

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 3
„Qualitätssicherung, Planung, Koordinierung“**

**zur Fortschreibung des
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

**Leitung:
Walter Langenecker
AOK Bayern – Zentrale München**

Hinweis:

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierete Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

1. Auftrag

Der Auftrag der Arbeitsgruppe 3 bezieht sich auf die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sowie auf die Neuordnung und Optimierung von Planungs- und Koordinierungsstrukturen. Ausschlaggebend dabei ist, dass als Leitfaden durchgängig der „patientenorientierte Ansatz“ die Zielrichtung und die Maßnahmenfolge bestimmt.

2. Sitzungsfrequenz/Vorgehen

Die Arbeitsgruppe 3 traf sich im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in der Periode vom 27. Mai 2004 (Konstituierung) bis 04. Oktober 2004 (Abschlusssitzung) in insgesamt 5 Sitzungen:

27. Mai 2004, 28. Juni 2004, 20. Juli 2004, 14. September 2004, 04. Oktober 2004.

Die registrierte Mitgliederzahl der „offenen“ Arbeitsgruppe nahm wegen des regen Interesses kontinuierlich zu.

Wegen der Komplexität des Themenblockes und der großen Zahl der Teilnehmer zeigte sich von Anfang an die Notwendigkeit, das Thema in zwei „kleinen“ Arbeitsgruppen - aus der Arbeitsgruppe 3 heraus - aufzuteilen (Arbeitskreis: Qualitätssicherung und Arbeitskreis: Planung, Koordinierung). Innerhalb des Gesamtzeitraumes trafen sich beide Arbeitskreise unabhängig voneinander mehrmals um die Grundlagenarbeit auf der Basis von entsprechenden Arbeits- und Diskussionspapieren – die aus der Arbeitsgruppe 3 zur Verfügung gestellt wurden - zu schaffen.

Jeder Arbeitskreis erstellte für sich Positionspapiere zu dem zugeordneten Schwerpunktthema für das gesamte Gremium.

Die Papiere wurden schließlich am 04. Oktober 2004 von der Arbeitsgruppe 3 abgestimmt und beschlossen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 erhielten regelmäßig die Einladungen für die vorgesehenen Sitzungstermine. Über die Sitzungen selbst wurden Sitzungsprotokolle verfasst und an alle Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 mit den entsprechenden Arbeits- und Diskussionspapieren sowie den Zwischenergebnissen der beiden Arbeitskreise per E-Mail versandt.

Bei dieser Gelegenheit darf ich meinen Dank an alle Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 voranstellen, die durch ihren Einsatz, ihr Engagement und in konstruktivem Dialog dazu beigetragen haben, die nachfolgenden Ergebnispapiere zu entwickeln. Besonders hervorheben möchte ich die Damen und Herren der beiden „kleinen“ Arbeitskreise, die die entsprechende Basisarbeit geleistet haben.

Gleichzeitig bedanke ich mich bei den Damen und Herren im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS), die die Tätigkeit der Arbeitsgruppe 3 maßgeblich unterstützt haben.

3. Ergebnispapier „Qualitätssicherung“

(Unter-Arbeitskreis "Weiterentwicklung der **Qualitätssicherung** in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung" – Stand: 04.10.2004)

3.1 Einleitung

"Unter Qualität ist die 'Wie-Beschaffenheit' von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu verstehen, die - zunächst ohne jedes Werturteil - anhand von validen Indikatoren ermittelt ('gemessen') werden kann.

Die Ergebnisse dieser 'Messung' bilden die Grundlage für Maßnahmen der Qualitätssicherung und - wenn notwendig oder erstrebenswert - der Verbesserung der Qualität" (AWMF, 2004).

Ziel aller gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen ist die Verminderung von krankheitsbedingtem Leid und das Erhalten bzw. Erreichen weitgehender Selbständigkeit. Im Sinne wohlverstandener Qualitätssicherung im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung lässt sich Erfolg davon abgeleitet grob mit qualitativen und zum Teil auch mit quantitativen Indikatoren messen und ausdrücken. Zu den wichtigsten zählen:

- gewonnene Lebensjahre
- gewonnene Lebensjahre ohne krankheitsbedingte Beeinträchtigungen
- Lebensqualität
- Aktivität und Verhalten
- Partizipation (Teilhabe) (vgl. Rosenbrock et al. 2004)

Mit unterschiedlichen Akzenten liegt Qualitätssicherung im Interesse aller Beteiligten bzw. Anspruchsgruppen:

- Die Nutzer erwarten wirksame Hilfe. Sie wollen wissen, wie sie ihre Prognose effektiv verbessern und ein möglichst selbständiges Leben führen können und wie sie diese Hilfen bekommen.
- Die Leistungserbringer wollen optimale Qualität anbieten und leistungsgerecht finanziert werden.
- Die Leistungsträger erwarten einen möglichst kosteneffektiven Einsatz ihrer Mittel und wollen den sozialgesetzlichen Auftrag kostengünstig erfüllen.
- Politik und Gesellschaft erwarten größtmögliche Versorgungsgerechtigkeit und optimale Ressourcenallokation in der Krankenversorgung und Rehabilitation sowie die Minimierung negativer gesellschaftlicher Auswirkungen von psychischer Krankheit.

Aufgrund der derzeit gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen (Zersplitterung des Leistungsgeschehens aufgrund fragmentierter Leis-

tungszuständigkeiten, fehlende regionale Versorgungsverpflichtung im außerklinischen Bereich etc.) gestaltet sich Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung als besonders komplex. Qualitätssichernde Maßnahmen, die sich auf den/die einzelne/n Mitarbeiter/in, die einzelne Einrichtung, den einzelnen Planungs- und Leistungsträger beschränken, greifen hinsichtlich des Ziels einer

- lebensweltorientierten,
- zielorientierten,
- integrierten und
- umfassenden

Versorgung zu kurz. Im Vordergrund der Betrachtung muss die Qualität der regionbezogenen Versorgung im Hinblick auf den Langzeitverlauf der betroffenen Personengruppen stehen. Zentrales Ziel- und Erfolgskriterium dabei ist, abgeleitet aus den Interessen der Nutzer und der Gesellschaft, die Verminderung beeinträchtigter oder verloreener Lebensjahre.

Die Neuorientierung der Qualitätssicherung im Sinne der Personenzentrierung erfordert auch eine auf den Längsschnitt bezogene Dokumentation und Evaluation des Versorgungsgeschehens auf Landesebene und ein unabhängiges Institut für Versorgungsforschung, das die Gesundheitsberichtserstattung organisiert, die Auswertungen vornimmt und die Ergebnisse zurückmeldet. Nur auf dem Boden so gewonnener Evidenzbasierung lässt sich Ressourceneinsatz im Sinne von Versorgungsgerechtigkeit steuern.

Zur Planung und Priorisierung dieser im Interesse aller liegenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen bedarf es eines übergeordneten Lenkungsgremiums auf Landesebene.

Die folgenden Grundsätze stimmen mit den Vorgaben überein, die in der Stellungnahme des Arbeitskreises des Bundesgesundheitsministeriums für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung formuliert wurden.

3.2 Grundsätze sinnvoller Qualitätssicherung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Bayern

3.2.1 Qualitätssicherung bedeutet, durch systematisches Vorgehen sicherzustellen, dass die Kluft zwischen der jeweils bestmöglichen und der in der Alltagsroutine tatsächlich stattfindenden psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung fortlaufend minimiert wird und die begrenzt verfügbaren Ressourcen im Sinne der Betroffenen optimal genutzt werden.

3.2.2 Ziel aller qualitätssichernden Maßnahmen muss es sein, die langfristigen Krankheitsverläufe günstig zu beeinflussen und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen, subjektives Leid und Unselbständigkeit zu minimieren. Als Erfolgskriterium und für Vergleiche sind Parameter zu wählen, die diese Beeinträchtigungen im Längsschnittverlauf abbilden. Beim derzeitigen Forschungsstand wird hierbei dem DALY-Konzept der WHO der Vorzug gegeben (WHO-Report 2001).

Nach dem DALY-Konzept der WHO (WHO-Report 2001) lassen sich die langfristigen Effekte unterschiedlicher therapeutischer Interventionen anhand der gewonnenen Lebensjahre ohne Funktionsbeeinträchtigungen (gleichbedeutend mit Unabhängigkeit vom Hilfesystem) quantifizieren. Neben dem Nutzwert für die Patienten und Klienten kann damit auch die Kosteneffektivität unterschiedlicher Interventionen abgeschätzt werden.

Entscheidend ist die Evaluation aller Maßnahmen im Hinblick auf die Langzeitergebnisse der betroffenen Personengruppen.

3.2.3 Eine entscheidende Voraussetzung zur Erreichung dieses Ziels ist die Umsetzung des Paradigmenwechsels vom institutionenzentrierten zum personenzentrierten Ansatz nicht nur in der Qualitätssicherung, sondern in der Organisation der psychiat-

risch-psychotherapeutischen Versorgung insgesamt. Im Zentrum der Aufmerksamkeit müssen die kranken Personen und deren differenzierter Versorgungsbedarf stehen, nicht die Leistungsanbieter bzw. Institutionen. Die Fragmentierung unseres Versorgungssystems muss vorrangig für schwer und chronisch Kranke überwunden werden. Das gilt nicht nur für die Leistungserbringung, sondern auch für die Ebene der Finanzierung und der rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen. Alle künftigen Planungen müssen sich an zu erbringenden Funktionen und Leistungskomplexen orientieren und hinsichtlich der beteiligten Institutionen und Versorgungsstrukturen größtmögliche Flexibilität und Offenheit zulassen ("Die Struktur folgt der Funktion").

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass institutionenzentriertes Planen u.a. dazu führt, dass die vorhandenen Strukturen eine Eigendynamik entfalten und ihr Angebot eine zusätzliche Nachfrage induziert, zugleich aber nicht sichergestellt ist, dass die Angebote den Kranken mit dem größten Bedarf zugute kommen, da in der Regel eine Selektion nach leichteren Risiken stattfindet. Die damit verbundene Fehl- und gelegentlich auch Überversorgung sollte im Sinne größerer Versorgungsgerechtigkeit durch geeignete Steuerungsmechanismen (Anreizsysteme) schrittweise abgebaut und künftig vermieden werden.

Eine personenzentrierte Wende in der Qualitätssicherung heißt, konsequent über alle versorgenden Einrichtungen hinweg die individuellen Interessen betroffener Menschen und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt zu stellen und diese mit gesundheitspolitischen Zielen in Einklang zu bringen. In dieser Perspektive relativiert sich die "Bedeutung" der einzelnen Akteure im System, da jeder nur in Ausschnitten am Hilfeprozess beteiligt ist - m. a. W. erlangt jeder Akteur insoweit Bedeutung, als er seinen Beitrag zur Zielerreichung im Rahmen integrierter Hilfeprozesse leistet.

3.2.4 Parallel zur personenzentrierten Organisation des Versorgungssystems muss durch die regionbezogene Perspektive sichergestellt werden, dass die für eine optimale psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung notwendigen Funktionskomplexe in jeder Region bedarfsgerecht verfügbar sind. Die bedarfsnotwendigen komplexen Leistungsangebote können je nach den lokalen Gegebenheiten von unterschiedlichen Leistungsanbietern erbracht werden, wobei Pluralität und Konkurrenz wünschenswert sind, sofern eine Ausrichtung an den genannten Qualitätszielen und regelmäßige Evaluationen erfolgen. Die Definition der Versorgungsregionen soll sich nicht an politischen Grenzen, sondern an den Interessen und dem Bedarf der betroffenen Personengruppen orientieren.

Das Postulat der Lebensweltorientierung von Maßnahmen erfordert bei wesentlichen Krankheits- bzw. Personengruppen eine kleinteilige Organisation der Hilfen. Um den unterschiedlichen Gruppen angemessen Rechnung tragen zu können, ist die jeweils optimale Größe für eine sinnvolle Planungseinheit aber flexibel zu gestalten; sie muss sich nach den Bedarfen der jeweiligen Personengruppen richten. Flexibilität und Pluralität bei der Ziehung von Grenzen hat sich in den Dienst der Verminderung verlorener oder beeinträchtigter Lebensjahre (DALYs) zu stellen.

3.2.5 Die genannten Qualitätsziele können nicht allein durch Optimierung der Krankenbehandlung erreicht werden, sondern erfordern zugleich eine effektive (Primär-, Sekundär- und Tertiär-) Prävention sowie Programme zur Früherkennung und Frühbehandlung, um z.B. das Entstehen von Chronifizierung vermeiden und Suizide verhüten zu können. Dabei müssen systematische Öffentlichkeits- und Medienarbeit Aufklärung und Entstigmatisierung fördern (z.B. Awareness-Programme).

Diesbezüglich wird auch auf den Abschnitt „Prävention und Früherkennung“ im vorliegenden Landespsychiatrieplan verwiesen. Als beispielhafte Projekte seien genannt: Das MedNet Projekt Depression/Suizidalität (Hegerl et al., 2003) sowie das Projekt zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen (Klosterkötter et al., 2000).

3.2.6 Bei der Auswahl der vorrangig zu fördernden therapeutischen und präventiven Maßnahmen bzw. Programme ist der Gesichtspunkt ihrer Kosteneffektivität zu berücksichtigen, damit die verfügbaren Ressourcen im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit für die Solidargemeinschaft optimal eingesetzt werden. Aussagen zur Kosteneffektivität müssen sich stets auf den Langzeitverlauf beziehen und strengen methodischen Anforderungen genügen, wie sie vom WHO-Programm CHOICE vertreten werden.

Statt pauschaler, flächendeckender Ansätze ("Gießkannenprinzip") mit jeweils nur kurzer Reichweite (beschränkt auf die einzelnen Leistungserbringer bzw. Behandlungs- und Betreuungsabschnitte im jeweiligen Versorgungssegment) sollte gerade die psychiatrische Qualitätssicherung künftig vor allem dort ansetzen, wo der Bedarf zur Optimierung der Patienten-/Klientenversorgung besonders dringlich und der zu erwartende Nutzen besonders groß ist. Dieser Gedanke ist dem seit 1998 laufenden Programm CHOICE der Weltgesundheitsorganisation zu Grunde gelegt (WHO-CHOICE, Anlage im Anhang). Es hat zum Gegenstand:

- develop a standardized method for cost effectiveness analysis that can be applied to all interventions in different settings;
- develop and disseminate tools required to assess intervention costs and impacts at the population level;
- determine the costs and effectiveness of a wide range of health interventions, conducted with probabilistic uncertainty analysis;
- summarize the results in regional databases that will be available on the internet;

- assist policy makers and other stakeholders to interpret and use the evidence.

Alle qualitätssichernden Maßnahmen müssen sich am Grundgedanken der Kosteneffektivität messen lassen, um auch hier eine Ressourcenvergeudung zu vermeiden.

3.2.7 Alle genannten Qualitätsziele sollen vorzugsweise nicht durch Zwang und Kontrolle, sondern durch Schaffung zielführender Anreizsysteme erreicht werden, so dass im Idealfall eine permanente Selbstoptimierung der Versorgungsstrukturen und -prozesse im Hinblick auf die vorrangigen Qualitätsziele stattfindet.

Mit allen beteiligten Leistungsträgern müssen Anreizsysteme entwickelt werden, die in die Alltagsroutinen greifen und damit eine Selbstoptimierung des Versorgungssystems im Hinblick auf die in These 2 genannten Ziele befördern. Gleichzeitig muss am Abbau kontraproduktiver Anreize gearbeitet werden, wie z.B. der immer noch leichter zu realisierenden Teilhabe in stationären Einrichtungen als ambulante Hilfe zur Teilhabe.

Beispiele für zu konkretisierende Anreizsysteme sind:

- Vereinbarungen von Zielen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und leistungsbezogene Finanzierung orientiert am Ergebnis.
- Erfolgsorientierte Prämien (analog z.B. den Vermittlungspauschalen bei Integrationsfachdiensten).
- Auflage eines QM-/Sozialpreises von Seiten der Leistungsträger/des Ministerium.
- Leistungsträgerübergreifende Budgets zur Umsetzung von Modellvorhaben, initiiert und begleitet durch das übergeordnete Lenkungsgremium und das Institut für Versorgungsevaluation.

3.2.8 Die Betroffenen, die Angehörigen und andere Nutzergruppen sollen bei der Planung und Evaluation gehört werden, außerdem sind jeweils die Ergebnisse systematischer Nutzerbefragungen angemessen zu berücksichtigen.

Eine jeweils angemessene Einbindung der Betroffenen, deren Angehörigen und anderer Nutzergruppen im Bereich "Planung" bezieht sich auf die Ebenen der

- therapeutischen Beziehung,
- Organisation und Durchführung der Hilfen,
- Gestaltung und Weiterentwicklung der Hilfen sowie
- der Steuerung der Hilfen in den Versorgungsregionen sowie auf Landesebene.

3.2.9 Die Gesundheitsberichterstattung muss dringend verbessert und dem Niveau anderer europäischer Länder angenähert werden. Hierzu ist schrittweise eine personenbezogene Längsschnittdokumentation einzuführen, vorrangig für schwer und chronisch Kranke. Zur fortlaufenden Auswertung und Rückmeldung der zur Optimierung der Versorgung benötigten Daten wird in Bayern ein unabhängiges wissenschaftliches Institut (Lehrstuhl) für Versorgungsevaluation benötigt.

Die personenbezogene und regionbezogene Evaluation steckt in Deutschland in den Kinderschuhen. Es fehlt an Daten, "was wir tatsächlich tun" (IST der Versorgung) und an Wissen darüber, wie wir die "Kluft" zwischen SOLL und IST am besten und ökonomischsten verringern können. M.a.W.: mit den gegenwärtig verfügbaren Informations- und Datenquellen ist eine kritische Bestandsaufnahme der Lage der psychisch kranken Menschen und des Standes der psychiatrischen Versorgung nicht möglich.

Die bestehenden Dokumentationssysteme müssen mit ihren Merkmalskatalogen aufeinander abgestimmt werden für das Ziel einer per-

sonenzentrierten Längsschnittdokumentation und einer darauf aufbauenden regionbezogenen Auswertung.

Eine psychiatrische Gesundheitsberichterstattung ist unabdingbar. Sie hat zum Ziel, die für rationales Planen und Handeln im psychiatrischen System notwendigen Daten verdichtend darzustellen, zu kommentieren und zu interpretieren. Sie schafft Transparenz durch Information und Evaluation und ermöglicht den Entscheidungsträgern Kompetenz in der Orientierung und Problemwahrnehmung im Hinblick auf Koordinationsaufgaben und Prioritätensetzungen (Wildner/Weitkunat 1998:11, aus Rosenbrock et al.), dies gilt auch für eine versorgungsgerechte Ressourcenallokation. Dies verlangt hochkompetente Experten auf dem Gebiet der Versorgungsforschung und ein unabhängiges Institut auf wissenschaftlich hohem Niveau. Nur so können fatale Fehlentwicklungen des Versorgungssystems künftig rechtzeitig erkannt und korrigiert werden (vgl. Munk-Jørgensen, 1999).

Bei einem jährlichen Gesamtausgabevolumen von über 1,3 Mrd. Euro für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Bayern (siehe Ergebnis der Arbeitsgruppe „Finanzierung“ – Anlage) betragen die geschätzten für ein solches Institut benötigten Mittel mit nur einem Promille der Gesamtausgaben lediglich ein Hundertstel des Prozentsatzes, den Industrieunternehmen heute für Qualitätssicherung ausgeben.

3.2.10 Die Optimierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung nach den vorgenannten Grundsätzen ist eine bedeutsame Innovation, die im Interesse aller Beteiligten liegt. Um die im fragmentierten deutschen Gesundheitswesen derzeit noch vorhandenen Hindernisse überwinden zu können, bedarf es einer gemeinsamen Kraftanstrengung aller Beteiligten. Diese sollten sich freiwillig zu einem zentralen Lenkungsgremium zusammenschließen, das als "Bündnis für Qualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung" die Optimierungsprozesse anstößt, mit ziel-

führenden Anreizen ausstattet und kontinuierlich weiterentwickelt. In diesem Gremium sollten unter Federführung des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung entscheidungsbefugte Vertreter von Politik/Administration, Leistungsträgern, Leistungserbringern, fachlichen Experten, Betroffenen und Angehörigen auf der Basis der vorliegenden Evidenz und in engem Kontakt mit dem Institut für Versorgungsevaluation die anstehenden normativen Entscheidungen hinsichtlich der Prioritätensetzungen treffen, bürokratische Hindernisse einvernehmlich beseitigen und ggf. notwendige Gesetzesänderungen anstoßen.

Das Lenkungsgremium wird vorrangige Aufgaben wahrnehmen:

- es gibt neue Impulse und Leitideen, entfacht eine Konkurrenz der Ideen,
- setzt thematische Schwerpunkte ("Jahr des..."),
- setzt Prioritäten für regionbezogene Maßnahmen der Qualitätssicherung (z.B. "Suizidprävention" oder "Früherkennung"),
- schreibt Themen, Modelle, Projekte aus und ist die fachliche Task Force, die Prozesse begleitet,
- vereinbart mit den Kostenträgern, für Modellprojekte zeitlich begrenzt "Spielregeln" außer Kraft zu setzen und Finanzströme in die richtigen Kanäle zu lenken und zu koordinieren, um zielführende Anreize implementieren zu können.

Impulsgeber für die Einleitung dieser neuen Sichtweise und Herangehensweise an die Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems könnte eine von allen Beteiligten gestartete Qualitätsinitiative "Personenzentrierte psychiatrische Versorgung Bayern" sein.

3.3 Meilensteine der Umsetzung einer personenzentrierten Qualitätssicherung

Um einem Abgleiten der hier formulierten Grundsätze in die Beliebigkeit entgegenzuwirken, werden hier zunächst drei Meilensteine zur

Realisierung empfohlen. Diese Meilensteine sind gleichermaßen Voraussetzung und Umsetzungsziel für eine personenzentrierte Qualitätssicherung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung. In ihrer Wirkung sind sie aufeinander bezogen.

3.3.1 Dokumentation

Die Dokumentation sollte im Kernbereich einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifend angeglichen werden, um Mehrfacherhebungen zu vermeiden und die Abstimmung der Leistungen aufeinander zu erleichtern.

Dabei sollte auf die mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bereits eingeführten Dokumentationssysteme (BADO, BADO-K, AmBADO) aufgebaut werden, die schrittweise zu einer personenbezogenen Längsschnittdokumentation integriert werden können, mit dem sich der Längsschnittverlauf abbilden lässt. Dieses gesundheitspolitische Erfordernis muss frühzeitig mit dem Datenschutz diskutiert und abgestimmt werden.

3.3.2 Institut für Versorgungsevaluation

Der Gesundheitsberichterstattung, Evaluation, Ergebnisrückmeldung und Versorgungsforschung kommt im Rahmen einer rationalen Gesundheitspolitik, die die Kosteneffektivität im Blick hat, eine Schlüssel-funktion zu. Es handelt sich um hochkomplexe Aufgaben, die von kompetenten Experten bearbeitet werden müssen. Ein wissenschaftliches Institut ist einzurichten, das sich ausschließlich der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Bayern widmet.

3.3.3 Lenkungsgremium Bündnis für Qualität

Das Sozialministerium muss dafür werben, dass die genannten Akteure sich aus Überzeugung mit der Absicht, die Qualität des Versor-

gungssystems weiter zu entwickeln und die vorhandenen Ressourcen möglichst gerecht und kosteneffektiv einzusetzen, aktiv an dem übergeordneten Lenkungsgremium beteiligen. Vor allem von Leistungsträgerseite sind entscheidungsbefugte Vertreter zu entsenden, da hier u.a. integrierte Modellprojekte beschlossen und mit zielführend gestalteten Budgets und Anreizen ausgestattet werden sollen.

3.4 Anhang

3.4.1 AG-Teilnehmer:

- Prof. Dr. Clemens Cording
- Davor Stubican
- Dr. Michael Welschehold
- Markus Witzmann

3.4.2 Literatur:

AWMF, <http://awmf.org/>, Sept2004

Cording, C. Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. Psych Prax 2003; 30: 225-229

Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. Dt Ärzteblatt 2003; 100: A 2732-2737

Klosterkötter J, Schultze-Lutter F. Gibt es eine Primärprävention schizophrener Psychosen? Fortschr Neurol Psychiatr 2000; 68: S13-S21

Munk-Jørgensen, P., Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999; 249: 136-143

Rosenbrock, R., Gerlinger, T. Informationelle Grundlagen einer zielführenden Gesundheitspolitik. Bern, 2004

Üstün, T.B., Chisholm, D. Global 'Burden of Disease'-Study for Psychiatric Disorders. Rationale and Application to the Cost-Effectiveness of Mental Health Care Interventions. Psychiat Prax 2001; 28, Sonderheft 1: S7-S11

Wildner, Weitkunat (1998): Aufbau einer epidemiologischen begründeten Gesundheitsberichtserstattung. Das Gesundheitswesen 1998; 60, Sonderh. 1:11-16

WHO. WHO World Health Report 2001. Geneva 2001

WHO-CHOICE: www.who.int/evidence/cea

3.4.3 Anmerkungen:

Die Arbeitsgruppe 3 will es dem StMAS überlassen, ob **Punkt 3: „Meilensteine der Umsetzung einer personenzentrierten Qualitätssicherung“** so stehen bleibt bzw. übernommen wird.

Ebenfalls könnten die Zielsetzungen, die mit der geforderten Einrichtung eines unabhängigen Instituts verbunden sind, vor allem für die politischen Entscheidungsträger noch deutlicher herausgestellt werden.

4. Ergebnispapier „Planung, Koordinierung“

(Unter-Arbeitskreis "Planung, Koordinierung" – Stand 04.10.2004)

4.1 Leitlinie

Die gute Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems bemisst sich auch an dem Grad des Zusammenwirkens aller Beteiligten zur Erlangung der geeigneten Hilfen für Menschen mit einer seelischen Behinderung, die einen umfassenden Hilfebedarf ¹ haben. Ein offensichtliches Kriterium gelungener psychiatrischer Arbeit ist dabei die Integration seelisch Behinderter in die Gemeinde auf der einen und die Befähigung der Gemeinde auf der anderen Seite, „das Phänomen psychischer Erkrankung so zu bewältigen, dass psychisch kranke Menschen als Personen angenommen werden.“ (KAUDER 1997)

Zur Erreichung einer solchen Qualität lassen sich folgende sechs Prämissen formulieren, die als Leitgedanken den kommenden Ausführungen voran gestellt werden:

- Im Vordergrund der Hilfen steht der Patient bzw. der Klient. Hilfen werden nach seinen Bedürfnissen ausgerichtet und nicht nach dem Hilfeangebot **vor Ort (personenzentrierter Ansatz)**
- Ortsnahes Angebot an Hilfen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Eingliederung für Menschen mit einer seelischen Behinderung oder psychischen Erkrankung (Gemeindenähe), um unproblematisch und schnell helfen zu können.
- In Fällen der Kollision der Prämisse "personenzentrierter Ansatz" mit dem Ziel "ortsnahes Angebot an Hilfen / Gemeindenähe" hat das Ziel "Personenzentriertheit" Vorrang. (Dies hat zur Folge, dass das Angebot bedarfsorientiert i.d.S. auch wohnortfern bereitgestellt wird).
- hohes Maß an Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern, um maßgeschneiderte Hilfen unproblematisch zur Verfügung zu stellen (**integrierte und vernetzte Hilfgewährung und -angebote**)

¹ Bei Menschen mit einer seelischen Behinderung, die einen umfassenden Hilfebedarf haben, handelt es sich i.d.R. um chronisch psychisch kranke, die in unterschiedlicher Ausprägung medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation sowie sozialer Eingliederung bedürfen.

- **Verantwortung der Region²** für ein differenziertes Hilfeangebot, um Ausgrenzung und Entwurzelung zu vermeiden (Regionalität)
- Ausbau sozialräumlicher Handlungsansätze mit Organisations- und Finanzierungsstrukturen, d.h. Anpassung der Strukturen an den **Sozialraum** der Klienten (Community care)

4.2 Ist-Situation

Um eine patientenorientierte Vernetzung der Angebote zu erreichen, hat der 2. Bayerische Psychiatrieplan auf regionaler Ebene Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und auf Bezirksebene Planungs- und Koordinierungsausschüsse (PKA) vorgesehen, in denen sowohl Leistungsträger als auch –erbringer sowie Vertreter der Angehörigen und z.T. Selbsthilfegruppen und Regierung abgestimmt planerisch zusammenarbeiten. Erklärtes Ziel war neben dem Ausbau ambulanter Hilfen deren Verzahnung mit dem stationären Bereich, um so eine verbesserte ineinander greifende Begleitung Psychiatrie-Erfahrener zu gewährleisten. Viele dieser formulierten Ziele, wie z.B. der Ausbau ambulanter Hilfen und eine verbesserte Kooperation und Koordination vor Ort, konnten in den letzten 15 Jahren erreicht werden.

Unter dem Blickwinkel der heutigen Herausforderungen an die psychiatrische Versorgung, wie sie unter „0. Leitlinie“ beschrieben sind, müssen die bisherigen Prozesse und Strukturen betrachtet werden:

4.2.1 Regionale Ebene:

Die aktuelle Situation spiegelt PSAG-Gremien wider, die sehr heterogen ausgestaltet sind: Geschäftsordnung und Satzung – sofern vorhanden – unterscheiden sich, die Vertreter der Mitglieder sind mit unterschiedlichen Kompetenzen ausgestattet und haben in der Regel keine strategischen Entscheidungsbefugnisse, selbst die Funktion bzw.

² Region (Definition): Eine Region bzw. ein Versorgungsgebiet umfasst entweder einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt oder einen Stadtsektor in den Ballungsgebieten. Dabei soll die Anzahl der Bewohner nicht mehr als 150.000 übersteigen. Die Region ist die Ebene auf der der regionale Steuerungsverbund – bislang die PSAG – angesiedelt ist.

die Aufgabe der PSAG wird in den verschiedenen Regionen unterschiedlich definiert. So steht der Vernetzungsgedanke oder Fragen des Bedarfs nicht immer an erster Stelle. Diese Auswirkungen liegen in der Unverbindlichkeit der Ergebnisse dieses Gremiums begründet. Um jedoch eine gemeindenahere, integrierte, individuell abgestimmte und damit an der Person orientierte regionale Versorgung zu erwirken, haben manche Regionen in Bayern die Förderung und Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) verfolgt und teilweise umgesetzt.

Die derzeit bestehenden GPV-Gremien haben bayernweit keine einheitlichen Zielsetzungen und Aufgabenschwerpunkte.

4.2.2 Bezirksebene:

Die Planungs- und Koordinierungsausschüsse sind in allen Bezirken eingesetzt worden, konnten jedoch nicht immer ihre Aufgaben erfüllen. Dies liegt größtenteils in den unterschiedlichen verbandlichen Binnenstrukturen der Mitglieder begründet. Der Sozialhilfeträger ist das einzige Organ unter den Mitgliedern des PKA, der auf der Bezirksebene organisiert ist. Insofern kann man analog zu den PSAGen anmerken, dass die Verbindlichkeit der Empfehlungen einseitig ist. Die PKA's entwickelten sich somit zu Gremien, in denen heute in erster Linie sozialhilferechtliche Themen behandelt, Stellungnahmen erarbeitet und/oder Empfehlungen ausgesprochen werden. Die weiteren Leistungsträger – wie Krankenkassen, Landesversicherungsanstalt, Arbeitsverwaltung – haben sich z.T. zurückgezogen oder nehmen der Information wegen teil. Sie selbst betreffende Diskussionen über Bedarf, Entwicklung von Planungskonzepten oder die Koordination von geeigneten Angeboten in ihrem Zuständigkeitsbereich finden im PKA nicht statt.

4.2.3 Landesbene:

Auf bayerischer Ebene wird Planung und Steuerung psychiatrischer Hilfen durch das Bayerische Sozialministerium wahrgenommen. In zeitlich nicht vorgegebenen Abständen schreibt das Ministerium mit den Vertretungen der in der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen beteiligten Organisationen und Institutionen, den Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Experten einen bayerischen Psychiatrieplan kontinuierlich fort und trägt somit den fachlichen und strukturellen Entwicklungen in diesem Bereich Rechnung. Formale Vorgaben zur Ausformulierung des Planes gibt es nicht. Eine Psychiatrieberichterstattung liegt nicht vor.

4.2.4 Rechtliche Grundlage:

Den unter 4.1 Leitlinie konkretisierten Zielen einer gelungenen Steuerung der Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und den Gedanken der gemeinsamen Verantwortung der Rehabilitationsträger für diesen Personenkreis hat der Gesetzgeber mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen (SGB IX) Rechnung getragen.

Die Problematik der im gegliederten System der Leistungsgesetze begründeten Nachteile versucht er mit der Implementierung von „regionalen Arbeitsgemeinschaften“ der Rehabilitationsträger, zu denen auch die Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger gehören, zu überwinden, ohne dabei das gegliederte System der sozialen Sicherung selbst in Frage zu stellen. Das SGB IX beinhaltet des Weiteren neben der ordnungsrechtlichen Funktion das vordringliche Anliegen, das Rehabilitationsverfahren zugunsten einer besseren Orientierung der Menschen mit Behinderung durch umfassende Beratung nahtlos und zügig zu gestalten, d.h. zu straffen und zu koordinieren. Diese eingeforderte Effizienz von Rehabilitationsleistungen soll über neue Instrumente zur Wahrung und

Durchsetzung von Rechtsansprüchen, wie die „Servicestellen“ sie darstellen, bewirkt werden.

Der 3. Bayerische Psychiatrieplan orientiert sich in seinen folgenden Ausführungen zur Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung an den Grundsätzen und Strukturen des SGB IX unter Berücksichtigung der bayerisch-gewachsenen Steuerungsmodule.

4.3 Ziele

Um ein möglichst hohes Maß an Effizienz und Qualität zu erreichen, sind verbindliche, abgestimmte und übergreifende Verbundstrukturen der Leistungsträger und Leistungserbringer auf der Kommunalen -, Bezirks- und Landesebene unter Einbeziehung der organisierten Angehörigen und organisierten Psychiatrie-Erfahrenen notwendig. Dabei sind auch die Versorgungsstrukturen für Suchtkranke zu berücksichtigen. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Eine einheitliche, d.h. standardisierte und kostenträgerübergreifende Hilfeplanung, wird angestrebt.
- Konsequente Einbeziehung des Klienten/Patienten bei der Hilfeplanung, um an den Bedürfnissen der Betroffenen anzuknüpfen.
- Die Hilfeplanung bezieht sich auf die differenzierte Betrachtung und Erfassung von Schädigungen und Ressourcen, funktionellen Einschränkungen und soziale Beeinträchtigungen und die daraus resultierenden Maßnahmen (siehe ICF der WHO). Die Wohnsituation spielt erst danach eine wesentliche Rolle.
- Aus der Hilfeplanung ergeben sich die Erfordernisse an die Qualifikation der Hilfeerbringer. Die Abstimmung der Leistungserbringer zueinander soll gewährleistet werden.
- Wenn das Maß der Koordination der Hilfen die Fähigkeiten des Einzelnen übersteigen, soll eine „koordinierende Bezugsperson“ möglichst kontinuierlich diese Aufgabe übernehmen.
- Art und Umfang des vorgesehenen Austausches von persönlichen Daten im Sinne der oben genannten Punkte sind für den

Klienten offen zu legen. Grundlage dieser Vorgehensweise ist eine entsprechende Einverständniserklärung des Klienten.

4.4 Maßnahmen

4.4.1 Regionale Ebene

Zur Sicherstellung der gemeinde-, wohnort- bzw. heimatnahen Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen schließen sich alle an der Versorgung Beteiligten einer Region² zu einem Regionalen Steuerungsverbund zusammen, welcher die Versorgungsverantwortung in dieser Region übernimmt. Die Hilfeangebote sind so zu gestalten, dass sie dem Bedarf vor Ort entsprechen und dem rechtlichen Grundsatz der vorrangig ambulanten Hilfen Rechnung tragen.

Nach der Indikationsstellung und der individuellen Hilfebedarfsermittlung durch einen Fachdienst erfolgt in Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, wie sie Angehörige, Nachbarn oder befreundete Personen und Bürgerhelfer darstellen, die Planung des Unterstützungsprozesses mit dem Psychiatrie-Erfahrenen, dem Betreuer sofern gegeben und den beteiligten Leistungserbringern.

Der Regionale Steuerungsverbund

Im Regionalen Steuerungsverbund werden die bisherigen Aufgaben des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wahrgenommen und um weitere ergänzt:

² Region (Definition): Eine Region bzw. ein Versorgungsgebiet umfasst entweder einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt oder einen Stadtsektor in den Ballungsgebieten. Dabei soll die Anzahl der Bewohner nicht mehr als 150.000 übersteigen. Die Region ist die Ebene auf der der regionale Steuerungsverbund – bislang die PSAG – angesiedelt ist

Aufgaben

Organisation einzelfallbezogener Hilfebedarfsplanung

- Bei Bedarf Abstimmung von komplexen personenzentrierten Hilfe-
maßnahmen im Rahmen des Gesamtplans nach § 58 SGB XII (Hil-
feplankonferenz) und im Rahmen der §§ 22 ff. SGB IX („Personen-
konferenz“)
- Gewährleistung einer koordinierenden Bezugsperson im Bedarfsfall
- Nutzung einer gemeinsamen, einheitlichen, verbindlichen Doku-
mentation als Grundlage für die Operationalisierung des individ. Hil-
febedarfs
- Sicherstellung der fachlichen Koordination und Steuerung
- Ermittlung, Feststellung und Sicherung des regionalen Bedarfs
- Regionale Psychiatrieberichterstattung
- Durchführung von Präventionsmaßnahmen und Öffentlichkeitsar-
beit
- Unterstützung der Anti-Stigma-Bewegung
- Beschwerdestelle
- Anregung von und Mitwirkung bei sozialpolitischen Initiativen
- Koordinierungsfunktionen
- Geschäftsordnung

Mitglieder

- Je ein Vertreter organisierter Gruppierungen von Psychiatrieerfah-
renen, Angehörigen, Betreuer, Ehrenamtliche/Bürgerhelfer
- Leistungserbringer im Standardversorgungsgebiet (z.B. Niederge-
lassene Ärzte, Psychotherapeuten, SPD, PSB, Tagesstätte, Kran-
kenhaus, Reha-Einrichtung, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte,
Therapeutische Praxen, IFD, Servicestellen nach SGB IX,...)
- Je ein Vertreter folgender Leistungsträger:
Krankenversicherungen (SGB V), Rentenversicherer (SGB VI), örtli-
cher und überörtlicher Sozialhilfeträger (SGB XII), Kinder- und Ju-

gendhilfe (SGB VIII), Arbeitsförderung (SGB III), Agentur für Arbeit (SGB II) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

- Vertreter der zuständigen Abteilung für Humanmedizin beim Landratsamt der jeweiligen Region
- Ein Vertreter der örtlichen Kommune

Organisation

Die Geschäftsführung des regionalen Steuerungsverbundes obliegt der zuständigen Abteilung für Humanmedizin am Landratsamt.

4.4.2 Überregionale Ebene

Es wird empfohlen, auf überregionaler Ebene den Planungs- und Koordinierungsausschuss als Steuerungsgremium beizubehalten.

Planungs- und Koordinierungsausschuss (Steuerungsverbund auf überregionaler Ebene)

Aufgaben

- Zusammenführung der Daten und Ergebnisse der regionalen Psychiatrieberichte, u.a. auch zur Weiterleitung an das Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Frauen und Familie als Grundlage für den Landespsychiatrieplan.
- Koordination und Initiierung von geeigneten Angeboten im Zuständigkeitsbereich.
- Erstellung und Fortschreibung überregionaler Psychiatriepläne.

Mitglieder

- Je ein Vertreter der Leistungsträger (Bezirk, Städte und Landkreise, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Arbeitsverwaltung, Integrationsamt)

- Ein Vertreter der Regierung
- Je ein Vertreter der jeweiligen Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, der freien Träger, der privaten Träger
- Ein Vertreter der Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ein Vertreter der Regionalen Steuerungsverbände
- Ein Vertreter der Organisierten Angehörigen
- Ein Vertreter der Organisierten Psychiatrie-Erfahrenen

Organisation

Die Geschäftsführung obliegt den Psychiatriekoordinatoren der Bezirke. Der Planungs- und Koordinierungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung und ist mindestens 2x im Jahr einzuberufen.

4.4.3 Landesebene

Es wird empfohlen, auf Landesebene zur Implementierung bayernweiter Versorgungsstandards einen Landespsychiatrieausschuss zu schaffen und somit zur Sicherstellung gleicher Lebensverhältnisse psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen beizutragen. Je nach Bedarf werden zu spezifischen Versorgungsfragen Arbeitsgruppen gebildet.

Landespsychiatrieausschuss (Steuerungsverbund auf Landesebene)

Aufgaben

- Zusammenführung der Daten und Ergebnisse der Psychiatrieberichte der Planungs- und Koordinierungsausschüsse und der Gemeindepsychiatrischen Verbände.
- Fortschreibung des bayerischen Psychiatriepflichtgesetzes auf Grundlage der Psychiatrieberichte.
- Begleitung bei der Umsetzung des 3. Bayerischen Psychiatriepflichtgesetzes.

- Initiierung von leistungsträgerübergreifenden Modellen mit wissenschaftlicher Begleitung zur Erprobung zukunftsweisender psychiatrischer Versorgung.
- Wahrnehmung koordinierender Aufgaben bei Bedarf durch das StMAS.
- Anregungen zu Gesetzesinitiativen,
- Entwicklung von QM-Standards

Mitglieder

- Leistungsträger (je ein Vertreter der jeweiligen Bezirke, der kommunalen Spitzenverbände, der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger, der Arbeitsverwaltung)
- Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, freie und private Träger
- Gewählter Vertreter der Regionalen Steuerungsverbände
- Ein Vertreter der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen
- Ein Vertreter der organisierten Angehörigen
- Je ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus dem ambulanten und stationären Bereich
- Ein Vertreter der organisierten Psychotherapeuten
- Bayer. Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst
- Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen
- Nach Bedarf können in Abstimmung mit dem Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) weitere beratende Mitglieder hinzugezogen werden.

Organisation

Die Geschäftsführung wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen übernommen.

Der Ausschuss wird mindestens einmal jährlich einberufen.

Der Landespsychiatrieausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

4.5 Anmerkungen

Im Ergebnispapier wird die vom StMAS vorgeschlagene Gliederung aufgegriffen:

- Bestandsaufnahme (Situationsanalyse, Probleme)
- Ziele
- Maßnahmen

Diesen Punkten ist im Ergebnisbericht ein Punkt „Leitlinie“ wegen der Nachvollziehbarkeit der Überlegungen zu den darin enthaltenen Ausführungen vorangestellt.

Es ist für den Bayerischen Landespsychiatrieplan eine Einführung vorgesehen, in der Leitlinien formuliert werden sollen. Es ist denkbar, dass bei der Zusammenführung der Ergebnisse aus den diversen Arbeitsgruppen die hier im Ergebnispapier verfassten Leitlinien aufgehen und sich wieder finden lassen. Damit könnte der Punkt „Leitlinie“ entfallen.

5. Suchtkrankenversorgung

In Anbetracht der geteilten Zuständigkeiten zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz für die psychiatrische Versorgung einerseits und für die Suchtkrankenversorgung andererseits wurde die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Suchtkrankenversorgung in den Landespsychiatrieplan zwar gesehen, aber im Hinblick des eingeschränkten Arbeitsauftrages bei den einzelnen Planungsebenen nicht ausdrücklich berücksichtigt.

Die Arbeitsgruppe 3 empfiehlt jedoch dringend, auch die Suchtkrankenversorgung in das vorgeschlagene Koordinierungs- und Steuerungssystem im Rahmen des Landespsychiatrieplans aufzunehmen.

München, 04.10.2004

Für die Arbeitsgruppe 3:

Walter Langenecker

Leiter der Arbeitsgruppe 3

Anhang:

Leiter der Arbeitsgruppe 3: Langenecker Walter, AOK Bayern, Zentrale, München

Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 (Stand: 06.10.2004):

Becker T. Prof. (BKH Günzburg)
Beylacher Ferdinand (AOK Bayern)
Bräuning-Edelmann Michael (PSAG-Vorsitzende Obb.)
Braunisch Dr. (KH Agatharied)
Cording Clemens Prof. (BKH Regensburg)
Cranach Michael von Dr. (BKH Kaufbeuren)
Eberle Petra (Diakon. Werk Bayern)
Ernst Theresia (LH München)
Eulenpesch Jürgen(Condrobs e.V.)
Fabian Egon Dr. (Klinik Mengerschweige)
Feller, Thomas, Bezirk Schwaben
Frenzel Dr., Horst (BLÄK)
Friedrich Hermann (Bezirk Mittelfranken)
Fröschl Peter
Göring Albrecht, Klinik Mengerschwaige
Gött Christoph
Hansing Christel (BayLV Psychiatrieerfahrener)
Hausner Helmut, Dr. Dr. (StMAS)
Jehle M. BayGSP e.V.)
Kraus Hermann (Bezirk Oberbayern)
Kreuzer (Verband der bayer. Bezirke)
Langenecker Walter (AOK Bayern)
Lindl Christian (BKK-LV)
Mahler Gudrun (Diakonisches Werk Bayern)
Möhrmann Karl-Heinz (LV Bayern der Angeh. psych.Kranker)

Poggemann Stefan (AOK Bayern)
Rainer-Münch Hilde (Landes-Caritasverband)
Ramstetter (Diakonisches Werk Traunstein e.V.)
Rothe (BayPE)
Scharf (BRK-LV)
Siemen Hans, Dr. (KAE Erlangen)
Sonntag Gert (Bezirk Oberbayern)
Stöhr Klaus Dr. (Klinikum Ingolstadt)
Stubican Davor (Parität. Bayern)
Thiel Gisela (AWO)
Torhorst Arnold Dr. (Parität.)
Volland, Lisa (BPA)
Weinbrenner Wilhelm (Bayer.Ges.f. seel.Ges. e.V.,
Allgäu)
Witkowski Dr., Roman (Psych. Uni Erlangen)
Witzmann Markus, Bezirk Obb.
Zacher Dr. (BVDN)