe (SPD), MdL, Vorsitzender des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags:**

Der Ausschuss für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags habe sich intensiv mit den sozialpsychiatrischen Diensten befasst. Da es um die gesamte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Bayern gehe, greife die Diskussion ausschließlich um die sozialpsychiatrischen Dienste zu kurz. Es müsse ein BayPsychKG geschaffen werden, ferner müsse der zweite bayerische Psychiatrieplan fortgeschrieben werden. Er plädierte dafür, das „Schwarze Peter Spiel“ zu beenden, in dem die Zuständigkeiten jeweils dem anderen zugeschoben würden, da die vorhandenen eigenen Ressourcen nicht gefährdet werden sollen. Er sah folgende Lösungsansätze:

- Der Freistaat Bayern sei in der Pflicht und müsse deshalb die FAG-Mittel<sup>4</sup> erhöhen.
- Der Bund müsse in einem Präventionsgesetz hinreichend Klarheit zur Absicherung sozialpsychiatrischer Dienste festlegen.
- Die Krankenkassen sollten an der Finanzierung festhalten. Die Beratungen durch McKinsey hätten bei der AOK offenbar dazu geführt, dass alle freiwilligen Leistungen abgebaut würden. Dies sei aber mittelfristig zu kurz gegriffen, da die Ausgaben im stationären Bereich explodieren würden.
- Eine kurzfristige Lösung sah er darin, dass sich Krankenkassen und Freistaat Bayern sich beide für eine begrenzte Zeit (1 Jahr) in die Pflicht nähmen, um die Finanzie-

---

<sup>4</sup> FAG-Mittel: Gesetz über den Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern.

nung zu sichern. Man müsse dann die Zeit nutzen, um eine gesetzliche Grundlage durch ein BayPsychKG und der Fortschreibung des zweiten Psychiatrieplanes schaffen.



*von links nach rechts: Joachim Wahnschaffe, MdL (SPD); Joachim Unterländer, MdL (CSU); Renate Ackermann, MdL (Grüne); Dr.Dr. Helmut Hausner (Sozialministerium); Alexander Hillers (Kammer)*

#### **Gottfried Wörishofer, Münchner Psychiatrie-Erfahrene e.V., Geschäftsführer:**

Der Verein habe ca. 100 Mitglieder, von denen viele die Leistungen sozialpsychiatrischer Dienste in Anspruch nähmen.

Die Arbeitsweisen und Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste seien angemessen. Wichtig sei, dass ein ausreichendes Maß an Zeit für jeden Patienten zur Verfügung stehe. Zeitdruck sei gerade für chronisch psychisch Kranke kontraproduktiv, da dies die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung in Frage stelle. Es sei sicherzustellen, dass langfristige Beziehungen möglich würden. Die Aufenthaltsdauer in Kliniken und Heimen sei dadurch zu verkürzen. Patienten dürften nicht herumgeschoben und ständig von hier nach dort weitervermittelt werden. Herr Wörishofer sprach sich in diesem Zusammenhang auch gegen die geplante Zwangsbehandlung im ambulanten Bereich aus.

Die Kosten für ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen seien im Vergleich zur hochtechnisierten Apparatemedizin und zur stationären Psychiatrie gering und müssten weiter bezahlt werden. In der Vergangenheit habe sich schließlich vielfach gezeigt, dass damit erhebliche Kosten im stationären Bereich eingespart werden können.

## Diskussion:

Die **Vertreter der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** regten die Suche nach unkonventionellen Regelungen an, um zu einer Übergangsfinanzierung der fehlenden 3,2 Mio EURO zu kommen. Es gehe um die Sicherung von Behandlungsangeboten, die nötig seien. Das „Schwarze Peter Spiel“ müsse beendet werden. Alle Seiten müssten signalisieren, dass sie zu Bewegung bereit seien. Es könnte u.a. geprüft werden, ob die neuen Versorgungsformen der integrierten Versorgung hier Auswege bieten können.

Aber insbesondere sei zu fragen, wieso die mehrfach angesprochene Kostensenkung im stationär-psychiatrischen Bereich durch niedrigschwellige ambulante Dienste nicht die zuständigen Krankenkassen im Sinne eines präventiven Kostendenkens dazu veranlasst, gerade in jene Einrichtungen zu investieren, die zur Kostensenkung beitragen. Ähnliches gelte offenbar für die Bezirke, die vermutlich durch die erfolgreiche Arbeit der niedrigschwelligen komplementären sozialpsychiatrischen Dienste vielfältige Kosten im Bereich der Sozialhilfe sparen. Offensichtlich sei im Übrigen, dass Soziotherapie hier nicht der richtige Weg sei, die bestehenden Finanzierungsprobleme zu lösen, weil sie nur für einen sehr kleinen Teil der Betroffenen eine wirkliche Hilfe darstelle und weil die vorgesehenen Anforderungen die tatsächliche Etablierung von Soziotherapie im Flächenstaat beinahe im Keim ersticken würden. Offensichtlich sei auch, dass der Verweis auf ein Präventionsgesetz nur eine neue Runde im Schwarzer-Peter-Spiel sei. Denn inzwischen müsste allen am politischen Prozess Beteiligten klar sein, dass dieses Gesetz – wenn es denn überhaupt kommen werde – keine neuen Leistungen vorsehe, sondern allenfalls vorhandene Leistungen neu strukturieren, Begriffe definieren und eine einheitliche Systematik präventiver Leistungen vorsehen werde. Wünschenswert sei es aus Sicht der Kammer deshalb nunmehr, dass die Politik ihre Verantwortung für die Lösung der beschriebenen Probleme wahrnehme und ihre Handlungsspielräume ausnutze, um die Verantwortlichen zu konstruktiven Lösungsbemühungen bewege.

Herr **Schwarzer (AOK Bayern)** entgegnete Herrn Wahnschaffe, dass der Ausstieg aus den Kosten für sozialpsychiatrische Dienste nicht im Zusammenhang mit der McKinsey-Beratung zu sehen sei.

Die AOK habe in der Vergangenheit immer ein offenes Ohr für die Belange psychisch Kranker gehabt und sei oft der Vorreiter gewesen. Der Ausstieg aus der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste sei auch nicht alleine von der AOK zu verantworten, sondern von allen Krankenkassen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände gemeinsam beschlossen. Der Bettenabbau im stationären Bereich laufe weiter, durch die Anforderungen Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) seien die Kosten für die stationäre Behandlung im Einzelfall allerdings auf einem hohen Niveau festgelegt.

Die Versorgung psychisch Kranker sei durch die Zulassung von beinahe 2000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seit 1999 durch Inkrafttreten des PsychThG verbessert worden. Schwarzer vermisse im Übrigen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), da sie gerade für diesen Bereich, das heißt für die ambulante kurative psychiatrische Versorgung (bei Psychiatern) und die Ausgestaltung der Richtlinienpsychotherapie zuständig sei.

Herr **Hölzlein (Verband Bayerischer Bezirke, Bezirkstag Niederbayern)** meinte, dass durch einen Rückgang ambulanter Dienste die Bezirkskrankenhäuser stärker in Anspruch genommen würden. Diese seien aber durch den gewollten Bettenabbau der letzten Jahre sowieso schon an der Belastungsgrenze angelangt. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) sei zu 20% ausgehöhlt. Deshalb müssten die ambulanten Dienste gestärkt werden, was durch ein vernünftiges Präventionsgesetz gesichert werden könne. Aber natürlich nur, wenn es diese Aufgabe dort mit hinreichender Deutlichkeit beschrieben sei.

Herr **Unterländer (CSU), MdL**, wies darauf hin, dass Frau Ministerin Stewens bereits im Vorfeld ihrer Moderatorenrolle gerecht geworden sei, indem sie alle Betroffenen zusammengeführt hätte. Er wiederholt nochmals, dass eine unmittelbare staatliche finanzielle Beteiligung nicht denkbar sei, sondern fordert stattdessen die Krankenkassen und Bezirke auf, die aus dem stationären Bereich eingesparten Mittel im Rahmen eines Finanzplans zur Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste zu verwenden. Er meint abschließend, dass vielleicht eine Erhöhung der FAG-Umlage bzw. eine Veränderung im kommunalen Finanzausgleich ein denkbarer Weg sei, um aus dem deutlich beschriebenen Dilemma herauszukommen.

Herr **Kreuzer (Verband der bayerischen Bezirke)** betonte, dass die Situation rein rechtlich schwierig sei. Durch das PsychKG würden im Rahmen des Konnexitätsprin-

zips<sup>5</sup> die Bezirke in die Pflicht genommen. Ein Rahmenplan im Sinne des BSHG habe den Nachteil des Nachrangigkeitsprinzips der Sozialhilfe und bedeute somit, dass im jeweiligen Einzelfall zunächst die Bedürftigkeit des Betroffenen geprüft werden müsse, bevor eine Leistung gewährt werden könne. Damit gehe die von allen Beteiligten gewünschte Niedrigschwelligkeit der Angebote verloren. Langfristig halte er ein eigenes Bundesleistungsgesetz für unumgänglich.



Klaus Schwarzer (AOK Bayern) und Michael Kreuzer (Verband der Bayerischen Bezirke)

Frau **Ackermann (Grüne), MdL**, stellte fest, dass man sich in der Sache einig sei und trotzdem kein Konsens zu Stande komme. Die Grünen würden in der Sache nicht aufgeben. Sie forderte Ministerin Stewens auf, eine kurzfristige Hilfe im Sinne einer Übergangsregelung zu finden. Notwendige Gesetzesänderungen dauerten zu lange, um das Überleben der sozialpsychiatrischen Dienste zu sichern.

Herr **Berger (Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing)** schlägt vor, die Zusammenfassung dieses Runden Tisches in den Bayerischen Landtag einzubringen. Es sei bereits 5 nach 12.

Herr **Wahnschaffe (SPD), MdL**, meinte, dass der Umfang des Finanzvolumens, um das es hier gehe, beinahe zu vernachlässigen sei, wenn man die Leistungen der Kranken-

<sup>5</sup> Konnexitätsprinzip: Innerer, natürlicher, wirtschaftlicher Zusammenhang von Ansprüchen (Creifelds Rechtswörterbuch, 17. Auflage, München 2002)

kassen für stationäre Psychiatrie auf der einen Seite bzw. das Haushaltsvolumen der Bezirke auf der anderen Seite betrachte. Deshalb denke er, dass hier eigentlich eine kurzfristige Lösung denkbar sein müsste. Neben dieser kurzfristigen Klärung des Überlebens notwendiger Bausteine des sozialpsychiatrischen Systems sei es ihm aber wichtig, eine Weiterentwicklung der gesamten psychiatrischen Versorgung im Rahmen des zweiten Bayerischen Psychiatrieplans zu erreichen.

Er lud die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Teilnahme an der Anhörung des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags zum gleichen Thema teilzunehmen und die Ergebnisse des heutigen Runden Tisches einzubringen.

**Dr. Melcop (Bayerische Psychotherapeutenkammer) und Dipl.-Psych. Klaus Stöhr** bedankten sich bei den Teilnehmern des Runden Tisches für die engagierte Diskussion und beendete kurz nach 13.00 Uhr die Veranstaltung.

## Schlusswort

Der Runde Tisch zur Finanzierungskrise der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern stellte den Versuch dar, alle Beteiligten aus Politik, Gesundheitsverwaltung, Trägerverbänden, Betroffenenverbände und Einrichtungen zu einem gemeinsamen lösungsorientierten Gespräch zusammenzuführen. Die gesellschaftliche Gesamtverantwortung der Beteiligten zeigte sich dabei auch als Bemühen der Teilnehmer, in gemeinsamer Anstrengung eine adäquate Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Dieser Versuch kann als gelungen betrachtet werden: Alle Beiträge bestätigten, dass in den letzten Jahrzehnten eine beachtliche Verbesserung in der Versorgungsqualität für chronisch psychisch Kranke in Bayern erreicht werden konnte. Dies bedeutet für die Betroffenen eine wesentliche Verbesserung von Lebensqualität, die sich darüber hinaus auch in ihrer sozialen und gesellschaftlichen Integration niederschlägt. Es bedeutete auch, dass in den stationären psychiatrischen Einrichtungen ein dramatischer Bettenabbau, eine Verkürzung von Aufenthaltszeiten und eine Reduzierung der Wiederaufnahmeraten möglich wurden. Sorgfältige wissenschaftliche Studien können dementsprechend aufzeigen, dass ein differenziertes niedrigschwelliges und komplementäres Versorgungsangebot auch zu beträchtlichen Kosteneinsparungen führt, nicht nur für die Krankenkassen (die sonst für stationäre Psychiatrie in erheblichem Umfang zahlen müssten) sondern auch für die Gesellschaft und insbesondere die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. Einsparungen bei den psychosozialen Leistungen helfen also nur scheinbar, die Finanznöte der Kassen, der Kommunen und der (über-)örtlichen Sozialhilfeträger zu lindern. Vermutlich helfen Sie nicht einmal kurzfristig Geld zu sparen, denn nach aller Erfahrung führt das Versagen von Kriseninterventionen und das Fehlen von niedrigschwelligen psychosozialen Angeboten rasch zur Häufung von Eskalationen psychischer Krisen und zu Extremereignissen, die insbesondere durch die dann unvermeidlichen Hospitalisierungen erhebliche Folgekosten binnen kürzerer Zeit nach sich ziehen. Wenn dann auch noch die Qualität der stationären psychiatrischen Angebote eingeschränkt wird (Stichworte: Überbelegung bei Pflichtversorgung, nicht umgesetzte Psychiatriepersonalverordnung), dann sind Drehtüreffekte und weitere Folgekosten absehbar.

Beim Runden Tisch wurde ein gemeinsames Bemühen um Lösungen deutlich, welches dann bei einer Anhörung im zuständigen Landtagsausschuss am 4. März erneut spürbar war und schließlich zu intensiven Beratungen der Verantwortlichen Träger mit der Politik geführt hat. Eine dauerhafte Lösung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Wir sind aber zuversichtlich, dass die Initiative des Runden Tisches einen Beitrag zur Vorbereitung der Lösung gebracht hat.

*Dr. Heiner Vogel*

Mitglied im Vorstand der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Anhänge

1.	Eingangsstatement <i>Klaus Stöhr</i> .....	19
2.	Statements der Teilnehmer/innen .....	21
	<i>Renate Ackermann</i> , MdL, Die Grünen.....	22
	<i>Dr. Heinrich Berger</i> , Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing.....	23
	<i>Dr. Dr. Helmut Hausner</i> , Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen.....	30
	<i>Klaus Schwarzer</i> , AOK Bayern .....	31
	<i>Eva Straub</i> , Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. ....	37
	<i>Joachim Unterländer</i> , MdL, CSU, stv. Vorsitzender des Landtagsausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik.....	41
	<i>Gottfried Wörishofer</i> , Münchener Psychiatrieerfahrene e.V. ....	43
3.	<b>Teilnehmerliste</b> .....	45

## Anhang 1

### Eingangsstatement des Kammerausschusses (Dr. Klaus Stöhr):

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mein Statement mit dem Zitat einer Drucksache aus dem Deutschen Bundestag beginnen:

„Nach der Hauptmaxime der Psychiatrie–Reform haben psychisch Kranke und behinderte Menschen dasselbe Recht wie somatisch Kranke auf

- größtmögliche Selbstbestimmung
- ein privates Leben möglichst außerhalb von institutionalisierten Einrichtungen sowie
- eine Teilnahme am sozialen Leben in ihrem Wohnumfeld.“

Im Jahr 2000 wurde von Expertenseite übereinstimmend festgestellt, dass es im Verlauf des Reformprozesses erhebliche Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung gegeben hat:

Positiv hervorgehoben wurde vor allem

- der Abbau von über 50 % der Krankenhausbetten,
- die Dezentralisierung der stationären Versorgung durch Aufbau von ca. 160 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- die Senkung der stationären Verweildauern auf 20 bis 40 Tage sowie
- die Zunahme der Nervenärzte um das Vierfache.

Dennoch werden nach wie vor bestehende Mängel insbesondere der ambulanten Behandlung und Rehabilitation beklagt. Konkrete Problembereiche sind:

- das Fehlen eines flächendeckend gleich guten Aufbaus gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen,
- die fehlende Vernetzung, Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungsdiensten,

- das Fehlen von leistungsträger- und einrichtungsübergreifenden Gesamtkonzepten,
- Mängel in speziellen Versorgungsbereichen wie der Gerontopsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Prinzip ambulant vor stationär ist auch heute noch nicht ausreichend umgesetzt. Als ein besonders gravierendes Problem hat sich unzureichende Früherkennung psychotischer Erkrankungen von jungen Menschen erwiesen.

Die ambulante psychiatrische Behandlungspflege ist nach wie vor nicht selbstverständlicher Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen, obwohl Gutachten belegen, dass ambulante psychiatrische Behandlungspflege im Kontext komplexer Hilfen unverzichtbar sind.

Psychisch Kranke sind trotz des häufig chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Verlaufs vieler psychiatrischer Erkrankungen bei der Rehabilitation im Vergleich zu somatisch Kranken erheblich benachteiligt.“

Meine Damen und Herren, ich zitierte eben wortwörtlich die Drucksache 14/9555 aus dem Deutschen Bundestag vom 26.6.2002. Die hier angesprochene Bestandsaufnahme, die erst 18 Monate alt ist, macht deutlich, dass noch ein erheblicher Verbesserungsbedarf in der psychiatrischen Versorgung gesehen wird.

Doch wie sieht die Realität aus? Der Ausbau und die Unterhaltung komplementärer Einrichtungen in Bayern erfolgte bzw. erfolgt mit freiwilligen, d.h. frei disponiblen Leistungen, etwa von den Krankenkassen und den Bezirken. Diese disponiblen Leistungen stehen nun zur Disposition.

Die Krankenkassen haben ihre Zuschüsse in Höhe von 18% der bisherigen Kosten der Sozialpsychiatrischen Dienste, die sie bisher regelmäßig übernommen hatten, komplett gestrichen.

Die Bezirke können diesen Ausfall nicht kompensieren. Ihre finanzielle Situation verschlechtert sich dramatisch. In den Bezirks-Etats 2004 bestehen Deckungslücken. Mit dem kontinuierlichen und vor allem sehr schnellen Anstieg der Pflichtleistungen (überörtlicher Träger der Sozialhilfe) verringern sich somit die frei disponiblen Mittel der Bezirke ganz extrem.

Alles steht offensichtlich zur Disposition, angeblich auch die Existenz der Bezirke selbst.

Es ist zu fürchten, dass die Zukunft von Tagesstätten, Beratungsstellen und Sozialpsychiatrischen Diensten aufgrund der gegenwärtigen und absehbaren Entwicklung auf sehr tönernen Füßen steht. Abbau von Stellen und Schließungen von Versor-

gungsinstitutionen haben bereits begonnen, mit aller Konsequenz für die Situation der chronisch psychisch Kranken.

Niemand zweifelt die gute Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste an. Jeder sieht die Notwendigkeit eines vernetzten ambulanten Angebotes für die psychiatrische Versorgung unserer Bevölkerung. Doch scheint eher Abbau als Aufbau die Maxime der Verantwortungsträger zu sein.

Wohin wird das aber führen? Patienten, die gegenwärtig gut ambulant versorgt werden können, wird man wieder nach dem Modell der Drehtürpsychiatrie behandeln müssen. Gesamtwirtschaftlich werden dabei wahrscheinlich keine Kosten gespart. Im Gegenteil: Es wird nicht nur zu Kostenverlagerungen von der ambulanten zur stationären bzw. von freiwilligen präventiven zu Pflichtleistungen kommen. Es wird ebenso erhebliches soziales und menschliches Leid produziert werden.

Die Krankenhäuser müssen aufnehmen. Die Aufenthaltsdauer kann kaum noch gesenkt werden. So wird es dann wieder zu einer Ausweitung der stationären Behandlungen kommen und die psychiatrischen Reformeffekte aus den letzten 30 Jahren werden glatt in das Gegenteil verkehrt.

Das Geld ist knapp - natürlich. Keiner der Anwesenden möchte aber auch gern eine Verschlechterung der Situation der Schwächsten in der Gesellschaft hinnehmen. Dies ist auch vor dem Hintergrund der deutlich feststellbaren Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung in den vergangenen Jahrzehnten nicht akzeptabel.

Den Runden Tisch wünschen wir uns als einen Workshop von Verantwortungsträgern und Insidern des komplementären psychiatrischen Versorgungssystems, an dem mit gesammeltem Sachverstand über Wege und Schritte zur Lösung der beschriebenen Probleme beraten wird. Wir sollten es schaffen, das erreichte Niveau der Versorgung in diesem Bereich zu sichern und ggf. sogar auszubauen.

*Klaus Stöhr*

Sprecher des Kammer-Ausschusses Psychotherapie in Institutionen

**Stellungnahme von Renate Ackermann, MdL**

---

Mitglied des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik

**Kann man bei den sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern sparen?!****Nein – Grüne Position zum Runden Tisch am 16.2.2004**

„Ambulant vor Stationär“ lautete die Devise der Psychiatrie-Enquete vor 28 Jahren. In der Folge gründeten sich SpDi's und leisten seitdem einen wichtigen Beitrag in Prävention und Nachsorgebetreuung psychisch kranker Menschen. Mehr als 80 SpDi's betreuen 25.000 Kranke in Bayern in ihrem gewohnten Umfeld. Sie verhindern und lindern damit akute Krisen und langwierige stationäre Behandlungen. Jetzt werden die Ergebnisse der Psychiatriereform dem Sparkurs geopfert.

Seit sich im Januar 2003 die gesetzlichen Krankenkassen aus der Finanzierung der SpDi's in Höhe von 18 % zurückgezogen haben, wurde die entstehende Finanzlücke halbherzig von den Bezirken geschlossen. Dies war auf Grund der prekären Finanzsituation der Bezirke jedoch nur vorübergehend möglich. In Schwaben wurden bereits zwei Dienste geschlossen, weitere Schließungen und die Entlassung von Mitarbeitern drohen bzw. sind bereits erfolgt. Wenn künftig psychisch kranke Menschen nicht mehr unbürokratisch und ambulant versorgt werden können, kommt es zwangsläufig zu mehr Klinikeinweisungen und damit zwangsläufig zu wesentlich höheren Kosten für die Krankenkassen. Renate Ackermann, sozialpolitische Sprecherin der Grünen im bayerischen Landtag forderte daher Frau Staatsministerin Stewens auf, sich in erneuten Verhandlungen mit den Krankenkassen um einen Wiedereinstieg derselben in die Finanzierung zu bemühen. Als Übergangslösung schlug Renate Ackermann mit einem Antrag an den bayerischen Landtag vor, der Freistaat solle den 18 % Anteil der Krankenkassen bis zu einem Verhandlungsergebnis übernehmen. Dadurch würde ein Wegbrechen der wichtigen Versorgungsfunktion der SpDi's verhindert. Der Freistaat hat hier eine Fürsorgepflicht für seine Bürger. Das gegenseitige Zuschieben von Verantwortung von Kassen zu Bezirken zum Land wirkt hilflos, lässt wertvolle Zeit verstreichen und trägt Finanzprobleme auf dem Rücken der Betroffenen aus.

## Stellungnahme von Dr. Heinrich Berger

---

Diplompsychologe und Psychologischer Psychotherapeut  
am Sozialpsychiatrischen Dienst München-Giesing

# Zur Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste

## Zusammenfassende Thesen:

(1) Die **Psychiatrie-Reform** im Sinne der Forderung „**ambulant vor stationär**“ ist nicht ausreichend umgesetzt (siehe Kostenverteilung)!

(2) **Chronisch psychische Erkrankungen**, denen nach dem Zweiten Bayer. Psychiatrieplan das Hauptaugenmerk der Sozialpsychiatrischen Dienste gelten soll, sind Ergebnis eines komplexen bio-psycho-sozialen Prozesses; um hier statt Ausgrenzung und Verwahrung erfolgversprechend behandeln zu können, ist ein multiprofessionelles Team aus Medizinern, Psychologen/Psychotherapeuten und Sozialpädagogen/Krankenpflegepersonal erforderlich!

(3) Psychische Erkrankungen sind nur schwer in das bestehende **System der sozialen Sicherung** einzupassen, Chronifizierungen sind häufig auch als „iatrogen“, bedingt durch unser unübersichtliches und zersplittertes System der Zuständigkeit und Finanzierung, einzuschätzen

(4) Der umfangreiche **Aufgabenkatalog** der **Sozialpsychiatrischen Dienste** würde eine Mischfinanzierung unterschiedlicher Finanzträger erfordern, **Zielperspektiven und Prinzipien** der SpDie widersprechen der gängigen Einzelfallabrechnung.

(5) Der **Ausstieg der Krankenkassen** bei der Mitfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste ist unsinnig und verursacht ein Mehrfaches an Kosten für die Krankenkassen und den Bezirk.

(6) Die **Soziotherapie** kann – beim derzeitigen Stand der Richtlinien und der Umsetzung – die Lücke bei den Sozialpsychiatrischen Diensten bezüglich Finanzierung und Aufgabenstellung nicht schließen.

(7) Der **Kostenanstieg bei der Sozialhilfe** und bei den Krankenkassen ist auf andere Faktoren zurückzuführen, dass die Klientel der SpDie „büßen“ soll, ist mehr als ungerecht. Den Sozialhilfeeat der Bezirke belastet vor allem die stationäre Eingliederungshilfe, besonders andere Behindertengruppen (geistig und körperlich Behinderte) verzeichnen enorm steigende Fallzahlen. Über die stationäre Versorgung dieser, aber auch der psychisch Behinderten, ist eine Heimenquote zu fordern, um Klarheit über das Ausmaß unnötiger stationärer Unterbringungen und damit unnötiger Kosten zu gewinnen.

(8) Zu fordern ist die Rückkehr zu einer **Mischfinanzierung** durch verschiedene Finanzträger, weil sich im Aufgabenspektrum der SpDie Prävention, medizinische Rehabilitation, soziale Eingliederungshilfe und aufsuchende Tätigkeiten im Sinne hoheitsnaher Aufgaben mischen. Wenn auf verschiedenen Ebenen über neuartige Komplexei-

stungsprogramme und Integrierte Versorgungsformen nachgedacht wird, so sollten diese Fragen doch zunächst für die Sozialpsychiatrischen Dienste gelöst werden!

## Erläuterungen zu den Thesen:

**Ad (1):** Obwohl die **Psychiatrie-Reform** in den letzten Jahrzehnten gut vorangekommen ist, bleiben noch viele Reformschritte zu tun. Und zwar im Sinne ...

- der Psychiatrie-Enquete des Bundestages (1975) bzgl. der Bedeutung sozialer Einflüsse/ Prävention, der Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, des Aufbaus einer gemeindenahen Versorgung, einer verbesserten Koordination und Zusammenarbeit ...
- der Empfehlungen der Expertenkommission (1988) bzgl. der Lösung des Zuständigkeits- und Finanzierungswirrwarrs und der Entwicklung personenzentrierter und institutionenübergreifender Versorgungsformen ..
- des Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter (1990) bzgl. der Verwirklichung von zentralen Grundsätzen der psychiatrischen Versorgung: Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, ganzheitlicher Ansatz der Hilfen (als medizinische, psychotherapeutische und soziale Hilfen), Ausweitung der ambulanten und teilstationären Versorgung ...

Die von der Politik wie von den Fachleuten erhobene Forderung **„ambulant vor stationär“** ist nicht ausreichend umgesetzt – siehe Kostenaufstellung der Ausgaben des Bezirks Oberbayern und der Krankenkassen für die psychiatrische Versorgung im Jahre 2000: 58% der Krankenkassenausgaben und 7 % der Sozialhilfeausgaben fließen in die **stationäre Krankenhausbehandlung!** Mehr als 32% der Sozialhilfeausgaben sind für psychiatrische Langzeiteinrichtungen, die zumeist einen verwahrenden Charakter wie ehemals die im Reformprozess abgeschafften Langzeitbereiche der Bezirkskrankenhäuser haben!

**Ad (2):** Die **Zielgruppen der Sozialpsychiatrischen Dienste** sind nach dem Zweiten Bayer. Psychiatrieplan **chronisch psychisch Kranke** und Behinderte. Mit Luc Ciompi, dem Schweizer (Ex-)Psychiatrie-Professor kann man chronische psychische Erkrankungen als **soziales Artefakt** sehen: Es sind vor allem psychosoziale Bedingungen, die dafür verantwortlich sind, wenn z.B. aus einer psychotischen Episode (im Sinne einer krankhaften Wahrnehmungs-verrückung und Realitätsverkennung) eine längerfristige (chronifizierte) Störung wird; diese ergibt sich dann, wenn es zu keiner erfolgreichen Zusammenarbeit, zu keiner „Passung“ im Hilfesystem, zwischen dem/der Erkrankten, den Angehörigen und den professionellen Hilfeanbietern kommt.

Ist dies der Fall, so sollten die bisherigen Bemühungen nicht eingestellt, sondern intensiviert und angepasst werden.

Um eine adäquate Antwort auf die komplexen Wechselwirkungen in den bio-psycho-sozialen Systemen geben, um statt Ausgrenzung und Verwahrung erfolgversprechend behandeln zu können, ist ein multiprofessionelles Team aus Medizinerinnen, Psychologinnen/Psychotherapeuten und Sozialpädagogen/ Krankenpflegepersonal erforderlich! So waren die ersten Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern ab dem Ende

der 70er Jahre auch zusammengesetzt und der Zweite Bayer. Psychiatrieplan fordert dies auch generell als Personalausstattung.

### Ad (3): „Zwischen den Stühlen“:

Psychische Erkrankungen, insbesondere Psychosen, mit ihrem wechselvollen, schwer prognostizierbaren Verlauf lassen sich nur ungenügend in das bestehende **System der sozialen Sicherung** einpassen. Chronifizierungen sind häufig auch als „iatrogen“ einzuschätzen, als Folgen einseitiger, unkoordinierter Behandlungen, die wiederum durch zersplitterte und unübersichtliche Finanzierungs- und Institutionensysteme bedingt sind.

Statt ganzheitlicher Perspektive mit Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und institutionenübergreifendem Handeln herrschen nach wie vor Institutionenzentrierung mit mangelnder Flexibilität vor: Der Patient wird i.d.R. zum passiven Objekt der Behandlung gemacht!

Es kommt häufig zu einer unkoordinierten Reihung verschiedener Maßnahmen und -träger:

Stationäre Akutbehandlung	→	Krankenkassen
Ambulante Nachsorge	→	Bezirk/Eingliederungshilfe
Berufliche Rehabilitation	→	Rentenversicherungsträger
Ambulante medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung	→	Krankenkassen
Betreutes Wohnen	→	Bezirk/Eingliederungshilfe

.....

Die betroffenen Personen sind in vielen Phasen des Verlaufs nicht einfach und eindeutig einer Kategorie zuzuordnen: gesund, krank, behindert, arbeits-, erwerbsunfähig, Reha-Fall, Eingliederungsfall, Pflegefall ... Nach einer ersten psychotischen Erkrankungsphase ist von einer (lebenslangen) Gefährdung auszugehen. Die zu ergreifenden Maßnahmen sind nur personenspezifisch im Einzelfall zu bestimmen und als Komplexleistung aus präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zusammenzusetzen.

**Ad (4):** Diese „Nichtpassung“ zwischen den Behandlungserfordernissen und dem System von Zuständigkeiten und Finanzierungswegen zeigt sich insbesondere bei den **Sozialpsychiatrischen Diensten**, deren umfangreicher Aufgabenkatalog (vgl. Zweiter Bayer. Psychiatrieplan) früher pauschaliert durch verschiedene Finanzträger honoriert wurde.

<u>Nicht mehr finanziert:</u>		<u>früherer Kostenträger:</u>
Hoheitsnahe, aufsuchende Tätigkeiten	→	Sozialministerium/Kommune (LH München)
Ärztliche, diagnostische Leistungen	→	Ministerium/Krankenkassen
Medizinisch-rehabilitative Leistungen des nichtärztlichen Personals	→	Krankenkassen
„Bezirkssozialpsychiatrie“	→	Kommune
<u>verbleibende Finanzierung:</u>		
ambulante Eingliederungshilfe (n. § 39 BSHG)	→	Bezirke
	→	Eigenmittel der Träger (!)

Die heutigen Förderrichtlinien reduzieren die Mittel in unzureichendem Maße auf politisch „frei disponible“ Leistungen im Sinne der Wiedereingliederung seelisch Kranker und Behinderter nach dem BSHG.

Die **Zielperspektiven und Prinzipien** der Arbeit an den Sozialpsychiatrischen Diensten – im Sinne der Psychiatriereform - stehen auf verschiedene Weise im Gegensatz zur Einzelfallabrechnung, wie sie das soziale Sicherungssystem normalerweise verlangt; diese tut sich schwer mit:

- Multiprofessionalität
- ganzheitlichen komplexen Methoden
- Niedrigschwelligkeit
- Anonymität
- nachgehenden, aufsuchenden Tätigkeiten

**Ad (5)** Der Ausstieg der Krankenkassen bei der Mitfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste (ohnehin nur 18% der nichtärztl. MA) ist fachlich unsinnig, kostentechnisch kurzfristig und menschlich gesehen irrsinnig!

#### **Folgen der Kürzungen bei den Sozialpsychiatrischen Dienste – Beispielrechnung:**

An einem SpDi fällt eine halbe Stelle z.B. einer Soz.Päd. weg:

Kosten für die Stelle (incl. Sachkosten):                    **ca. 25.000 Euro**

Ergo: **40 bis 50 Klienten weniger** können versorgt werden.

Werden nur **8 Klienten** = 20 % von 40 (oder 16% von 50) krank und es kommt zur stationären Behandlung, entstehen – abgesehen von dem Leiden der Betroffenen und der Angehörigen:

8 Personen mal 38 Behandlungstage (Durchschnitt BKH Haar) mal 220 Euro Tagessatz,  
**d.h. stationäre Behandlungskosten für die Krankenkassen:**  
**ca. 67.000 Euro**

Dazu kommen noch indirekte Folge- und Nachbehandlungskosten.

Werden für einen Teil der 40 – 50 Klienten (wiederum 8 Klienten = 20% bzw. 16%) Versorgungsformen der stationären „Eingliederungshilfe“ notwendig, so übersteigen diese die veranschlagten Personalkosten an SpDi'n um ein Vielfaches:

(8 Personen mal 90 Euro Pflegesatz mal 365 Tage)

„Eingliederungshilfe“ für den Sozialhilfeträger: **ca. 263.000 Euro**

Folglich kann eine falsche Sparpolitik vor allem die **Bezirke**, die sich angeblich nicht in der Lage sehen, die Finanzierungslücken zu schließen, teuer zu stehen kommen.

Die Eingliederungshilfe im **Sozialpsychiatrischen Dienst** kostet dagegen:

> 25.000 Euro geteilt durch 40 (50) Klienten geteilt durch 365 Tage <

einen **Tagessatz von 1,71 Euro (1,37 Euro) !**

Die Effektivität der Sozialpsychiatrischen Dienste im Sinne der Verhinderung und Verkürzung stationärer Behandlung ist nachgewiesen (vgl. Obert, 1999), was jederzeit repliziert werden kann.

**Ad (6):** Die **Soziotherapie** kann – beim derzeitigen Stand und wohl auch künftig – die Lücke bei den Sozialpsychiatrischen Diensten nicht schließen; die diversen Richtlinien wurden bereits als „Soziotherapie-Gesetz-Verhinderungsrichtlinien“ bezeichnet: Die Problematik ist:

Die Soziotherapiemaßnahmen kommen der schwierigen SpDi-Klientel nicht zugute, weil sie

einerseits nur für sehr wenige **Klienten** in Frage kommen:

- einerseits einen niedrigen GAF-Wert,
- andererseits eine hohe Erfolgsaussicht voraussetzen, nur wenige **Soziotherapeuten** zulassen,
- viel Erfahrung voraussetzen (Unsinn: Klinikerfahrung für ambulante Tätigkeit notwendig)
- bei geringem, nicht kostendeckenden **Honorar**,
- großem bürokratischen Aufwand
- und hohen Weiterbildungsanforderungen,

und andererseits nur wenige verordnungsfähige **Ärzte** einsetzen.

**Ad (7) Lösungen:**

Was die Sozialpsychiatrischen Dienste leisten, ist fachlich gesehen:

- **Prävention** in einigen Fällen, in denen eine „Psychiatisierung“ noch nicht eingetreten ist.

*Bsp.: Eine völlig aufgelöste Mutter wendet sich an uns, weil ihre Ärztin eine Ferndiagnose „Schizophrenie“ gestellt hatte – ohne den Sohn zu sehen, nur aufgrund ihrer Schilderung seines sozialen Rückzugs, seiner Studienprobleme und eines kurzen „psychosenahen Aussetzers“; zwei Angehörigen-, 2 gemeinsame Familienberatungen und 3 weitere Einzelberatungen plus 1 Schreiben für die Fachhochschule brachten die nötige Entlastung für die Mutter und den jungen Mann wieder ins richtige psychosoziale „Gleis“.*

- **ambulante medizinische Rehabilitation** (vgl. §§ 26 und 33 SGB IX):

2/3 unserer Klienten kommen nach einer oder mehrmaliger stationärer psychiatrischer Behandlung zu uns; es geht darum, die Behandlung fortzuführen, den bisherigen Behandlungserfolg abzusichern, die Folgen der Erkrankung zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten, erneute Erkrankungsphasen zu verhindern, den vorzeitigen Bezug von laufenden, dauerhaften Sozialleistungen zu vermeiden, zusammengenommen ergibt dies die Aufgabenbeschreibung ambulanter medizinischer Rehabilitation.

- **Eingliederungshilfe** von Behinderten oder von Behinderung bedrohten Personen nach § 39 f. BSHG:

*„(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.“*

- nachgehende, aufsuchende Tätigkeit mit hoheitsnahem Charakter („Bezirkssozialpsychiatrie“), Beitrag zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, Gemeindepsychiatrie
- Krisenarbeit bei der eigenen Klientel wie die Mitarbeit in der bestehenden/ noch zu schaffenden Krisenversorgung, für ein modernes Notfallsystem im psychiatrischen und psychosozialen Bereich, wie es bei somatischen Gefährdungen und körperlichen Erkrankungen längst Standard ist.

Die Mitarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste am stadtweiten gemeindepsychiatrischen Krisendienst ist bei der derzeitigen Stellenproblematik leider nicht wie vorgesehen möglich.

→ **Folgerung:** Zu fordern ist die Rückkehr zu einer **Mischfinanzierung** durch verschiedene Finanzträger, weil sich im beschriebenen Aufgabenspektrum der SpDie Prävention, medizinische Rehabilitation, soziale Eingliederungshilfe und aufsuchende Tätigkeiten im Sinne hoheitsnaher Aufgaben und Krisenversorgung mischen. Wenn auf verschiedenen Ebenen über neuartige Komplexleistungsprogramme und Integrierte Versorgungsformen nachgedacht wird, so sollten diese Fragen doch zunächst für die Sozialpsychiatrischen Dienste gelöst werden!!!

**Ad (8):** Zu fordern ist die Rückkehr zu einer **Mischfinanzierung** durch verschiedene Finanzträger, weil sich im Aufgabenspektrum der SpDie Prävention, medizinische Re-

habilitation, soziale Eingliederungshilfe und aufsuchende Tätigkeiten im Sinne hoheitsnaher Aufgaben mischen. Wenn auf verschiedenen Ebenen über neuartige Komplexleistungsprogramme und Integrierte Versorgungsformen nachgedacht wird, so sollten diese Fragen doch zunächst für die Sozialpsychiatrischen Dienste gelöst werden!

In diesen Fragen liegt auch eine besondere Verantwortung auf Seiten der Staatsregierung und ihrer Ministerien. Diese hat ja wesentlich zu einem Abbau von Klinikbetten im stationären Psychatriebereich und zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten beigetragen. Dies ist einerseits sehr begrüßenswert, andererseits haben sich unerwünschte und kostenverlagernde Folgen gezeigt: Es entsteht ein erhöhter Entlassungsdruck in den Kliniken, der dazu führt, dass noch wenig gebesserte Patient(inn)en entlassen werden bzw. über die Maßen häufig in (geschlossene) Heime verlegt werden, weil ihnen Klinikpersonal und gesetzliche Betreuer ein eigenständiges, ambulant betreutes Leben nicht zutrauen!

#### **Ad (9) Weitere psychiatriepolitische Notwendigkeiten:**

- Verbesserung der Kooperation der ambulant-komplementären „Versorgungssäule“ mit den niedergelassenen Psychotherapeuten und Fachärzten. Wir wünschen uns die Mitarbeit von den niedergelassenen Kollegen in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und eine (sektorbezogene) Liste von Therapeuten, die in der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen und anderen schweren Störungen erfahren und weitergebildet sind und neue Modelle der Kooperation zu erproben bereit sind.
- Im Rahmen des GPV und von Fall- und Hilfeplankonferenzen könnte eine unnötige „Verschubung“ von schwierigen chronischen Klienten in abseits gelegene privatwirtschaftliche Heime vermieden werden, dies sollte erst nach Erprobung alternativer gemeindenaher Versorgungsmöglichkeiten geschehen können bei regelmäßiger Prüfung der Enthospitalisierungs- und Rückführungsmöglichkeiten!
- Forderung nach einem modernen Psychisch-Kranken-Gesetz, das das bisherige reine Unterbringungs- und Ordnungsgesetz in Bayern ablöst und ein ausgewogenes Verhältnis von „Hilfe und Kontrolle“ schafft; Fachleute müssen in den Einweisungs- und Begutachtungsprozess integriert sein, das Recht auf ambulante Hilfen (z.B. durch Sozialpsychiatrische Dienste und Fachärzte) vor stationärer Zwangsbehandlung ist zu gewährleisten!
- Abschaffung von Eigenleistungen durch die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste: Es ist aus der Perspektive von Qualitätsmanagement von Dienstleistungen barer Unsinn, dass die Träger einen Eigenanteil bei der Finanzierung der erbrachten Leistungen aufbringen müssen! Psychiatriepolitisch ist dies auch ein wesentlicher Punkt, warum der Aufbau ambulanter gemeindepsychiatrischer Institutionen gegenüber dem stationären Bereich ins Stocken geraten ist. SpDie sind Zuschussbetriebe, mit Heimen kann man bei Vollbelegung Geld verdienen!
- Eine auf den Einzelfall abgestimmte medikamentöse, sozialpsychiatrische und (stützende) psychotherapeutische Behandlung bietet am ehesten die Gewähr dafür, dass aus psychotischen Episoden keine lebenslangen chronischen Verläufe werden; die frühzeitige Erfolg versprechende „Investition“ von notwendigen Komplexleistungen spart mittel- und langfristig enormes Geld, abgesehen von der Linderung des Leids der Betroffenen wie der Angehörigen!

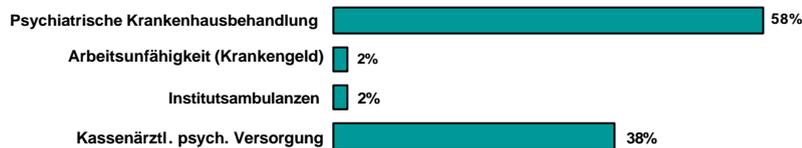
Tabelle 1: regionaler Bedarf an gemeindepsychiatrischen Hilfen – Schätzung des Personal- und Platzbedarfs pro 100.000 Einwohner (ohne Kinder-/Jugendpsychiatrie)

<i>ambulant</i>	Plätze pro Quartal	Vollzeit-Fachkräfte	<i>teilstationär</i>	Plätze/Betten	Vollzeit-Fachkräfte
Fachärzte	3.000	10	Tagesklinik	10	4
Psychother.	800	20	Tagesstätte	10	2
Sucht-BS	1.000	10	WfbM	25	3
SpDi/PIA <sup>1</sup>	350	15	<b>stationär</b>		
ABW/Pflege <sup>2</sup>	50	5	Klinik	50	43
Arbeitshilfen	25	3	psych. Heim	50	20
Summe	5.225	63	Summe	145	72

- 1) SpDi = Sozialpsychiatrischer Dienst (einschließlich Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle);  
PIA = Psychiatrische Institutsambulanz
- 2) ABW/Pflege = Ambulant Betreutes Wohnen und häusliche Pflege

Abbildung 1: Gesamtausgaben für psychiatrische Versorgung von Krankenkassen und Sozialhilfe je 100 000 Einwohner: ~12,7 Mio. Euro

**Ausgaben der Krankenkassen für psychiatrische Versorgung**  
100 000 Einwohner: ~ 8.7 Mio. Euro



**Ausgaben der Sozialhilfe für psychiatrische Versorgung**  
100 000 Einwohner: ~4,0 Mio. Euro



---

**Statement von Dr. Dr. Helmut Hausner**

---

**Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen**

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wichtiger Stützpfeiler der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Wenn dem Grundsatz "ambulant vor stationär" stärkere Geltung verschafft werden soll, muss auch an einen weiteren Ausbau der Dienste gedacht werden. Die durch die aktuellen Finanzierungsprobleme bei den Sozialpsychiatrischen Diensten im Raum stehenden Stellenkürzungen wären daher äußerst kontraproduktiv. Hier sollte noch nicht das letzte Wort gesprochen sein. Die zwischen den Wohlfahrtsverbänden und den Krankenkassen geschlossene Rahmenvereinbarung über die Vergütung von Leistungen der Psychotherapie ist ein erster wichtiger Schritt zur finanziellen und qualitativen Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste; die Vereinbarung ist mittlerweile von den Vertragspartnern unterzeichnet worden.

Unabhängig davon bleibt festzustellen, dass die Verantwortung für die Sicherstellung der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Bezirken als den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe liegt und nicht beim Freistaat Bayern. Der staatliche Finanzausgleich für die sieben bayerischen Bezirke soll nach den Plänen der Staatsregierung im Haushalt 2004 um 140 Mio Euro angehoben werden. Sollte sich die angespannte Haushaltslage der Bezirke dadurch entschärfen, sollten neue Spielräume unbedingt auch zugunsten der Sozialpsychiatrischen Dienste genutzt werden.

Eine mittel- bis langfristige Perspektive könnte sich durch einen Abbau von Heimplätzen und die Verwendung der dadurch bei den Bezirken eingesparten Mittel im ambulanten Bereich ergeben. Der Bezirk Schwaben hat im letzten Jahr eine vom Sozialministerium geförderte Heimenquête abgeschlossen. Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich ersehen, dass ein Teil der Heimbewohner mit z. T. wesentlich geringerem Kostenaufwand auch ambulant oder teilstationär betreut werden könnte. Bei allen Beteiligten dürfte die Einsicht gewachsen sein, dass nur eine Änderung der Versorgungsstrukturen die Qualität der Betreuung psychisch kranker Menschen auf Dauer sicherstellen kann. Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden dabei sicherlich auch künftig eine wichtige Rolle einnehmen.

---

**Beitrag von Klaus Schwarzer, Referent der AOK Bayern**

---

**Referent****AOK – Die Gesundheitskasse****Leistungsmanagement Ärzte, Arzneimittel, Apotheken**Carl-Wery-Straße 28, 81739 München  
Telefon 089/62730-430, Telefax 089/62730-23411.2.2004

---

Vor dem Hintergrund der Psychiatriereform hat eine Dezentralisierung des stationären Bereichs stattgefunden. In den letzten 13 Jahren wurden rd. 1.000 (von 8.500 auf 7.500 – rd. 13 %) bayerische Krankenhausbetten in der Psychiatrie abgebaut durch Verringerung von Krankenhauseinweisungen und Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer zu Gunsten wohnortnaher Versorgungsstrukturen wie: Verstärkung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und die zusätzliche Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen. Vor diesem Hintergrund haben sich die Ausgaben für die Psychiatrischen Institutsambulanzen von 1995 (20 Mio. DM) bis 2003 (20 Mio. €) verdoppelt.

Die bisherigen ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfsangebote haben sich bewährt. Sie wurden gerade wegen ihrer Niedrigschwelligkeit und der Nähe zum Wohnort, also weil die Hilfe schnell und unbürokratisch erfolgte, von den psychisch Kranken gut angenommen.

Die SPDi haben als spezialisierte Beratungs- und Betreuungsdienste ihren Beitrag zur Wiedereingliederung von Menschen geleistet, die unter einer psychischen Krankheit leiden oder als Angehörige, Freunde, Nachbarn oder Arbeitgeber davon betroffen sind. Ihr breites Angebot an sozialer und psychologischer Beratung und begleitender und nachgehender Betreuung im sozialen Umfeld haben die SPDi seit ihrer Gründung vor mehr als 20 Jahren inzwischen zu einer unverzichtbaren Einrichtung für psychisch Kranke werden lassen.

Für Leistungen zur Eingliederungshilfe von seelisch Behinderten und von einer solchen Behinderung Bedrohter, die durch ambulante psychiatrische Betreuung erbracht wird, sind sachlich und örtlich ausschließlich die Bezirke zuständig. Eine finanzielle Beteiligung kann von den gesetzlichen Krankenkassen nicht eingefordert werden, da es sich hier um versicherungsfremde Leistungen der GKV handelt. Von den Beitragszahlern in der GKV kann nicht verlangt werden, finanzielle Lücken von Leistungen zur Eingliederungshilfe (= steuerfinanzierte Leistungen) zu schließen.

Die SPDi sind darüber hinaus keine zugelassenen Leistungserbringer im Sinne des SGB V.

Nach den uns vorliegenden Klientenstatistiken werden von einem Psychologen bzw. Sozialpädagogen zwischen 50 und 125 Klienten betreut, wobei der Betreuungsinhalt im Verhältnis zu den SPDi nicht näher definiert wurde.

Ärzte sind nicht in allen SPDi angestellt bzw. hauptberuflich tätig.

Die Betreuung der psychisch kranken Menschen durch die sozialpsychiatrischen Dienste lassen nicht erkennen, ob sich dadurch die Patientenzahlen im stationären Bereich verändert haben. Genauso verhält es sich bei den Verweildauern. Eine Auswirkung der sozialpsychiatrischen Dienste auf die stationären Verweildauern läßt sich nicht isoliert feststellen. Eine Einschätzung von möglichen Einspareffekten durch eine verbesserte ambulante Versorgung ist aus unserer Sicht nicht quantifizierbar.

Für eine zweckgebundene Umschichtung von Kapazitäten aus dem stationären Bereich in den ambulanten Sektor bedarf es der Krankenhausplanung. Infolge des Bettenabbaus im stationären psychiatrischen Bereich wurden die „frei“ gewordenen finanziellen Mittel entsprechend der PsychPV im Wesentlichen wieder in den stationären Sektor investiert. Darüber hinaus wurden auch ambulante Versorgungsstrukturen finanziell mit unterstützt (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen).

Für die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch Kranker ist es notwendig, die Aufgaben und Leistungsinhalte sowie die Abgrenzung bzw. Verzahnung der einzelnen Versorgungsebenen genau zu definieren und entsprechende Qualitätsstandards aufzustellen. Nur so kann die Versorgung transparenter gestaltet und eine Qualitätssicherung aufgebaut werden.

Die SPDi sollen entsprechend der definierten Aufgaben und Leistungsinhalte sowie entsprechend der aufgestellten Standards in die Versorgung psychisch Kranker eingebunden werden.

Die Investierung in die Versorgung psychisch Kranker erfolgt von Seiten der GKV insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der Behandlungen im Krankenhaus (stationär, teilstationär, ambulant), in Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie bei niedergelassenen Vertragsärzten (Psychiatern, Psychologen, Nervenärzten, Psychotherapeuten). Ferner hatte die GKV im Zuge der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes von 1999 durch die Einbindung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (rd. 2.200 Zulassungen) in die vertragsärztliche Versorgung zusätzliche finanzielle Mittel aufzubringen.

Die SPDi waren in folgenden Aufgabenbereichen eingebunden:

- Prävention
- Diagnosestellung
- 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
- Vermittlung an niedergelassene Ärzte, in Krankenhäuser sowie an alle in Frage kommenden Beratungsstellen und Ämter
- Betreuung am Arbeitsplatz einschließlich Beratung von Arbeitgebern, Betriebsräten und Kollegen sowie Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Betreuung in geschützten Wohnformen sowie Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Zusammenarbeit mit den Hauptfürsorgestellen und den Arbeitsämtern
- Organisation von Freizeit- und Erholungsmaßnahmen
- Aufbau und Betreuung von Kontakt-, Hobby- 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

Die Kooperation zwischen den SPDi und niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten sowie den ermächtigten Psychiatrischen Institutsambulanzen funktioniert gut. Die niedergelassenen Ärzte sehen in der Arbeit der SPDi einen wertvollen Beitrag und setzen sich engagiert für den Erhalt der SPDi ein.

Die Selbsthilfe in den SPD<sub>i</sub> hat einen sehr hohen Stellenwert. Sie stärkt das Selbstvertrauen der psychisch Kranken und trägt somit zur Integration in die Gesellschaft und zur Gesundung bei. Genauso wichtig ist die Freiwilligenarbeit. Sie gilt es durch Aufklärung und Motivation der Bevölkerung weiter auszubauen.

Schwer psychisch Kranke (schizophrener Formenkreis, affektive Störungen) sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Ziele der Soziotherapie sind:

- Eingliederung des psychisch Kranken in die Gesellschaft
- die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen und
- die Koordination der ärztlichen und verordneten Leistungen.

Die ambulante Soziotherapie ist gemäß § 37a SGB V eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und ein wichtiger neuer Bestandteil in der Versorgung der schwer psychisch erkrankten Menschen.

Hinsichtlich der Zulassungskriterien hat man festgestellt, dass sehr wenig Leistungserbringer (Soziotherapeuten) die geforderte einjährige Berufspraxis in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus nachweisen können. Auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) wurde hier durch die Bundesebene eine „Alternativregelung“ geschaffen. Zum 1. August 2003 trat eine bundesweite Übergangsregelung zu den gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 b Abs. 2 SGB V zur Qualifikation der soziotherapeutischen Leistungserbringer in Kraft, die Alternativen zu der geforderten einjährigen stationären Berufspraxis zulassen. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit ambulanter soziotherapeutischer Leistungen dürfen darüber hinaus die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer nach den Empfehlungen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V nicht ausgeweitet oder aufgeweicht werden.

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) hat mit den Wohlfahrtsverbänden einen „Rahmenvertrag gemäß §132b i.V.m. § 37a SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie im Freistaat Bayern“ geschlossen, der zum 1. Dezember 2003 in Kraft trat. Die Behandlungseinheit für

die Leistung Soziotherapie (= 60 Minuten) wird mit 39,50 EURO vergütet – bundesweit hat Bayern somit den höchsten Entgeltsatz.

Eine „Schnittstellenproblematik“ ist nicht zu erkennen. So haben die Psychiatrischen Institutsambulanzen mit finanzieller Unterstützung der bayerischen Krankenkassenverbände eine ambulante Basisdokumentation im Jahr 2000 entwickelt. Im stationären Sektor wird die Basisdokumentation bereits seit Jahren vollzogen. Mit Hilfe dieser können die Qualität der Leistungserbringung durch die Krankenkassen geprüft und Qualitätsdefizite erkannt werden. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns prüft die Qualität ihrer Vertragsärzte. Sind Defizite erkannt, werden diese ggf. auch im Verhältnis zu den Krankenkassen besprochen und gelöst.

Das zum 1.1.2004 in Kraft getretene GMG stärkt die integrierte Versorgung. Die Krankenkassen haben so die Möglichkeit, Behandlungskorridore zu definieren um eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierten Behandlung zu bieten. SPDi's gehören nicht zu den Leistungserbringern gemäß § 140b SGB V. Vor diesem Hintergrund ist eine Einbeziehung der SPDi in Verträge zur integrierten Versorgung nicht möglich. Eine Form der integrierten Versorgung sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Hier ließen sich insbesondere in den letzten 10 Jahren Synergien (s.o.) erzielen.

Die Primärkrankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben zum 1.1.1995 eine Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen (die Ersatzkassen haben eine gleich lautende Vereinbarung mit der KBV geschlossen). Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im BMÄ jedoch nicht aufgeführt werden. Die Vertragspartner erfüllen damit zudem den in § 5 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V vorgegebenen gesetzlichen Auftrag. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Vertragsarzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten. Der damit verbundene zusätzliche Aufwand wird durch die Krankenkassen mit 163,61 € pro Fall und Quartal honoriert.

Das Präventionsgesetz soll zur Steigerung der Durchschlagskraft präventiver Maßnahmen die bestehenden gesetzlichen Regelungen in einem Gesetz zusammenfassen und ergänzen.

Als Prävention werden Strategien bezeichnet, die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern. Prävention kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Umwelt oder Arbeitswelt beziehen (Verhältnisprävention). Im Einzelnen wird unterschieden zwischen

- Primärprävention, d.h. gezielte Maßnahmen die den Eintritt eines Schadensfalles verhindern oder verzögern; es geht also um die Erhaltung von Gesundheit bei (noch) Gesunden
- Sekundärprävention, d.h. es geht um Interventionen bei Erkrankungen in frühen Stadien (Früherkennung)
- Tertiärprävention, d.h. es umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen

Die SPDi haben die Aufgabe, psychisch Kranke und Behinderte zu beraten und zu betreuen. Ziel ist die Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft. Bei dieser Leistungsgewährung handelt es sich um „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. In unserem gegliederten Sozialsystem gibt es hier eine klare Zuordnung, wonach die Sozialhilfeträger Kostenträger dieses Leistungsspektrums (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 5 und 6 SGB IX) sind.

Aus Sicht der Krankenkassen kann die Aufgabe und die Arbeit der SpDi nicht in Zusammenhang mit dem geplanten Präventionsgesetz gebracht werden. In Bezug auf die Sicherstellung der Finanzierung gibt es hier bereits eine klare Zuordnung, wonach in Bayern sachlich und örtlich die Bezirke zuständig sind.

Das Präventionsgesetz sollte nicht missbraucht werden, Finanzierungslücken verschiedener Träger zu schließen (vgl. Verschiebebahnhof).

**Stellungnahme von Eva Straub,  
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.**

---

## **LANDESVERBAND BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.**

Pappenheimstr.7, 80335 MÜNCHEN

Tel: 089-510 86 325

FAX:089-510 86 328

[lvbayern\\_apk@t-online.de](mailto:lvbayern_apk@t-online.de)



### **Die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste**

#### **Angehörige als Mitbetroffene**

Angehörige eines psychisch kranken Familienmitglieds sind immer mitbetroffen von der Qualität und der Quantität der psychiatrischen Versorgung. Das trifft ganz besonders bei der ambulanten Versorgung zu. Von Beginn der Psychiatrie-Reform an ist die ambulante, rehabilitative, wohnortnahe Behandlung zum Schwerpunkt der psychiatrischen Langzeitbehandlung geworden. Damit wurden und werden auch die betroffenen Familien immer mehr in die Betreuung ihrer psychisch Kranken mit einbezogen. Ihnen wurden größere Verantwortung und Pflichten auferlegt. Mehr als 50 Prozent aller psychisch kranken Menschen leben heute in ihrer Ursprungsfamilie und das nicht selten ein Leben lang. Oftmals sind es gerade die schwer chronisch psychisch Kranken und in ganz besonders hoher Zahl die Menschen, die ihre Krankheit selber nicht wahrnehmen können.

Wenn nun heute aus Budgetgründen ambulante Leistungen reduziert oder gar ganz gestrichen werden, bedeutet dies, dass die pflegenden Familien die entstandenen Lücken füllen müssen, was auf die Dauer zu überlasteten Familien führen wird.. Hautnah sind sie und ihre psychisch Kranken in ihrer Lebensqualität und Lebensplanung davon betroffen.

#### **Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi's) - eine freidisponible Hilfe**

Das sind einige der Gründe warum der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. eine Petition an den Bayerischen Landtag gerichtet hat mit der Bitte die Finanzierungslücken, die durch den Rückzug der Krankenkassen aus der Finanzierung der SpDi's entstanden sind, aus Mitteln des Freistaates zu schließen. Die

Petition wurde negativ beschieden auch aus dem Grund, weil der Freistaat keine gesetzliche Verpflichtung hat, die ambulante, sozialpsychiatrische Versorgung zu fördern. Ein persönliches Bittgesuch an Ministerpräsident Stoiber war ebenso erfolglos.

Dem Landesverband der Angehörigen ist völlig unverständlich, warum ambulante psychiatrische Hilfen, die sich als unerlässlich für eine zeitgemäße, ambulant-komplementäre Versorgung erwiesen haben, freidisponible Leistungen sein können, die je nach Kassenlage im Sozialstaat auf- oder abgebaut oder ganz gestrichen werden können. Das legt die Vermutung nahe, dass der nachhaltige volkswirtschaftliche Wert – von dem menschlichen mal abgesehen – nicht erkannt wird.

Wohl auf keinem anderen medizinischen Gebiet ist eine niederschwellige Basisversorgung aus humanitären und finanziellen Gründen so wichtig wie in der Psychiatrie.  
**Wer die Kosten senken will, muss die Basisversorgung erhalten!**

Wohl in keinem anderen medizinischen Gebiet gibt es so viel Betroffene, die Vorbehalte gegenüber einer medizinischen Behandlung haben und vor einer „Registrierung“ flüchten, und das so sehr, dass sie sich lieber in die Obdachlosigkeit zurückziehen, als sich behandeln zu lassen.

### **Das Besondere an den bayerischen Sozialpsychiatrischen Diensten**

Die SpDi's machen Basis-Versorgung für psychisch Kranke ebenso wie die Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen. Alle Drei sind unerlässlich für die ambulante Versorgung psychisch Kranker. Es sind die niederschweligen, die leicht erreichbaren und die nicht immer unter Zeitdruck stehenden Hilfen, die diese Menschen im Alltag stützen, ihnen beistehen, Alltagsstress zu verarbeiten, und ihnen damit helfen, Rückfälle zu vermeiden.

Die Arbeit der SpDi's ist unspektakulär aber wirksam, in Bezug auf Krankenhausvermeidung, Reduzierung der Drehtürpsychiatrie“, Rückfallverhütung, Prävention und Integration.

Sie sind die einzigen ambulanten Einrichtungen die Angehörige informieren über psychische Krankheiten, sie beraten ohne eine eigene Krankheit vorschützen oder eine Krankenkassenchipkarte vorlegen zu müssen, und viele von ihnen bieten regelmäßig Angehörigengruppen an, dort wo die Angehörigen-Selbsthilfe keine eigenen Gruppen hat. Das ist so unerlässlich, weil heute allen professionell Tätigen bewusst ist, dass auch die beste medizinische und psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgreich sein kann, wenn das familiäre Umfeld nicht kooperativ und fachkundig mitarbeitet.

Ein großer, oft unterschätzter Vorteil auch gegenüber Institutsambulanzen ist, dass SpDi's fast überall flächendeckend existieren.

Die Bezeichnung „niederschwellig“ ist bei manchen Kostenträgern in Misskredit geraten, und dabei ist die Niederschwelligkeit, oder wie auch immer man einen leichten

Zugang zu Hilfen nennen mag, in der Psychiatrie für viele Betroffene so unverzichtbar wie die Krebsvorsorge in der Somatik.

### **Was ist niederschwellig?**

Einrichtungen sind dann niederschwellig, wenn Patienten und Angehörige ohne diese Schwellen betreut werden: Arztüberweisung, Krankenkassenchipkarte, Diagnose, Wartezeiten für Termine und Wartezeiten bei den Terminen. Außerdem werden als Schwellen empfunden, wenn hoheitlichen Maßnahmen drohen, wenn ausschließlich Therapiebereitschaft verlangt wird, wenn Anwesenheitspflicht besteht, wenn feste Präsenz-Stundenzahl verlangt werden. Niederschwellig heißt für schwer chronisch Kranke, angstfrei dort hingehen zu können, wo sie betreut und beraten werden, wo sie mit psychiatrischen Fachleuten über ihre Krankheitssymptome und deren Bedeutung, sowie über ihre Alltagsprobleme sprechen und sich einen krankheitsbewussten Umgang mit ihrer Krankheit schaffen können. Die Niederschwelligkeit ist die Voraussetzung für viele Betroffene überhaupt solche Hilfen in Anspruch zu nehmen und eingebunden zu sein in ein psychiatrisches Hilfesystem.

Die Niederschwelligkeit kommt auch den betroffenen Familien zugute, können sie sich doch in ihrer ersten Sorge, noch vor dem eigentlichen akuten Ausbruch, beim SpDi Rat holen und Mut sammeln für die psychiatrische Behandlung ihres psychisch kranken Familienmitglieds.

Die niederschwellige Arbeitsweise kommt vor allem den schwer chronisch psychisch Kranken zugute und jenen, die therapiemüde sind, die keine gute Prognose haben oder die Psychiatrie und Psychotherapie ablehnen.

### **Nachgehende Hilfen und Hausbesuche**

Von den hilfreichen, in der neuerstellten Leistungsbeschreibung für SpDi's festgelegten Leistungen, will ich nur noch eine herausgreifen, die viel zur Vermeidung von Rehospitalisierungen beitragen kann, von Politikern und Gesundheitsökonomen aber leicht unterschätzt wird. Voraussetzung der hier gemeinten nachgehenden Hilfen und Hausbesuche ist die Beibehaltung der personellen und finanziellen Ausstattung der SpDi's. Durch die immer kürzer gewordenen stationären Behandlungszeiten bei psychischen Erkrankungen ist die Gefahr erneuter psychotischer Episoden gewachsen. Verschlechterungen bis hin zu Krisen zeigen sich fast immer in einem Rückzug der Patienten und der Unfähigkeit, sich die notwendigen Hilfen selber abzuholen. Hausbesuche und rechtzeitige niederschwellige Intervention können den totalen Rückfall mit einer Einweisung ins Krankenhaus vermeiden helfen.

## **Folgen der Sparmaßnahmen**

Die Folgen einer Verknappung niederschwelliger Hilfen und/oder einer Reduzierung der Leistungen der SpDi's sind uns Angehörigen aus der praktischen Erfahrung heraus sehr deutlich vor Augen. Es wird mehr stationäre Behandlungen einerseits geben, andererseits werden Heimunterbringungen, Obdachlosigkeit und eventuell auch Aggressivität zunehmen.

Das wiederum wird eine Zunahme der Vorurteile und Ängste in der Gesellschaft zur Folge haben. Alles zusammen könnte das Ende der Psychiatriereform in Bayern einleiten und die bisherigen Anstrengungen ad absurdum führen.

Aus alledem geht hervor, psychisch kranke Menschen brauchen mehr als Spritzen und Tabletten, sie brauchen Zuwendung und Verständnis, sie brauchen niederschwellig zugängliche Hilfen, sie brauchen Hilfen, die sie motivieren und zu Hause aufsuchen, wenn's schlecht geht. Sie brauchen kontinuierliche Betreuung durch ihnen vertraute Bezugspersonen, die Zeit haben für den oft schwierigen Kontaktaufbau und für den Zugang zum Klienten.

Wer diese so einfach scheinenden Dinge für überflüssig hält und streichen möchte, hat nicht verstanden, was psychische Krankheiten für Besonderheiten haben, und was eine solche Krankheit für den Betroffenen und die Familien bedeutet, und er gibt Geld aus für Hilfen, die unter Umständen an den eigentlichen Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigehen.

Wer billigend in Kauf nimmt, dass diese Basisversorgung gestrichen wird, „lebt auf Kosten der nächsten Generation“, und wer nicht sieht, dass durch solche vergleichsweise kostengünstigen Maßnahmen langfristig ein Vielfaches an Kosten auf den Steuerzahler zukommen wird, hat sich nicht ausreichend mit der Materie beschäftigt.

Landesverband Bayern der  
Angehörigen psychisch Kranker e.V.

*Eva Straub*  
1. Vorsitzende

Februar 2004

**Beitrag von Joachim Unterländer,  
Abgeordneter des Bayerischen Landtages,  
stv. Vorsitzender des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik**

---

Sehr geehrter Herr Dr. Melcop,  
sehr geehrter Herr Stöhr!

Ihrer Bitte zur Dokumentation der Aussagen anlässlich Ihres runden Tisches zur Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste am 16.02.2004 entsprechend, übersende ich Ihnen meine in Thesen vorgetragenen Überlegungen zum Thema:

1. Die Sozialpsychiatrischen Dienste im Freistaat Bayern haben das Ziel der wohnortnahen und ambulanten Versorgung erfüllt. Sie entsprechen damit dem nicht nur im Landespsychiatrieplan festgelegten Ziel „ambulant vor stationär“.
2. Der damit verbundene Bettenabbau im stationären Bereich kann damit auch als ein korrespondierender Erfolg angesehen werden. Es ist aber dringend erforderlich, dass die dadurch erzeugten Einsparungen bei allen Kostenträgern in die Förderung des ambulanten Versorgungsbereiches verlegt werden.
3. Der Freistaat Bayern hat die Zuständigkeit für die Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste berechtigterweise Mitte der 90er Jahre mit der Änderung des Ausführungsgesetzes zum Bundessozialhilfegesetz auf die Bezirke übertragen, um damit eine durchgängige psychiatriepolitische Vorgehensweise sicherzustellen. Dies hat sich auch bewährt. Die Bezirke haben sich im Grundsatz nach dem Rückzug der Kassen auch an der Finanzierung über das eigentlich vorgesehene Maß hinaus berechtigt beteiligt.
4. Die Kassen profitieren von der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in ganz elementarem Ausmaß dadurch, dass sie Kosten der stationären Ver-

sorgung einsparen. Hier muss die Haltung der Kassen generell verändert werden. Ich appelliere deshalb an alle Kassen, ein offensives, präventives Kostendenken zu praktizieren.

5. Die Rahmenvereinbarung zur Psychotherapie wird nicht ausreichen, um die eingetretenen Defizite vermeiden zu helfen.
6. Die immer wieder – gerade auch von der Landtagsopposition – erhobene Forderung, dass der Kassenanteil bis zu einer endgültigen Klärung durch den Staat „zwischenfinanziert“ wird, ist nicht sachdienlich. Es kann, unabhängig von der dramatischen Situation der öffentlichen Haushalte, nicht hingegenommen werden, dass der Staat überall dort einspringt, wo sich die Krankenkassen aus der Finanzierung zurückziehen.
7. Eine Lockerung und Erleichterung wird sich dadurch ergeben, dass ein vernünftig formuliertes Präventionsgesetz zustande kommt, das diesen Ansatz der präventiven psychiatrischen Versorgung beinhaltet.
8. Der Bayerische Landtag wird am 04.03.2004 zum Thema „Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste“ eine Anhörung durchführen. Wir schlagen Ihnen im Hinblick auf die Zukunftssicherung folgenden Dreiklang vor:
  - Auswertung des runden Tisches der Kammer,
  - Bewertung des Ergebnisses der Anhörung ,
  - Zusammensetzen aller Beteiligten vor dem Hintergrund der erzielten Ergebnisse bei den genannten Gesprächsforen.

Ich darf mich, auch im Namen der gesamten CSU-Landtagsfraktion, nochmals sehr herzlich für Ihr Engagement und Ihre Initiative bedanken. Wir werden Ihre Überlegungen bei unseren weiteren Beratungen selbstverständlich mit einbeziehen.

## **Stellungnahme von Gottfried Wörishofer, Münchener Psychiatrie-Erfahrene (MüPE) e.V.**

---

Als Patientenorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen hören wir viele Beschwerden über Einrichtungen der Psychiatrie. Nur selten betreffen sie die Sozialpsychiatrischen Dienste. Dafür gibt es viele Rückmeldungen zufriedener Klienten. Das heißt soviel wie: Die Angebote und Arbeitsweisen sind den Problematiken angemessen. Angemessen heißt in diesem Fall auch und ganz besonders...: Es steht ein ausreichendes Maß an Zeit zur Verfügung. Wenn diese Bedingung nicht eingehalten werden kann, entsteht Zeitdruck.

Wie wirkt sich dieser Mangel an Zeit auf die Patienten aus?

Er verspürt ihn als Drängen - hin zu einem Ende des Gespräches. Ich nehme an, Sie kennen alle dieses Phänomen: Wenn der Arzt mit Gebärden und Gesten zu erkennen gibt, dass er zum Schluss kommen will.

Unter Zeitdruck verliert der Berater - das ist ganz selbstverständlich und menschlich - die Geduld, d.h. er muss nicht nur zu einem Ende kommen, sondern das Gespräch im Ganzen erhält die Struktur der Ungeduld. D.h. auf Patientenseite entsteht ein gedrängt werden das auf dem Gebiet der psychiatrischen Krankheiten ausgesprochen kontraproduktiv ist. Die Folge davon ist nämlich, dass die therapeutische Beziehung einer erheblichen Gefährdung ausgesetzt wird. Sie verliert - das wissen wir aus vielfältiger Erfahrung - an Tragfähigkeit oder wird überhaupt abgebrochen. Mit anderen Worten: die Qualität der psychiatrischen Versorgung nimmt nicht nur linear ab, sondern sinkt auf Null. Hinzu kommt, dass in der Stationären Versorgung genauso reduziert wird. Die Aufenthaltsdauer in den Kliniken wurde laufend verkürzt. Die therapeutische Versorgung ist also im Ganzen am abkippen, weil überall nur noch halbe Sachen gemacht werden. Die Patienten sind im Grunde genommen nirgendwo mehr am richtigen Platz - überall werden sie weitervermittelt, rumgeschoben oder abgedrängt, dabei ist heutzutage die wichtigste Aufgabe jeglicher Psychiatrie - aus unserer Sicht - eine tragfähige und längerfristige Beziehung zu gewährleisten. Eine Arbeitsbeziehung sozusagen, in der die Therapeutinnen und Therapeuten durch ihre Compliancefähigkeit Einsicht in die jeweilige Störung und Krankheit vermitteln. Im Verbund mit modernen Medikamenten, kann der Betroffene auf diesem Weg mehr und mehr Selbstständigkeit erlangen und sich aus den Betreuungsbeziehungen ablösen.

Statt dessen glaubt man derzeit Behandlungsbereitschaft durch zeit- und kostensparende Zwangsmaßnahmen erzwingen zu können. Es gibt ja ein inzwi

schen bekannt gewordenen Gesetzesvorhaben der Bundesländer, wonach das Betreuungsgesetz um den § 1906a BGB erweitert werden soll um auch im ambulanten Bereich Zwangsbehandlungen durchführen zu können.

Mit Sorge, ja Bestürzung, haben wir dies zur Kenntnis nehmen müssen. Wir protestieren nicht nur dagegen, sondern halten diesen Weg für grundfalsch. Der Lebensweg psychotisch erkrankter Menschen ist ohnehin von Gewalt und Zwang bedroht, er führt nicht selten auf diese Weise in die Klinik, wo wiederum über Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierungen) eine Behandlungsbereitschaft erreicht werden soll. Allein dieser Umstand ist schon schwer zu verkraften, auch wenn er in bestimmten Situationen unumgänglich zu sein scheint. Wenn nun auch noch der private Lebensbereich durch Zwang bestimmt wird, sind unsere grundgesetzlich geschützten Freiheitsrechte der „Willkür im Schafspelz der Fürsorge“ ausgesetzt.

Der Weg des scheinbar „effektiv“ und mühelos per Zwang behandelten Patienten führt alsbald in eine Sackgasse, an deren Ende die Mauer des Schweigens und der Ablehnung steht: Er meidet künftig die psychiatrischen Einrichtungen - auch die Sozialpsychiatrischen Dienste - wo es nur geht... und wird sie gerade deshalb wieder brauchen.

Wir erwarten von allen Verantwortlichen, dass sie diesen Rückfall ins Mittelalter zurücknehmen und ernsthafte Schritte in Richtung Gleichstellung mit somatisch Erkrankten unternommen werden. Im Bereich der somatischen Erkrankungen werden die unglaublichsten Investitionen in das technische Equipment getätigt. Im Vergleich dazu sind unsere Forderungen nach geeigneten, gut ausgebildeten und mit angemessen viel Zeit versehenen Therapeuten mehr als bescheiden.

*Gottfried Wörishofer,*  
Dipl.-Sozialpädagoge (FH)

## Anhang 3: Teilnehmerverzeichnis

<i>Vorname</i>	<i>Name</i>	<i>Organisation</i>	<i>Funktion</i>
Renate	Ackermann, MdL	Bayerischer Landtag	Abgeordnete der Grünen, Mitglied des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik
Dr. Heinrich	Berger	Sozialpsychiatrischer Dienst der Landeshauptstadt München	Dipl.-Psychologe, AWO Projektverein
Willi	Drach	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Mitglied des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen
Dr. Dr. Helmut	Hausner	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS)	Leiter des Referates Psychiatrie
Alexander	Hillers	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Geschäftsführer
Manfred	Hölzlein	Verband der Bayerischen Bezirke, Bezirk Niederbayern	Bezirkstagspräsident
Michael	Kreuzer	Verband der Bayerischen Bezirke	Direktor
Peter	Lehndorfer	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Vizepräsident
Gudrun	Mahler	Diakonisches Werk Bayern	Dipl.-Psychologin, Referentin für Sozialpsychiatrie
Dr. Nikolaus	Melcop	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Präsident
Hilde	Reiner-Münch	Deutscher Caritasverband Bayern, Landesverband Bayern	Referentin für Psychiatrie, Sucht- und Gefährdetenhilfe
Dr. Katherina	Schulz	Bildungswerk des Verbandes der bayerischen Bezirke	Bildungsreferentin

<b>Klaus</b>	<b>Schwarzer</b>	AOK Bayern	Leistungsmanagement Bereich Ärzte, Arzneimittel und Apotheken
<b>Klaus</b>	<b>Stöhr</b>	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen
<b>Eva</b>	<b>Straub</b>	Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	1. Vorsitzende
<b>Joachim</b>	<b>Unterländer, Mdl</b>	Bayerischer Landtag	Abgeordneter der CSU, Stellv. Vorsitzender des Ausschusses Sozial-, Gesund- heits- und Familienpolitik
<b>Dr. Heiner</b>	<b>Vogel</b>	Bayr. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Vorstandsmitglied, Ausschuss Psychotherapie in Institutionen
<b>Joachim</b>	<b>Wahnschaffe, Mdl</b>	Bayerischer Landtag	Abgeordneter der SPD, Vorsitzender des Ausschusses Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik
<b>Gottfried</b>	<b>Wörishofer</b>	Münchener Psychiatrie-Erfahrene MüPE e.V.	Geschäftsführer

