

**Fachtagung**  
**am 03./04.02.2009 im Tagungszentrum Kloster Irsee**  
**Mehr Teilhabe – Wie trägt die Organisation von Steuerung dazu bei?**

**Woher kommt`s? Eine historische Rekonstruktion**  
**Michael Kreuzer**

Anrede,  
Dank für die Einladung

Das mir zugeteilte Referat der Tagung mit dem Titel „Woher kommt`s? Eine historische Rekonstruktion“ könnte leicht dahingehend missverstanden werden, dass ich Ihnen einen Überblick über die Geschichte der Psychiatrie bzw. der psychischen Erkrankungen im Laufe der Jahrtausende gebe. So interessant dieses Thema wäre, einen derartigen Tour d`Horizon haben die Organisatoren der Tagung sicher nicht im Auge gehabt. Vielmehr gehe ich davon aus, dass die historische Rekonstruktion mehr die Jahre beleuchten soll, die ich im Laufe meiner Tätigkeit beim Verband der bayerischen Bezirke von 1980 – 2005 miterlebt habe und damit überblicke. Allerdings muss ein kurzer Blick auf die Zeit des Nationalsozialismus erlaubt sein, in der mehr als 200.000 Menschen ermordet wurden, weil sie psychisch krank oder geistig behindert waren. Der Hinweis auf diese schreckliche Zeit ist für mein Thema deshalb von Bedeutung, da die Nicht – bzw. Missachtung psychisch Kranker in der allgemeinen Öffentlichkeit, aber auch in der Fachöffentlichkeit, nach dem 2. Weltkrieg bis weit in die 60er Jahre hinein anhielt. Damit war auch die Steuerung des psychiatrischen Hilfesystems kein Thema – einfach deshalb, weil es nichts zu steuern gab. Es bestanden nur die großen Heil – und Pflegeanstalten, in denen die Kranken unter heute unvorstellbaren Bedingungen in Sälen mit 30 Betten und mehr, ohne Rückzugsmöglichkeit und einer völlig unzureichenden Personalbesetzung meist lebenslang verwahrt wurden (Pflugesätze 3,50 DM/Tag). Die wenigen niedergelassenen Nervenärzte waren schon von ihrer Ausbildung her meist überfordert.

Erst im Rahmen der „68er-Bewegung“, in der die allgemeinen gesellschaftlichen Verhältnisse kritisiert wurden, kam es auch zu einem Umdenken bei der Versorgung psychisch Kranker. So befasste sich 1970 der Deutsche Ärztetag erstmals in seiner Geschichte mit der Situation psychisch kranker Menschen. Kurz danach kam es zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und der Aktion Psychisch Kranke. Vor allem der Aktion Psychisch Kranke gelang es, die Politik, insbesondere den Deutschen Bundestag für das Thema zu interessieren. Der Bundestag setzte 1971 eine Sachverständigenkommission ein, die 1975 einen „Bericht zur Lage der Psychiatrie“, die sog. Psychiatrie – Enquete, vorlegte. Auch wenn heute einiges überholt ist, sind viele Vorschläge der Psychiatrie – Enquete nach wie vor aktuell, wie beispielsweise

- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken
- Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin
- Ausbau außerstationärer Einrichtungen
- Gemeindenähe der Versorgung
- Vermehrte Prävention und Rehabilitation
- Vernetzung und Kooperation der für die Versorgung psychisch Kranker notwendigen Einrichtungen und Dienste

Den Gedanken einer patientenorientierten, auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Steuerung der verschiedenen Hilfeangebote – wie sie auf dieser Tagung diskutiert werden soll – sucht man allerdings in dieser Deutlichkeit vergebens.

In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich damals auch in Bayern Gedanken über eine bessere Versorgung psychisch Kranker gemacht wurden. Es war allerdings nicht die Bayerische Staatsregierung, sondern die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten, sozusagen ein Vorläufer des Verbandes der bayerischen Bezirke. Diese Arbeitsgemeinschaft hatte bereits 1971 eine hundertseitige Denkschrift über die künftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern vorgelegt. Neben Reformvorstellungen für die Heil – und Pflegeanstalten wurden auch erste Ansätze für teil – und außerstationäre Versorgungsstrukturen entwickelt und allgemein auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten hingewiesen. Diese Denkschrift hatte allerdings keine Auswirkungen und geriet schnell in Vergessenheit. Sie wurde durch die Psychiatrie – Enquete nicht nur aufgrund ihres Umfangs von ca. 1800 Seiten, sondern wegen der wesentlich weitergehenden Reformvorschläge überholt.

Die Bundesregierung hat dann 1979 eine grundsätzlich positive Stellungnahme zu der Psychiatrie-Enquete abgegeben. Umstritten war u.a. , wie die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken umgesetzt werden sollte. Man war sich schon damals im Klaren, dass das gegliederte Sozialleistungssystem mit den unterschiedlichen Kosten- bzw. Leistungsträgerzuständigkeiten für psychisch Kranke, insbesondere für chronisch Kranke nicht optimal ist. Es setzte sich jedoch die Meinung durch, dass für psychisch Kranke kein Sonderweg geschaffen werden sollte – gerade im Hinblick auf die vorgesehene Gleichstellung mit somatisch Kranken. Wie die spätere Entwicklung zeigt, hat sich der Gesetzgeber an diese Auffassung bis heute grundsätzlich gehalten und nur sehr zurückhaltend spezielle Regelungen für psychisch Kranke in die Leistungsgesetze aufgenommen (z.B. Institutsambulanzen, Soziotherapie) oder allenfalls unverbindliche Programmsätze wie „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bzw. seelisch Behinderter ist Rechnung zu tragen“ formuliert.

Zurück nach Bayern:

Im Gefolge der Psychiatrie-Enquete hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1980 den 1.Bayerischen Psychiatrieplan herausgegeben, der allerdings zu dem heute anstehenden Steuerungsthema keine weiterführende Aussage enthielt, sondern nur allgemein die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten anmahnte. Auf Grund fehlender Erfahrungen im außerklinischen Bereich kann dem Plan allerdings insoweit auch kein Vorwurf gemacht werden. In Bayern gab es 1980 nach wie vor nur die Großkrankenhäuser und nur ganz vereinzelt Sozialpsychiatrische Dienste, vorwiegend in München. Dies änderte sich erst allmählich in den nächsten Jahren.

Ein erster Schub wurde durch das Modellprogramm Psychiatrie ausgelöst, das die Bundesregierung 1980 aufgelegt hatte, um Anhaltspunkte für die praktische Tragfähigkeit der Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquete zu gewinnen. Es war vorgesehen, in jedem Bundesland geeignete Projekte zu fördern. Die Bayerische Staatsregierung lehnte jedoch das Modellprogramm aus verfassungsrechtlichen und finanzpolitischen Gründen ab. Andererseits war ihr jedoch bewusst, dass sie eine Ersatzlösung bieten musste, zumal die Bezirke –und ich nehme an auch die freie Wohlfahrtspflege- in Erwartung des Modellprogramms schon einige Projekte in der Schublade hatten. In einer denkwürdigen Sitzung des gerade frisch

gegründeten Verbandes der bayerischen Bezirke und des Sozialministeriums im Frühjahr 1980 kam es zu der Vereinbarung, dass Staat und Bezirke die Kosten für die Sozialpsychiatrischen Dienste, die bereits damals als ein wichtiges Element der Reformpsychiatrie angesehen wurden, je zur Hälfte übernehmen sollten. Diese Vereinbarung hatte einerseits den Vorteil, dass damit von vornherein die Regelfinanzierung sichergestellt wurde. Beim Modellprogramm der Bundesregierung war hingegen die Anschlussfinanzierung offen. Andererseits bremste die Vereinbarung den schnellen Aufbau eines flächendeckenden Netzes, da der Staat immer weniger seinen Verpflichtungen nachkam (Förderung „im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“). Die Bezirke ihrerseits wollten den staatlichen Anteil nicht übernehmen, da sie von ihren Umlagezahlern und Aufsichtsbehörden gehalten waren, keine freiwilligen Leistungen zu übernehmen. Das ganze Dilemma änderte sich erst mit dem bekannten Strich des Gesetzgebers, als 1994 durch eine Änderung des AGBSHG den Bezirken die Zuständigkeit für die „Eingliederungshilfe an seelisch Behinderte, die durch ambulante psychiatrische Betreuung erbracht wird“, übertragen wurde. In diesem Zusammenhang empfahl der Verband der bayerischen Bezirke den Bezirken, für das Haushaltsjahr 1994 einen Orientierungswert von DM 4,- pro Kopf der Bezirksbevölkerung als Untergrenze im Haushalt für diese neue Aufgabe vorzusehen. Diese Empfehlung, die von allen Bezirken umgesetzt wurde, war dann gewissermaßen die Initialzündung für den weiteren Ausbau des außerklinischen Bereichs wie er sich heute darstellt. Nebenbei sei erwähnt, dass dieser Orientierungswert von den Bezirken sehr bald überschritten wurde. Parallel zu dieser Entwicklung übernahmen auch die Krankenkassen ihre Verantwortung für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, so dass heute an allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen gut arbeitende Ambulanzen bestehen.

Ich habe Ihnen dies deshalb etwas ausführlicher dargestellt, weil es praktisch erst seit Mitte der 90er Jahre so viele unterschiedliche Angebote und Versorgungsalternativen für psychisch Kranke und Behinderte gibt, dass eine personenzentrierte Steuerung der Hilfebedarfe überhaupt in Frage kommt und Sinn macht.

Dies ist auch der Grund dafür, dass der Steuerungsgedanke im heute diskutierten Sinne im 2. Bayerischen Psychiatrieplan 1990 ebenfalls keinen konkreten Niederschlag gefunden hat. Zwar wird in dem Kapitel Planung und Koordinierung herausgestellt, dass die Verbesserung der Planung und der Zusammenarbeit aller an der Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Institutionen mit dem „Ziel einer patientenorientierten Vernetzung aller Angebote“ vordringlich ist. Faktisch lag der Tätigkeitsschwerpunkt der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und der Planungs – und Koordinierungsausschüsse (PKA) aber auf Planungsaufgaben. Auch die Koordinierung war – wenn überhaupt – mehr auf eine institutionelle Zusammenarbeit ausgerichtet.

Außerhalb Bayerns wurden allerdings schon seit längerer Zeit weitergehende Vernetzungsformen diskutiert. Insbesondere die Expertenkommission der Bundesregierung, die das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung auswertete, hatte 1988 umfassende Reformempfehlungen zum weitem Aufbau aufsuchend – ambulanter Dienste sowie zur Steuerung und Koordinierung vorgelegt, um vor allem die Lage der chronisch psychisch Kranken zu verbessern. Hierzu wurde für jede Versorgungsregion die Bildung eines sog. Gemeindepsychiatrischen Verbundes vorgeschlagen.

Anknüpfend an diese Empfehlung der Expertenkommission hat der Verband der bayerischen Bezirke im Oktober 1997 ein „Rahmenkonzept (Grundsätze) zur Koordinierung und Vernetzung psychiatrischer Hilfeangebote“ vorgelegt. Ziel des Rahmenkonzepts war eine wohnortnahe, auf den einzelnen Patienten/Klienten bezogene Vernetzung der Behandlungs-,

Rehabilitations - und Betreuungsangebote. Hierzu wurde ein regionaler Versorgungsverbund vorgeschlagen, der entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch in den übrigen Bundesländern als Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) bezeichnet wurde. Der GPV sollte den Sicherstellungsauftrag i. S. einer Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken eines Versorgungsgebietes übernehmen.

Ich möchte hier nicht im Einzelnen auf dieses Rahmenkonzept eingehen – nur so viel: Der GPV sollte sich grundsätzlich im Rahmen der PSAG entwickeln, auch wurde die Bestellung eines Koordinators für unabdingbar gehalten. Insgesamt enthielt der GPV bereits sehr viele Elemente des Regionalen Steuerungsverbundes im Sinne der neuen „Grundsätze“. Es stellt sich die Frage, warum der GPV, abgesehen von einzelnen PSAG, nicht flächendeckend aufgegriffen wurde.

Die Ursachen sind im Nachhinein gesehen vielfältig:

So muss man realistisch sehen, dass es „nur“ ein Konzept des Verbandes der bayerischen Bezirke war. Die Krankenkassen – ganz abgesehen von den übrigen Leistungsträgern – sahen sich nicht in der Lage, aktiv in das GPV – Boot mit einzusteigen; das schloss nicht aus, dass gelegentlich auch mal ein Vertreter der Krankenkassen an Sitzungen des GPV teilnahm.

Die niedergelassenen Nervenärzte waren- nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen – ebenfalls nur sehr zurückhaltend zu einer Mitarbeit im GPV bereit.

Auch die Festlegung, dass der Koordinator die Funktion im Rahmen seiner Hauptbeschäftigung ausüben sollte, war möglicherweise zu eng. Das Rahmenkonzept enthielt allerdings auch den Hinweis, dass bei Nachweis eines besonders hohen Arbeitsanfalls ein Koordinator auch auf Teilzeit – oder sogar auf Vollzeitbasis bestellt werden konnte. Die Kosten sollte dann der zuständige Bezirk übernehmen.

Schwerwiegender waren aber nachfolgende Entwicklungen:

So bestand zunächst die Hoffnung, dass im Rahmen der neuen Krankenkassenleistung Soziotherapie, die im Jahr 2000 eingeführt wurde, die Steuerung der Hilfebedarfe psychisch Kranker auf eine neue Grundlage gestellt werden könnte – eine Wunschvorstellung wie man heute weiß. Die Soziotherapie wird zeitlich eingeschränkt nur für einige wenige Krankheitsbilder akut psychisch Kranker gewährt.

Noch größere Hoffnungen wurden auf das neue Rehabilitationsrecht, das SGB IX gesetzt, das 2001 in Kraft trat. Insbesondere die Bestimmung des § 10 SGB IX, nach der die Leistungen aller Rehabilitationsträger, in die nunmehr auch die Träger der Sozialhilfe einbezogen wurden, durch einen Rehabilitationsträger im Rahmen von Servicestellen koordiniert und fortgeschrieben werden sollen, schien auf einen Schlag alle GPV – Überlegungen überflüssig zu machen. Mit dem Programmsatz in Absatz 3 dieser Bestimmung „Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen“ wurde darüber hinaus deutlich, dass sich der Gesetzgeber der schwierigen Lage psychisch Kranker durchaus bewusst war. Es zeigte sich allerdings verhältnismäßig schnell, dass diese an sich vorbildlichen Bestimmungen, durch die die Nachteile des gegliederten Sozialleistungssystems beseitigt werden sollen, in der Verwaltungspraxis keine sinnvolle Steuerung der unterschiedlichen individuellen Hilfebedarfe psychisch Kranker und seelisch Behinderter ermöglichte. Dies war damals jedenfalls der allgemeine Eindruck. Mir ist nicht bekannt, ob sich an dieser Einschätzung in der Zwischenzeit etwas geändert hat.

Eine weitere interessante Entwicklung ergab sich mit der Einführung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen durch die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe in den Jahren 2004/2005.

Mit dem Gesamtplanverfahren, einschließlich der Möglichkeit, Hilfeplankonferenzen einzuberufen, steht zumindest für die Leistungen der Eingliederungshilfe ein sehr detailliertes Konzept für eine personenzentrierte Hilfeermittlung, Hilfestellung und Hilfedurchführung zur Verfügung, das flächendeckend, d.h. von allen Bezirken, angewandt wird.

Nahezu zeitgleich hatten 2004 allerdings auch die Vorarbeiten für die Fortschreibung des 2. Bayerischen Psychiatrieplans begonnen. Die vom Sozialministerium eingesetzte Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung, Planung, Koordinierung“ ging ebenfalls von einem personenzentrierten Ansatz aus, d.h. die Hilfen sollten nach dem individuellen Hilfebedarf ausgerichtet sein und nicht nach dem vorhandenen Hilfeangebot. Für die Organisation und Steuerung wurde – wie Sie wissen – in Weiterentwicklung der PSAG ein Regionaler Steuerungsverbund vorgeschlagen, in dem alle an der Versorgung psychisch Kranker und seelisch Behinderter Beteiligten einer Region, von den Leistungserbringern und Leistungsträgern bis hin zu Vertretern der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker, im Sinne einer Versorgungsverantwortung zusammenwirken sollen.

Damit gab es jedoch plötzlich zwei Steuerungsszenarien bzw. Organisationsstrukturen, deren Zusammenspiel bzw. Verhältnis zueinander nicht geklärt war. Nimmt man die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach §§ 22 ff SGB IX hinzu, sind es sogar drei. Da der Arbeitsgruppe keine Zeit mehr zur Verfügung stand, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, blieb die Problematik – und ich stelle das auch als damaliges Mitglied der Arbeitsgruppe selbstkritisch fest – ungeklärt.

Das ist möglicherweise auch der Grund dafür, dass das Sozialministerium die Vorschläge der Arbeitsgruppe zwar grundsätzlich in die „Grundsätze“ vom März 2007 übernommen hat. Die Aufgaben des Regionalen Steuerungsverbundes wurden jedoch anders gewichtet. So steht die „Organisation einzelfallbezogener Hilfebedarfsplanung“ sowie die „Abstimmung von komplexen personenzentrierten Hilfemaßnahmen im Rahmen des Gesamtplans bzw. der Servicestellen“ – anders als von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen – nicht an erster Stelle. Vielmehr soll der Regionale Steuerungsverbund diese Aufgaben erst schrittweise wahrnehmen.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Tagung realistische Möglichkeiten entwickelt, wie die Steuerung der Hilfebedarfe des einzelnen psychisch Kranken und seelisch Behinderten in sinnvoller Weise realisiert werden kann. Hierbei sollte vermieden werden, dass sich unterschiedliche Gremien unter großem Personal – und – Kostenaufwand ohne nennenswertem Mehrwert mit dem gleichen Patienten/Klienten befassen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante, anregende Tagung mit vielen guten Ergebnissen.

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit!!