

Sozialpsychiatrie - 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête

Erfordernisse einer qualifizierten psychosozialen Versorgung der Bevölkerung

Band I

Vom Fachbereich 1 (Pädagogik) der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
angenommene Dissertation

von

Bernhard Stegemerten

geb. am 21. Juli 1953 in Holt und Haar, jetzt Bad Bentheim

Vorsitzender des

Promotionsausschusses: Professor Dr. Walter Thimm, Oldenburg

Erstreferent: Professor Dr. Walter Thimm, Oldenburg

Korreferent: Professor Dr. Helmut Haselbeck, Bremen

Tag der Disputation: 21. Juli 1999

Thematische Einführung

Das erkenntnisleitende Interesse vorliegender Arbeit ist auf den sozialpsychiatrischen Versorgungssektor als Teilbereich der psychosozialen Versorgungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland gerichtet. Der thematische Zugang erfolgt über die Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen, zu denen Ergebnisse einer eigenen empirischen Untersuchung vorgelegt werden (siehe Band II).

Der Schwerpunkt der theoretischen Ausarbeitungen konzentriert sich auf ambulante Formen der Versorgung, ohne jedoch den inhaltlichen Bezug zu den stationären Einrichtungen zu verlieren.

Ausgehend von sozialpsychiatrischen Fragestellungen im engeren Sinne wird im Rahmen fachtheoretischer Diskussionen der Betrachtungswinkel auf Aspekte psychosozialer Versorgung erweitert. Der Psychiatrie "benachbarte" Systeme werden einbezogen, vornehmlich der Versorgungsbereich der geistig Behinderten. Diese - fachdisziplinübergreifende - Sichtweise wird schließlich auch zum Maßstab, wenn es um die Beurteilung institutioneller Versorgungsqualität geht. Hierbei setzt sich der Verfasser kritisch mit der Versorgungswirklichkeit in den unterschiedlichen Bereichen auseinander, wobei gleichfalls kritisch eine Bewertung vorhandener Steuerungs- und Finanzierungsmodalitäten erfolgt. Er stellt die Zersplitterung der unterschiedlichen Leistungsträger ebenso in Frage wie die vielfältigen und nahezu unüberschaubaren Zuständigkeiten bei den Kostenträgern, die sich aus geltender Gesetzeslage ergeben. Festgestellt wird, daß das vorhandene Versorgungsangebot ungenügend ist und sich die bestehenden institutionszentrierten Ausrichtungen der Einrichtungen vielfach dysfunktional zu den tatsächlichen Bedarfen der Nutzer auswirken. Aus diesem Grunde gilt es, Verbesserungen vorzunehmen. Diese bedeuten - nach Auffassung des Verfassers - eine Neuorientierung in der psychosozialen Versorgung, zu der ein pragmatisches Organisationsmodell entwickelt wurde, das Mängel in der bisherigen Versorgung ausgleichen soll, um hilfebedürftigen Personen wirkungsvolle Hilfen zukommen zu lassen. Im vorgestellten Zukunftsmodell wird zur Erfüllung des Anspruches gezielt zu realisierender Hilfen für "Personen mit individuellen Stützungsbedarfen" der fachdisziplinübergreifende Ansatz mit dem Ansatz personenzentriert ausgerichteter Hilfen verbunden.

Eine derartige Verbindung beider Ansätze (fachdisziplinübergreifend, personenzentriert) wurde nach Kenntnis des Verfassers bislang in der einschlägigen Fachliteratur nicht diskutiert. Auch auf der Ebene der Versorgungswirklichkeit gibt es hierfür kaum Hinweise. Insoweit handelt es sich um ein Unterfangen, das ein Novum darstellt und Gefahr läuft, sich grundsätzlichen system- und fachkritischen Auseinandersetzungen auszusetzen. - Dies jedoch ist dem Verfasser bewußt und wird geradezu von ihm auch beabsichtigt.

Für den Aufbau vorliegender Arbeit wurde ein wesentlich an die einzelnen Kapitel gebundenes Schema gewählt, das dem Leser den Zugang zur Materie von sich immer wieder verändernden, unterschiedlichen Ausgangspunkten ermöglichen soll. Dies entspricht der Absicht des Verfassers, den "Betrachtungsgegenstand" nicht nur eindimensional zu erfassen.

Als Einstieg erfolgt in Kapitel 1 zunächst eine Klärung des Begriffes "Sozial-Psychiatrie", die literarisch hergeleitet, schließlich auch die subjektiv eingenommene Sichtweise des Verfassers bekundet.

Anschließend folgt in Kapitel 2 eine Beschreibung der ambulanten Versorgungsdienste und ihrer Nutzer. Psychosoziale Versorgungsgegebenheiten und Versorgungsbedarfe werden einander gegenübergestellt, vor allem aus dem Bereich der geistig Behinderten, aber auch der Suchtmittelabhängigen, der Menschen in Krisensituationen, der Senioren, der Wohnungslosen, kurz: der "Personen mit individuellen Stützungsbedarfen". Analysiert wird die "Entwicklung paralleler Versorgungssysteme für spezielle Nutzerpopulationen", um systemübergreifende Überschneidungen, Doppelungen festzustellen. Unter der Fragestellung "Ist die Existenz paralleler Angebote zu sozialen Hilfen und Rehabilitationsbedarfen im gegliederten Sozialrecht sinnvoll?" werden Qualitätsaspekte psychosozialer Arbeit beleuchtet; es erfolgen kritische Auseinandersetzungen mit den Möglichkeiten staatlicher und privater Qualitätskontrolle, mit den privatwirtschaftlich ausgerichteten Sozialinstitutionen sowie mit den vorhandenen und geplanten psychosozialen Steuerungsmodellen. Unter der Überschrift "Funktionale Äquivalenzen paralleler Versorgungssysteme" erfolgt die Fragestellung: Können Einrichtungen gleicher Art verschiedene Klientengruppen betreuen? Hier wird auf die Institutionszentriertheit psychosozialer Einrichtungen eingegangen, dem das Modell des personenzentrierten Ansatzes gegenübergestellt wird.

Unter der Fragestellung "seelisch behindert" oder "psychisch krank" wird aus medizin- bzw. psychiatrie-historischer Sicht die Genese des Krankheits- und Behindertenbegriffs im gegenwärtigen Sozialrecht dargestellt. Die zum Ausdruck gebrachte kritische Bewertung beinhaltet vor allem die Aussage, daß das gegenwärtige sozialrechtliche System den Erfordernissen einer personenbezogenen Bedarfsversorgung nicht hinreichend gerecht wird.

Im Zusammenhang mit - systemübergreifend angelegten - Betrachtungen zu "Anforderungen an eine Versorgungsbeurteilung bei separaten und zusammengefaßt betrachteten Versorgungssystemen" wird eine ausführliche Beschreibung und kritische Beurteilung der Forschungsprojekte der Personalbemessungs-Kommission¹ und der FED-Forschungsgruppe zum Ausbau ambulanter Familienentlastender Dienste² vorgenommen.

Kapitel 3 beinhaltet eine im historischen Kontext detaillierte Beschreibung der psychiatrischen Versorgungsentwicklung in Niedersachsen ab 1975, wobei auch hier der Schwerpunkt auf den ambulanten Bereich gelegt wurde. Anhand der Sozialpsychiatrischen Dienste werden beispielhaft die Auswirkungen der Psychiatrie-Reform verdeutlicht, was zu der Fragestellung verleitet, inwieweit sich diese vor allem als Verwaltungsreform - "Verwaltungshandeln statt Beziehungsqualität" - vollzogen hat.

In Kapitel 4 wird versucht, eine Einschätzung der kommunal verantworteten Qualität sozialpsychiatrischer Versorgung in Niedersachsen vorzunehmen. Hierbei werden Daten der eigenen empirischen Untersuchung (siehe Band II) zugrunde gelegt und den Befunden der IES-Erhebung³ gegenübergestellt. Entlang der Frage "Was leistet die kommunal verantwortete sozialpsychiatrische Versorgung in Niedersachsen?" werden die politischen und gesetzliche Rahmenbedingungen genauer betrachtet. Des weiteren geht es um die Fragestellung "stationär vor ambulant oder ambulant vor stationär?" im Sinne einer kurzen medizin- bzw. psychiatrie-historischen und sozialanalytischen Betrachtung. Und schließlich werden Aspekte der Partizipation der Betroffenen und Angehörigen thematisiert.

1 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099); vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995; vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

2 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80)

3 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

In Kapitel 5 werden ausgehend vom status quo der sozialpsychiatrischen Versorgung Visionen über die zukünftige Entwicklung szenarisch dargelegt. Insgesamt werden vier unterschiedliche Einschätzungsentwürfe angeboten, die der Einschätzung der Stagnation, Resignation, Kontinuität und Innovation entsprechen.

In Kapitel 6 folgen Entwürfe zur Neuorientierung der Versorgung von "Personen mit individuellen Stützungsbedarfen", wobei auch hier der gewählte Terminus verrät, daß die Betrachtungen weit über den "engen" Versorgungsbereich der psychisch Kranken hinausgehen. Zur Begründung der vorgeschlagenen Neuorientierung werden ethisch-moralischen Aspekte erörtert. Die anschließend unterbreiteten fachdisziplinübergreifenden Veränderungsvorschläge, die die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes beinhalten, resultieren aus dem status quo der Versorgung und der Kritik an vorhandenen Innovationskonzepten. Vorgestellt wird ein Zukunftsmodell, das Mängel in der bisherigen Versorgung ausgleichen soll, um hilfebedürftigen Personen wirkungsvolle Hilfen zukommen zu lassen. Im vorgestellten Modell wird zur Erfüllung des Anspruches gezielt zu realisierender Hilfen für "Personen mit individuellen Stützungsbedarfen" der fachdisziplinübergreifende Ansatz mit dem Ansatz personenzentriert ausgerichteter Hilfen verbunden.

1. Was ist Sozial-Psychiatrie?

Für das Anliegen vorliegender Arbeit erscheint zunächst eine Klärung des Begriffes "Sozial-Psychiatrie" erforderlich. Dies umso mehr, als sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Definitionen, Annäherungen und Begriffskombinationen in der fachlichen, politischen und öffentlichen Diskussion ergeben haben, die in ihrer Breite und methodischen Differenziertheit eher für Verwirrung und Verschleierung stehen als daß durch sie ein konsistentes und handlungsleitendes Begriffs- und Bewertungskontinuum gestiftet worden wäre.

Der Begriff "Sozial-Psychiatrie" steht für die Ausprägung und Verortung von Hilfeangeboten für psychisch Kranke, die sich seit der Diskussion der Psychiatrie-Enquête¹ ab 1975 als nicht vorrangig medizinische, sondern vielfältige, rehabilitative und soziale Hilfen beschreiben lassen. "Sozial-Psychiatrie" meint auch die Bereitstellung angemessener Hilfen in der Nähe des Wohnortes der betroffenen Personen, die Abkehr von bis dahin dominierender stationärer Psychiatrie und die Betonung ambulanter Hilfen.

Zu den historischen Ursprüngen der Psychiatrie im Vorfeld dieser relativ jungen sozialpsychiatrischen Entwicklung soll hierbei im wesentlichen auf die vorliegenden Werke anderer Autoren verwiesen werden.² Der Verfasser hat sich mit Koautoren mit der Psychiatriegeschichte in einer früheren Arbeit ausführlich beschäftigt und wird hierauf entsprechend Bezug nehmen.³

Ergänzend erscheint eine kurze Darstellung der Psychiatriegeschichte Niedersachsens sinnvoll, zumal dieses Bundesland im Rahmen der vorliegenden Arbeit vielfältig als exemplarischer Betrachtungsgegenstand für die "psychiatrische Versorgungswirklichkeit" dienen soll. Die Darstellung erfolgt im 3. Kapitel dieser Arbeit unter der besonderen Berücksichtigung von politischer und verwaltungsorientierter Umsetzung der Psychiatriereform auf Länderebene. Auf die durch den Verfasser durchgeführte empirische Erhebung zu den Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen (siehe Band II der Arbeit) wird verwiesen.

1 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200; vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4201

2 vgl. DÖRNER/PLOG 1978, Seite 427 ff; vgl. PÖRKSEN 1974; vgl. DÖRNER 1984

3 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/ LIEFLÄNDER 1990

Nachstehend sollen einige Erklärungen zum Begriff "Sozial-Psychiatrie"⁴ folgen, wie er vom Verfasser verwendet wird:

Die Entwicklung der medizinischen Disziplin "Psychiatrie" und ihrer Einzelbereiche war stets dem Wandel von Kenntnissen und Methoden jeweiliger Wissensstände unterworfen. Entsprechend ist "Psychiatrie" in den verschiedenen Zeitepochen und von engagierten sowie betroffenen Personengruppen sehr unterschiedlich mit Inhalten gefüllt worden. In der Literatur wird dabei überwiegend die Perspektive der **Psychiatrie-Veranstalter** berücksichtigt, also der Berufsgruppen und Institutionen, die psychiatrische Einrichtungen, Behandlungen und damit zusammenhängende Regelwerke (Gesetze, Behandlungspläne, Therapieordnungen, medizinische Diagnosesysteme etc.) entwickeln, aufbauen oder durchsetzen. Demgegenüber ist die Rolle der **Psychiatrie-Betroffenen**, der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen, erst in der jüngsten Zeit in den Fokus der Wahrnehmung getreten. Zwar wurden über Menschen in psychiatrischen Institutionen ungezählte Monographien verfaßt; in ihnen kommen jene Personen jedoch als Insassen oder Patienten stets eher als Objekte der Psychiatrie, denn als gestaltende und interagierende Teilnehmer an ihrem eigenen Gesundungs- oder Rehabilitationsprozeß vor. Diese Perspektive ist einerseits vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie von der gesellschaftlichen Verleugnung und Ausgrenzung im Zeitalter des Absolutismus bis hin zur systematischen Vernichtung von "sonderbaren", "abnormen", "geisteskranken" oder "verrückten" Menschen in der faschistischen Diktatur 1933/45, andererseits vor dem Hintergrund einer - auf der Grundlage einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Sichtweise - zunehmend auf die ausschließliche Wahrnehmung des Körperlichen eingeeengten Psychiatrie,⁵ die traditionell Patienten nicht als Subjekte in ihren Handlungskanon einbezieht,⁶ nachvollziehbar.

Daß aber bei einer psychischen Erkrankung immer auch Wechselwirkungen zwischen dem erkrankten Menschen und seinem sozialen Umfeld bestehen, ist selbst

4 Sprachregelung: im folgenden wird der Begriff "Sozialpsychiatrie" anstelle von "Sozial-Psychiatrie" verwendet.

5 In dieser Weise beschrieben KRAEPELIN und nachfolgend BLEULER nach naturwissenschaftlich angeordneten Fallbeobachtungen Anfang des 20. Jahrhunderts Symptomatik und Verlauf psychischer Erkrankungen. Die seinerzeit entstandenen diagnostisch-nosologischen Grundbegriffe haben auch heute noch - und zwar weltweit - ihre Gültigkeit.

vgl. KRAEPELIN 1909; vgl. KRAEPELIN 1910; vgl. KRAEPELIN 1913; vgl. KRAEPELIN 1915; vgl. BLEULER 1943; vgl. DÖRNER/PLOG 1978, Seite 471; vgl. KEUPP 1972, Seite 93 ff; vgl. WEIK 1987, Seite 41 ff; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 300 ff

6 vgl. LUHMANN 1993

von konservativen Schulen der Psychiatrie nie in Abrede gestellt worden.⁷ Ab Mitte der 70er Jahre näherte sich die Psychiatrie unter dem Begriff der "Familientherapie" der systematischen und für therapeutische Anliegen offenen Wahrnehmung der Familie als Bedingungs-, Genese- und Beziehungsfeld für psychische Erkrankungen.⁸ Dabei wurde zunächst die Familie zugleich als Patient definiert, die an dem Leiden und der Behandlung, gegebenenfalls auch der Heilung des erkrankten Familienmitglieds (entsprechend als "Primärpatient" benannt) Anteil hat.

So sehr dieser Ansatz sinnvolle und notwendige Ergänzung der bisherigen psychiatrischen Lehre und Praxis war, so sehr weist er auch von der sozialen bzw. gemeindenahen Ausrichtung der psychiatrischen Einrichtungen fort, indem er das engste soziale Umfeld des erkrankten Patienten ebenfalls in die Position des Objektes eigenen Handelns verweist. So kann heute sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen beobachtet werden, wie die "Angehörigenarbeit" eine bedeutende Rolle spielt, obwohl die Einrichtung keine oder nur sehr geringe Kontakte zu den regional zuständigen psychosozialen Hilfeeinrichtungen unterhält.⁹

Die eher ungünstigen Auswirkungen des familientherapeutischen Ansatzes sind auch in anderen Bereichen der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung beobachtbar: In ländlichen oder städtischen Regionen ist es bis heute nicht gelungen, längerfristige und tragfähige Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen medizinischen und sozialpflegerischen Einrichtungen zu schaffen. Vielmehr haben sich auch sehr aufwendige Bemühungen um funktionierende und belastbare Strukturen der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen als nur relativ kurz bestandsfähig erwiesen.¹⁰ Auf die Entwicklung von "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften" (PSAG) sei hier nur am Rande verwiesen.¹¹ Beispielsweise anhand der Erfahrungen aus dem Hannoveraner Modellprojekt "Forensik",¹² das in einem für die damaligen Verhältnisse vorbildlich ausgestatteten Versorgungs- und Betreuungsumfeld etabliert war, zeigte sich, daß die

7 vgl. SCHULTE/TÖLLE 1977

8 vgl. RICHTER/STROTZKA/WILLI 1976; vgl. KEMPLER 1975

9 vgl. STEGEMERTEN 1995, Seite 87 - 96

10 vgl. BAUER/HASELBECK 1983, Seite 183 ff; vgl. PURSCHE/STANGE/KRUCKENBERG/SCHLEEF 1996

11 vgl. MANN 1979, Seite 196 ff; vgl. BOSCH/FEHR/HUTTER 1985; vgl. BRILL/FEHRE/MAHNKOPF/PELZER/SCHOTT-MILDE/WIDMAIER 1982, Seite 63 f; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166), Seite 10 ff; vgl. MACHLEIDT/ELGETI 1991, Seite 52 ff

12 vgl. PURSCHE/STANGE/KRUCKENBERG/SCHLEEF 1996, Seite 132

Integration forensischer Patienten nicht vorgesehen war, sondern daß die systematische Kooperation und Vernetzung der gegebenen sozialen Hilfen bei jedem einzelnen Kontakt für jeden einzelnen Klienten faktisch neu erarbeitet, verhandelt und durch kontinuierliche Pflege stabilisiert werden mußte. Dieser Befund hat sich im übrigen auch bei anderen Modellprojekten im ländlichen oder städtischen Bereich eingestellt.¹³ Auch der Bericht der Niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie¹⁴ weist in dieselbe Richtung:

"Unter der großen Anzahl von Personen, die im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung betroffen werden, gelingt es der Mehrzahl die soziale, familiäre und berufliche Integration aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Es hängt sowohl vom Ausprägungsgrad und der Dauer der Störung als auch von der sozialen Ausgangslage ab, ob die störungsbezogene Behandlung und die Selbsthilfekräfte der Betroffenen und ihrer Familien dafür ausreichen. Bei einem kleineren Anteil von Menschen mit psychischen Störungen dagegen führen Ausprägung und/oder chronischer Verlauf der psychischen Störung dazu, daß die sozialen und beruflichen, teilweise auch die familiären Beziehungen zusammenbrechen und dadurch die Voraussetzungen für eine Gesundung immer ungünstiger werden. ... Es sind .. gerade diese Menschen, für die miteinander verbundene Hilfen in ihren Lebens- und Wohnbereichen die Aussichten auf Genesungsfortschritte und auf eine Integration in gemeinschaftliche Lebens- und Betätigungsformen wesentlich verbessern können."¹⁵

Genau an der hier beschriebenen Gruppen von Menschen, mehrfach belastet durch ungünstige soziale und familiäre Bedingungen, mit vielfach nachgewiesenen zusätzlichen Einschränkungen durch ungenügende Wohnverhältnisse, mangelnde schulische und berufliche Bildung, häufig von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen, zum Teil mit langjährigen "Patientenkarrieren",¹⁶ erweist sich die Leistungsfähigkeit eines Behandlungs- und Hilfesystems, welches Ernst macht mit der Erkenntnis, daß Erkrankung und soziale Realität des Erkrankten in der Regel untrennbar miteinander verbunden sind. Dabei ist es unerheblich, ob die Erkrankung endogenen Ursprungs ist oder sich als Resultierende verschiedener Belastungsfaktoren situativ begründen läßt: in jedem Fall findet Behandlung und Hilfestellung in einem Setting sozialer, beruflicher und ökonomischer Umstände statt. Dieses Setting erweist sich als Rahmen der professionellen, teilprofessionellen und Laienhilfen, deren Zusammenwirken über den Erfolg oder Mißerfolg der insgesamt gebotenen Unterstützungen entscheidet.¹⁷ Unmittelbar erfahrbare Konsequenzen des unter-

13 siehe hierzu die synoptische Darstellung der Ergebnisse aus den forensischen Modellprojekten Lippstadt, Düren, Haina, Moringen und Stralsund: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (082)

14 Fachkommission zur Formulierung eines Konzepts zu Aspekten einer gemeindenahen Psychiatrie aufgrund der Koalitionsvereinbarung zwischen der niedersächsischen SPD und der Partei DIE GRÜNEN vom 19. Juni 1990. vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, S. 83 f; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

15 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite I

16 vgl. DÖRNER 1974

17 vgl. NARR 1991, Seite 47 ff

stützenden oder hemmenden Einflusses des Lebensumfeldes auf die erkrankte Person bedingen Auswirkungen z.B. auf die kontinuierliche Teilnahme an therapeutischen Sitzungen oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten. In dem Umfang, wie sich belastende Faktoren der unmittelbaren Umwelt auf die Selbststeuerung und Selbsthilfekräfte der psychisch erkrankten Menschen auswirken, werden auch die Behandlungsfortschritte entscheidend geprägt. Gerade dann, wenn soziale und familiäre Strukturen zusammengebrochen oder berufliche und finanzielle Ressourcen weggefallen sind, bedarf es der Unterstützung durch ein leistungsfähiges System von Hilfen, das auch Wiederanknüpfungspunkte auf allen relevanten Ebenen der erkrankten Person in ihrem gesellschaftlichen Umfeld herzustellen vermag und dadurch die Teilhabe an der Gemeinschaft sichern kann.¹⁸ Dieser Ansatz verweist aber auch darauf, daß den psychisch erkrankten Menschen selbst eine unmittelbar wichtige Rolle in ihrem Wiedereingliederungsprozeß zukommt: Zwar kann die Gestaltung und Erhaltung sozialer Beziehungen durch professionelle und/oder Laienhilfen gefördert und begünstigt werden; die tatsächliche Teilhabe der Menschen als Partner und Agierende in ihrem Lebensumfeld gelingt jedoch nur, wenn den Betroffenen soziale Kompetenz und persönliche Autonomie zu eigen sind. **Wenn in Fällen der psychischen Erkrankung das Leitbild der Behandlung und Betreuung in diesem Verständnis von Heilung oder Besserung begründet ist, dann kann von sozialer Psychiatrie, von "Sozialpsychiatrie", gesprochen werden.**

Dieses Grundverständnis ist heute, nachdem seit der Psychiatrie-Enquête mehr als 20 Jahre vergangen sind, weder theoretischer noch praktischer Standard psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Berichte über die Beteiligung von Patienten an therapeutischen Systemen, die das Eigenerleben und die Berichte der erkrankten Patienten systematisch in die Therapieevaluation und -planung einbeziehen oder ihnen eine wichtige Funktion bei der Gestaltung und Bewertung von institutionellen Lebens- und Wohnformen zuschreiben, sind rar.

Demgegenüber ist der medizinisch-biologische Standpunkt, der psychische Erkrankung als Funktionsstörung definiert, in der Literatur, aber auch in der sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmensetzung¹⁹ sehr stark betont. Erst jüngst

18 Zu der Ausgestaltung eines solchen Systems: siehe Kapitel 5 und 6, vorliegender Band I der Arbeit

19 z.B. in den Begründungen zum Nds.PsychKG 1978; bezüglich der Feststellung von Behinderung und Behandlungsbedürftigkeit bis in die Vorschriften der Pflegeversicherung. - vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573; vgl. KRAHMER 1994; vgl. SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.2, Seite 71 ff

ist in den USA eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie erschienen, die die Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft von einem Standpunkt bisheriger und zukünftiger Behandlungserfolge betrachtet und, so umstritten diese Methodik auch im einzelnen sei, zu dem Ergebnis kommt, daß die aktuelle Psychiatrie zu einem großen Teil und die psychoanalytisch basierten Verstehensmodelle in dieser Wissenschaft vollständig obsolet werden, wenn Genetik, Gen-Chirurgie und Psychopharmakologie alle psychischen Störungen "vermeiden" bzw. "heilen" können.²⁰

Die Eingliederungsfunktion von aus der Norm "verrückten" Menschen war seit der Herausbildung der Psychiatrie am Übergang von Absolutismus zu moderner Gesellschaft immer der eine Auftrag der Psychiatrie und ihrer Einrichtungen, so wie der andere die Ausgrenzung und Bewahrung der Personen beinhaltete, denen die eigenverantwortliche und erfolgreiche Anpassung an gesellschaftliche Normen und Anforderungen nicht gelang.²¹ Allen historischen Perspektiven, auch der vom Verfasser früher erstellten, mangelt es nicht an Hinweisen auf die Wechselwirkung zwischen seelischer Gesundheit und gesellschaftlichen Lebensbedingungen, auf die psychisch destabilisierenden Auswirkungen sozialer, wirtschaftlicher und struktureller Umbrüche oder Mangelsituationen oder auf die in verschiedenen Ländern unterschiedliche Verwendung von Krankheitsbildern, Symptombeschreibungen und Diagnosen. Unstrittig ist dabei überall, daß die Entstehung und der Verlauf psychischer Störungen nicht ohne die jeweils spezifischen Lebensbedingungen der Betroffenen zu verstehen sind, Hilfen zur Genesung von oder zum Leben mit psychischen Störungen in aller Regel auch der Unterstützung des sozialen, familiären oder beruflichen Umfeldes der betroffenen Personen bedürfen. Die Labeling-Theorie²² hat in den 60er Jahren, von den USA ausgehend, in vielen Ländern ein Überdenken der Entstehung und Auswirkung von psychiatrischer Diagnosen und Rollenzuschreibungen bewirkt. Dabei ist nicht zu übersehen, daß auch andere theoretische Überlegungen die Entwicklung der Psychiatrie bis hin zu den heutigen Begrifflichkeiten der Sozialpsychiatrie begleitet haben. Dennoch ist der Labeling-Ansatz sicherlich der wirksamste Ansatz, den wir aus heutiger Sicht benennen können.

20 vgl. SHORTER 1997

21 Zur Frage der obrigkeitsstaatlichen oder polizeilichen Funktion der Psychiatrie in den letzten Jahren: vgl. DÖRNER 1984; vgl. CASTEL 1983; vgl. FOUCAULT 1981; vgl. SEIDLER 1972; vgl. STEGEMERTEN; KÜPERS; LIEFLÄNDER 1990

22 vgl. SZASZ 1975; vgl. SCHEFF 1973; vgl. GOFFMAN 1973

Diese theoretische Erweiterung des Verständnisses von Psychiatrie hat zur begrifflichen Prägung der Sozialpsychiatrie geführt. Sie fügte dem rein ärztlich-medizinisch determinierten Begriff der Psychiatrie als Lehre von den seelischen Erkrankungen und ihrer Behandlung²³ den Aspekt der "Beziehungen zwischen dem psychisch Kranken und der Gesellschaft"²⁴ hinzu. Dabei werden durch epidemiologische Untersuchungen dieser Beziehungen und Bedingungen der Krankheitsgenese das Verständnis und die Erweiterung der therapeutischen und präventiven Handlungsmöglichkeiten der Psychiatrie gegenüber bestimmten Auswirkungen der psychischen Belastung in der Gesellschaft gefördert.²⁵

Zunächst beschreibt der Begriff der Psychiatrie von seiner sprachlichen (Psyche = Seele; *iatros* = Arzt) als auch von seiner sprachgeschichtlichen Herkunft im wesentlichen den Zugang und die Handlungswahrnehmung aus der Perspektive der Ärzte als der definierenden und handlungsleitenden Zunft der Behandlung von Kranken. Als eigenständiger Begriff für eine Fachrichtung wurde die Psychiatrie im Zeitalter der ausgehenden Romantik und der beginnenden Industrialisierung eingeführt.²⁶ Sie verdankt ihre Existenz als Fachrichtung der Medizin dabei zunächst stärker den Ausdifferenzierungsprozessen der beginnenden Moderne als fachlichen Einsichten oder Fortschritten in der Behandlung von psychisch kranken Menschen.²⁷

Die Erweiterung des Psychiatrie-Begriffes um den sozialen Aspekt in der Formulierung "Sozial-Psychiatrie" meinte zunächst in der Folge der Erweiterung des Verständnisses von psychischen Prozessen die Einbeziehung der Gesellschaft in die Betrachtung. Der seit der Psychiatrie-Enquête 1975 häufig verwendete Begriff "Sozialpsychiatrie" wird mit den Begriffen "gemeindenahe Psychiatrie" oder "kommunale Psychiatrie" synonym verstanden. Dabei bleibt der Begriff "Sozial-Psychiatrie", ebenso wie der der gemeindenahen oder kommunalen Psychiatrie, in seiner Klarheit und Eindeutigkeit höchst mangelhaft. Denn in der fachlichen wie politischen Diskussion wird seit Mitte der 70er Jahre unter Sozialpsychiatrie bzw. ihren Synonyma nicht vorrangig die ärztliche Diagnose und Behandlung von

23 vgl. PSCHYREMBEL 1977, Seite 994; vgl. SCHULTE/TÖLLE 1977, Seite 1

24 vgl. SCHULTE/TÖLLE 1977, Seite 3

25 vgl. SCHULTE/TÖLLE, a.a.O.

26 vgl. DÖRNER/PLOG 1978, Seite 431 f

27 vgl. DÖRNER/PLOG 1978, Seite 430 ff; vgl. DÖRNER 1984

psychisch Kranken unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen und Beziehungen verstanden, sondern die Gesamtheit aller medizinischen, psychosozialen und sozialen Hilfen, die im Rahmen von psychischen Erkrankungen für Patienten zur Verfügung stehen bzw. stehen sollten. Dennoch obliegt den Ärzten die definitorische und behandlungsleitende Kompetenz, Erkrankungen zu benennen und deren Therapien zu veranlassen, zu steuern und zu bewerten. Die im Begriff "Sozial-Psychiatrie" eingebundenen Inhalte der sozialen, familiären und beruflichen Betreuung und Begleitung, die insbesondere für die chronisch psychisch erkrankten Menschen wesentliche Bedingungen der Heilung oder Besserung bedeuten, werden hier nicht nur auf der Basis der sprachlichen Bezeichnung, sondern z.B. durch die Regelungen der medizinischen Versorgung und der Verfügung über Ressourcen unzweideutig den Ärzten als der Schlüsselprofession in diesem Bereich zugeordnet. Nicht nur Medikamente und psychotherapeutische oder nichtmedikamentöse psychiatrische Behandlungen werden durch Ärzte in ihrer Verfügbarkeit bestimmt, sondern auch soziale und pflegerische Hilfen bedürfen in der Regel ärztlicher Attestierung, soweit sich der Bedarf hierzu unmittelbar aus der aktuellen Erkrankungssituation ergibt.²⁸

In der Praxis kann festgestellt werden, daß nahezu alle Modelle, die bis heute bei der Organisation bzw. Reorganisation von psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Versorgung umgesetzt werden, durch einen relativ starren hierarchischen Aufbau geprägt sind. Dabei folgt das bisherige Verständnis der Psychiatrie als Gesellschaftswissenschaft bzw. staatlicher Reaktion auf deviantes Verhalten, obgleich hiervon in der Vergangenheit eine Reihe abweichender Positionen benannt wurden, immer noch einer kustodialen Versorgungsbegrifflichkeit, die sich, wie angedeutet, auf die gesetzliche Begründung von Leistungsansprüchen und auf Finanzierungsoptionen im Kontext öffentlicher Gesundheits- und Ordnungssicherung bezieht. Die ambulante Psychiatrie ist dieser Fragestellung in besonderer Weise unterworfen, weil die methodische fachmedizinische bzw. sozialrechtliche Abgrenzung der krankheitsbedingten Effekte und ihrer weiteren Auswirkungen auf Lebensumstände umstritten, für die Regelung von Leistungsansprüchen aber zwingend notwendig ist.

28 Anders als in der Theorieentwicklung und der wissenschaftlichen Diskussion der letzten 25 Jahre, die eine Vielzahl von psychiatrischen Krankheitsbegriffen und Verstehensmodellen entwickelt hat, bleibt in der Finanzierung und damit in der Auslösung von wirksamen finanziellen Zuweisungen der Arzt der entscheidende Faktor in der Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken.
siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.2, Seite 71 ff

Zur Fragestellung konkurrierender bzw. koexistierender Krankheitsbegrifflichkeiten:
vgl. STÉGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 300 ff

Die Konsequenz dieser unzureichend geregelten Konfliktsituation zeigt sich seit dem Aufbruch der Psychiatrie in ambulante Hilfe- und Betreuungsstrukturen in der Folge der Psychiatriereform: Die Einführung von Psychiatriegesetzen in den Bundesländern brachte keine Leistungsverpflichtungen des Staates gegenüber den einzelnen erkrankten Menschen, vielmehr wurden, wenn überhaupt, Ansprüche der Kommunen als Träger der sozialpsychiatrischen Grundversorgung gegenüber den Ländern festgeschrieben. Die Erbringung von ambulanten Hilfen durch niedergelassene Ärzte, soziale Dienste in den Gemeinden oder fachlich geeignete Personen fand keine grundlegende Entsprechung in den Leistungsverpflichtungen der Kranken- oder Rentenkassen, in den Gebührenordnungen der Ärzte oder in anderen Vorschriften der Sozialgesetze. Beispielsweise bleibt bestehen bzw. wurde geradezu perfektionistisch geschaffen: die fachlich nicht nachvollziehbare Trennung einzelner Behandlungsschritte (z.B. medizinische vs. soziale Rehabilitation) in die Zuständigkeit unterschiedlicher "kostenübernehmender Institutionen" (= der Begriff "Kostenträger" verschleiert m.E. in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß es sich bei allen Zuständigkeiten zur Kostenübernahme, mit Ausnahme der privat zahlenden Inanspruchnehmer, um kollektive Leistungssysteme handelt, die durch Beiträge oder Steuern oder eine Kombination davon, gebildet werden, und nicht um konkurrierende Systeme, die im wesentlichen unterschiedliche Interessen der Versicherten oder Begünstigten zu berücksichtigen hätten; dennoch wird im weiteren Text auch der Begriff "Kostenträger" synonym verwendet).²⁹

Dabei hat sich die Inanspruchnahme der Kommunen oder überörtlichen Sozialhilfeträger als Träger der Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz für die Finanzierung von rehabilitativen Leistungen in der ambulanten und teilstationären Betreuung von psychisch kranken Menschen als gängige und weitverbreitete Lösung etabliert. Dies zieht aber einer Reihe von Nachteilen mit sich: Neben der Begründung der fachlichen Notwendigkeit von Hilfen, die im überwiegenden Teil aller Fälle durch Ärzte erfolgen muß, ergibt sich durch die zuständigen gesetzlichen Bestimmungen (§ 39 BSHG - Eingliederungshilfe für Behinderte - und § 40 BSHG - Maßnahmen der Hilfe)³⁰ die Notwendigkeit, die hilfebedürftigen Personen als "Behinderte" zu bezeichnen. In den Gesetzen wird nur durch den durch eine zeitliche Dimension gefaßten Begriff der "Behinderung"³¹ eine Leistungsgewährung nach den einschlägigen Vorschriften ausgelöst. Weiterhin führt die Inan-

29 vgl. HANESCH/PFANNENDÖRFER 1991, Seite 61 ff; vgl. HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL 1993

30 vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996

31 Die Definition von Behinderung erfolgt in der Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 47 BSHG. - vgl. EINGLIEDERUNGSHILFE-VERORDNUNG 1996; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.2, Seite 71 ff

spruchnahme von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz dazu, daß die finanziellen und Vermögensverhältnisse der betroffenen Personen, gegebenenfalls auch ihrer Angehörigen, offengelegt werden müssen, um die Bedürftigkeit entsprechend der gesetzlich vorgegebenen Bedingungen prüfen zu können.³² Das Subsidiaritätsprinzip, das in der Sozialhilfe enthalten ist, führt in diesem Sinne dazu, daß Personen bei der Zuschreibung als Behinderter und bei der Inanspruchnahme gesetzlicher Sozialleistungen auch Gefahr laufen, ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit respektive die ihrer Angehörigen zu verlieren.

Diese Entwicklung führte dazu, daß die Hilfen für "seelisch behinderte" Menschen von ganz unterschiedlichen Kostenübernahmezuständigen finanziert werden und sich dabei unter diesen Systemen, trotz gesetzlicher Initiativen wie dem Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974, ein stetes Ringen um die Zuständigkeit der Kostenübernahme für Leistungen ergibt. Dabei werden in der Regel nur solche Leistungen finanziert, die der Behandlung und Rehabilitation eingetretener bzw. manifester Erkrankungen und Beeinträchtigungen dienen; präventive und strukturelle Maßnahmen zur Abwehr von psychischen Erkrankungen werden aus den Regelfinanzierungen nicht bestritten.

32 § 79 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996 - Allgemeine Einkommensgrenze:

"(1) Bei der Hilfe in besonderen Lebenslagen ist dem Hilfesuchenden und seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten, wenn während der Dauer des Bedarfs ihr monatliches Einkommen zusammen eine Einkommensgrenze nicht übersteigt, die sich ergibt aus 1. einem Grundbetrag in Höhe von 736 Deutsche Mark, 2. den Kosten der Unterkunft, soweit die Aufwendungen hierfür den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang nicht übersteigen, und 3. einem Familienzuschlag in Höhe des auf volle Deutsche Mark aufgerundeten Betrages von 80 vom Hundert des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes für den nicht getrennt lebenden Ehegatten und für jede Person, die vom Hilfesuchenden oder seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten bisher überwiegend unterhalten worden ist oder der sie nach der Entscheidung über die Gewährung der Sozialhilfe unterhaltspflichtig werden.

(2) Ist der Hilfesuchende minderjährig und unverheiratet, so ist ihm und seinen Eltern die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten, wenn während der Dauer des Bedarfs das monatliche Einkommen des Hilfesuchenden und seiner Eltern zusammen eine Einkommensgrenze nicht übersteigt, die sich ergibt aus 1. einem Grundbetrag in Höhe von 736 Deutsche Mark, 2. den Kosten der Unterkunft, soweit die Aufwendungen hierfür den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang nicht übersteigen, und 3. einem Familienzuschlag in Höhe des auf volle Deutsche Mark aufgerundeten Betrages von 80 vom Hundert des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes für einen Elternteil, wenn die Eltern zusammenleben, sowie für den Hilfesuchenden und für jede Person, die von den Eltern oder dem Hilfesuchenden bisher überwiegend unterhalten worden ist oder der sie nach der Entscheidung über die Gewährung der Sozialhilfe unterhaltspflichtig werden. Leben die Eltern nicht zusammen, richtet sich die Einkommensgrenze nach dem Elternteil, bei dem der Hilfesuchende lebt; lebt er bei keinem Elternteil, bestimmt sich die Einkommensgrenze nach Absatz 1.

(3) Der für den Familienzuschlag maßgebende Regelsatz bestimmt sich nach dem Ort, an dem der Hilfeempfänger die Hilfe erhält. Bei der Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung sowie bei Unterbringung in einer anderen Familie oder bei den in § 104 genannten anderen Personen bestimmt er sich nach dem gewöhnlichen Aufenthalt des Hilfeempfängers oder, wenn im Falle des Absatzes 2 auch das Einkommen seiner Eltern oder eines Elternteils maßgebend ist, nach deren gewöhnlichem Aufenthalt; ist ein gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht vorhanden oder nicht zu ermitteln, gilt Satz 1.

(4) Die Länder und, soweit nicht landesrechtliche Vorschriften entgegenstehen, auch die Träger der Sozialhilfe sind nicht gehindert, für bestimmte Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen der Einkommensgrenze einen höheren Grundbetrag zugrunde zu legen."

Zugleich tritt in den Fällen, in denen Hilfen gemäß des Bundessozialhilfegesetz finanziert werden müssen, das Risiko der finanziellen Inanspruchnahme des erkrankten Menschen, also der Individualisierung des Krankheitsrisikos, auch dann ein, wenn er kranken-, renten- und pflegeversichert ist, aber keiner dieser Kostenübernahmezuständigen eine Zahlungsverpflichtung anerkennt. Die Formel: psychische Erkrankung führt zu sozialer und ökonomischer Verelendung, so wie sich seit ca. 250 Jahren Psychiatrie und Armenfürsorge in ihren Aufgaben und Entwicklungen verzahnt zeigen, ist nicht aufgehoben, wobei über das relative Niveau der Verelendung durchaus zu diskutieren ist.

Hier setzt nicht nur ein erkennbarer Bedarf an Koordination der Hilfen und Finanzierung an, sondern an dieser Bruchstelle der Organisation von Hilfen für psychisch Kranke erweist sich letztlich auch, ob die zur Zeit in der Bundesrepublik realisierte Form der Sozialpsychiatrie tatsächlich sozial ist, also dem erkrankten, behinderten Menschen reale Chancen zur Teilhabe an der und Integration in die Gesellschaft ermöglicht. Neben den sozialrechtlichen Querelen zwischen den Trägern von sozialen Diensten, den Kostenübernahmezuständigen und den Kommunen als den regionalen Gestaltungsverantwortlichen für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung wirken auch die zuständigen stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen sowie die niedergelassenen Nervenärzte als Akteure einer schwierigen oder scheiternden Versorgung. Nicht selten mangelt es an Kooperation unter den beteiligten Personen und Institutionen sowie an gemeinsamen Standards der sozialpsychiatrischen Arbeit.³³

Die Erarbeitung solcher Standards kann nicht durch gesetzgeberisches Handeln geleistet werden, diese müssen als Produkt eines intensiven und offenen Prozesses aller regional Beteiligten an der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung entstehen. Dabei erscheint es unverzichtbar, zunächst in den Grenzen der bestehenden Leistungs- und Zuständigkeitsregeln mit der Definition und Umsetzung von Standards zu beginnen, da mittelfristig keine politische Perspektive für eine grundlegende Neugestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens zu erwarten ist.

Hierbei kann nach Auffassung des Verfassers die Überführung einer Qualitätssicherungsdiskussion in den Bereich der ambulanten Psychiatrie einen inhaltlichen und strukturellen Fortschritt auslösen. In der stationären Psychiatrie ist eine Dis-

33 Zur Auflistung vordringlicher Maßnahmen im ambulanten Bereich: vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 279 ff, hier insbesondere Seite 281

kussion des Qualitätsbegriffes über psychiatrische Handlungs- und Versorgungsoptionen in Gang gekommen; dennoch ist die Realisierung von dort diskutierten Ergebnissen längst überfällig.³⁴

Zur Führung einer Qualitätsdiskussion ist ein konsensfähiges Bild des Menschen, gerade auch des behinderten Menschen in seinem sozialen Umfeld, die Grundvoraussetzung, um sich an angemessenen und zutreffenden Kriterien orientieren zu können. Deshalb erscheint dem Verfasser die Definition einer sozialen Psychiatrie, wie sie etwa STROTZKA 1981 formuliert hat, sinnvoll:

"Sozialpsychiatrie (wäre) jene Wissenschaft, die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen, kulturellen sowie Umgebungsfaktoren in weitestem Sinne für seelische Gesundheit und Krankheit befaßt. Sie bezieht dabei soziologische, sozialpsychologische und kulturanthropologische Momente sowohl in bezug auf die allgemeine Beeinflussung der Auffassungen von Gesundheit und Krankheit als auch auf deren Bedeutung für den einzelnen in ihre Betrachtungen ein".³⁵

Unter Berücksichtigung einer solchen Beschreibung einer sozial orientierten Wissenschaft könnte sich die Qualitätsdiskussion im Bereich Nutzen für die Patienten, Behandlung der Patienten, notwendige Voraussetzungen hilfebringender Systeme und Institutionen (insbesondere des ambulanten Sektors) und der Anforderungen an die finanzierenden und strukturgebenden Institutionen (Kommunen, Länder etc.) weiterentwickeln.

Die These, daß Psychiatrie den Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtungen rücken soll (gemäß THIMM in Anlehnung an GOFFMAN, den Menschen in seiner "persönlichen" und "sozialen" Identität), erfordert die Erarbeitung von individuellen, fachlichen und strukturellen Kriterien, die dieser Zielstellung gerecht werden können. Aus dem Bereich der Behindertenpädagogik finden sich gedankliche Ansätze, die die Zentrierung des gesamten Handelns auf Menschen mit Beeinträchtigungen in exemplarischer Weise leisten:

"THIMM (...) spricht in Anlehnung an GOFFMAN von den beiden Dimensionen der Identität, der persönlichen (biographischen) und der sozialen Identität. In bezug auf das berufliche (Rollen-)Handeln ist vor allem die soziale Identität, also bestimmte Leistungen der Identität, angesprochen. Welche Folgen sich aus Normenkonflikten zwischen den beruflich Handelnden und dem 'System' für die Identität der Handelnden, bzw. aus den Normenkonflikten zwischen den professionell Tätigen und der 'Lebenswelt' ergeben, ist im Bereich des helfenden Handelns immer wieder in soziologischer und psychologischer Sicht diskutiert worden (...). Normenkonflikte machen aber

34 vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995

35 STROTZKA 1981, Seite 19

auch deutlich, daß Identität zwar die Möglichkeit der Selektion zur Voraussetzung hat, andererseits aber in diesen Prozessen auch erzeugt wird: 'Jeder Prozeß [der selektive Prozeß der Selbstsimplifikation] gewinnt seine Richtung durch Deaktualisierung anderer Möglichkeiten, das ist das erste und unausweichliche Erfordernis jeder Bestimmung. Aber das heißt nicht, daß man schicksalhaft an Verlusten entlangsozialisiert wird (Modell: Hans im Glück). Identität kann vielmehr begriffen werden als in diesem Prozeß aufgebaute, durch ihn erst ermöglichte Orientierung, für die es unterschiedliche Möglichkeiten (einschließlich Möglichkeiten der Korrektur) gibt, eben weil der Prozeß selektiv verläuft und weil die Identität selbst nur eine unter vielen anderen selbstreferentiellen Vorstellungen ist' (...). Normenkonflikte als bestimmte Probleme der Differenz zwischen Selbst- und Fremdreferenz entstehen so aus der Kontingenz, sie wären ohne die Möglichkeit, Selektionen, die von anderen getroffen wurden, nicht zu treffen, gar nicht denkbar. Das soll die Geltungskraft von Normen, auch und vor allem von Selbstnormierungen, nicht unterschlagen; eher könnte man vermuten, daß Normenkonflikte vor allem dann aufbrechen, wenn die Erweiterung von Möglichkeiten und die Geltung und Art der Norm bewußt werden. Dies beleuchtet noch einmal den von THIMM (...) angesprochenen Unterschied in den Sichtweisen von Behinderung innerhalb der Sonderpädagogik als ein 'in den Normen denken' gegenüber einem 'über die Normen denken.'³⁶

Die Konsequenz dieser Betrachtungsweise erfordert die Sicherstellung von sozialen, personellen und institutionellen Rahmenbedingungen, die dem behinderten und psychisch kranken Menschen Gewähr für die angemessene situative und kontinuierliche Hilfestellung gibt. Insbesondere die weiter oben angemahnten Standards für die Betreuung und Begleitung der Hilfebedürftigen werden vor diesem Hintergrund drängend. Dies spiegelt sich auch in den Erarbeitungen der Kommission des Bundesministeriums für Gesundheit zur "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung", im folgenden "Personalbemessungs-Kommission" genannt, die den bezeichnenden Untertitel "von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation" trägt.³⁷

Die Neuorientierung des ambulanten und komplementären Bereichs (die bislang im wesentlichen folgenlos blieb) wird im Laufe der vorliegenden Arbeit auf ihre Einlösbarkeit in einem fachlich, sozialrechtlich und trägerseitig weitgehend heterogenen System überprüft werden. Von besonderer Tragweite sind in diesem System gerade auch die höchst ausdifferenzierten finanzierungsrechtlichen Grundlagen und die ihrer je spezifischen Anspruchsgrundlagen (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe, etc.). Eine Untersuchung der bestehenden Hilfeangebote für durch Behinderung eingeschränkte Menschen (z.B. chronisch psychisch Kranke) soll die Funktionalität bzw. Dysfunktionalität der bestehenden Lösungen benennen.

36 BECK 1992, Seite 67

37 vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995

Zu der Erarbeitung von Behandlungs- und Begleitungskriterien gehört auch das Erarbeiten von Prüfkriterien, anhand derer die Fachlichkeit und Effizienz der Arbeit festgestellt und kommuniziert werden kann. Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit nicht allein das Handeln der Akteure im System sozialer Hilfen vor dem Hintergrund der empirischen Befunde thematisiert, sondern auch Hinweise auf das seit Mitte der 70er Jahre beobachtbare Problem der Verbindlichkeit der Arbeitsbeziehungen zwischen den handelnden Personen und den Einrichtungen der Hilfen (bzw. der sozialen Organisationen, die die Hilfe tragen, organisieren und erbringen) untersucht. Dabei geht es darum, ob sich substantielle Chancen der Verbesserung von klientenorientiertem Handeln ergeben, Formen der verbindlichen Kooperation bestehen oder entstehen können und welche Schritte zum Aufbau einer ambulanten und komplementären Psychiatrie ergriffen werden müssen, die im Sinne der zitierten Definition als Soziale Psychiatrie den Menschen in den Mittelpunkt aller Betrachtungen, Handlungen und Hilfeangebote stellt.

Um diese Arbeit leisten zu können, bedarf es einer Darstellung und Bewertung der bislang diskutierten Ansätze zur Qualität von Hilfe und Arbeit im sozialen Bereich, insbesondere in der Psychiatrie und der Behindertenhilfe.³⁸

Dabei erscheint es insbesondere zu diesem Vorhaben notwendig, Vorüberlegungen vorzutragen: Zunächst sei angemerkt, daß die Erarbeitung von Kriterien und deren Prüfbarkeit seit 1988 (Gesundheitsreformgesetz 1988, Novelle des Bundessozialhilfegesetzes 1994, Pflegeversicherungsgesetz 1995 und andere SGB-Gesetzestexte)³⁹ eine Forderung geltenden Rechts sind,⁴⁰ d.h. Qualitätsvereinbarungen und deren Überprüfung beruhen zum größeren Teil auf noch nicht umgesetzten Vorgaben des Gesetzgebers zum Erbringen von Hilfen. Zum Beispiel lautete § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz bis Juni 1994:

"Der Träger der Sozialhilfe ist zur Übernahme der Kosten der Hilfe in einer Einrichtung eines anderen Trägers nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über die Höhe der zu übernehmenden Kosten besteht; in anderen Fällen soll er die Kosten übernehmen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist, um angemessenen Wünschen des Hilfeempfängers (§ 3 Abs. 2 und 3) zu entsprechen. Die Vereinbarungen und die Kostenübernahme müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung tragen *und Bestimmungen über Inhalt, Umfang, Qualität und*

38 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 4.1, Seite 153 ff; Punkt 6.2.6, Seite 244 ff

39 vgl. GESUNDHEITS-REFORMGESETZ (GRG) 1988; vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994; vgl. SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996

40 Zur Bedeutung einzelner Vorschriften: siehe hierzu vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 4.2 Seite 162 ff

*Kosten der Leistung und deren Prüfung durch die Kostenträger treffen.*⁴¹ Sind sowohl Einrichtungen der in § 10 genannten Träger als auch anderer Träger vorhanden, die zur Gewährung von Sozialhilfe in gleichem Maße geeignet sind, soll der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen nach Satz 1 vorrangig mit den in § 10 genannten Trägern abschließen. § 95 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und landesrechtliche Vorschriften über die zu übernehmenden Kosten bleiben unberührt.⁴²

Mit Wirkung vom ab 1. Juli 1994 wurde § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz neu gefaßt:⁴³

"Der Träger der Sozialhilfe ist zur Übernahme von Aufwendungen für die Hilfe in einer Einrichtung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie über die dafür zu entrichtenden Entgelte besteht; in anderen Fällen soll er die Aufwendungen übernehmen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist. Die Entgelte müssen leistungsgerecht sein und einer Einrichtung bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten. Die Vereinbarungen und die Übernahme der Aufwendungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. In den Vereinbarungen sind auch Regelungen zu treffen, die den Trägern der Sozialhilfe eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen ermöglichen."⁴⁴

Ab 1. Januar 1999 lautet § 93 Abs. 2 folgendermaßen:

"Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über 1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen."⁴⁵

Durch diese Ausdifferenzierung wird deutlich der Weg hin zu einer stärkeren, inhaltlichen Beschreibung der Versorgungsqualität seitens des gesetzlichen Kostenträgers verfolgt.

Ungeachtet der sich nur langsam vollziehenden Einbeziehung dieser Vorgaben in die tatsächliche Ausgestaltung der Vereinbarungen zwischen Kostenträgern (=

41 Der *kursiv* geschriebene Satzteil beinhaltet eine Änderung (Ergänzung) des zum 01.01.1984 in Kraft getretenen Gesetzes durch Gesetz vom 23. Juni 1993. § 93 Abs. 2 Satz 2 wurde mit Wirkung vom 27. Juni 1993 um eine Regelung ergänzt, nach der die Vereinbarungen Bestimmungen über Inhalt, Umfang, Qualität und Kosten der Leistungen und deren Prüfung durch den Kostenträger enthalten müssen. - vgl. HAUSHALTSBEGLEITGESETZ 1984; vgl. GESETZ ZUR UMSETZUNG DES FÖDERALEN KONSOLIDIERUNGSPROGRAMMS - FKPG 1993

42 § 93 Abs. 2 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1984

43 Durch das "Zweite Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (2. SKWPG)" vom 21.12.1993 wurde mit Wirkung vom 01.07.1994 der Abs. 2 neu gefaßt. vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1993 B, Seite 2374 f

44 § 93 Abs. 2 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994

45 Die Neufassung erfolgte durch Artikel 1 des "Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts" vom 23.07.1996 und tritt nach Artikel 17 mit Wirkung zum 01. 01.1999 in Kraft. - vgl. GESETZ ZUR REFORM DES SOZIALHILFERECHTS 1996

"kostenübernahmeverpflichteten Institutionen") und Einrichtungen (in weiterem Umfang ist dies bei den Kranken- und Pflegekassen bereits geschehen), müssen die Einrichtungen, die soziale Hilfen erbringen, mit der Frage der Qualitätsdefinition und -prüfung umgehen. Der Bereich der sozialen Hilfen hat dabei eine Reihe von Besonderheiten, die die Übernahme von industriellen Qualitätssystemen und deren Systematik verbieten. Neben der problematischen Definition der Beziehung zwischen Leistungserbringern, Klienten und Kostenträgern spielen die aktiven bzw. hemmenden Anteile bei Mitwirkung der Klienten an ihrer Betreuung/Beratung/Unterstützung eine wesentliche Rolle. Bei behinderten Menschen, zumal psychisch kranken Personen, ist die Qualitätsorientierung auch unter einem anderen Aspekt von besonderer Bedeutung: Die Erbringung von sozialen Hilfen bei diesen Personengruppen geht immer einher mit der Ausübung sozialer Kontrollen, d.h. die durch ihre Behinderung oder psychische Erkrankung eingeschränkt handlungsfähigen Menschen müssen in ihren auf ihr eigenes Wohlergehen gerichteten Handlungen wie bei ihren Interaktionen im gesamten sozialen Feld gestützt und angeleitet werden, nicht selten muß deviantes Verhalten in "sozial verträgliches" Handeln umgelenkt werden. Die in dieser Weise in einer inferioren Situation befindlichen Personen, die ohne Hilfen und Anleitungen kaum zurecht kämen, sind mitnichten gleichberechtigte Partner der Beziehung Einrichtung/Mitarbeiter-Kostenträger-Klient. Hier gegen mißbräuchliche Leistungserbringung oder -vorenthaltung vorzubeugen, nachteilige Geschehnisse wahrzunehmen und abzustellen und eine fachlich und ethisch angemessenen Form der Hilfen nachdrücklich zu unterstützen, obliegt also in vielen Fällen nur zwei von den drei Partnern im Beziehungsdreieck der sozialen Hilfen, es sei denn, es gäbe z.B. in dem Prozeß der Qualitätssicherung Vertreter der Klienten, die deren Interessen in einem solchen Verfahren nachdrücklich wahrnehmen könnten.

Ebensowenig wie die bestehenden Versorgungsangebote kann auch eine zukünftige Sozialpsychiatrie nicht allein an ihren Strukturen, etwa Behandlungsangeboten, Personalausstattung oder therapeutischen Institutionen, gemessen werden. Sie wird auch nicht nur daran gemessen werden können, welche Formen von Therapien, Behandlungskonzepten und Verzahnungen sie für die bedürftigen Personen bereitstellt. **Sozialpsychiatrie in dem hier vorgetragenen Sinne geht somit weit über einen üblicherweise gewählten engen Definitionsrahmen hinaus, in Richtung psychosozialer Versorgung.** Sozialpsychiatrie versteht sich als Gesamtheit aller Bemühungen, die dazu führt, psychisch Erkrankte, geistig Behin-

derte oder in anderer Weise beeinträchtigte Menschen⁴⁶ zu unterstützen in allen Bereichen, in denen sie der Unterstützung bedürfen (medizinisch, sozial, beruflich, pädagogisch etc.).

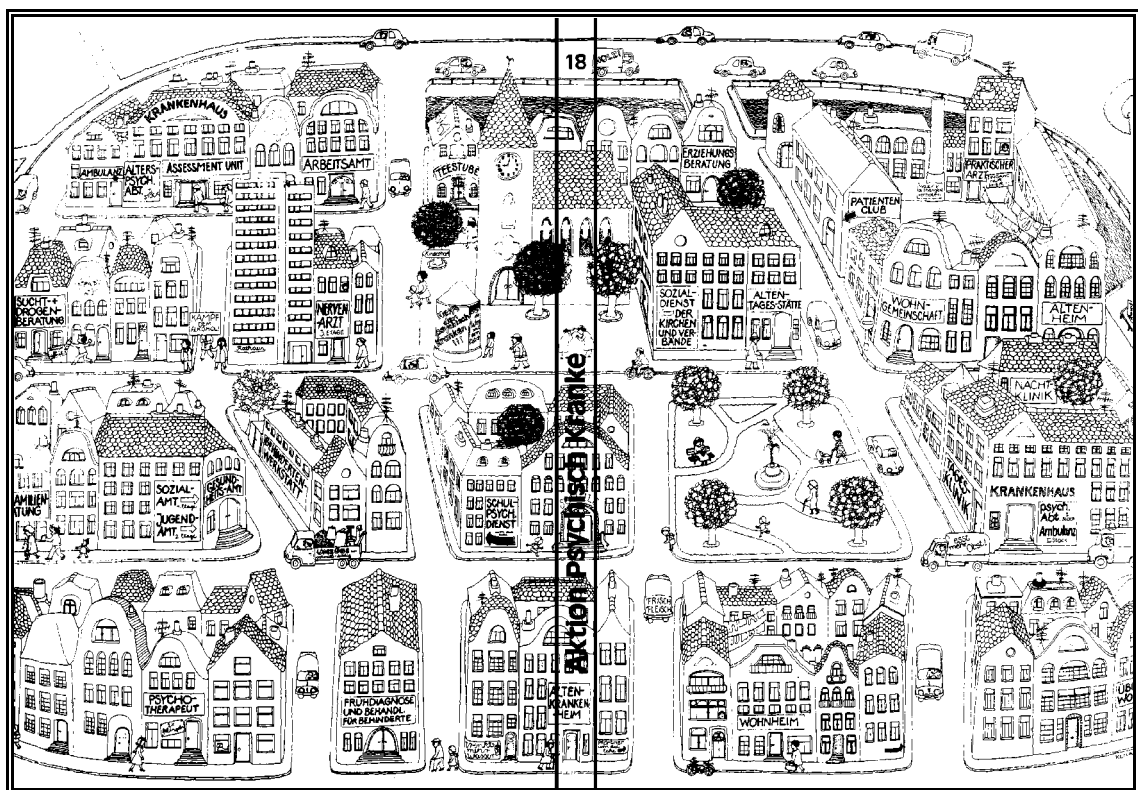
Unabhängig von einer noch zu führenden Diskussion einzelner Standards gilt für die behinderten Menschen in gleicher Weise wie für die in ihrer Betreuung tätigen Menschen, daß sich in einer demokratischen Gesellschaft für deren behinderte Mitglieder im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine weitestgehende Beteiligung an allen gesellschaftlichen Belangen ergibt und daß diese ihr Leben so selbstverantwortlich und eigenständig führen können wie möglich, verantwortlich einsteht und diesen eine selbstbestimmte Existenz ermöglicht.

46 Später wird der Terminus: "Menschen mit individuellen Stützungsbedarfen" verwendet. Siehe hierzu insbesondere: vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.5, Seite 61 ff

2. Die Nutzer der ambulanten Versorgungsdienste

2.1 Deskription und Abgrenzung von psychiatrischen und vergleichbaren pflege- und betreuungsbedürftigen Personengruppen

Das seit Ende der 70er Jahre ständig wiederverwendete Einbands-Logo zu den Tagungsberichten der "Aktion Psychisch Kranke" versinnbildlicht ein optimal aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem für Personen mit unterschiedlich ausgeprägten Hilfe- bzw. Stützungsbedarfen.



Das Angebot erscheint offen für unterschiedliche Personengruppen: für Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit, für Psychotherapiebedürftige, für behinderte Kinder und Jugendliche, für Senioren, für Kranke, für Kinder mit Schul- oder Erziehungsproblemen und schließlich für Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen die Dienste von Arbeitsamt, Gesundheitsamt oder Sozialamt in Anspruch nehmen müssen. Ungeachtet des jener Fiktion immanenten regionalen Ghettoisierungseffektes erfolgt durch die Modellzeichnung keine eindimensionale Reduzierung der Nutzerpopulation etwa auf die (heterogene) Gruppe der psychisch Kranken. Die Schilder an den skizzierten Hausfassaden sollen die räumlich konzentrierte Angebotsvielfalt symbolisieren; Hinweise auf Träger- und Finanzierungsvielfalt enthalten sie nicht.

Die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête hat 1975 für den Bereich der **psychisch Kranken** eine Vielzahl von Versorgungseinrichtungen - die es bis dato nicht gab - vorgeschlagen.⁴⁷ Die Vorschläge wurden angesichts festgestellter Versorgungsdefizite unterbreitet. Sie stellen die potentiellen Nutzer der zu schaffenden Versorgungseinrichtungen in den Mittelpunkt der Betrachtungen, indem sie den Blick freigeben auf ein breites Spektrum an quantitativ und qualitativ differenziert zu erfüllenden Hilfe- und Stützungsbedarfen, von der nichtprofessionellen Beratung im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste (Lehrer und Erzieher im Kindergarten, Vorschule und Schule, juristische Berufsgruppen, Seelsorger, Pädagogen und Erzieher etc.) bis zu stationären Diensten, vom Arzt für Allgemeinmedizin über komplementäre Dienste bis zu Behindertenzentren und von Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben bis zu psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten.

Als die Sachverständigen-Kommission ihre Erhebungen zur Erstellung der Psychiatrie-Enquête durchführte, existierte das **gegliederte System der sozialen Sicherung** in der Bundesrepublik Deutschland bereits ein Vierteljahrhundert, seine Ursprünge reichen bis in die 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts.⁴⁸ Die Vorschläge zur "Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter"⁴⁹ erfolgten daher angesichts des seinerzeitigen status quo des gegliederten Systems der sozialen Sicherung u.a. mit der Zieloption:

"Alle noch bestehenden Unterschiede hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken müssen beseitigt werden."⁵⁰

Diese Option erfolgte mit der Implikation der Gestaltungsabsicht auch der sozialrechtlichen Bedingungen zur Realisierung unterbreiteter Innovationsvorschläge, was am deutlichsten bei der Erwähnung des seinerzeitigen Entwurfes des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil - und der von der Sachverständigen-Kommission dargelegten Kritik am Rehabilitationsangleichungsgesetz zum Ausdruck kommt.⁵¹

47 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 189 ff

48 Das Bundessozialhilfegesetz stammt aus dem Jahr 1961, seine Vorläufer, die Reichsfürsorgepflichtverordnung und die Reichsgrundsätze aus 1924, private Fürsorgevereine existierten bereits zur Mitte des 19. Jahrhunderts. Die Ursprünge der gesetzlichen Unfallversicherung basieren auf dem Unfallversicherungsgesetz von 1884. Die heutige Rentenversicherung geht in ihren Ursprüngen auf die "Kaiserliche Botschaft" von 1881 zurück, die ihre Vorläufer u.a. im "Preußischen Landrecht" von 1794 hatte. Das 1969 erstmals verabschiedete Arbeitsförderungsgesetz hat seinen Ursprung in der 1927 gegründeten "Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung- und Arbeitslosenversicherung". Die Krankenversicherung in Deutschland erhielt ihren gesetzlichen Charakter mit dem "Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" im Jahre 1883. vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 451 ff, 435, 436, 438, 440

49 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 189 ff

50 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 189

51 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 355; 356 f

Für die Gruppe der **geistig Behinderten** wurden von der Sachverständigen-Kommission gleichfalls Vorschläge für eine Reihe von neu zu schaffenden Versorgungseinrichtungen unterbreitet.⁵² Unter Berücksichtigung internationaler, insbesondere skandinavischer und englischer Erfahrungen, wurde ein übergeordneter Planungsrahmen erstellt, dessen Grundsätze unter der Prämisse des Normalisierungsprinzips⁵³ formuliert wurden und der die Forderung nach Entflechtung der Versorgung geistig Behinderter aus dem psychiatrischen System an den Anfang stellte.⁵⁴ Auch hier wurden die Bedarfe der Nutzer neu zu schaffender oder neu zu konzipierender Versorgungseinrichtungen in den Mittelpunkt gestellt. Dies wird besonders an folgenden Aussagen deutlich:

"Die Lebensbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, daß sie soweit wie möglich denen der 'Normalen' entsprechen. Das gilt auch für die Beziehung der Geschlechter zueinander. ... Es gibt keinen ausreichenden Grund, die Lebensform geistig Behinderter anders zu gestalten als die der Gesunden."⁵⁵

Auch die Vorschläge zur Neuordnung der Versorgung geistig Behinderter erfolgten im Rahmen der seinerzeitigen Versorgungssituation innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung. Mit der der Zieloption:

"Es gibt praktisch keine untere Grenze mehr für Entwicklungs- und Förderungsfähigkeit und damit für die Bildungsfähigkeit der Behinderten."⁵⁶

wurde die Förderung und Unterstützung geistig behinderter Menschen von bis dato angenommenen oder praktizierten Grenzen befreit. Ebenso wurden auch für den Bereich der sozialrechtlichen Ansprüche und Versorgung Gestaltungsperspektiven benannt.

Ergänzend sei erwähnt, daß die Sachverständigen-Kommission darüber hinaus Vorschläge für den Bereich der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher, psychisch kranker alter Menschen, Suchtkranker, Suizidgefährdeter, psychisch kranker Straftäter, Epilepsie-Kranker, Hirnverletzter

52 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 150 ff, 232 f, 261 ff

53 vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1986 A;
vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985

54 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 260; vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 1, 85 f

55 DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 262 f, Seite 28; vgl. THESING 1993, Seite 48

56 DEUTSCHER BUNDESTAG DRS.7/4200, Seite 260

und Nichtseßhafter unterbreitet hat.⁵⁷ Insoweit werden hier die Bereiche der psychisch Kranken und geistig Behinderten exemplarisch herangezogen.

Seit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête sind nunmehr beinahe 25 Jahre vergangen, ein Zeitraum, der in etwa einer Generationsepoche entspricht, lang genug jedenfalls, um die gegenwärtige Lebens- und Versorgungsrealität der angesprochenen Menschen mit dem status quo ante zu vergleichen. An einer Fülle von wissenschaftlichen Erarbeitungen und Erfahrungsberichten, von Stellungnahmen aus Politik, Verwaltung sowie von Interessenverbänden und nicht zuletzt von einzelnen Betroffenen, mangelt es nicht. In all diesen Berichten wird erkennbar der jahrelange Weg, den Reformfreudige und Ressortverwalter, Bürokraten, Politiker und Praktiker unterschiedlicher Professionen miteinander oder gegeneinander beschritten haben. Dabei haben sie sich dem gesellschaftlichen Phänomen der Existenz eingeschränkt handlungsfähiger Menschen häufig genug gewidmet, ohne diese selber in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen zu stellen, haben über Strukturen und Ansprüche, Rechtstatbestände und finanzielle Leistungen diskutiert, aber den eingeschränkt handlungsfähigen Menschen dabei nicht selten aus dem Blickwinkel verloren. Für psychisch Kranke wie für geistig Behinderte gilt es zu fragen, was in den 25 Jahren geschehen ist: welche Reformvorschläge der Sachverständigen-Kommission umgesetzt wurden und welche Auswirkungen sie auf die Lebensumstände der benannten Personen hatten. Hierzu soll zunächst ein Überblick über die Klienten der psychiatrischen bzw. der psychosozialen Versorgungsdienste oder -institutionen gegeben werden, insbesondere im Hinblick darauf, welche Bedarfe und welche Bedürfnisse diese Personen haben. Dabei geht es einerseits um die beschreibbaren Defizite, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gemildert oder ausgeglichen werden müssen, andererseits geht es aber auch um die Frage, welche Rechte diese Personen in ihrer jeweiligen Lebenssituation haben bzw. realisieren können. Schließlich soll in diesem Teil der Arbeit auch versucht werden zu beschreiben, welche Maßstäbe bestehen könnten oder bestehen, um von einer angemessenen oder einer unangemessenen Unterstützung sprechen zu können.

Im Sinne der in Kapitel 1 definierten Anforderungen an eine Soziale Psychiatrie, die sich in vollem Umfang auch auf die Versorgung von geistig behinderten Personen anwenden lassen, soll die Frage gestellt werden, ob die Klienten der ambulanten

57 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS.7/4200, Seite 233 ff, 246 ff, 265 ff, 279 ff, 281 ff, 285 ff, 289 ff, 290 ff

ten Versorgungseinrichtungen über ihren Status als Behinderte oder eingeschränkt handlungsfähige Menschen hinaus als bewußte, empfindende, mit Gefühlen ausgestattete Personen überhaupt wahrgenommen und respektiert werden.

Parallel zu dieser Betrachtung wird in diesem Kapitel auch über die Struktur von Versorgungseinrichtungen, über die Finanzierung von notwendigen Hilfen und über weitere Aspekte der langfristigen Betreuung von behinderten Menschen Auskunft gegeben, dies auch in der Annahme, daß durch die z.Zt. realisierten Versorgungsstrukturen bestimmte Formen der ganzheitlichen Wahrnehmung von behinderten Personen und ihren Bedürfnissen und Bedarfen abgelenkt wird.

2.1.1 Die Entwicklung paralleler Versorgungssysteme für spezielle Nutzerpopulationen

Eine Zwischenbilanz soll die Entwicklungsverläufe seit der Psychiatrie-Enquête bis etwa Mitte der 80er Jahre exemplarisch für die Bereiche der psychisch Kranken und geistig Behinderten darstellen:

Im Versorgungsbereich der **psychisch Kranken** wurden nach 1975 zahlreiche Aktivitäten und Versuche unternommen, die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête zu verwirklichen. Hierzu zählt die Einrichtung des Modellverbundes "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" durch die Bundesregierung ab 1976.⁵⁸ An vielerlei Orten bildeten sich Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.⁵⁹ Über die Bundesrepublik Deutschland ging - wenn auch ungleich verteilt - eine Gründungswelle von psychosozialen Hilfsvereinen hinweg, die zum Teil auch Trägerfunktion für Einrichtungen übernahmen. Schon 1975 schlossen sie sich in einem Dachverband zusammen. Nach der Psychiatrie-Enquête wurden über einen längeren Zeitraum hinweg Verabschiedungen bzw. Fortentwicklungen der Landesgesetze für "Hilfen und Schutzmaßnahmen" für psychisch Kranke und Maßregelvollzugsgesetze vollzogen. Nach und nach erfolgte die Errichtung von Sozialpsychiatrischen Diensten.⁶⁰ Als eine Spätwirkung der Psychiatrie-Enquête kann schließlich die Gründung bzw. Einbindung von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in die Regionalversorgung benannt werden. In den späten 70er Jahre wurde deutlich erkennbar, daß die teilweise massive und oft unzureichend vorbereitete Verlegung chronisch psychisch Kranker und Behinderter aus den großen Krankenhausarealen in häufig ungeeignete Heime zu einer quantitativen Ausweitung des komplementären Sektors auf Kosten seiner Qualität geführt hatte. Nur langsam konnten hier die notwendigen Verbesserungen eingeleitet werden. Zur gleichen Zeit begann sich das zunehmende Problem der Arbeitslosigkeit auf die berufliche Situation der psychisch Kranken und Behinderten auszuwirken. Auf der anderen Seite führte die Entspannung auf dem Wohnungsmarkt zu verbesserten Chancen, Formen des Betreuten Wohnens jenseits der Heime für psychisch Kranke und Behinderte einzurichten. Schwierigkeiten verschiedener Herkunft ergaben sich bei der Etablierung von Institutsambulanzen, ganz zu schweigen von speziellen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke. Der zunehmende "Wildwuchs" zersplitterter örtlicher Initiativen und Angebote, verknüpft mit mangelnder Koordination auf der kommunalen Ebene, auch die Zunahme nervenärztlicher Praxen lenkten das Augenmerk auf die Notwendigkeit, den Schwerpunkt weiterer Reformüberlegungen in die Entwicklung des außerstationären, ambulanten, komplementären und rehabilitativen Bereichs zu verlagern. In diesem Zusammenhang beschloß die Bundesregierung 1979, den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission folgend, Mittel für ein Modellprogramm⁶¹ zur Verfügung zu stellen, das im Schwerpunkt die Erprobung außerklinischer Versorgungsnetze zum Gegenstand hatte.⁶²

Im Versorgungsbereich der **geistig Behinderten** wurde das von der Sachverständigen-Kommission postulierte Normalisierungsprinzip nach 1975 zwar grundsätzlich nicht ernsthaft in Frage gestellt, blieb aber zunächst ohne größere Konsequenzen für die Praktiker in den unterschiedlichsten Einrichtungen für geistig Behinderte. Das Normalisierungsprinzip und die ihm immanenten generellen Forderungen der Deinstitutionalisierung, Dezentralisierung und Regionalisierung an das System

58 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 9 ff

59 vgl. MANN 1979, Seite 196 ff; vgl. BOSCH/FEHR/HUTTER 1985; vgl. BRILL/FEHRE/MAHNKOPF/PELZER/SCHOTT-MILDE/WIDMAIER 1982, Seite 63 f; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166), Seite 10 ff; vgl. MACHLEIDT/ELGETI 1991, Seite 52 ff

60 siehe hierzu beispielsweise Band II der Arbeit bezüglich der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen

61 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 15 ff

62 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 5 ff

der sozialen Hilfe für geistig Behinderte⁶³ wurden 1978 von Heidemarie Adam für die deutsche Geistigbehindertenpädagogik aufgegriffen.⁶⁴ Die von THIMM/ FERBER/ SCHILLER/ WEDEKIND 1978 bis 1983 durchgeführte interkulturell vergleichende Studie Bundesrepublik Deutschland - Dänemark trug dazu bei, daß sich das Normalisierungsprinzip als handlungsleitende Maxime der Behindertenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland deutlicher etablierte und beispielsweise seinen Niederschlag gefunden hat in den Niedersächsischen Leitlinien und Empfehlungen zur Behindertenpolitik.⁶⁵ Die Begriffe "Integration" und "Normalisierung" wurden konsensfähige Ziele bei der Betreuung geistig Behinderter,⁶⁶ wengleich, wie FERBER unter Bezugnahme auf FLYNN/ NITSCH betonte, daß das Normalisierungsprinzip erst dann verwirklicht sei, wenn es "tragender Bestandteil der Gesetzgebung geworden ist".⁶⁷

Aus der Erkenntnis der Fehlplacierung "eines nicht geringen Teils" geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern⁶⁸ zog man Anfang der 80er Jahre im Rheinland die Konsequenz, selbständige Behindertenbereiche (Heilpädagogische Heime) auf den Geländen der Landeskrankenhäuser zu schaffen, um durch heilpädagogische Förderungen die Lebensbedingungen der Betroffenen zu verbessern.⁶⁹ Dies war ein erster, wenn auch später Schritt zur beabsichtigten Trennung von geistig Behinderten und psychisch Kranken - allerdings im Rahmen einer Heimlösung.⁷⁰ Nach sechs- bis siebenjähriger Erfahrung mit diesen Heilpädagogischen Heimen wurde deutlich, daß sie zwar eine Abkehr vom medizinischen hin zum pädagogischen Modell und graduelle Verbesserungen in räumlicher und personeller Sicht mit sich brachten. Der Durchbruch zu einer realen Alternative in der Betreuung geistig Behinderter gelang jedoch nicht. Vielmehr wurde ein neuer Anstaltstyp geschaffen, der sich durch die "Verbesserungen" eher verfestigte, als daß er den Weg zur Integration Behinderter in die Gesellschaft gewiesen hätte. Der Neubau eines Wohnheims für geistig Behinderte in Bonn beispielsweise mit 120 Plätzen verdeutlicht, daß man auch 1987 noch das Gegenteil einer in normale Lebensbedingungen integrierten Betreuung praktizierte.⁷¹

Bereits 1980 hatte KULENKAMPFF darauf hingewiesen, daß die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête die Notwendigkeit von heilpädagogisch-sozialtherapeutischer Betreuung geistig Behinderter in hierfür geeigneten Einrichtungen "außerhalb" des Krankenhauses vorgeschlagen habe, "wobei mit der Zielrichtung 'außerhalb' zweifellos die auf diesem Gebiet seit langer Zeit vorbildlich arbeitenden freien Verbände angesprochen waren."⁷² Die Umsetzung dieser Empfehlung war schwierig, zumal ihr zunächst "Mengenprobleme" entgegenstanden, weil die Kapazitäten der freien Träger nicht entsprechend ausreichten, "um den Mißstand durch Verlagerung gleichsam mit einem Schlage aus der Welt zu schaffen."⁷³ Doch selbst, so KULENKAMPFF, wenn dies ggfs. stufenweise möglich gewesen wäre, hätte noch ein weiteres Problem darin bestanden, daß sich bisher oft jahrzehntelang unter dem anhaltenden Mangel an heilpädagogischen Aktivitäten

63 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 84

64 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 1

65 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 B, Seite 15 f

66 vgl. WEDEKIND 1982, Seite 157 ff; vgl. FERBER/WEDEKIND 1984, Seite 502 ff; vgl. NIEHOFF/PICKEL 1987, Seite 78

67 vgl. FERBER 1986, Seite 84 ff

68 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 205

69 siehe hierzu: "Grundlagenpapier zur Verselbständigung der Behindertenbereiche in Rheinischen Landeskrankenhäusern" vgl. GAERTNER 1983, Seite 131

70 vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 29 ff; vgl. GAERTNER 1983, Seite 130 ff; vgl. THEUNISSEN 1987, Seite 174 ff; vgl. TIETJEN 1987, Seite 261 ff; vgl. RICHTER/STEGMANN 1987, Seite 270 ff; vgl. BRADL 1987 A, Seite 20

RICHTER/STEGMANN 1987, Seite 270: "Die einsetzenden Bemühungen, angemessene Lebensbedingungen zu schaffen, stützen sich hauptsächlich auf das Normalisierungsprinzip, d.h. die größtmögliche Gleichstellung des Behinderten mit anderen Bürgern und Angleichung an ihre Lebensstandards im Wohn-, Arbeit- und Freizeitbereich."

71 vgl. NIEHOFF/PICKEL 1987, Seite 78

72 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 206; vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 28

73 vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 28

bei den Schwer- und Mehrfachbehinderten in psychiatrischen Krankenhäusern Verhaltensanomalien entwickelt hätten, die von den auf einem höheren Niveau arbeitenden Einrichtungen freier Träger vor allem in größerer Zahl sicher nicht zu verkraften gewesen wären.⁷⁴ STÖCKMANN bestätigt dies, indem er etwa schildert, daß jahrelang in den Rotenburger Anstalten untergebrachte geistig Behinderte erhebliche Schwierigkeiten hatten, sich neu zu verwurzeln und einzuleben, selbst wenn sie in Pflegefamilien oder in Wohnstätten für geistig Behinderte untergebracht wurden.⁷⁵ KULENKAMPFF meint aber dennoch: "Sicher wäre es im Grunde besser, die Formulierung des Enquête-Berichtes ‚außerhalb des Krankenhauses‘ wörtlicher zu nehmen und auf lange Sicht Behinderteneinrichtungen räumlich getrennt von der psychiatrischen Krankenhaussphäre und ihren spezifischen Besonderheiten zu errichten."⁷⁶

Anläßlich der ersten Tagung des Fachausschusses geistig Behinderte in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im April 1981 in Köln wurde u.a. bemängelt, daß genaue Angaben über die Lebenswirklichkeit geistig behinderter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland nicht existierten. "Weitgehende Konzeptionslosigkeit, Überbelegung, Personalknappheit und vorgeblicher Geldmangel bestimmen das Elend der Betroffenen. Hilfen für Familien gibt es kaum. Verantwortung für die vielfach menschenunwürdigen Zustände und Umgangsformen in der Unterbringung wird abgelehnt. 'Geistige Behinderung', 'Oligophrenie' gelten wie in vorigen Jahrhunderten als unabänderliches, nicht verbesserbares Schicksal."⁷⁷ Zur Einschätzung der Entwicklung ab 1975 merkt BRADL kritisch an, daß die Sachverständigen-Kommission mit dem Festhalten am "Anstaltsmodell" mit der Implikation der Favorisierung von sogenannten Behindertenzentren eine Anknüpfung an Konzepte der 60er Jahre und weit frühere erfolgte.⁷⁸ STÖCKMANN bestätigt: "Heilpädagogische Heime in oder an psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind nur vertretbar, sofern sie für eine Übergangszeit mit qualifizierter Mitarbeiterschaft eingerichtet werden, um in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebrachte geistig Behinderte aus diesen auszugliedern und in ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechende Lebensbedingungen einzugliedern, wenn die Behinderten für diese Übergangszeit einer 'vertieften Erziehung- und Eingliederungshilfe' bedürfen."⁷⁹

Etwa Mitte der 80er Jahre stellte sich die Situation in den einzelnen Bundesländern nach BRADL/SCHÄDLER recht unterschiedlich dar. Zum Teil existierten Planungen, wie etwa in Bremen 1984, wo die Auflösung des Langzeitkrankenhauses "Kloster Blankenburg", in dem ein hoher Anteil geistig Behinderter untergebracht war, betrieben wurde.⁸⁰ Der Landeswohlfahrtsverband Hessen legte 1985 eine Konzeption für die Behandlung und Betreuung erwachsener geistig Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern vor. Diese Konzeption beinhaltete die Einrichtung von Behindertenzentren, die offensichtlich stark krankenzentriert und wenig "gemeinwesenorientiert"⁸¹ ausgerichtet waren. Vorgesehen war Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behinderteneinrichtungen und ambulanten Diensten mit zusätzlichen Wohngruppen bzw. -heimen. Im Gegensatz zu diesem "Behindertenzentrums-Modell" wurden insbesondere im Psychiatrischen Krankenhaus Herborn weitergehende Überlegungen zum schrittweisen Aufbau von gemeindeintegrierten kleinen Wohnformen und tagesstrukturierenden Angeboten für alle psychiatrisch untergebrachten geistig Behinderten angestellt.⁸² Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hatte 1986 "Leitlinien für die Betreuung geistig Behinderter durch die Krankenhäuser des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe" verfaßt. In ihnen wurde die Gemeindeorientierung in den Vordergrund gestellt. Nach diesem Papier

74 vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 28

75 vgl. STÖCKMANN 1982, Seite 269 f

76 vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 32

77 FACHAUSSCHUß GEISTIGBEHINDERTE IN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE 1982, S. 4

78 vgl. BRADL 1987 B, Seite 149

79 STÖCKMANN 1982, Seite 272

80 vgl. BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 245; vgl. KRUCKENBERG/GROMANN 1987, Seite 247 ff

81 Die Autoren verwenden den Begriff "gemeinwesenorientiert"; es wird vermutet, daß sie "gemeinwesenorientiert" meinten. vgl. BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 247

82 vgl. Landeswohlfahrtsverband Hessen, zitiert nach BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 247

waren die Westfälischen Landeskrankenhäuser, auch solche die sich an der Versorgung geistig Behinderter nicht beteiligten, gehalten, "in ihren Aufnahmegebieten daran mitzuwirken, daß möglichst kurzfristig ein ambulantes und komplementäres Netz geschaffen wird, in dem auch schwer geistig Behinderte ... angemessen versorgt werden können."⁸³

BRADL/SCHÄDLER geben 1986 die Einschätzung ab, daß die weiteren Tendenzen in der Bundesrepublik nicht klar durchschaubar seien. Bekannt sei die Praxis von Verlegungen in Heime, darunter nicht selten personell und materiell schlechtausgestattete Pflegeheime, zuweilen die Abgabe eines ganzen Behindertenbereiches an einen privaten bzw. frei gemeinnützigen oder konfessionellen Heimträger. Darüber hinaus gebe es Hinweise darauf, daß in Psychiatrischen Krankenhäusern besondere Behindertenstationen oder Behindertenbereiche, z. T. unter heilpädagogischer Leitung, eingerichtet wurden, z. B. in einzelnen bayerischen Bezirkskrankenhäusern, in Schleswig-Holstein, in der Rheinischen Landeslinik Düsseldorf. Selten hingegen seien Überlegungen anzutreffen, kleine Wohngruppen für Behinderte außerhalb der Krankenhäuser aufzubauen. Die Eingliederung geistig Behinderter aus der Psychiatrie in Wohnheime für geistig Behinderte scheine wegen dort fehlender intensiver Betreuungsmöglichkeiten nur begrenzt möglich zu sein.⁸⁴

Anlässlich einer Konferenz der Lehrenden der Geistigbehindertenpädagogik an wissenschaftlichen Hochschulen wurde 1987 in verschiedenen Diskussionsbeiträgen auf ein z. T. erhebliches Gefälle hinsichtlich des Betreuungsstandards und der Reformabsichten in der Bundesrepublik Deutschland aufmerksam gemacht. Mit Blick auf einzelne psychiatrische Einrichtungen wurde sogar von "mittelalterlichen Verhältnissen" gesprochen.⁸⁵

BRADL/SCHÄDLER führen zusammenfassend aus, daß gemeindeorientierte Konzepte für psychiatrisch untergebrachte geistig Behinderte Mitte der 80er Jahre immer noch ausstehen; daß die Empfehlung von "Behindertenzentren" eine verhängnisvolle Festschreibung des Anstaltsmodells beinhalte, was zu entsprechenden praktischen Konsequenzen in einzelnen Bundesländern führte; daß aus dem "Modellprogramm Psychiatrie" geistig Behinderte weitgehend ausgeschlossen blieben; daß die "Verschubung" geistig Behinderter in große Pflege- und Behindertenheime, seit den 60er Jahren Praxis, als höchst problematisch anzusehen sei; daß die "Humanisierung" der Bedingungen in den Krankenhäusern, in "Oligophrenie-Bereichen" häufig mit viel geringerem Aufwand betrieben, nicht darüber hinwegtäuschen könne, daß humane Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen innerhalb des Krankenhauses kaum erreichbar sind⁸⁶ und daß die neueren gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, insbesondere Tages- und Nachtkliniken, Sozialpsychiatrische Dienste und gemeindepsychiatrische Zentren die geistig Behinderten weitgehend ausschließen.⁸⁷

Die **beiden vorstehenden "Skizzen"** zeigen, daß die Entwicklung der Versorgung hilfebedürftiger Menschen (psychisch Kranke, geistig Behinderte) in der Bundesrepublik in den vergangenen 20 Jahren einen anderen Verlauf genommen hat, als die Sachverständigen-Kommission dies in ihrer Psychiatrie-Enquête intendiert hatte. Systematische Analogien in unterschiedlichen Bereichen - wie hier bei psychisch Kranken und geistig Behinderten exemplarisch herangezogen - sind dabei unverkennbar: Das gegliederte System der sozialen Sicherung,⁸⁸ dessen

83 Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1986, zitiert nach BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 248

84 vgl. BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 248

85 vgl. BRADL 1987 A, Seite 20

86 vgl. BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 244 f

87 vgl. BRADL 1987 A, Seite 20

88 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1, Seite 19 ff

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowohl die an der Psychiatrie-Enquête beteiligten Experten als auch die Protagonisten des Normalisierungsprinzips vielfältig, vehement und permanent eingefordert haben, erwies sich bei allen Innovationsbestrebungen nicht als tragfähige Basis für angemessene, gerecht verteilte, bedürfnisadäquate, nutzerbezogene, materielle und immaterielle Hilfe- und Stützungsleistungen. Vielmehr - und das zeigen die beiden Skizzen exemplarisch - besteht gegenwärtig, d.h. gegen Ende der 90er Jahre, eine Trägerlandschaft, die finanzierbare und damit - unter Vernachlässigung des Aspektes tatsächlicher Versorgungsbedarfe - realisierbare spezielle Hilfen für spezielle Nutzerpopulationen bereithält.

Die Finanzierung des Hilfeangebotes der jeweiligen Träger erfolgt in der Regel aus unterschiedlichen Quellen, jeweils abhängig von institutionellen Voraussetzungen des Angebotes der Einrichtung und/oder individuellen Voraussetzungen der unterschiedlichen Nutzer. Die wesentlich aus dem gegliederten System der sozialen Sicherung resultierenden Finanzierungsmodalitäten bedingen weiterhin, daß Einrichtungen, die bestimmte, fachlich gebotene Hilfen anbieten würden, dies trotz vorhandener und nachgewiesener Bedarfe nicht tun können, weil dies aus finanziellen Gründen nicht möglich ist. Die folgenden Beispiele erläutern zunächst die fachlich schwer nachvollziehbare Parallelförderung von Angeboten:

1. Die Finanzierung einer Maßnahme, beispielsweise Eingliederungshilfe für Behinderte, kann durch das Arbeitsamt,⁸⁹ durch den Rentenversicherungsträger⁹⁰ und/oder durch das Sozialamt⁹¹ erfolgen. Überdies ist beim Kostenträger Sozialamt zwischen dem örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu unterscheiden. Da die Sozialhilfe nur subsidiär gewährt wird, kann auch Vermögen und/oder Einkommen des Betreuten oder seiner engeren Angehörigen zur Finanzierung der Maßnahme in Betracht kommen. Handelt es sich bei dem Maßnahmeträger beispielsweise um eine gemeinnützige Organisation (z.B. Verein oder GmbH), kommen weitere Finanzquellen in Betracht: Mitgliedsbeiträge, Spendenaufkommen, freiwillige Leistungen der

89 Gemeint sind Eingliederungsbeihilfen nach § 54 AFG und den §§ 20, 21, 22 der Anordnung zur Förderung der Arbeitsaufnahme; vgl. ARBEITSFÖRDERUNGSGESETZ (AFG) 1997; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1994

90 vgl. §§ 28, 29 SOZIALGESETZBUCH - ERSTES BUCH (SGB I) 1997; vgl. § 31 SOZIALGESETZBUCH - SECHSTES BUCH (SGB VI) 1997

91 vgl. §§ 39, 40 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996

kommunalen Gebietskörperschaft, zweckgebundene Stiftungsgelder, einmalige Zuschüsse in Form von Landes- oder Bundeshilfen und/oder Mittel aus dem Europäischen Sozialfond. Für das beschäftigte Personal könnten - je nach dessen individueller Voraussetzung - weitere Finanzmittel in Anspruch genommen werden: von der Arbeitsverwaltung,⁹² der Hauptfürsorgestelle⁹³ und/oder dem Sozialhilfeträger.⁹⁴

2. Vor allem gemeinnützige Träger bieten beispielsweise in einer kombinierten Form an: Beratungsstelle, tagesstrukturierende Hilfen, Mittagstisch und lebenspraktische Unterstützung und Anleitung, verbunden mit niedrigschwelligem Arbeits- und Beschäftigungsangeboten. Im Einzelfall treten spezialisierte therapeutische Interventionen hinzu, die durchaus den Charakter der ambulanten Rehabilitation annehmen können.⁹⁵ All diese Angebote werden im Rahmen einer globalen Zuweisung durch Leistungen des kommunalen Haushalts, in der Regel als freiwillige Zuwendungen, ohne Rechtsanspruch und ohne Planungssicherheit finanziert. Anders als in der stationären Angebotsgestaltung bestehen für komplexe Angebote im ambulanten/komplementären Bereich bislang keine Möglichkeiten, über eine Leistungsbezeichnung (Pflegesatz) differenzierte Einzelaspekte abzurechnen.

Die genannten Beispiele verdeutlichen, daß einerseits gleiche Maßnahmen (z.B. Eingliederungsmaßnahmen) von einer Reihe unterschiedlicher Kostenträger finanziert werden, wenn es nur gelingt, entsprechende Fachbegriffe für die Bescheidungslogik dieser Kostenträger zu finden, andererseits werden in einer globalen Zuweisung von Mitteln (in der Regel der Kommune) unterschiedliche Maßnahmen von einem einzigen Kostenträger finanziert. Dabei handelt es sich um solche Leistungen, die bislang in der Entscheidungs- oder Zuweisungslogik der Kostenträger nicht mit direkten Finanzleistungen verbunden sind und die von daher keinen individualisierten Anspruch der betroffenen Personen benennen.

92 ABM-Mittel nach §§ 91 bis 96 AFG und ABM-Anordnung; Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung für ältere Arbeitnehmer nach § 97 AFG und der Anordnung zu § 99 AFG; BHI-Zuschüsse nach den Richtlinien des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung "Aktion Beschäftigungshilfe für Langzeitarbeitslose"; Einarbeitungszuschüsse nach § 49 AFG; Eingliederungsbeihilfen nach § 54 AFG und §§ 20, 21, 22 der Anordnung zur Förderung der Arbeitsaufnahme; Zuschüsse bei Arbeitserprobung und/oder bei Probebeschäftigung nach §§ 16, 17 AFG; Zuschüsse für befristete Probebeschäftigung und/oder Arbeitshilfen im Betrieb nach § 55 a AFG; produktive Lohnkostenzuschüsse-Ost nach § 249 h AFG; Leistungen zur beruflichen Rehabilitation nach § 60 AFG und § 53 der Anordnung über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter.

93 Leistungen zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter. - vgl. § 33 Abs. 2 SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SchwbG) 1997

94 Leistungen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 19 BSHG. - vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996

95 vgl. VEREIN ZUR FÖRDERUNG EINER TAGESSTÄTTE FÜR PSYCHISCH KRANKE e.V. 1993

Eine Übersicht der gesetzlichen Finanzierungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen gibt folgende Tabelle:

Leistungsträger	Maßnahmeart		
	medizinisch	beruflich	sozial
Krankenversicherung	✓	☹	☹
Rentenversicherung	✓	✓	☹
Unfallversicherung	✓	✓	✓
Bundesanstalt für Arbeit	☹	✓	☹
Kriegsopfer - Versorgung/Fürsorge	✓	✓	✓
Sozialhilfe	✓	✓	✓
Pflegeversicherung	✓	☹	✓

Legende: ✓ = Leistungen werden übernommen; ☹ = Leistungen werden nicht übernommen.

Quelle: VOß 1995, Seite 179

Pflege wird als medizinisch begründete Rehabilitation im Sinne der Vermeidung von Verschlechterungen der körperlichen, geistigen und seelischen Befindlichkeit und sozialen Situation etc. aufgefaßt.

Ganz offensichtlich sind verschiedene Leistungsträger mit der Finanzierung gleicher Rehabilitationsmaßnahmen befaßt: allein drei Leistungsträger finanzieren alle Formen der Rehabilitation, zwei Träger finanzieren jeweils zwei Maßnahmekategorien und zwei Träger finanzieren nur eine Maßnahmeart. Selbst wenn diese Darstellung in ihrer Schematisierung stark vergrößert, wird deutlich, daß die Zuständigkeit der Finanzierung, die sich aus historischer Entwicklung und gesetzlichen Vorgaben herleitet, fachlich unbegründet erscheint. Nicht nur, daß uneindeutige, sich z.T. überschneidende gemeinsame Zuständigkeiten für die Finanzierung in der Praxis immer wieder zur Verweisung auf den jeweils anderen (vermeintlich) zuständigen Träger führen,⁹⁶ sondern auch, daß Leistungssysteme auf Versicherungsbasis (Beitragsaufkommen) mit ausschließlich durch Steuern finanzierten

96 vgl. HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL 1993, Seite 12 f

und mischfinanzierten Systemen in der Zuständigkeit miteinander konkurrieren, macht die mangelnde Durchsetzung fachlicher Standards und Kriterien deutlich. In einem kurzen Exkurs soll diese Überlegung vertieft werden:

Bei bestehender Bedürftigkeit werden im Bereich der Pflege und Betreuung behinderte und alte Menschen durchaus nicht nur nach objektivierbaren Hilfebedarfen betreut, sondern entsprechend etwa ihrer Bezeichnung (Etikettierung), als junge oder alte Behinderte, als junge oder alte Menschen, verschiedenen Hilfeangeboten zugeordnet.

So befinden sich nicht selten alte behinderte Menschen in Altenwohn- oder Pflegeheimen, körperlich behinderte jüngere Menschen (zwischen 25 und 60 Jahre) in Pflegeheimen. Dabei bleiben häufig wesentliche Aspekte der Hilfeformen (insbesondere allgemeingültige Maßnahmen zur Aktivierung, Vermeidung von Verschlechterung des Zustandes, Sicherung der Teilhabe an der Gesellschaft)⁹⁷ und unmittelbar fachlich gebotene Hilfen (Logopädie gerade auch bei älteren spracheingeschränkten Menschen, Psychotherapie bei altersbedingten psychischen Belastungen) aus.

Weit verbreitet sind jene Angebote, die eher unspezifische Hilfen bei der Lebensführung wie Unterbringung oder Verköstigung bieten, derweil spezialisierte Hilfen auch in diesen Einrichtungen nicht oder in nur geringem Maße vorgehalten werden. Es bestehen etwa nur wenige auf gerontopsychiatrische Patienten ausgerichtete Altenheime, diese erfordern neben fachlich besonders qualifizierten Mitarbeitern insgesamt einen hohen personellen Aufwand. Eine deutliche Trennung der Versorgungsangebote erfolgt mehrheitlich nicht auf der Basis der für die betroffenen Personen jeweils spezialisiert erbrachten Hilfen, sondern auf der Ebene eher grober Klientengruppenbezeichnungen. Ein Wohnheim für Jugendliche mit Down-Syndrom bezeichnet vorrangig ein Wohnangebot, nicht eine therapeutische Betreuungsqualität. Bei einem Altenheim trifft diese Feststellung ebenfalls zu, ungeachtet der grundsätzlichen Frage, was an der gemeinsamen Unterbringung ähnlich beeinträchtigter Menschen rehabilitative Qualität haben könnte.

Formale Anspruchsvoraussetzungen wie Versichertenstatus, Anwartschaftszeiten oder soziale Bedürftigkeit (deren amtliche Feststellung für den Zugang zu Leistungen gemäß Bundessozialhilfegesetz zu erfolgen hat) stehen vor der Gewährung von Hilfen nach dem Prinzip der unmittelbaren, personenbezogenen Hilfebedarfe und der bestmöglichen fachlichen Erbringung dieser Hilfen. So kann etwa ein chronifizierter psychisch kranker Mensch, der nach den §§ 39,40 Bundessozialhilfegesetz Wiedereingliederungshilfen durch Betreutes Wohnen erhält, nicht gleichzeitig dauernder Gast in einer Tagesstätte für psychisch Kranke sein (Doppelbetreuung im Bereich soziale Kontakte und Teilhabe am sozialen Leben wird bei der Finanzierung ausgeschlossen). Ebenso kann eine Bewohnerin eines Altenheims nicht gleichzeitig regelmäßig den Besuch eines Seniorentreffs beanspruchen (in der Komplexleistung Altenheim ist die soziale Rehabilitation enthalten und kann demnach nicht anderweitig nochmals finanziert werden).

Ähnliche Ausschlußkriterien und sich gegenseitig ausschließende Regelungen (teilweise innerhalb eines Finanzierungssystems wie etwa Bundessozialhilfegesetz, teilweise zwischen unterschiedlichen Finanzierungssystemen in der gleichen Maßnahmeart oder zwischen verschiedenen Maßnahmearten) finden sich vielfach,

- verbunden mit Schwellenkriterien, die Bedürftigkeit nach "Stufen" festlegt und Zwischenformen ignoriert (Pflegeversicherung);
- bei der Deckung des Existenzminimums (Verhältnis Rente vs. Hilfe zum Lebenunterhalt vs. Zuverdienst), das auch noch so geringe Spielräume beschneidet und

⁹⁷ vgl. § 10 SGB I zur Eingliederung Behinderter: "Wer körperlich, seelisch oder geistig behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um: 1) Die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu Verhüten oder ihre Folgen zu mildern. 2) ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern."

- bei der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegehilfen, die berechenbaren Leistungen in ihrer Gestaltung so schmal auslegt, daß die Dienste unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten keine sozialen Kontakte mit ihren "Kunden" haben könnten etc.

Dabei sind viele der Angebote, insbesondere stationäre Unterbringungen und tagesstrukturierende Hilfen, medizinische Pflegehilfen und allgemeine Wohnangebote, ungeachtet der geforderten hohen fachlichen und ethischen Qualität der Arbeit der Mitarbeiter, eher unspezifisch im Hinblick auf die Ausrichtung auf spezielle therapeutische und lebenspraktische Hilfen einzelner Klientengruppen.

Aus der Sicht der potentiellen Nutzer bzw. von Menschen mit bestimmten Stützungsbedarfen stellt sich die Situation so dar: Bestimmte, vor allem niedrigschwellige oder für ihre Bedarfe geeignete Angebote sind nicht oder nicht ausreichend vorhanden, werden nicht finanziert oder sind für andere Bedürftige mit etwas anders gelagerten Defizitbeschreibungen reserviert.

Beispiele:

1. Ein Wohnungssuchender kann bei einer Suchtberatungsstelle nur dann Unterstützung bei der Wohnungssuche erfahren, wenn er sich als Suchtmittelabhängiger erweist.
2. Ein in einer akuten psychischen Krisensituation befindlicher Mensch kann nur zu den üblichen Öffnungszeiten der Behörden auf die ambulante Hilfeleistung von Sozialpsychiatrischen Diensten hoffen, ansonsten ist er in den allermeisten Gemeinden in Niedersachsen (wie auch im gesamten Bundesgebiet) auf Notfallambulanzen in Krankenhäusern oder die ärztlichen Notdienste angewiesen, die für psychische Störungen nur im Ausnahmefall ausgewiesene Hilfen bieten können.
2. Ein alter, verwirrter Mensch, der in einem Heim lebt, kann weitere tagesstrukturierende Hilfen, sofern nicht eigenes Vermögen eingesetzt werden kann, durch öffentlich-rechtliche Finanzierung nicht in Anspruch nehmen.
4. Ein geistig behinderter junger Erwachsener, der in einer Werkstatt für Behinderte einen Arbeitsplatz innehat, bei dem er im Rahmen des Behindertensozialversicherungsgesetzes Leistungen für seine Altersversicherung, für seine Krankenversicherung bezieht, kann aufgrund seiner Heimunterbringung keinen Lohn im üblichen Sinne beziehen, sondern erhält eine Arbeitsprämie, die ab einer bestimmten Höhe zur Zahlung der Kosten eingezogen wird und erhält ansonsten ein "Taschengeld".⁹⁸
5. Ein arbeitsloser, nicht berenteter, chronifiziert psychisch Kranker kann zu seiner Sozialhilfe und dem Betreuten Wohnen (§§ 39, 40 Bundessozialhilfegesetz) die Finanzierung einer Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen (Treff, Beschäftigungsangebote etc.) nicht durchsetzen.

Neben diesen "Unverträglichkeiten" ist festzustellen, daß viele Versorgungs- und Betreuungsbedarfe übereinstimmen,⁹⁹ ohne aufeinander abgestimmt zu sein. Das

98 vgl. BEHINDERTENSOZIALVERSICHERUNGSGESETZ 1981

99 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.3, Seite 43 ff

Rehabilitationsangleichungsgesetz¹⁰⁰ sieht seit den 70er Jahren die Abstimmung verschiedener Hilfen vor; faktisch findet dies jedoch nirgendwo statt.

Diese kurzen Hinweise und Überlegungen sollen verdeutlichen, daß die Versorgungssysteme in den unterschiedlichsten Bereichen (psychisch Kranke, geistig Behinderte, alte Menschen etc.) zu einer Vielzahl versorgungssystemübergreifender identischer Erkenntnisse führen, die im folgenden summarisch dargestellt werden sollen:

1. Es bestehen z.T. gravierende Mängel in der ambulanten Betreuung und Pflege von psychisch Kranken, geistig Behinderten oder z.B. gerontopsychiatrisch erkrankten Personen.
2. Für die Bereiche der psychisch Kranken und geistig Behinderten¹⁰¹ können "Verschubungen" von Betroffenen in privatwirtschaftlich oder frei-gemeinnützig organisierte, fachlich kaum genügende Heime beobachtet werden.

Ebenso haben durch (Verlegungs- und) Entlassungsaktionen von chronifizierten (hauptsächlich psychiatrischen) Klienten in die "Gemeinde" für Einzelne oder für Wohngruppen zur Situation der "Verelendung in der Gemeinde" geführt.¹⁰²
3. Fehlende Kriseninterventionspotentiale werden sowohl bei psychisch Kranken als auch bei geistig Behinderten bundesweit beobachtet.¹⁰³
4. Die individuelle Lebensgestaltungsoptionen für Personen mit relativ geringen Stützungsbedarfen, auch im Sinne präventiver Maßnahmen, werden für psychisch Kranke, geistig Behinderte etc. in der Betreuungsarbeit vernachlässigt, teils wegen finanzieller Grenzen und Zuständigkeiten und teils aufgrund unzureichender Anspruchsvoraussetzungen der Klienten. Auch die professionelle Einbeziehung der individuellen Wünsche und Ansprüche dieser Personen kann weitgehend als ungenügend bezeichnet werden.

100 vgl. REHABILITATIONSANGLEICHUNGSGESETZ (RehaanglG) 1996

101 BRADL/SCHÄDLER 1986, Seite 245: "Als höchst problematisch ist auch die 'Verschubung' geistig Behinderter in große Pflege- und Behindertenheime anzusehen, seit den 60er Jahren Praxis."

HAUSS 1989, Seite 167f: "Geistig Behinderte und Alterskranke wurden in den komplementären Bereich, den Heimsektor, überwiesen, 'wo sie eine neue Art von Hospitalismus erleben', den Theunissen mit der hochgradigen Isolierung dieser Kinder erklärt. Theunissen will aber vorerst die 'verkrusteten Strukturen eines [psychiatrischen] Anstaltswesens' aufbrechen und 'für alle Bewohner einer Vollzeiteinrichtung einen 'Ort zum Leben' ... schaffen'. Eine Ausgliederung der schwerst- oder mehrfachbehinderten Kinder aus dem Heimleben kommt für ihn nur bedingt in Frage, da diese Behinderten einer 'Förderpflege' sowie einer 'allgemein medizinischen Betreuung' bedürfen, die aber nicht 'zu einem Verlust an Menschenwürde führen' darf, wie es 'ein Leidensweg von Heim zu Heim' darstellt, der 'schließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus' enden muß."

102 Der Begriff stammt aus der Soteria in Bern, einem sozialpsychiatrischen Krankenhaus mit starker ambulanter Ausrichtung. vgl. CIOMPI/BERNASCONI 1986, Seite 172 ff

103 DAY führt hierzu 1993 - aus der Sicht des Ärztlichen Direktors des Northgate Hospitals in Großbritannien, bezogen auf die Gegebenheiten in seinem Lande, aber auch unter Bezugnahme auf die Verhältnisse in Schweden und Dänemark - aus: "Psychische Störungen stellen eine häufige Komplikation geistiger Behinderung dar. Eine angemessene Versorgung dieser Patientengruppe ist daher zentraler Bestandteil umfassender Behindertenarbeit und von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche gemeindenahe Betreuung aller geistig Behinderten. Die Argumente für eine Betreuung dieser Menschen innerhalb der normalen psychiatrischen Einrichtungen sind im Grunde ideologischer Natur, indem sie die Normalisierungsphilosophie falsch oder zu weit auslegen, und sind als widerlegt zu betrachten. Es gibt vernünftige praktische Argumente für spezialisierte psychiatrische Dienste und für das Spezialgebiet Psychiatrie für geistig behinderte Menschen. Spezialisierungen sind in vielen Fachrichtungen, einschließlich Medizin und Psychiatrie, üblich und stellen eine angemessene Antwort auf besondere Bedürfnisse dar. Das Ziel besteht darin, einer bestimmten Patientengruppe auf der Basis von Fachwissen und Erfahrung eine angemessene Betreuung und Versorgung zur Verfügung zu stellen. Gesonderte psychiatrische Einrichtungen für geistig behinderte Menschen stehen nicht im Gegensatz zu den Prinzipien der Normalisierung. Letzten Endes sind alle Einrichtungen für geistig behinderte Menschen Spezialeinrichtungen." - DAY 1993, Seite 90

5. Effektive und langdauernde Stützungs- und Hilfesysteme zur Vermeidung von Chronifizierungen bzw. Verschlechterungen von Defiziten fehlen für alle bedürftigen Nutzerpopulationen.

Bei einer Betrachtung, sowohl auf der Seite der Leistungsträger (hier auch = Kostenträger) als auf der Seite der Leistungserbringer (= Anbieter), kann festgestellt werden, daß sich das vorhandene Angebots- und Finanzierungssystem nicht unter funktionalen Gesichtspunkten begründen läßt, gleichwohl ist der gesetzliche Rahmen für die Akteure bindend und wird auch in der gestalterischen Grenzziehung faktisch wirksam. Die Diskussion erfordert neben einer beschreibenden Darstellung verschiedener Elemente immer auch einen Blick auf rechtliche Aspekte der sozialen Sicherung. - Zu einem späteren Punkt soll hierauf noch ausführlicher eingegangen werden.¹⁰⁴

Der bislang eher übersichtsorientierten Darstellung der parallelen und sich funktional überschneidenden Versorgungssysteme folgt nun ein detaillierter Blick auf das "psychiatrische System", das nicht nur durch eine intensive Vermischung von medizinischen, sozialen und gesellschaftlich-historischen Aspekten gekennzeichnet ist, sondern auch durch eine Wiederholung (Doppelung) von Angeboten, die in anderen Systemen vorhanden sind.

104 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 4.2, Seite 162 ff

2.1.2 Beschaffenheit der Versorgungssysteme am Beispiel der psychiatrischen Versorgung

Die beschriebenen Auffälligkeiten in der Finanzierung bestimmter Maßnahmen, aber auch die damit einhergehende Beschaffenheit des existierenden Hilfe- und Dienstleistungsangebotes für unterschiedliche Nutzerbedarfe und die in diesem Kontext gleichzeitig betrachtete Nichtexistenz bestimmter notwendiger Angebote sind in vielen Bereichen der psychosozialen Versorgung beobachtbar und sollen hier nun exemplarisch für den **Bereich der ambulanten Betreuung psychisch Kranker** analysiert werden. Dieser Versorgungsbereich wurde deshalb ausgewählt, weil er a) den thematische Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet und b) weil im ambulanten Bereich der Sozialpsychiatrie alle Probleme und Konflikte beispielhaft dargestellt werden können: Finanzierung, Zersplitterung, Unverbundenheit, Nicht-Kooperation, Trägervielfalt, Angebotsuniformität, Institutionenorientierung etc.

Auch die Orientierung der Leistungserbringer und -träger auf die institutionelle Ebene der Hilfeerbringung, im Gegensatz zu der Fokussierung auf die zu unterstützenden Personen, läßt sich für diesen Bereich beispielhaft demonstrieren. Der Schwerpunkt der Analyse soll, entsprechend der Zielsetzung vorliegender Arbeit jedoch nicht auf den zur Genüge bekannten rechtlichen und sozialrechtlichen Problemen liegen. Hier ist Christiane REDEL, Psychiatriereferentin im Bundesministerium für Gesundheit, grundsätzlich zuzustimmen:

"Schwierigkeiten in der realen Versorgungssituation können aber nicht zu der Behauptung führen, daß die Hindernisse für die strukturellen Defizite ausschließlich oder vorrangig auf Mängel der rechtlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen seien. ... Die vielerorts noch unzureichende Versorgungssituation ist vorrangig ein Versäumnis in der strukturellen Umsetzung der allgemein anerkannten Konzepte."¹⁰⁵

Bereits 1984 legte KARDORFF eine ernüchternde Bilanz des Kleinen Modellverbundes und des Modellprogramms "Psychiatrie" vor.¹⁰⁶ Er stellte fest, daß in den Bemühungen der Modellprogramme eher regionale Psychiatrieplanungen finanziert, innovative Versorgungsaspekte jedoch nicht erprobt wurden. Weiterhin ver-

105 REDEL 1995, Seite 17

106 vgl. KARDORFF 1984, Seite 18 ff

trat er die Auffassung, daß die Klienten psychiatrischer Hilfeangebote als Objekte einer Versorgungsplanung behandelt wurden. Im selben Jahr griff STARK neben zahlreichen anderen diese Kritik auf und stellte fest, daß sich in dem grundlegenden Interessenkonflikt zwischen Patient und Psychiater durch die Psychiatriereform nichts geändert und insoweit eine Reform nicht stattgefunden habe bzw. vorhersehbar gescheitert sei. Nur bei einer inhaltlichen Beteiligung auf der Basis von Gegenkontrolle der sozialpsychiatrischen Betreuungs- und Hilfeangebote durch die Inanspruchnehmer könne eine Demokratisierung der Psychiatrie erfolgen, könnten die Menschenrechte psychisch kranker Menschen nachhaltig in der Versorgung berücksichtigt werden.¹⁰⁷

Dabei hat die moderne Psychiatrie organisatorische und ethische Belastungen in ungeheuren Dimensionen zu bewältigen. Sie war und ist derzeit noch immer in mehrfacher Hinsicht staatliche Institution zur Kontrolle devianten Verhaltens, eher der Aufrechterhaltung von "öffentlicher Ordnung" denn der Hilfe für die betroffenen Menschen verpflichtet. Über historische Aspekte und Gründe der desolaten Situation in der psychiatrischen Versorgung bis in die jüngsten Jahre hinein ist an anderer Stelle ausführlich eingegangen worden.¹⁰⁸ Dennoch muß darauf hingewiesen werden, daß neben vielen anderen von den Faschisten verfolgten Bevölkerungsgruppen (Juden, Roma, Homosexuelle, Kriegsdienstverweigerer, politische Häftlinge und weitere) auch geistig behinderte und psychisch kranke Menschen in der Zeit der Nazidiktatur in Deutschland systematisch verfolgt und ermordet wurden. Nicht wenige wurden in dieser Zeit durch operative Eingriffe unfruchtbar gemacht und für medizinische Experimente mißbraucht.

107 vgl. STARK 1986, Seite 39 f

108 vgl. KLEE 1974; vgl. KLEE 1976; vgl. KLEE 1978; vgl. DÖRNER 1980; vgl. DÖRNER 1984; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seiten 228 bis 296

Darüber hinaus dauerte die rechtliche Diskriminierung für stationär untergebrachte psychisch Kranke bis in die 90er Jahre an, da der Halbierungserlaß¹⁰⁹ für Pflegekosten aus dem Jahre 1942, dessen mittelbares Ziel das Verhungern-lassen "lebensunwerten Lebens" war, bis dahin nicht formal außer Kraft gesetzt wurde, obschon die Kostenträger und die Leistungserbringer in Westdeutschland die Kosten für die Langzeitunterbringung psychisch Kranker durch Absprachen und Vereinbarungen nicht mehr gemäß des Halbierungserlasses geregelt hatten.

Bis heute ist das psychiatrische Versorgungssystem durch mangelnde rechtliche Durchsetzungshilfen bzw. mangelnde Qualität der wirksamen Verfolgung von rechtlichen Ansprüchen der psychisch kranken Menschen gekennzeichnet. So kann die Forderung nach Gleichstellung von somatisch und psychisch kranken Menschen, wie sie in den 70er und 80er Jahren immer wieder nachdrücklich vertreten wurde, auch als Eingeständnis der gesellschaftlichen Diskriminierung dieser Personengruppen aufgefaßt werden, wobei sich die beherzte Wahrnehmung der Interessen durch die Wortführer nicht bis zu einer politisch wirksamen oder juristisch auf Klärung dringenden Aktion konkretisierte.

Der Versorgungsbereich für psychisch Kranke, der bereits weiter oben aus dem Betrachtungswinkel der infolge der Psychiatrie-Enquête einsetzenden Entwicklungen für einige Jahre skizziert wurde (Punkt 2.1.1), stellt sich in den 90er Jahren als Versorgungssystem dar, das auf der Erscheinungsebene institutioneller Angebote der auf der Einbandszeichnung der Tagungsberichte der "Aktion Psychisch Kranke" bezeichneten "Versorgungslandschaft" ähnelt. Bei genauerer Betrachtung hingegen wird deutlich, daß bestenfalls die Schilder an den Hausfassaden ein kohä-

109 Der "Halbierungserlaß" vom 15. November 1942 (vgl. HALBIERUNGSERLASS 1942) wurde seinerzeit gemeinsam vom Reichsarbeitsminister und dem Reichs- und Preußischen Minister des Inneren herausgegeben, um - so die vordergründige Argumentation - die kosten- und verwaltungstechnischen Regularien des Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik (Heil- und Pflegeanstalt) zu vereinfachen.

Hintergrund hierfür sind die §§ 1531 ff der Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach einem gegen Krankheit Versicherten, der aufgrund eines "regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes" der Heilbehandlung in einer (psychiatrischen) Anstalt bedarf, die Kosten zu erstatten sind bzw. der Ersatzanspruch hierfür gegenüber der Krankenversicherung auf den Maßnahmeträger übergeleitet werden kann. Nach Ablauf der auf 26 Wochen befristeten Heilbehandlung war die Versicherungspflicht beendet; im Anschluß wurde von einem Pflege- bzw. Verwahrungsfall ausgegangen, für dessen Kostenregulierung der zuständige Fürsorgeträger einzutreten hatte. Dieser konnte den Betroffenen, wenn er über Geld- oder Sachwerte verfügte, in Regreß nehmen - eine Regelung, die in modifizierter Form per Subsidiaritätsprinzip (§ 2 BSHG; § 9 SGB I) auch auf das heutige Sozialhilferecht zutrifft, bis zum heutigen Tage de jure Gültigkeit besitzt, de facto jedoch nicht mehr angewendet wird, da die Krankenkassen und ihre Verbände mit den Sozialhilfeträgern entweder Ersatzvereinbarungen abgeschlossen haben oder die Pflegekosten nach anderen Sach- und Rechtslagen abrechnen.

Durch den "Halbierungserlaß" war nun seinerzeit festgelegt worden, daß Krankenkassen und Fürsorgeträger dann jeweils die Hälfte der Kosten zu tragen hätten, wenn ein Versicherter von einer anderen Stelle als dem Träger der Krankenversicherung in stationäre Behandlung eingewiesen würde. Damit wurde dem Betroffenen sein genereller Versicherungsschutz genommen, er konnte, aus welchen Gründen auch immer Behandlungsbedarf abgeleitet wurde, von der Sozialhilfe in Regreß genommen werden. Durch diesen Erlaß und seine Anwendung wurde der psychisch Kranke nicht nur von den Leistungsgesetzen her schlechter gestellt als ein somatisch Erkrankter, sondern die konkreten Auswirkungen führten letztlich auch zur gedanklichen Verdrängung, Ausgrenzung und Abschiebung der Betroffenen in Psychiatriehetkos.

vgl. HALBIERUNGSERLASS 1942; vgl. SOZIALGESETZBUCH - ERSTES BUCH (SGB I) 1997; vgl. REICHVERSICHERUNGS-ORDNUNG (RVO) 1987; vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 285 f

rentes, wohl aufeinander abgestimmtes, breitgefächertes Hilfesystem suggerieren. Indes wäre es ein Trugschluß, gutnachbarschaftliche Beziehungen der unterschiedlichen Häuser annehmen zu wollen. Hinter den Fassaden spielt sich bekanntlich das Eigenleben ab; und das funktioniert - vielleicht sogar als Spiegelbild unserer Gesellschaft - nach eigenen Gesetzmäßigkeiten:

Sowenig wie die Hausfassaden mit ihren Schildern die jeweiligen Besitzverhältnisse an den Gebäuden preisgeben, sowenig geben sie auch Aufschluß darüber,

unter welchen fachlichen und ethischen Maximen,
unter welchen Kooperationsverpflichtungen,
unter welcher Beteiligung von Klienten/Patienten und deren Angehörigen,
unter welchen wirtschaftlichen Bedingungen die Einrichtungen und
unter welchen arbeitsrechtlichen Bedingungen das Personal

seine Dienstleistungen anbietet. Der psychiatrische Versorgungsbereich kann beispielhaft für eine Vielzahl unterschiedlicher Trägerschaften, Finanzierungsmöglichkeiten, professioneller und sachlicher Ausstattungen benannt werden. Um die vielfältigen Rahmenbedingungen zu illustrieren, sollen hier einige Einzelaspekte dargestellt werden:

Die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête hat mit ihrer Bewußtmachung der "menschenunwürdigen Umstände" - vor allem in den stationären psychiatrischen Einrichtungen - bewirkt, daß die Bundesländer zunächst Millionenbeträge aufgebracht haben, um wenigstens etwas gegen die menschenunwürdigsten Mängel der Landeskrankenhäuser zu tun. Dies hatte den Effekt, daß damit der Bestand von Einrichtungen stabilisiert wurde, die so - nach der Enquête - nicht weiter bestehen sollten. Des weiteren forderte die Enquête die Verkleinerung und Dezentralisierung der Landeskrankenhäuser. Die Umsetzung dieser Forderung stieß auf den Widerstand der dort Beschäftigten, die um ihre Arbeitsplätze fürchteten, dies umso mehr, als die Personalschlüssel unsinnigerweise an Bettenzahlen und nicht z.B. auch an ambulanter Tätigkeit orientiert waren.¹¹⁰ Auf diese Weise führten die Bestrebungen nach Verkleinerung und Dezentralisierung der Landeskrankenhäuser zu einem weiteren institutionsstabilisierenden Effekt, der nicht zuletzt von starken standesmäßigen Interessenverbänden gestützt wurde.

Zeitlich parallel zu den Finanzleistungen der Länder an die Landeskrankenhäuser wurden seitens des Bundes Geldmittel für die Projekte im Kleinen Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" und im Modellprogramm "Psychiatrie" zur Verfügung gestellt. Sämtliche Modellvorhaben waren mit dem konzeptionellen Makel behaftet, sich über die Anschlußfinanzierungen nach Beendigung der Modellphase auszuschweigen. Dies mußte naturgemäß zu Schwierigkeiten führen.

Nach Auslaufen der Modelle des Kleinen Modellverbunds Anfang der 80er Jahre war somit in der Bundesrepublik Deutschland eine Situation entstanden, die sicherlich die Sachverständigen-Kommission etwa 10 Jahre zuvor nicht erahnen konnte, geschweige denn, daß sie diese intendiert hätte: Die

stationären psychiatrischen Einrichtungen waren durch die ihnen zugeflossenen Finanzmittel größtenteils saniert worden, mindestens bezüglich ihrer baulichen Substanzen. Neue Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern waren errichtet worden.¹¹¹ Mit diesem Input an "Reform" konnte und mußte die stationäre Psychiatrie jetzt weiterarbeiten. Bei den ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Diensten wirkte sich - wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen - die nichtbedachte Anschlußfinanzierung dergestalt aus, daß die Modellprojekte teilweise nicht, teilweise nur in reduziertem Umfange mit z.T. großen Schwierigkeiten fortgeführt wurden.¹¹² Andere nichtstationäre Versorgungsbereiche, und das waren zahlenmäßig die meisten, weil es nur sehr wenige Modellregionenprojekte gab, entstanden erst gar nicht, weil dafür die Geldmittel nicht bereitgestellt wurden und weil keine der stationären Psychiatrie vergleichbare Förderung in Millionenhöhe erfolgte. Faktisch war also eine Situation entstanden, die den relativ wenigen Einrichtungen der stationären Psychiatrie gegenüber den zahlenmäßig weitaus größeren Anteil kleinerer ambulanter, teilstationärer und rehabilitativer Dienste eindeutige Standortvorteile verschafft hatte.

Es fällt nicht schwer, sich das wesentlich nach den Gesetzmäßigkeiten der Eigendynamik ausgerichtete Zusammenspiel zwischen institutionell gestärkten stationären Einrichtungen und den übrigen, viel zu selten vorhandenen ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Diensten vorzustellen: Die Kliniken argumentierten zunächst verstärkt mit dem Hinweis, ihre Patienten mangels vorhandener geeigneter weiterbetreuender Dienste nicht "gemeindenah" entlassen zu können. Später wurden dann doch einigermaßen stabilisierte Patienten in solche Einrichtungen in relativer Nähe der Klinik bzw. sogar des Wohnortes des Betroffenen "verschubt", die sich mangels adäquater anderer Einrichtungen nicht unbedingt als geeignet erwiesen.¹¹³

Ab etwa Anfang der 80er Jahre setzten seitens der Kliniken Bestrebungen ein, nichtstationäre Einrichtungen mittels "innerer Sektorisierung" im Umfeld entstehen zu lassen. Der Auf- und Ausbau extramuraler Versorgungsstrukturen erfolgte unter Zuhilfenahme eines oder mehrerer eigens hierfür gegründeter Vereine, deren Vorstände im wesentlichen von Bediensteten der Klinik selbst besetzt wurden. Auf diese Weise wurde die Angst vor dem Verlust von Arbeitsplätzen im Krankenhaus gemildert und gleichzeitig den Mitarbeitern eine berufliche Perspektive außerhalb der Klinik geboten, auf deren Gestaltung sie selbst Einfluß nehmen konnten. Beispiele hierfür gibt es für die Landeskrankenhäuser Wunstorf, Osnabrück und Gütersloh.¹¹⁴ In dieser Form entstanden Übergangsheime, Tagesstätten, Wohngemeinschaften etc.¹¹⁵ Probleme gab es hierbei hinsichtlich der Personalkostenfinanzierung, des "Patientenstaus" und der Nichteinlösung von therapeutischen Aufträgen zur Wiedereingliederung.¹¹⁶

HASELBECK führt hierzu 1987 aus: "Der Aufbau teilstationärer komplementärer und ambulanter Dienste vollzieht sich auch bei der Schaffung neuer dezentraler psychiatrischer Abteilungen überwiegend zentrifugal von der stationären Einrichtung her. Dadurch gelingt es immer noch viel zu leicht, in die Klinik hineinzukommen, während die Wiedereingliederung des einmal Ausge-meindeten einen erheblich höheren personellen und organisatorischen Aufwand erfordert. Es ist also an der Zeit, das psychiatrische Versorgungssystem auf die Füße zu stellen, das heißt, es von der Basis der ambulanten Versorgungssituation her an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert zu organisieren."¹¹⁷

111 Von 21 Abteilungen im Jahre 1970 stieg die Anzahl auf 98 Abteilungen im Jahre 1990; 1998 dürfte sie bei ca. 120 bis 130 liegen. vgl. BAUER/ENGFER 1991, Seite 512; vgl. DREES 1990, Seite 180 ff; vgl. SPRENGLER 1991, Seite 105 f

112 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 3.1, Seite 98 ff

113 vgl. BAUER/ENGFER 1991 Seite 510 ff; vgl. RICHTER 1991, Seite 523

114 vgl. BAUER/ENGFER 1991, Seite 517

115 vgl. KITZIG 1984, Seite 31

116 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/4116, Seite 6

117 HASELBECK 1987 B, Seite 410

In den 90er Jahren traten ökonomisches Denken und betriebswirtschaftliche Effizienz immer mehr in den Mittelpunkt des versorgungspolitischen und medizinischen Denkens und Handelns und führten zu Veränderungen der Wahrnehmung und der Bewertung von Krankheit und Behandlung, des Rahmens medizinischen Handelns. Immer stärker rückten marktwirtschaftliche Denk- und Handlungsmuster neben humanitäre, ethische und fachliche, patientenbezogene Orientierungen. Hinter dieser Entwicklung standen ganz andere, entgegengesetzte soziale und geistige Triebkräfte, "nämlich das Streben, ja der Zwang nach individuellen Erfolg und Profit auch auf Kosten anderer bzw. der Gemeinschaft, nach dem Motto 'der kranke Mann stirbt, der starke Mann ficht' (B. Brecht), das heißt letztlich darwinistische Prinzipien, die den ... geistigen Quellen der Psychiatriereform entgegengesetzt sind."¹¹⁸ WEISE urteilt hierüber 1997: "Erstaunlich ist, daß diese problematischen Einflüsse ökonomischer, betriebswirtschaftlicher Bedingungen auf die medizinische Praxis und das Zurücktreten ethischer, aber auch medizinisch-psychosozialer Aspekte kaum reflektiert werden und von der großen Mehrzahl mehr oder weniger widerstandslos hingenommen werden."¹¹⁹

In der Konsequenz dieser Entwicklungen kann derzeit eine Situation beschrieben werden, bei der sich zum einen die **Landeskrankenhäuser** in Trägerschaft der Länder oder Landschaftsverbände, die Psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in Trägerschaft der Landkreise, Städte, Zweckverbände oder privater Anbieter befinden. Die einrichtungsgebundenen Finanzaufweisungen (für Baumaßnahmen, Gebäudeunterhaltungen etc.) erfolgen durch die Länder bzw. Kommunen; die nutzerbezogenen Finanzmittel kommen von den Krankenkassen, von Nicht-Krankenversicherten von den Trägern der Sozialhilfe.

Die Trägerschaften von **Tageskliniken** befinden sich überwiegend in öffentlicher Hand und sind in der Regel administrativ den stationären Versorgungseinrichtungen zugeordnet. Die Finanzierung erfolgt mit den Krankenkassen über spezielle Pflegesätze.¹²⁰

Die Kosten für bauliche Maßnahmen von **Übergangseinrichtungen** trägt das Land, die nutzerabhängigen Geldmittel werden teilweise von den Krankenversicherungsträgern (bei Nicht-Krankenversicherten von den Sozialhilfeträgern), teilweise von den Rentenversicherungsträgern aufgebracht.

Die **Institutsambulanzen** sind den Kliniken angegliedert und befinden sich damit in Trägerschaft des jeweiligen Krankenhausträgers. Psychiatrische Institutsambulanzen existieren vorwiegend an den Landeskrankenhäusern, während Psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in der Regel über derartige Einrich-

118 WEISE 1997, Seite 16

119 WEISE 1997, Seite 18

120 vgl. BOSCH/VELTIN/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1983, Seite 14

tungen nicht verfügen.¹²¹ Die Finanzierung der Leistungen erfolgt in Form pauschalierter Vergütungen von den Krankenkassen.¹²²

Des Weiteren bestehen **Einrichtungen von öffentlichen nicht-stationären Hilfen**, deren Kosten durch die Kommunen getragen werden (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste), z.T. erhalten diese hierfür nach spezifischen Landesregelungen Teilerstattungen aus den jeweiligen Landeshaushalten (mitunter über den kommunalen Finanzausgleich).

Weiterhin existiert der ambulante **Psychosoziale Dienst** der Hauptfürsorgestelle als arbeitsrehabilitative Unterstützung für psychisch kranke Arbeitnehmer.¹²³ Dieser wird aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert, die im Schwerbehindertengesetz geregelt ist.¹²⁴ Die Leistungen dieses Dienstes sind weitgehend vom Status des betroffenen Menschen in der Arbeitswelt abhängig und werden nur für eine geringe Zeit, ca. 6 Wochen vor Arbeitsaufnahme und ca. 6 Wochen nach Arbeitsende, sofern ein Verbleib im Arbeitsleben nicht garantiert werden kann, gewährt.

Weiterhin finden sich diverse private oder von frei-gemeinnützigen oder konfessionellen Trägern unterhaltene **Pflegedienste**, die in der Regel somatische Krankenpflege betreiben und für die besonderen Belange von Behinderten und psychisch kranken chronifizierten Patienten keine Angebote vorhalten. Der Sonderfall der **Psychiatrischen Krankenpflege** wird nur von wenigen Pflegediensten durch entsprechend ausgebildetes und qualifiziertes Personal geleistet. Darüber hinaus hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung das Problem ergeben, daß diese ihrerseits für Psychiatrische Krankenpflege nicht zuständig ist.¹²⁵

Die **niedergelassenen Ärzte** mit ihren Praxen sind privatwirtschaftliche Unternehmen; ihre Dienstleistungen werden von den Krankenkassen honoriert, von Nicht-Krankenversicherten werden die Kosten von den Trägern der Sozialhilfe aufgebracht oder durch Privatpatienten, die direkt mit dem Arzt abrechnen.

121 vgl. SPRENGLER 1991, Seite 16

122 vgl. §§ 118, 120 SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997; vgl. LOER 1991, Seite 84 ff

123 vgl. § 31 SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SchwbG) 1997

124 vgl. § 11 SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SchwbG) 1997

125 vgl. SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996; vgl. BREME 1991, Seite 226 ff; vgl. MROZYNSKI 1994; vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 B, Seite 7 ff

Neben diesen für das Klientel des psychiatrischen Versorgungsbereichs wesentlichen Aspekten müssen auch **Einrichtungen für Suchtkranke** erwähnt werden; diese sind in freier Trägerschaft in Anbindung an Wohlfahrtsverbände oder in kommunaler Trägerschaft organisiert und werden über freiwillige Leistungen der Länder und Kommunen finanziert. Häufig genug sind derartige Einrichtungen von ungewissen Bestandszusagen abhängig, da ihre Haushalte und die Zuwendungen jährlich neu verhandelt werden müssen. Zunehmend wird in diesen Einrichtungen auch über den Bereich der ambulanten Rehabilitation eine Leistung erbracht, die mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern abgerechnet werden kann, allerdings hat dieser wirtschaftlich orientierte Bereich der Suchtberatungsstellen bis heute keine existenzsichernde Qualität gewonnen.

Die Einrichtungen des **Betreuten Wohnens für psychisch Kranke** sind in den letzten 15 Jahren Zug um Zug in den meisten Kommunen entstanden. Sie werden durch Leistungen nach den §§ 39,40 Bundessozialhilfegesetz (Hilfen zur Wiedereingliederung) in der Regel durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert. In einigen Ländern hat es als Anschubfinanzierung oder auch als dauerhafte Finanzierung anteilige Leistungen aus den jeweiligen Landeshaushalten gegeben.

Diese bewußt unvollständige und vereinfachend dargestellte Vielfalt von Einrichtungen und ihre finanziellen Quellen wird immer dann zu einer recht problematischen Angelegenheit, wenn **Einzelfälle** in dieses differenzierte und z.T. unverbundene System "eingepaßt" werden müssen. Dann geht es beispielsweise um den aktuellen Status der Versicherung. Sobald die Sozialhilfe nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes für Leistungen der Rehabilitation eintreten muß, wird das Einkommen bzw. Vermögen der Betroffenen geprüft, es muß das Arbeitsamt eingebunden werden um zu prüfen, ob eine Arbeitsfähigkeit besteht; ärztliche Atteste sind notwendig; und nicht zuletzt müssen die vorrangigen Kostenträger wie Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Krankenversicherung untereinander in Beziehung gesetzt werden, um festzustellen, für welche Leistung welcher Kostenträger die Übernahmepflicht trifft. Im Falle einer Straffälligkeit eines psychisch erkrankten Menschen verändern sich die Bedingungen wiederum nachhaltig, weil er beispielsweise in einer sich aus Landesmitteln finanzierten forensischen Anstalt behandelt wird, während der Zeit jedoch keinerlei Ansprüche an das Versicherungssystem erwirbt. Sind an der Versorgung eines psychisch erkrankten chronifizierten Klienten Einrichtungen beteiligt, die sich zur Zeit der Behandlung und Betreuung als modellgeförderte

Einrichtungen darstellen, werden die Fortführung von bestimmten, auch erfolgversprechenden therapeutischen Modellen weitaus komplizierter, da über eine Fortführung nach Ende einer institutionellen Förderung z.B. keine Aussagen gemacht werden können.

Die Vielfalt unterschiedlicher Träger verschiedener psychiatrischer Versorgungseinrichtungen teilweise gleichartiger oder verschiedener psychiatrischer Hilfeangebote und das weitgefächerte Spektrum unterschiedlicher Finanzierungsmöglichkeiten bzw. -ansprüche begünstigen offensichtlich nicht den Blick auf die Nutzerbedürfnisse und Nutzerbedarfe. So treten neben den therapeutisch notwendigen Angeboten und Interventionen eines differenzierten Versorgungssystems die privatwirtschaftlichen Interessen von Einrichtungen, die sich in freier Trägerschaft (als wirtschaftliche oder gemeinnützige Betriebe) befinden. Aber auch die vorwiegend aus öffentlichen Geldern finanzierten Einrichtungen müssen vermehrt den Bedingungen des wirtschaftlichen haushaltsbezogenen Handelns nachkommen und stärker als früher Rechenschaft über die Verwendung der ihnen zugewandten Mittel ablegen.

Bei dieser sich abzeichnenden Heterogenität der Versorgungseinrichtungen, denen aber allen gemeinsam ist, daß sie sich (zwangsläufig) wegen der unsicheren Finanzierungsregelung ambulanter, komplementärer und rehabilitativer Leistungen behaupten müssen, ist es kaum verwunderlich, daß die Maßnahmeträger auf das Existieren und Überleben ihrer Institutionen ein Hauptaugenmerk legen, nicht zuletzt aus Gründen der Sicherung von Arbeitsplätzen des in den Einrichtungen beschäftigten Personals.

Es kann im Augenblick bundesweit eine Tendenz beobachtet werden, daß sich hier eine Wandlung des fachlichen Verständnisses abzeichnet, die aber auf die gesetzlichen Grundlagen der Finanzierung von Hilfen noch nicht weitgreifende Auswirkungen hatte. Es bleibt daher festzuhalten, daß die meisten Einrichtungen auf die Bedarfe ihrer Benutzer nur in dem Umfang eingehen können, wie sie hierfür auch die in ihrer Arbeit anerkannten Teilleistungen exakt benennen und dann abrechnen können.

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß das Versorgungssystem im wesentlichen durch die Struktur der finanziellen Zuwendungen respektive Abrechnungen einzelner Leistungsbereiche geprägt ist, sich kaum auf fachliche und im wesentlichen nicht auf Nutzerbedarfe hin ausgerichtet hat.

2.1.3 Versorgungsbedarfe der Nutzer von ambulanten Diensten

In der bisherigen Darstellung wurde deutlich, daß das gegenwärtige Versorgungssystem aus den unterschiedlichsten Gründen nur bedingt nutzerorientiert ausgerichtet ist. Bedingt durch den Umstand, daß bestimmte Arten von Versorgungseinrichtungen wirtschaftlich unrentabel bzw. politisch nicht gewollt sind und durch öffentliche Mittel nicht gefördert werden, erklären sich Defizite an adäquaten Versorgungsangeboten innerhalb des Systems.

Ein Beispiel hierfür sind die vor allem von den Angehörigenverbänden seit Jahren wiederholt eingeforderten Krisendienste zur Vermeidung von Unterbringungen in der stationären Psychiatrie. Im Grunde genommen gibt es von fachlicher Seite keine Zweifel bezüglich der positiven Wirkungsweisen und dem Nutzen derartiger Dienste. Dies wird auch belegt durch Erfahrungen aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung"¹²⁶ und durch verschiedene Berichte von außerhalb des Modellverbundes erprobten Projekten.¹²⁷ Dennoch ist die Anzahl der in der Bundesrepublik Deutschland existierenden Krisendienste gering. Gründe dafür sind vor allem in der hohen Personalintensität solcher Präventions- und Interventionseinrichtungen zu sehen. Darüber hinaus treten bei Realisierungsbestrebungen um solche Dienste regelmäßig bereits im Vorfeld fach- und standespolitische Streitigkeiten darüber auf, ob und in welcher Weise niedergelassene Ärzte zu beteiligen sind. Mitunter werden Zweckdienlichkeit und Nutzen von Krisendiensten von Wirtschaftsprüfern nach administrativen und fiskalischen Grundsätzen bestimmt¹²⁸ oder deren Existenz ist in erheblichem Maße durch amtsärztliche Inkompetenz gefährdet.¹²⁹

Das Resultat solcher Entwicklungen - und hier wurden die Krisendienste nur exemplarisch herangezogen - besteht darin, daß Hilfebedürftige im psychiatrischen Versorgungssystem zu selten die ihrem individuellen Bedarf entsprechende Hilfeart finden und deshalb auf andere vorhandene Dienste ausweichen müssen, soweit diese überhaupt geographisch und zeitnah erreichbar sind. Dies erfordert einen hohen Grad der Anpassung der Institution an den Hilfesuchenden - und umgekehrt: Die Institution bietet aus ihrer "Angebotspalette" das an, was sicher finanziert wird und was - bezogen auf den Hilfesuchenden - fachlich "gerade noch vertretbar" ist, obwohl das unterbreitete Angebot erkennbar nicht immer dem exakten individuellen Hilfebedarf entspricht. Und für den Hilfesuchenden bedeutet dies, daß ihm die Annahme dieses Angebotes erst über den Umweg der Erduldung einer künstlich produzierten "Symptomverlagerung" möglich ist.

126 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 178 ff;
vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE; FRAUEN UND GESUNDHEIT (222), Seite 53 ff

127 vgl. GROTH 1978; vgl. KLOCKMANN 1982; vgl. KRISEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B.) 1987;
vgl. FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 1989; vgl. WIENBERG 1993

128 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1987, Seite 18

129 vgl. BUNDESVERBAND DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V. 1989, Seite 12 f;
vgl. WOLFSBURGER NACHRICHTEN vom 17.12.1987; vgl. WOLFSBURGER NACHRICHTEN vom 19.08.1989

KUNZE führt hierzu aus: "Die bisherigen institutionszentrierten komplementären Hilfen selektieren und wählen die zum eigenen Programm passenden hilfebedürftigen Personen aus (nach Kostenträgerzuständigkeit, nach Indikations- und Ausschlußkriterien usw.). Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf von Personen ist, umso geringer sind bisher die Chancen, wohnortnahe Hilfe zu finden. Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen sammeln sich in psychiatrischen Krankenhäusern (im Sinne ihrer Funktion als Pflegeanstalt) oder in kirchlichen Großanstalten oder in bestimmten überregional aufnehmenden Heimen. Diese Institutionen haben eine komplementäre Ersatzfunktion für unzureichend entwickelte komplementäre Hilfen in Kreisen und Städten, aus denen die Bewohner dieser Einrichtung stammen ('Selektion der Sozialpsychiatrie'). Darüber hinaus driften viele Menschen mit schweren psychischen Störungen in die Obdachlosigkeit."¹³⁰

Eine unter derartigen Voraussetzungen stattfindende **institutionszentrierte** Maßnahme der Eingliederung oder Rehabilitation wirkt sich somit dysfunktional, d.h. eingliederungs- bzw. rehabilitationsbehindernd aus. Sie ist deshalb weder bedarfsorientiert noch volkswirtschaftlich rentabel. Für eine bedarfsgerechte Platzierung, Profilierung und quantitative Zumessung von **personenorientierten** Angeboten müssen daher die Bedarfe von hilfebedürftigen Menschen festgestellt und mit großer Genauigkeit in Häufigkeit, Intensität und regionaler Verteilung benannt werden können. Hierzu bedarf es einer Abkehr vom institutionenbezogenen Ansatz in der Angebotssteuerung und einer Erarbeitung von klientenspezifisch definierten Bedarfen und ihrer Entsprechungen.

Eine bedarfsorientierte Maßnahme muß deshalb nicht **institutionszentriert**, sondern **personenorientiert** konzeptualisiert und organisiert werden.¹³¹ Der personenorientierte Ansatz für Maßnahmen der Rehabilitation und Eingliederung unterscheidet nicht zwischen Personen mit einer herkömmlichen Defizitbeschreibung und solchen, deren Stützungsbedarfe außerhalb des bisherigen klassischen Rasters angesiedelt sind. Der Ansatz schließt - im Sinne einer **fachlichen** Definition - alle entsprechenden Problemsituationen für alle Personen in einer überschaubaren Region im Sinne einer **Versorgungs- und Hilfeverpflichtung** ein. Dieser Ansatz vernachlässigt zunächst die bestehenden **leistungsrechtlichen Bestimmungen**, die - wie gezeigt wurde - zu ausgliedernden, dysfunktionalen Effekten führen.

130 KUNZE 1995, Seite 98

131 vgl. KUNZE 1995, Seite 97

Die in der Bundesrepublik bestehende **leistungsrechtliche** Festlegung des Rehabilitationsbegriffes unterscheidet sich von deren **fachlicher** Definition, die übergreifend reicht von dem, was kostentechnisch Behandlung ist, bis zum kostentechnischen Begriff der Pflege.¹³² Bereits 1975 hat BENNETT in einem Beitrag zur Psychiatrie-Enquête den in England verwendeten Rehabilitationsbegriff dargelegt, der darauf abstellt, "eine körperliche oder psychisch behinderte Person .. (zu befähigen), den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen."¹³³ KUNZE folgert 1995 hieraus: "Im Sinne dieses fachlichen Reha-Begriffes ist niemand zu gestört, zu krank und zu behindert, um ausgeschlossen zu werden."¹³⁴ Daß die deutliche Hervorhebung dieser **fachlichen** Definition nicht nur theoretischen Stellenwert hat, wird durch bestehende gesetzliche Normierungen belegt: So enthält das geltende Sozialrecht die aus den 70er Jahren stammende Formulierung:

"Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern 2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern."¹³⁵

Und an anderer Stelle lautet es:

"(1) Die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation im Sinne dieses Gesetzes sind darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderten möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. (2) Den Behinderten stehen bei der Anwendung dieses Gesetzes diejenigen gleich, denen eine Behinderung droht."¹³⁶

Die Formulierung von Ansprüchen in den Leistungsgesetzen, beispielsweise für sozial schwache Personen oder für körperlich, seelisch oder geistig Behinderte, ist vielfach so allgemein gehalten, daß sich für einzelne Personen daraus kaum einklagbare spezielle Einzelleistungen oder Einzelhilfen ableiten lassen.¹³⁷ Das Auseinanderklaffen von Gesetzesanspruch und Umsetzung in die Wirklichkeit ist ein ungelöstes Problem, solange die Defizitbeschreibung anstelle der Zielprojektion für Ansprüche aus Leistungsgesetzen maßgebend ist.

132 vgl. § 68 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996; vgl. SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996

133 BENNETT 1975, Seite 797

134 KUNZE 1995, Seite 97

135 § 10 SOZIALGESETZBUCH - ERSTES BUCH (SGB I) 1997

136 § 1 REHABILITATIONSANGLEICHUNGSGESETZ (RehaanglG) 1996

137 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 11

Die ganz pragmatische - nicht etwa nur wissenschaftstheoretische - Frage muß demnach lauten: Welche Hilfen benötigen bestimmte Menschen, damit sie im eigenen Lebensfeld menschenwürdig und auf Dauer leben können? Der weiter oben verwendete Begriff der "Versorgungs- und Hilfeverpflichtung" beinhaltet, daß hier vom individuellen Bedarf der Personen in der Region auszugehen ist, anstelle die zum eigenen Angebot passenden Personen von nah und fern "anzuwerben" bzw. aufzunehmen.

Das Ziel der personenzentrierten Hilfen muß die Stabilisierung der Betroffenen im eigenen Lebensfeld beinhalten; deshalb müssen die Hilfen entsprechend dem individuellen Bedarf der Betroffenen ins eigene Lebensfeld der Person gelangen. Die fachlich gebotenen, spezialisierten Hilfen sollen dabei die nichtprofessionellen Hilfen, die im Lebensfeld vorhanden sind, ergänzen, sie aber nicht ersetzen.¹³⁸

Anfang 1996¹³⁹ hat die vom Bundesministerium für Gesundheit von 1992 bis 1996 geförderte Projektgruppe zur "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung", der Öffentlichkeit einen "Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken" vorgestellt.¹⁴⁰ Das Besondere an diesem Leitfaden ist, daß ihm ein konsequent patientenbezogener - und nicht ein berufsgruppen- oder methodenzentrierter - Ansatz zugrunde liegt. Die Personalbemessungs-Kommission hatte den Auftrag, Grundlagen zur Personalbemessung und die entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im "ambulanten und komplementären Bereich" zu erarbeiten.¹⁴¹ Das Projekt knüpfte methodisch an die 1991 in Kraft getretene Personalverordnung Psychiatrie für den Bereich der Kliniken (Psych-PV)¹⁴² an. Diese hat zur Verbesse-

138 vgl. KUNZE 1995, Seite 99

139 Erste Ergebnisse stellte die Kommission bereits im April 1994 vor. Auf einer Tagung vor über 450 Teilnehmern wies Gerhard Vigener als Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe darauf hin, daß die Arbeit der Kommission mit einer zum 1. Juli 1994 in Kraft tretenden Änderung des Bundessozialhilfegesetzes eine neue Dimension erhalten habe. Ähnlich wie im Krankenhausbereich werde künftig auch in der Sozialhilfe an die Stelle von Pflegesatzvereinbarungen die Vereinbarung von Leistungsentgelten für einen künftigen Zeitraum treten. Mit dieser Veränderung werde ein Verfahren erforderlich, mit dem es möglich sei, klientenbezogen den Hilfebedarf und entsprechende Leistungsentgelte zu ermitteln.

Ausgehend von einer Kritik an der institutionszentrierten Organisation von Hilfen wurde von Heiner Kunze die Notwendigkeit der Verwirklichung einer personenzentrierten Organisation von Hilfen anschaulich herausgestellt. Im Hinblick auf die gegenwärtige Organisation von Hilfen bei der die Einrichtungen sich jeweils das für sie passende Klientel auswählen und der Klient bei einem steigenden oder sinkenden Hilfebedarf jeweils die Einrichtung wechseln muß hob er hervor, daß diese Wechsel sowohl die Kontinuität tragender therapeutischer Beziehungen wie auch die Stabilisierung in einem möglichst normalen Lebensumfeld verhindern. In einem weiteren Schritt verdeutlichte er am Beispiel einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, daß wohnortferne Angebote einen zusätzlichen Bedarf an professionellen Hilfen bedingen, z.B. im Bereich der sozialen Kontakte und der Freizeitgestaltung. - vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 C, Seite 22

140 vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

141 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9

142 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099); vgl. PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG(Psych-PV) 1990

rung der Behandlung in Psychiatrischen Kliniken spürbar beigetragen. "Aber auch in der amtlichen Begründung zur Psych-PV wird betont: '... Eine wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches', denn das Konzept der Psych-PV 'berücksichtigt die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Versorgung und fördert die Zusammenarbeit von stationären, komplementären und ambulanten Diensten'.¹⁴³ Obwohl die Aufgabenstellung der Kommission auf den Bereich der Klinikbehandlung beschränkt war, mit der Psych-PV jedoch die Grundlage zu einer gemeindeorientierten Arbeitsweise der Kliniken geschaffen wurde, erweiterte sich das Blickfeld auch auf das soziale Umfeld der Patienten sowie die ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde.

Entsprechend dieses methodischen Zugangs geht es um die grundlegende Veränderung der bisherigen Leitidee: **Versorgungsbedarfe** und nicht die **Versorgungsangebote** sind das Thema. Im Vordergrund steht die Überlegung: Was kann sinnvoll sein, um die Bedarfe der Klienten zu beschreiben (Was brauchen sie?) und sodann zu betrachten, welche Angebote in der Lage sind, welche Bedarfe zu decken.

Mit diesem Wahrnehmungsraster sollten folgende grundsätzlichen Anforderungen erfüllt werden können:

- Es muß möglich sein, Hilfesettings auf der Grundlage von wahrgenommenen Fähigkeiten und Defiziten bei den Klienten zu beschreiben und Planungen und Zielsetzungen auf der Basis von vorhandenen Angeboten festzulegen (in dieser Reihenfolge).
- Es muß möglich sein festzustellen, welche Hilfen (Art, Umfang und Intensität) für alte Menschen, für junge Menschen, für alte Behinderte und für junge Behinderte bestehen und daß sich bestimmte Settings über Altersgruppen oder Behindertengruppen hinweg sehr ähnlich zeigen.

Möglicherweise kann es sinnvoll sein, wenn unterschiedliche Alters- und/ oder Klientengruppen zusammen wohnen, gemeinsam bestimmte therapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen etc. Möglicherweise könnten sich auf diese Weise zusätzliche positive Effekte einstellen, weil bestimmte Bedürfnisse von Menschen verschiedener Alters- und/oder Symptomgruppen, vielleicht sogar von sogenannten "normalen" Menschen, angemessener aufzugreifen wären.

STEINHILBER sieht in dieser veränderten Leitidee einen entscheidenden Vorteil für die betroffenen Menschen, den er als "Zuwachs an Lebensqualität" umschreibt: "Lebensqualität und Qualitätssicherung darf zukünftig weniger aus der pädagogischen, therapeutischen, heilenden oder pflegerischen Perspektive betrachtet werden, sondern muß sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger, die Hilfe benötigen, orientieren."¹⁴⁴ Wenn eine derartige Neuorientierung in der sozialen Arbeit gelingen könnte, würde auf diese Weise den betroffenen Personen wesentlich konkreter und damit alltags-realer ermöglicht, "ein Leben so normal wie möglich (zu) führen ...", entsprechend der Maxime des Normalisierungsprinzips.¹⁴⁵ Die Ausrichtungen der sozialen Hilfen muß dabei institutionenübergreifend und auch weitgehend unabhängig von einzelnen therapeutischen Maßnahmen auf eine ganzheitliche integrierte Betreuung, Behandlung und Unterstützung ausgelegt sein.

Allerdings - so STEINHILBER- bestehen neben Vorteilen auch Risiken: "Ein zentraler Problempunkt bei diesem Ansatz ist selbstverständlich ... die notwendige Versorgungsverpflichtung. ... Es (wird) schwierig sein ..., im Rahmen eines solchen Netzwerkes alle notwendigen Einrichtungen und Dienste zu verbinden und mehr herzustellen als freiwillige Kooperationsvereinbarungen."¹⁴⁶ Hier ist natürlich die Zusammenarbeit und das aufeinander bezogene Erbringen von sozialen Hilfen (medizinische, berufliche) umso schwieriger als es nicht gelingt, ein gemeinschaftliches und gemeinsames konsensfähiges Modell der Hilfeerbringung im Sinne einer demokratisch legitimierten Organisation von Hilfen für Benachteiligte zu vermitteln.

Das bisherige fachbezogene Verhaftetsein der psychosozialen und psychiatrischen Interventionsansätze ("Tellerrandbegrenzung") hat, wie an anderer Stelle nachgewiesen ist, das Scheitern der Psychiatriereform im weiteren Sinne bewirkt. Ein anderer weitergreifender Ansatz ist erforderlich.

Auf konzeptionelle Aspekte einer nach individuellen Bedarfen zu gestaltenden regionalen Angebotssituation wird in einem späteren Kapitel der vorliegenden Arbeit ausführlicher eingegangen werden.¹⁴⁷

144 STEINHILBER 1995, Seite 40

145 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985

146 STEINHILBER 1995, Seite 41

147 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 6, Seite 207 ff

2.1.4 Ist die Existenz paralleler Angebote zu sozialen Hilfen und Rehabilitationsbedarfen im gegliederten Sozialrecht sinnvoll?

Nach der Diskussion über Versorgungsbedarfe der Nutzer, der vorgetragenen Kritik an institutionszentrierten Maßnahmen und der Forderung nach personen- und wohnortsbezogener Hilfen soll an dieser Stelle nochmals die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre beleuchtet werden, diesmal unter der besonderen Fragestellung,

- welche Gründe dafür maßgeblich sind, daß in unterschiedlichen Systemen, wie beispielsweise in den Versorgungssystemen der psychisch Kranken und geistig Behinderten, gleich- oder ähnlichkonzipierte Versorgungsangebote vorhanden sind und ob die Existenz paralleler Angebote in unterschiedlichen Systemen sinnvoll ist.

Wenn die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre anhand des Eingangs-Logos der "Aktion Psychisch Kranke" abgebildet werden soll, ist eine Modifizierung der ursprünglichen Modellskizze¹⁴⁸ unumgänglich:

Es bestehen mehrere Altenheime verschiedener Träger mit unterschiedlichen Angeboten und deutlich voneinander abweichenden Tagessätzen. Neben der Teestube für Psychisch Kranke existiert - nur drei Straßen weiter - die Teestube für Drogenabhängige. Die städtische Erziehungsberatungsstelle unterscheidet sich konzeptionell - und was die Wartezeiten anbelangt - deutlich von der dreihundert Meter weiter ansässigen kirchlichen Beratungsstelle. Neben dem Wohnheim für ehemalige Psychiatrie-Patienten wurde letztes Jahr ein Wohnheim für Drogenabhängige errichtet. Die Behindertenwerkstatt der Lebenshilfe e.V. nimmt keine seelisch Behinderten mehr auf, seitdem vor zwei Monaten ein privater Träger einen ähnlichen Betrieb eröffnet hat. Die Sozialstation wurde aufgelöst, weil sich herausstellte, daß private ambulante Pflegedienste dieselben Leistungen kostengünstiger anbieten können. Und nachdem die Stadt gemeinsam mit einem Investor ein Baugrundstück zur Errichtung eines betreuten Wohn- und Arbeitsparkes für ehemalige Psychiatrie-Patienten zur Verfügung gestellt hat, mußte das von einem Trägerverein der Angehörigen ins Leben gerufene und bis dahin praktizierte "Betreute Wohnen" für seelisch Behinderte eingestellt werden.

148 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 18

Der Versuch der Visualisierung dieser Modellskizze würde - wie beim Original des Eingangs-Logos der "Aktion Psychisch Kranke" - unweigerlich den Eindruck eines städtischen Gemeinwesens vermitteln. Ländlich strukturierte Regionen würden sich hiervon in der optischen Darstellung, aber auch in der Realität, recht deutlich unterscheiden. Eine Fahrt über Land auf der Suche nach den Einrichtungen gemeindenaher psychiatrischer Versorgung würde sich eher folgendermaßen gestalten:

"... komisch, es stehen fast nur Bäume an den Straßenrändern, ab und an kommen Bauernhöfe, dann ein Ort, dann wieder Landstraße. Wo, bitte, geht's zum engmaschigen psychosozialen Versorgungsnetz? Wo sind die Hinweisschilder auf den Sozialpsychiatrischen Verbund? Tagesklinik, das ist es. Nur schade, daß es die auch nicht gibt. Beschützter Arbeitsplatz? Genau: erst in zwei bis drei Jahren. Und, da war doch noch was, dieses niederschwellige Angebot: Tagesstätte oder so. Soll kommen, sagt der Landkreis; kein Geld, sagt das Land."¹⁴⁹

Die Ursachen für diese Versorgungswirklichkeit gegen Ende der 90er Jahre sind sicherlich in vielfältiger Weise historisch bedingt; hierauf wird an anderer Stelle vorliegender Arbeit ausführlicher eingegangen (unter Punkt 2.1.1 und in Kapitel 3). Bestimmte Weichenstellungen im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquête haben sicherlich zu Effekten geführt, die den gegenwärtigen Ist-Zustand der Versorgungssituation bedingen. Auch hierauf wurde an anderer Stelle eingegangen. Weitere Ursachen, die natürlich auch ihre historischen Wurzeln haben, sind jedoch vordringlich Ausdruck gegenwärtiger gesellschaftlicher Entwicklungen oder Bedingtheiten:

- Die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre kann mehr oder minder als Zufallsergebnis eines immer schonungslos werdenden Konkurrenzkampfes zwischen den nach marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichteten unterschiedlichen privaten Anbietern betrachtet werden. Hier hat sich eine Entwicklung eingestellt, die teilweise unter sträflicher Vernachlässigung von Nutzerinteressen zu gravierenden Wettbewerbsverzerrungen führt - um es mit diesem marktwirtschaftlichen Begriff zu kennzeichnen. WEISE ist hierauf unlängst sehr kritisch eingegangen.¹⁵⁰ Von den öffentlichen Stellen wird dieser Verdrängungswettbewerb geradezu gefördert, in-

149 STEGEMERTEN 1995, Seite 90

150 vgl. WEISE 1997, Seite 14 ff; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.2, Seite 34 ff

dem beispielsweise vermehrt - mehr oder minder öffentliche¹⁵¹ - Ausschreibungen stattfinden, sobald es um die Vergabe von öffentlich geförderten Aufträgen an soziale Einrichtungen (Subsidiaritätsprinzip) und deren Zuteilung an den kostengünstigsten Anbieter geht.

- Diese unter marktwirtschaftlichen Wettbewerbsbedingungen entstandene und sich alltäglich reproduzierende psychosoziale Versorgungslandschaft verhält sich - was ihre humangesellschaftlichen Ambitionen anbelangt - naturgemäß in diametralem Gegensatz zu den zwar immer noch in theoretischen Konzepten und Konstrukten heraufbeschworenen Zielsetzungen von trägerübergreifender Vernetzung, Kooperation und Koordination von Versorgungsangeboten.¹⁵² Marktwirtschaftlich orientierte Anbieter psychosozialer Leistungen sind aus betriebswirtschaftlichen und Loyalitätsgründen der eigenen Einrichtung als Unternehmen verpflichtet und kaum daran interessiert, unternehmensübergreifende, auf Solidarität begründete Ziele zu verfolgen. Ein privater Träger etwa, der beabsichtigt, ein bestimmtes Angebot in einer bestimmten Region zu unterbreiten, wird sich in aller Regel weder bei der Planung noch bei der Umsetzung seines Vorhabens mit anderen öffentlichen oder sogar privaten Anbietern darüber abstimmen.¹⁵³ Im Gegenteil: Er wird aus eigener Kenntnis die "Marktlücke", den vakanten Versorgungsbedarf, wahrnehmen, ggf. einen vorhandenen Anbieter über Wettbewerbsmechanismen verdrängen und sich konzeptionell auf eine Zielgruppe ausrichten, deren Hilfebedarf er für finanzierbar hält und durch die Einwerbung von Fremdmitteln, etwa Modellförderungen, und die Beantragung öffentlicher Gelder, sichern kann. Nicht selten wird der neue Anbieter die öffentlichen Gelder für soziale und rehabilitative Hilfen nach denselben gesetzlichen Bestimmungen erlangen, die zeitgleich auch anderen Anbietern oder dem verdrängten "Konkurrenten" zufließen bzw. zugeflossen sind. Ebenfalls typisch ist, daß nach denselben gesetzlichen Bestimmungen unterschiedliche

151 Da die Ausschreibungen nicht der VOB oder VOL (dingliche Überlassungen) unterliegen, die im Baugewerbe oder anderen Bereichen für gleiche Wettbewerbschancen sorgen; ist die Wahrscheinlichkeit von "Mauscheleien" erheblich größer. vgl. INGENSTAU/KORBION 1996; DAUB/EBERSTEIN 1985; vgl. VERDINGUNGSORDNUNG FÜR LEISTUNGEN (VOL/B) 1985

152 KARDORFF hat bereits 1984 die mangelnde Umsetzung von Ergebnissen aus Modellversuchen, die der Bund finanziert hat, im Interesse einer Durchsetzung von Psychiatriereformen kritisiert. - Die verschiedenen Projekte innerhalb des Modellverbundes "Psychiatrie" des BMG haben gezeigt, daß in nahezu allen Bereichen und Fällen immer wieder Bemühungen um Anknüpfungspunkte für gemeinsame Arbeit gesucht werden mußten und damit immer von neuem die Bedingungen für Kooperation und Koordination geschaffen werden mußten, anstatt - wie man meinen sollte - von einem gemeinsamen Verständnis und von einer gemeinsamen Basis der Kooperation ausgehen zu können, mußten die Projekte - und diese stehen nur stellvertretend für alle sozialen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung - ihre Kooperationsnetze immer wieder neu von Einzelfall zu Einzelfall knüpfen. - vgl. KARDORFF 1984, Seite 18 ff; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, insbesondere Seite 43 ff

153 Es sei denn, im Sinne eines "Frühstückkartells".

Zielgruppen in die Förderung öffentlicher Gelder gelangen.¹⁵⁴

- Zu der Ausgestaltung psychosozialer Versorgungsangebote muß angemerkt werden, daß sich bei deren Entwicklung und bei der Etablierung von Institutionen, die diese Angebote erbringen, neben fachlichen Planungen und erkennbaren und nachvollziehbaren Bedarfen von einzelnen Benutzergruppen immer auch "politische Seilschaften" als "Geburtshelfer" für das Zustandekommen erwiesen haben. Aus kurzfristigen und eigenorientierten Beweggründen haben Politiker auf Landes- oder Bundesebene häufig genug Mittel mit der ihnen zur Verfügung stehenden politischen Einflußkraft in ihre regionalen Wahlkreise gelenkt bzw. haben dafür gesorgt, daß ihrer "Heimat" Projekte oder Entwicklungsoptionen in besonderer Weise eröffnet wurden. Diese Vorgänge sind schwer dokumentierbar; es bleibt eine Grauzone von Vermutungen und Argwohn zu konstatieren, dem aber in der konkreten Ausgestaltung der psychosozialen Versorgung manches überflüssige, gedoppelte oder sogar befremdlich wirkende Angebot zu verdanken ist.

Ebenso sind "Seilschaften" entstanden, wenn sich öffentliche Institutionen, frei-gemeinnützige Träger oder privat organisierte Anbieter von sozialen Dienstleistungen an die Politik gewandt haben und mit entsprechender Einflußnahme und Unterstützung ihre Anliegen zur Finanzierung und zur Akzeptanz eines erweiterten oder neuen Angebots durchgesetzt haben. Auch die Erfolge von Bürgerinitiativen oder Angehörigenvereinen bei der Etablierung von Angeboten, so verdienstvoll sie im Einzelfall auch sein mögen, sind häufig genug auf der Ebene der politischen Beziehungen und "Machenschaften" entstanden.

- Die Wirklichkeit der Versorgungssituation stellt sich auch deshalb so dar, weil von den dafür zuständigen Instanzen der Wissenschaft, Politik und Gesetzgebung bislang kein notwendiges Instrumentarium zur wirkungsvollen Steuerung von Vernetzung, Koordination und Kooperation der Angebote konzeptionell entwickelt, modellhaft erprobt und damit ernsthaft auf den Weg zur Realisierung bzw. Etablierung gebracht wurde. Bisherige, z.T. auch in Modellprojekten erprobte Ansätze wie "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften" oder

154 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.2, Seite 34 ff

"Psychiatrie-Ausschüsse",¹⁵⁵ haben sich vielfach in Ermangelung einer formal verfaßten und damit legitimierten Kompetenz als ungeeignet erwiesen.¹⁵⁶ Insbesondere BOSCH/FEHR sind 1984 ausführlicher auf die hierfür maßgeblichen Hintergründe eingegangen.¹⁵⁷ Auch die von der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 herausgegebenen Empfehlungen zum "Gemeindepsychiatrischen Verbund", zu einem dem zuständigen Dezernenten zuzuordnenden "Psychiatrie-Beirat" und einem "in stabsartiger Anbindung an den zuständigen Dezernenten" einzurichtenden "Psychiatrie-Koordinator"¹⁵⁸ sind bisher nicht umgesetzt worden.

Aktuelle Entwicklungen in Niedersachsen, die nach Einsetzung der "Fachkommission Psychiatrie"¹⁵⁹ und der 1997 verabschiedeten Novelle zum Nds.PsychKG die Instrumentarien "Sozialpsychiatrischer Verbund",¹⁶⁰ "Fachbeirat Psychiatrie" und "Sozialpsychiatrischer Plan"¹⁶¹ hervorgebracht haben, geben mit Blick auf die diesen Innovationen anhaftenden mangelhaften konzeptionellen und finanziellen Rahmenbedingungen und auf die ihnen bereits im Vorfeld entgegengebrachten Widerstände¹⁶² den Hinweis auf deren begrenzte Eignung als übergreifende Steuerungsinstrumentarien und lassen Zweifel an der landesweiten Umsetzung im Sinne tatsächlicher Verbesserung des Versorgungssystems aufkommen.

Dennoch werden diese eher unfertigen, weil konzeptionell nicht konsequent zuende gedachten und daher ungeeigneten Formen institutionsübergreifen-

155 vgl. MANN 1979, Seite 196 ff; vgl. BOSCH/FEHR/HUTTER 1985; vgl. BRILL/FEHRE/MAHNKOPF/PELZER/SCHOTT-MILDE/WIDMAIER 1982, Seite 63 f; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166), Seite 10 ff; vgl. MACHLEIDT/ELGETI 1991, Seite 52 ff

156 vgl. MANN 1979, Seite 199, 205 f; vgl. HASELBECK 1981, Seite 215; vgl. BRILL/FEHRE/MAHNKOPF/PELZER/SCHOTT-MILDE/WIDMAIER 1982, Seite 62 ff; vgl. THAMM 1985, Seite 67; vgl. HUTTER 1985 B, Seite 109; vgl. HASELBECK 1987 B, Seite 395; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 424 f; vgl. HUTTER 1991, Seite 65 ff

157 vgl. BOSCH/FEHR 1985, Seite 7 ff

158 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 295 ff, 321 ff, 325

159 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 3, Seite 98 ff

160 § 8 Nds.PsychKG 1997 - Sozialpsychiatrischer Verbund: "(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1 vertreten sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt dessen laufende Geschäfte. (2) Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen, um die Versorgung nach Maßgabe des § 6 Abs. 7 sicherzustellen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten. (3) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten."

161 § 9 Nds.PsychKG 1997 - Sozialpsychiatrischer Plan: "Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben."

162 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 3, Seite 98 ff

der Steuerungsinstrumentarien von zahlreichen Experten - womöglich in Ermangelung geeigneter eigener alternativer Ideen - weiter verfolgt und politisch eingefordert. Auch die "Personalbemessungs-Kommission"¹⁶³ stützt sich auf den "Gemeindepsychiatrischen Verbund" und schlägt zunächst eine fachlich-inhaltliche Erweiterung dieses Konzeptes um fünf "Funktionsbereiche" vor.¹⁶⁴ Mit der Benennung von Begriffen wie "Personalüberlassungsverträge", "Rechtsform des Verbundes als Zweckverband, gGmbH oder Körperschaft des öffentlichen Rechts" oder "vertragliche Kooperationsvereinbarung",¹⁶⁵ aber auch durch die Auseinandersetzung mit "Aspekten der ökonomischen Steuerung der Leistungsentwicklung über prospektive Budgets"¹⁶⁶ tritt die "Personalbemessungs-Kommission" den Beweis an für ihre Bemühungen um Weiterentwicklung des Ansatzes in inhaltlicher und pragmatischer Hinsicht. Dies dürfte zur Stärkung der praktischen Umsetzungschancen beitragen. Vorschläge allerdings, die auf einen "Landespsychiatriebeirat", "kommunale Psychiatriebeiräte" oder "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften" hinauslaufen,¹⁶⁷ beinhalten nichts anderes als eine Wiederholung der vor 23 Jahren erhobenen Forderungen aus der Psychiatrie-Enquête.¹⁶⁸ Insoweit muß kritisch angemerkt werden, daß die "Personalbemessungs-Kommission" mit ihren Ansätzen "das Rad nicht neu erfunden" hat. Bleibt zu hoffen, daß im folgenden Vierteljahrhundert mehr an Umsetzung erfolgt als in der Vergangenheit und daß die "Personalbemessungs-Kommission" von wirksamen Verbesserungen zur Zeit nicht ebensoweit entfernt ist wie seinerzeit die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête. Die abgegebenen Prognosen sind nicht gerade ermunternd: "Wie schnell dieser Prozeß in einer Kommune, einem Bundesland, in der Bundesrepublik voranschreitet, hängt von der Aktivität und der Kompetenz der Beteiligten ab und nicht zuletzt davon, welcher Erwartungsdruck von der Öffentlichkeit ausgeht."¹⁶⁹ Seinerzeit, auf die Psychiatrie-Enquête bezogen, lautete die Formulierung ähnlich: "Was sich auf diesem Fundament in der Zukunft, insbeson-

163 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 49 ff; vgl. KRUCKENBERG 1997, Seite 91 ff, 92; vgl. KUNZE 1997, Seite 17 ff; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.3, Seite 43 ff

164 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 50

165 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 60 ff

166 vgl. KRUCKENBERG 1997, Seite 98 ff

167 vgl. KRUCKENBERG 1997, Seite 95 ff; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 71 ff

168 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG DRS. 7/4200, Seite 314 f; vgl. HESSE/KÖHL 1985, Seite 27 ff, 54

169 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 77

dere bei der inhaltlichen Gestaltung der Arbeit, entwickeln wird, ist von der Phantasie und dem Ideenreichtum der Beteiligten ebenso abhängig wie von den sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen."¹⁷⁰

Insoweit bleibt auch für die nächsten Jahre zu befürchten, daß die Etablierung von geeigneten übergreifenden regionalen Steuerungsinstrumentarien im Bereich der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung noch auf sich warten läßt¹⁷¹ und daß aus diesem Grunde eine Wirklichkeit der Versorgungssituation vorherrschen wird, die eben auch mit diesem Mangel behaftet ist.

- **keine staatliche Qualitätskontrolle**

Die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre kann ebenso als Ergebnis einer nicht oder bestenfalls nur oberflächlich betriebener Qualitätskontrolle des Staates über erbrachte soziale Hilfen gewertet werden. Dabei ist der gesetzliche Auftrag im Bundessozialhilfegesetz klar, der den Trägern der Sozialhilfe die Qualitätskontrolle eindeutig auferlegt. Diese Bestimmung wird durch das Subsidiaritätsprinzip nicht aufgehoben, zumal § 10 Abs. 5 Bundessozialhilfegesetz eindeutig bestimmt: "Die Träger der Sozialhilfe bleiben dem Hilfesuchenden gegenüber verantwortlich." Der Gesetzgeber hat nicht etwa vorgesehen, die staatliche Verantwortung an die Maßnahmeträger zu übertragen.

Eine Änderung dieser Bestimmung hat der Gesetzgeber auch mit der Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes im Juli 1994 nicht vorgenommen, obwohl durch die Einführung des § 93 Abs. 6 Bundessozialhilfegesetz der Kreis der nach § 10 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz benannten subsidiär tätigen Maßnahmeträger um "andere Träger", die nicht zu den Wohlfahrtsverbänden zählen, erweitert wurde. Die Verpflichtung des Staates besteht somit weiter, die Qualitätskontrolle vorzunehmen.

Wenn nun die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre dieser gesetzlichen Verpflichtung gegenübergestellt und hierbei das Kriterium der Qualitätskontrolle als Indikator benutzt wird, so kann für diesen

170 HASELBECK 1987 B, Seite 398

171 Auf Aspekte der übergreifenden regionalen Steuerung im Bereich der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung soll vertiefend an anderer Stelle vorliegender Arbeit eingegangen werden.
siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 6, Seite 207 ff

Bereich beispielhaft festgestellt werden, daß gesetzliche Vorschriften auf der einen Seite und die Ausführung dieser Vorgaben auf der anderen Seite erheblich zu Lasten der Leistungsempfänger auseinanderklaffen. Es kann durchaus konstatiert werden, daß bei Nichterfüllung der gesetzlich formulierten Vorgaben die Entwicklung zu Ungunsten der hilfebedürftigen Leistungsempfänger bei dramatisch erhöhten Ausgaben zu einer insgesamt unbefriedigenden Realität der Versorgungsangebote und Versorgungsleistungen im letzten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts geführt haben.

- keine private Qualitätskontrolle

Die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre ist auch dadurch gekennzeichnet, daß sich bis 1994 die staatliche Qualitätskontrolle für erbrachte Sozialleistungen auf eigene und auf die nach dem Subsidiaritätsprinzip nach § 10 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz benannten "Verbände der freien Wohlfahrtspflege" beschränkte. Mit der Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes zum Juli 1994 und der Einführung des Absatzes 6 zu § 93 Bundessozialhilfegesetz wurde - wie bereits dargelegt - der Kreis der subsidiär infrage kommenden Träger sozialer Leistungen um den Begriff "andere Träger", die nicht zu den Wohlfahrtsverbänden zählen, erweitert. Mit dieser Änderung im Bundessozialhilfegesetz erfolgte eine Gleichstellung privater gewerblicher, gewinnorientierter Träger (auch für den Abschluß von Pflegesatzvereinbarungen) mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege. Dies beinhaltet die Gefahr, den bisher erreichten Standard der fachlichen Arbeit, den die freie Wohlfahrtspflege garantieren konnte, in Zukunft zu unterminieren.¹⁷² Auch für den erweiterten Kreis "anderer Träger" gelten die aus § 10 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz sowie aus den §§ 86 und 95 SGB X resultierende Verpflichtung zur koordinierten Zusammenarbeit, gemeinsamen Planung und Bedarfsermittlung, sowohl untereinander als auch mit dem Sozialleistungsträger.¹⁷³ Diese Verpflichtung führt nicht nur zu Problemen hinsichtlich der staatlichen Qualitätskontrolle - wie bereits oben dargestellt wurde - ,

172 vgl. DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1995 B, Seite 25 f

173 § 86 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1997 - Zusammenarbeit: "Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten."

§ 95 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1997 - Zusammenarbeit bei Planung und Forschung: "(1) Die in § 86 genannten Stellen sollen 1. Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie 2. gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden."

sondern für die Wohlfahrtsverbände überdies zu dem Effekt, daß sie sich staatlicher Willkür ausgeliefert sehen: Die Sozialhilfeträger können nach der Änderung des § 93 Bundessozialhilfegesetz die Einrichtungsträger durch eine schleppende Verhandlungsführung unter Druck setzen. Auf diese Weise wurde das Prinzip der gleichberechtigten Verhandlungspartnerschaft zwischen Kosten- und Einrichtungsträger verlassen. Ein Unterordnungsverhältnis der freien unter die staatliche Wohlfahrtspflege, das die in 40 Jahren bewährte Struktur der Subsidiarität zu zerstören droht, ist entstanden.¹⁷⁴

Die Änderungen des Bundessozialhilfegesetzes trägt - im Zusammenhang mit der von staatlicher Seite vernachlässigten Qualitätskontrolle - nicht gerade fördernd dazu bei, daß inhaltliche Arbeit bei Wohlfahrtsverbänden und "anderen Träger" vorrangig nach Qualitätskriterien konzipiert und realisiert wird. Der überwiegende Anteil von ambulanten Leistungen, die von Institutionen der freien Wohlfahrtspflege erbracht werden, erfolgt ohne inhaltliche Qualitätskontrolle. Von keiner Seite wurden hierzu geeignete Instrumente noch personelle Ausstattungen festgelegt, um diesem gesetzlichen Auftrag gerecht zu werden. Im übrigen haben auch die Verbände bislang weitgehend darauf verzichtet, innerhalb ihrer eigenen Zuständigkeiten verbindliche Qualitätskriterien zu benennen.

Ein nach marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichteter Konkurrenzkampf unterschiedlicher privater Anbieter von Sozialleistungen; fehlende geeignete übergreifende regionale Steuerungsinstrumentarien im Bereich der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung; mangelnde Qualitätskontrollen sowohl von staatlicher Seite als auch von privaten Anbietern bedingen - wie oben dargelegt - die Wirklichkeit der Versorgungssituation gegen Ende der 90er Jahre. Gekennzeichnet ist diese (wie an anderer Stelle vorliegender Arbeit beschrieben) durch einen "Wildwuchs" von Maßnahmeträgern und Angeboten, die weitestgehend ohne Gesamtplanung, Kooperation und Koordination institutionsbezogen und nicht personenbezogen operieren. Da diese Phänomene sich nicht nur auf den Versorgungsbereich der psychisch Kranken beschränken, sondern auch in anderen Systemen in vergleichbarer Ausprägung auftreten, ist von der Beobachtung auszugehen, daß in unterschiedlichen Versorgungssystemen, wie beispielsweise im

174 vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1995, Seite 3
vgl. DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1995 B, Seite 13 ff

Versorgungssystem der psychisch Kranken und der geistig Behinderten, gleich- oder ähnlich konzipierte Versorgungsangebote vorhanden sind. Entscheidend ist hierbei die eingangs gestellte Frage, ob die Existenz paralleler Angebote in unterschiedlichen Systemen sinnvoll ist.

Nach den bisherigen Darlegungen ist zu vermuten, daß diese Entwicklung in ihrer Tendenz den gebotenen Prinzipien einer klientenzentrierten und damit nutzergerechten Versorgung zuwiderläuft und damit gleichzeitig Grundprinzipien sozialer Verantwortung von Staat und Gesellschaft verletzt. Sie stellt die Intention der in den Sozialgesetzbüchern vorhandenen Versorgungsprinzipien auf den Kopf. Dies wird umso deutlicher, als daß es bis heute für den Bereich der sozialen Hilfen und rehabilitativen Angebote grundsätzlich leichter fällt, stationäre oder im Kontext stationärer Einrichtungen verankerte Leistungen zu etablieren und zu finanzieren, als etwa Hilfen im ambulanten und komplementären Sektor aufzubauen und in tragfähige Finanzierungsstrukturen zu überführen.¹⁷⁵

Nicht unerheblich erscheint in diesem Zusammenhang die Frage, ob ein durch Institutionen orientierter, interessensgesteuerter Wildwuchs, hervorgerufen durch marktwirtschaftlichen Prinzipien unterworfenen freien Anbieter, verbunden mit reflexiven Folgen auch bei den Wohlfahrtsverbänden, dazu geeignet ist, die individuellen sozialrechtlichen Ansprüche der Betroffenen auf Teilhabe an der Gesellschaft und einem Leben in Würde einlösen zu können. Zweifel sind zumindest angezeigt, wenn die tatsächlichen Lebensumstände beispielsweise von ehemals in der stationären Psychiatrie untergebrachten Langzeitpatienten betrachtet werden, die in die Gemeinde "verschubt" wurden und sich nunmehr in privatwirtschaftlich organisierten Pflegeeinrichtungen wiederfinden, die ihnen womöglich - auch in den 90er Jahren - jene "elenden und menschenunwürdigen Verhältnisse" bescheren, die seinerzeit von der Psychiatrie-Enquête-Kommission beanstandet wurden.

Gleichwohl kann folgender Grundsatz gelten: Prinzipiell kann die Existenz paralleler Angebote im Bereich sozialer Hilfen und Rehabilitationsleistungen im gegliederten Sozialrecht sinnvoll sein, sofern sich diese Parallelität fachlich und aus qualitativen Gründen herleiten läßt. Sie ist im Hinblick auf eine Verarmung der Lebenswelt der bedürftigen Personen jedoch zu vermeiden. Abzulehnen ist sie dann, wenn sich die Gründe für parallel existierende Angebote aus extensiver

175 vgl. HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL 1993, Seite 9 ff

Nutzung sozialrechtlicher Verwirklichungschancen und institutionenzentrierter Implementationen klientenferner Einrichtungen und Angebotstypen ergibt.

Dieser Grundsatz wird zumindest aktuell von der "Personalbemessungs-Kommission" unterstützt, die hierzu ausführte: "... daß marktwirtschaftliche Elemente sich auch im psychiatrischen Hilfesystem leistungsverbessernd auswirken können, allerdings nur, wenn sie in eine übergreifende bedarfsbezogene Steuerung eingebunden sind und wenn die Leistungsansprüche des einzelnen wirksam abgesichert sind."¹⁷⁶

Alle Entwicklungen und Optionen für Optimierungen und Veränderungen bei der Erbringung personenbezogener Leistungen sind kaum im bestehenden unflexiblen Rahmen zu verwirklichen:

1. Die Öffnung im Sinne einer marktwirtschaftlichen Verbreiterung des Angebots an Anbietern für soziale Leistungen steht im Widerspruch zu den deutlich genannten Ansprüchen von übergeordneter regionaler Steuerung im Sinne einer Optimierung von Beziehungen, von Koordination und Kooperation der Angebotsträger: Die Einwirkungsmöglichkeiten zur Steuerung enden an den "Hoheitsgrenzen" der Institutionen und unverbindliche Regelungen zur Gestaltung professioneller Beziehungen, zur Koordination und Kooperation produzieren unbefriedigende Ergebnisse, wie die Entwicklung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zeigt.¹⁷⁷
2. Wenn weder durch den Staat und seine Aufsichtsbehörden noch durch irgendeine andere regionale Instanz Qualitätskontrolle erfolgt, dann laufen auch die ausgefeiltesten theoretischen Konstrukte und Therapiemodelle ins Leere, weil sich niemand von ihrer Wirksamkeit und von ihrer verpflichtenden Qualität überzeugen kann.
3. Die sparsame Bewirtschaftung, die haushaltsrechtlich geboten ist, von vorhandenen Mitteln (die ja aus Steuern und Beiträgen erbracht sind) steht im Kontrast zu einer marktwirtschaftlichen Orientierung von breiten konkurrierend angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten.

176 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 79

177 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 50 f

4. Ohne einen Perspektivwechsel im Sinne einer systemübergreifenden Konzeption von Versorgung psychisch Kranker oder geistig Behinderter kann eine wirksame Verbesserung des Versorgungsangebots und der darin erbrachten Leistungen nicht durchgesetzt werden, auch in der Verwirklichung eines solchen Perspektivwechsels bleiben Eingriffe in die geltende sozialrechtliche Struktur und in Organisationsformen der Sozialverwaltungen unerlässlich.

5. Die Entwicklung der Träger von Angeboten der sozialen Unterstützungen und Hilfen im Sinne einer institutionenbezogenen und zugleich übergreifenden Veränderung von Organisations- und Arbeitsformen muß korrespondierend mit den anderen angesprochenen Veränderungen, die angestrebt werden, um die Hilfe im Sinne einer personenzentrierten problem- und problemfeldnahen Unterstützung und Hilfestellung erbringen zu können (auf die Vorschläge und Überlegungen der Personalbemessungs-Kommission für den ambulanten Bereich wird in diesem Zusammenhang an anderer Stelle eingegangen).¹⁷⁸

178 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.3.1, Seite 78 ff

2.1.5 Funktionale Äquivalenzen paralleler Versorgungssysteme

Nach den bisherigen Betrachtungen stellt sich die Frage: Können Einrichtungen gleicher Art verschiedene Klientengruppen versorgen? Hierzu soll die Kritik des institutionszentrierten Ansatzes, die bereits unter Punkt 2.1.3 dargestellt wurde, vertiefend betrachtet und mit dem vorgestellten personenzentrierten Ansatz in Beziehung gebracht werden.

Nach der Psychiatrie-Enquête schien der personenzentrierte Ansatz über Jahre danach weitestgehend in Vergessenheit geraten zu sein. Das Normalisierungsprinzip - siehe hierzu Einzelheiten unter Punkt 2.1.1 - forderte zwar mit der Implikation des personenzentrierten Ansatzes "ein Leben so normal wie möglich"¹⁷⁹ für Menschen mit Behinderungen; es beschränkte sich jedoch sowohl vom theoretischen Ansatz als auch von den daraus resultierenden praktischen Auswirkungen her lediglich auf den Bereich der geistig Behinderten.¹⁸⁰

Beide Prinzipien, das der Normalisierung und das des personenzentrierten Ansatzes, sind nicht neu. Eine Verschmelzung hingegen scheint bis heute jedoch weder in der Theorie noch in der praktischen Umsetzung vollzogen zu sein: Das Normalisierungsprinzip wurde im Bereich der psychisch Kranken und seelisch Behinderten bisher kaum beachtet und der personenzentrierte Ansatz rückte auch in der Geistigbehindertenpädagogik teilweise aus dem gemeinsamen Betrachtungswinkel.¹⁸¹

In jüngster Zeit wurden insbesondere durch KUNZE und die Personalbemessungskommission die Leitidee vom institutions- zum personenzentrierten Ansatz erneut eingefordert.¹⁸² Und auch die Geistigbehindertenpädagogik bewegt sich bei der Umsetzung des Normalisierungsprinzips mit ihren Vorstellungen und Forderungen

179 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985

180 Im Gegensatz hierzu vertrat WOLFENBERGER 1986 die Auffassung, das Normalisierungsprinzip nicht nur auf geistig behinderte Menschen, auch nicht nur auf andere behinderte Menschen, sondern darüber hinaus auch auf all jene zu beziehen, die aus anderen Gründen - wie Lebensweise, Nationalität, Rasse, Alter o.ä. - von ihrer Umgebung abgelehnt und abgewertet werden. vgl. WOLFENBERGER 1986, Seite 47

181 vgl. hierzu u.a. SCHILLER 1996, Seite 78 f, 90 f

182 KUNZE 1998, Seite 4: "Die Psychiatrie-Reform ist konzeptionell beim Menschen angekommen. Bisherige Reformvorschläge entwickelten immer neue Institutionstypen, für die dann die passenden Patientinnen und Patienten gesucht werden (Angebotsorientierung). Und wenn dann bestimmte Institutionen geschaffen waren, schien das Reformziel erreicht. Aber je komplexer die Problemlagen von Personen sind, um so geringer sind ihre Chancen, auch von sozialpsychiatrischen Institutionen akzeptiert zu werden. ... Dagegen geht das Konzept der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich von den in einer Region vorhandenen Personen mit ihren individuellen psychiatrischen Hilfebedarfen aus (Bedarfsorientierung), nach denen sich die psychiatrischen Institutionen zu richten haben - statt wie bisher umgekehrt."

vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998
vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997;

aktuell auf einem vergleichbaren Weg.¹⁸³

Betrachtet man diese Entwicklungen, so ist gleichwohl Kritik in beide Richtungen einzuwenden: Die Geistigbehindertenpädagogik ist nach wie vor bestrebt, das Normalisierungsprinzip in die Praxis ihres Versorgungsbereiches umzusetzen. Dabei kann sie auf beachtliche bisherige Erfolge verweisen, allerdings ist die Umsetzung noch nicht vollständig erfolgt, wie u.a. SCHILLER 1996 deutlich macht.¹⁸⁴ In Praxis und Theorie erfolgt jedoch keine Öffnung des Betrachtungswinkels über den "eigenen" eingegrenzten Bereich, in diesem Falle der geistig Behinderten, hinaus in Richtung anderer Nutzerpopulationen aus anderen Versorgungssystemen, beispielsweise der psychisch Kranken. Mit dieser Implikation findet bedauerlicherweise eine Ausgrenzung von Nicht- oder Nicht-nur-geistig Behinderten statt, also angefangen bereits mit mehrfach behinderten Personen, wie dies aus der Praxis u.a. von SCHILLER treffend beschrieben wird.¹⁸⁵ Selbst SCHILLER, der aktiv an der Auflösung der Klinik "Kloster Blankenburg" mitgewirkt hat, einer Einrichtung, in der geistig Behinderte, psychisch Kranke und mehrfach behinderte Langzeitpatienten untergebracht waren, gelingt es bei der theoretischen Diskussion nicht, den berühmten "Blick über den Zaun" zu tun, hin zu einem interdisziplinären Betrachtungsansatz. Gleichwohl setzt er zaghafte, richtungsgebende Impulse.¹⁸⁶ Das Verharren der Wahrnehmungen und der Überlegungen im jeweils "eigenen" Bereich ist ein Phänomen, das der Grundidee des Normalisierungsprinzips entgegenwirkt: Wenn geistig Behinderte unter geistig Behinderten - unter Ausklammerung anderer Behinderter oder Nichtbehinderter - "so normal wie möglich" leben sollen, dann ist diese Zieloption deshalb nicht "normal", weil sie der Normalität, d.h. der "normalen" gesellschaftlichen Realität, nicht entspricht. Oder noch deutlicher: Die Definition des

183 SCHILLER 1996, Seite 91: "Im Mittelpunkt der Strategie steht der Konsument der Dienstleistung, also der Klient. ... Zentrale Aufgabe ist es, die Wünsche, Bedürfnisse und Anforderungen der Konsumenten, unserer Kunden, aufzunehmen, zu verstehen und zu erfüllen."

THIMM 1997, Seite 19: "Wir orientieren uns in unserem Denken, Planen und Handeln in zunehmendem Maße nicht mehr in erster Linie an Institutionen in einem besonderen Hilfesystem, sondern eher an Funktionszusammenhängen, die durch Beeinträchtigungen gefährdet, gestört, erschwert werden. Zusammenfassend und verdichtet bedeutet das ein Wechsel vom institutionsbezogenen Denken, Planen und Handeln (vor allem auf Sondersysteme ausgerichtet) zum integrativen Denken, Planen und Handeln, das funktionsbezogen an den Alltagsbeziehungen behinderter Menschen ansetzt."

184 vgl. SCHILLER 1996, Seite 76

185 SCHILLER 1996, Seite 78: "Von diesen Hilfen weitgehend nicht erfaßt werden jedoch nach wie vor geistig und mehrfach behinderte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen und körperlichen Behinderungen."

186 SCHILLER verläßt bei seiner Darstellung von Praxisbeispielen "bewußt die seinerzeitige Linie, das Normalisierungsprinzip in Bezug auf die Gesamtheit geistig behinderter Menschen hin zu untersuchen" und nimmt eine Konzentration auf geistig und mehrfach behinderte Menschen vor, da nach seiner Auffassung "dieser Personenkreis einerseits immer noch am weitesten ausgegrenzt lebt, andererseits Reformbemühungen gezeigt haben, daß gerade dieser Personenkreis es ist, an dem jede Veränderung anzusetzen hat." (Seite 75 f) Somit spricht SCHILLER in seinen weiteren Ausführungen stets vom Personenkreis "geistig behinderter Menschen mit zusätzlichen Mehrfachbehinderungen, die neben körperlichen Einschränkungen vor allem in Form von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Behinderungen auftreten" (Seite 76), setzt sich mit "geistiger Behinderung und Psychiatrie" auseinander (Seite 81 ff) und fordert einen "Verbund unterschiedlicher Dienste, Hilfen und Einrichtungen" zur Realisierung von "unterschiedlichen Wohnbedürfnissen, einen Wohnortwechsel und die Durchlässigkeit im Wohn- und Arbeitsbereich." (Seite 80)
vgl. SCHILLER 1996, Seite 75 ff

Normalitätsbegriffes ist hier zu eng gefaßt. Normalisierung im Sinne von WOLFENBERGER,¹⁸⁷ aber auch von THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND,¹⁸⁸ bedeutet, den geistig behinderten Menschen unter den Bedingungen seiner geistigen Funktionsbeeinträchtigungen in die realen gesellschaftlichen Bezüge hineinzunehmen.¹⁸⁹ Und die "realen gesellschaftlichen Bezüge" sind andere als die künstlich geschaffenen Rahmensetzungen einer Großeinrichtung, auch wenn diese stetige innovative Tendenzen vorweisen kann; sind andere als die pädagogisch und sozialarbeiterisch begleiteten atmosphärisch ausgerichteten Arbeitsgruppen in Werkstätten für Behinderte, wengleich nicht verkannt werden soll, daß dort Leistungsbezug und Qualitätsorientierung in der Arbeit Einzug gehalten haben. Es ist nicht richtig, die "realen gesellschaftlichen Bezüge" als gesellschaftliche Subkulturen definieren zu wollen: Wer es erst meint mit der Normalisierung, darf keine Unterschiede in der Beschreibung der gesellschaftlichen Wirklichkeit für geistig behinderte und sogenannte "normale" Bürger zulassen.

Die Kritik an den aktuellen Ansätzen von KUNZE und der Personalbemessungskommission zielt darauf, daß zwar dort der personenzentrierte Ansatz zu Lasten eines institutionsbezogenen Ansatzes verfolgt wird, daß aber dies stets in der Fokussierung auf den Bereich der psychisch Kranken, seelisch Behinderten und rehabilitationsbedürftigen (psychisch kranken) Menschen erfolgt. Die Personalbemessungsdiskussion und die dazu festgelegten Bedarfszahlen beispielsweise beziehen sich ausschließlich auf den komplementären Bereich der Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker. Auch hier ist der Betrachtungswinkel zu eng. Eine Erweiterung des Ansatzes auf andere Zielgruppen außerhalb des Betrachtungswinkels findet nicht statt. Eine Entleerung des Normalisierungsprinzips aus dem Bereich der geistig Behinderten erfolgt nicht.

187 WOLFENBERGER 1986, Seite 47: "Es (das Normalisierungsprinzip, d.Verf.) soll sich nicht nur auf geistig behinderte Menschen beziehen, wie das bei *Bank-Mikkelsen* und *Nirjes* Definitionen der Fall war. Ich entdeckte sogar, daß man dieses Prinzip mit Sicherheit nicht nur auf andere behinderte Menschen, sondern darüber hinaus auch auf all jene beziehen konnte, die aus anderen Gründen - wie Lebensweise, Nationalität, Rasse, Alter o.ä. - von ihrer Umgebung abgelehnt und abgewertet werden." vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 9

188 THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 15: "Die den Definitionen von Bank-Mikkelsen, Nirje und Wolfensberger vorgelagerte Wertprämisse, die letztlich besagt, daß geistig behinderten Menschen gleiche Rechte zustehen wie allen anderen Bürgern eines Staates, die gleichen Rechte auf Förderung, Bildung und Existenzsicherung, da ihre Grundbedürfnisse als allgemein menschliche Grundbedürfnisse aufgefaßt werden, - diese normative Setzung wird auf breiten Konsens rechnen können. Sie ist keineswegs exklusiv dem Normalisierungsprinzip vorbehalten. Auf dieser Prämisse aufruhend nehmen Normalisierungsüberlegungen zunächst einmal ihren Ausgang von den konkreten Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen (oder anderer sozial als abweichend definierter Menschen, was wir im folgenden nicht immer eigens betonen), die mit denen der übrigen Bevölkerung verglichen werden. Solche Vergleiche orientieren sich an wertfreien Kollektivnormen (z.B. wenn die Wohnsituationen geistig behinderter junger Erwachsener mit denen gleichaltriger Nichtbehinderter verglichen werden). Sie sind grundsätzlich empirisch verifizierbar."

189 THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 23: "Wie immer man die Zieldimension pädagogischer und sozialpolitischer Bemühungen um Menschen mit einer geistigen Behinderung umschreiben mag: ... die sozialen Dimensionen, die den geistig behinderten Menschen umgebenden konkreten gesellschaftlichen Strukturen, die Lebenswelt der ihn umgebenden Menschen, mit allen Facetten, den beglückenden, fördernden, aber auch den zerstörerischen und Leiden verursachenden sind das Medium der Entfaltung der Person, auch unter der Bedingung einer geistigen Funktionsbeeinträchtigung. Normalisierung bedeutet, den geistig behinderten Menschen in diese Bezüge hineinzunehmen."

Die zeitgleich, aber isoliert geführten Diskussionen beinhalten jedoch die potentielle Chance der wechselseitigen Einbindung beider Theorieansätze, die ja, bei genauer Betrachtung, so weit gar nicht differieren. Dies erfordert jedoch eine fachliche Grenzüberschreitung, die erfahrungsgemäß eher alte "Grabenkriege"¹⁹⁰ aufleben lassen könnte, anstelle sich in harmonischer Einvernehmlichkeit zu vollziehen.

Hier stellen sich aus der fachdisziplinübergreifenden Veränderung der Leitidee unausweichlich Fragen nach den Konsequenzen in der Organisation sozialer Hilfen:

- ① Wie könnte eine Versorgungslandschaft aussehen, die personenzentrierte Normalisierungsziele für solche Menschen verkörpert, die gegenwärtig unterschiedlichen "Lagern" zugeordnet sind, wie beispielsweise die der psychisch Kranken und geistig Behinderten?
- ② Können Einrichtungen gleicher Art verschiedene Klientengruppen versorgen?
- ③ Was spricht gegen gutnachbarschaftliche Beziehungen zwischen Menschen mit ähnlichen Stützungs- bzw. Hilfebedarfen, einerseits aus einem der geistigen Behinderung und andererseits der seelischen Behinderung zuordbaren Bereich, die beide - personenzentriert - von derselben Institution, vom selben Träger, individuell betreut werden?
- ④ Ist es möglich - diesmal unter anderen Vorzeichen, als seinerzeit im Zusammenhang mit der vergleichbaren Diskussion der Ausgrenzung von seelisch Behinderten aus den Werkstätten für geistig Behinderte -, daß beschützte Arbeitsplätze räumlich wie organisatorisch, jedoch nicht als Großeinrichtung, von geistig und seelisch Behinderten mit jeweils entsprechender individueller Betreuung genutzt werden, beispielsweise in derselben Firma, wobei der Träger der Betreuung nicht institutionsbezogen, sondern jeweils personenbezogen arbeitet?
- ⑤ Ist es denkbar, daß in derselben Firma auch Drogenabhängige einen beschützten Arbeitsplatz finden?
- ⑥ Kann es sinnvoll sein, daß auch sogenannte "Normale" dort beschäftigt sind?
- ⑦ Es bestehen ambulante Beratungsangebote für psychisch Kranke, z.B. in Form der Sozialpsychiatrischen Dienste. Parallel dazu bestehen Familienentlastende Dienste (FED) überwiegend für geistig Behinderte.¹⁹¹ Was spricht dagegen, beispielsweise diese Dienste - unter anderen als den bisher gegebenen Voraussetzungen - miteinander zu verbinden und sie organisatorisch, konzeptionell und personell dahingehend auszurichten und auszustatten, daß sie den individuellen Bedarfen unterschiedlicher hilfebedürftiger Personengruppen entsprechen können?
- ⑧ Was verbietet es, die "Zuständigkeit" solcher mobilen Teams um die Zielgruppe gerontopsychiatrischer Patienten zu erweitern, oder um die Aufgabe von Besuchsdiensten für Senioren?

190 Man denke hier an die Diskussionen über die Unterbringung von geistig Behinderten in stationären Einrichtungen für psychisch Kranke und über die Beschäftigung von seelisch Behinderten in Werkstätten für geistig Behinderte.

191 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80), Seite 54 f

- ⑨ Was spricht dagegen, im Zusammenhang mit den aus Sozialpsychiatrischen Diensten und FED addierten Personalressourcen die Diskussion über organisierte Krisendienste neu zu eröffnen?
- ⑩ Und schließlich: können nicht "Normale", "geistig Behinderte" und "psychisch Kranke" als Nachbarn unter einem Dach wohnen und miteinander in einer Hausgemeinschaft leben? Das Normalisierungsprinzip gebietet doch eher die Orientierung an "normalen" Personen und Familien als die Verbringung in "monokulturelle" Reservate spezifisch behinderter Menschen. Und der personenbezogene Ansatz der Versorgung verlangt doch im Rahmen der Hilfen und Unterstützungen die Bereitstellung von Erfahrungsräumen, in denen geistig oder psychisch Behinderte gefordert, aber auch angenommen werden, in denen die Erprobung der Fähigkeiten in und an "normalen" Umständen möglich ist.

Ein Verbund unterschiedlicher Dienste, Hilfen und Einrichtungen (unter weitgehender Einbeziehung "normaler" Menschen) böte die Voraussetzung, angemessene und differenzierte Hilfen auch unter der Maßgabe möglichst weitgehend realistischer Lebensbedingungen anbieten zu können.

"Die wesentlichen Funktionsbereiche eines gemeindeorientierten Versorgungssystems bilden der Bereich 'Wohnen', der Bereich 'Tagesstrukturierung/Beschäftigung/Arbeiten' sowie der Bereich 'Ambulante bzw. familienentlastende Dienste'.

- Ambulante und familienentlastende Dienste
In Familien lebende, alleine oder in Kleingruppen wohnende [① Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen] benötigen in unterschiedlichen Lebensbereichen Hilfen, die ambulant organisiert sein können. Diese ambulanten (z.T. familienentlastenden) Hilfen sind ein wirksamer Beitrag zur Vermeidung von Hilfen in Einrichtungen. Sie tragen dazu bei, daß [② Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen] nicht frühzeitiger als notwendig und nicht länger als nötig auf ein Leben in Einrichtungen verwiesen sind. Gleichermaßen helfen sie, die Pflege- und Betreuungsbereitschaft von Familien zu stützen. Ambulante Hilfen sind in diesem Sinne Hilfen vor und nach der institutionellen Hilfe. Sie umfassen z.B. stunden- und tagesweise Betreuung und Pflege innerhalb der Familie, beratende und unterstützende Gespräche, Kurzzeitwohnen, Freizeithilfen u.a.m..
- Wohnen
Allen erwachsenen [③ Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen] soll ein dezentrales, in ihren Gemeinden liegendes Wohnangebot gemacht werden, dies können z.B. Wohnungen, Wohngruppen, Wohnge-

meinschaften, Betreutes Wohnen, Wohnheime sein. Damit soll eine Ausgliederung von [④ Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen] in Sondereinrichtungen verhindert werden. Für diejenigen, die sich in gemeindefernen (Groß-)Einrichtungen aufhalten, muß den Gemeinden die Verantwortung zurückgegeben werden.

- Beschäftigung und Arbeit

Allen [⑤ Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen] ist weiterhin ein Beschäftigungs- und/oder Arbeitsangebot zur Verfügung zu stellen. Dies setzt ein breites Angebot an Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte, Selbsthilfefirmen und Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraus."¹⁹²

Das vorstehende Textzitat entstammt den Ausführungen von SCHILLER 1996, der diese Vorstellungen für **geistig und mehrfach behinderten Menschen** dargelegt hat. Im zitierten Text wurde an insgesamt ⑤ gekennzeichneten Stellen die Begriffe "geistig behinderte Menschen" bzw. "geistig und mehrfach behinderte Menschen" jeweils durch den Begriff "**Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen**" ersetzt. Dies verdeutlicht, daß die Vorstellungen und Forderungen aus dem Bereich der geistig Behinderten und dem der psychisch Kranken kongruent sind. Der Psychiater KUNZE argumentiert - hier von einem anderen Ausgangspunkt her - in die gleiche Zielrichtung:

"An Einrichtungen und ihre Therapeutinnen und Therapeuten stellt sich aus dem personenzentrierten Ansatz die Anforderung, die Hilfe so flexibel zu organisieren, daß Art und Umfang entsprechend dem wechselnden Bedarf der einzelnen Personen verändert werden können bei Kontinuität der tragenden therapeutischen Beziehungen und erhaltener Integration im eigenen Lebensfeld. ... Voraussetzung für die personenzentrierte Hilfen ist die Verfügbarkeit von Hilfsfunktionen und nicht ein vollständiger Kasten mit den komplementären Bausteinen. Wenn das Ziel gilt, daß niemand deshalb seine Heimatstadt/seinen Heimatkreis verlassen muß, weil keine zureichende Hilfe verfügbar ist, dann geht es darum, die vorhandenen Bausteine so zu verändern und ggf. zu ergänzen, daß folgende Funktionen für die im Kreis/der Stadt lebenden chronisch psychisch Kranken/behinderten Personen verfügbar sind:

- ambulante sozialpsychiatrische Behandlung. Darum herum gruppieren sich sozialpsychiatrische Leistungen zur
- Selbstversorgung,
- Arbeit, Ausbildung,
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
- stationären und teilstationären Behandlung.

Einrichtungsbetten kommen hier nicht vor, denn die professionellen Hilfen sind von den Räumen abgekoppelt. Die hilfebedürftige Person lebt in einer eigenen Wohnung und wenn er/sie keine hat, und die Einrichtung deshalb zeitweise auch Wohnraum zur Verfügung stellt, dann ist es die primäre Aufgabe von Rehabilitation/Eingliederung mit der Person zusammen eine Wohnung zu suchen und die zum Leben notwendigen Hilfen in und von der Wohnung aus zu realisieren.¹⁹³

Auch bei den vorstehenden Ausführungen wäre es unschwer möglich, die Begriffe "chronisch psychisch krank" und "behindert" durch den Terminus der "Menschen mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen" zu ersetzen bzw. zu erweitern. Der so erweiterte Betrachtungswinkel zeigt, daß nicht nur geistig und seelisch Behinderte, sondern andere Personen "mit speziellen individuellen Stützungsbedarfen" gefaßt werden könnten.

Die auf diese Weise formulierten bzw. modifizierten Vorstellungen und Forderungen stellen nicht zwangsläufig Argumente für die Etablierung eines neuen Versorgungssystems dar. KUNZE hat hierzu richtiggestellt: "Es geht nicht darum, ein neues Versorgungssystem neben das alte zu setzen, sondern das bestehende einrichtungszentrierte Hilfeangebot schrittweise orientiert auf den regionalen Bedarf (mit Versorgungsverpflichtung) umzusteuern."¹⁹⁴ Zu ergänzen ist dies durch die Forderung, daß nicht nur der regionale Bedarf, sondern auch die persönlichen Unterstützungsansprüche der beeinträchtigten Personen bei der Umsteuerung zielleitend zu berücksichtigen sind.

Durch die Verbindung einer dem personenzentrierten Ansatz verpflichteten "Umsteuerung" des vorhandenen psychosozialen Systems mit einer qualitativen und inhaltlichen Orientierung entstünden zweifellos zunächst Vorteile für die Hilfebedürftigen selber. Vor allem würden die Personen davon profitieren, deren Unterstützungsbedarf bei therapeutisch oder medizinisch unklaren Handlungsoptionen innerhalb der gegenwärtigen Systeme kaum gedeckt werden kann (z.B. Menschen mit Borderline-Syndrom oder multikausalen Symptomatiken oder die Personen, die aufgrund schwieriger Defizitbeschreibungen mangels verbindlicher Zuständigkeit durch das Netz der psychosozialen Sicherung fallen).¹⁹⁵ Der Perspektivwechsel (Veränderung der Leitidee) würde sich etwa auch auf Personen positiv auswirken können, die als wohnungslose, alleinstehende Menschen aus allen sozialen Bezügen herausgefallen sind. Nicht die Klassifikation in medizinischer oder sozia-

193 vgl. KUNZE 1998, Seite 6

194 KUNZE 1998, Seite 7

195 vgl. SCHILLER 1996, Seite 78

ler Nomenklatur stände im Vordergrund, sondern die Feststellung der situativen oder andauernden Mängel in der Lebenssituation der Betroffenen, bedingt durch soziale, geistige, seelische oder andere Behinderung.

Vorteile hätten aber auch die helfenden Personen, die professionell oder die in der Laienhilfe engagierten Unterstützer von Menschen mit besonderem Stützungsbedarf. Die Abkehr von hochspezialisierten, damit aber auch einseitigen Formen der Hilfeerbringung im Rahmen institutionenzentrierter Angebote beinhaltet die Chance, auch bei der Begegnung zwischen professionellen Helfern und betroffenen Menschen Interaktionsräume ohne therapeutische Ansprüche oder soziale Kontrollfunktionen zu ermöglichen. Aspekte der Laienhilfe aber auch des professionellen Handelns erhielten Gelegenheit, im Zusammenhang neu diskutiert zu werden (siehe hierzu Punkt 3.2).

Weitere Vorteile dieses integrierten Ansatzes beständen darin, daß sich leichter als innerhalb der gegenwärtig konkurrierenden Systeme Krisen- und Präventionsdienste errichten ließen,¹⁹⁶ einerseits wegen der Bündelung von bislang parallel aufgewendeten finanziellen und personellen Ressourcen, andererseits wegen der strukturellen Reorganisation, die regionale Präsenz und zeitliche Verfügbarkeit von psychosozialen Krisendiensten ermöglicht.

Nachhaltige Begründungen für diesen Perspektivwechsel sind im gegenwärtigen gegliederten Sozial- und Medizinsystem hinreichend vorhanden und werden von Experten und Politikern seit Jahren immer wieder vorgetragen.¹⁹⁷ Nachdem die Großkliniken im Langzeitbereich weitestgehend aufgelöst sind, hat sich eine Tendenz zur Verelendung der ehemaligen Patienten in Einzelwohnungen oder Wohngruppen im "gemeindenahen" Wohnort bemerkbar gemacht. Verschiedene Zielgruppen, geistig Behinderte, psychisch Kranke, Drogenabhängige etc., die bislang in beschützten Einrichtungen, Sonderausbildungsstätten, Berufsförderwerken oder anderen speziellen Einrichtungen gewohnt und gearbeitet haben, sind nach der "erfolgreichen" Beendigung der jeweiligen Maßnahmen nun wieder in ihr (vermeintliches) "normales" soziales Umfeld entlassen worden, direkt in die Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit hinein.

196 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 43

197 vgl. DÖRNER/PLOG 1978; vgl. SOZIALISTISCHES PATIENTENKOLLEKTIV HEIDELBERG 1973; vgl. MÜHLICH 1981, S. 51 ff; vgl. VOGEL 1992, Seite 231 ff; vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995

Bei der hier geführten Diskussion geht der Verfasser vorliegender Arbeit von einer Konstanz des deutlich gewordenen Menschenbildes aus, das Chancengleichheit und Wahrung rechtlicher Optionen für beeinträchtigte Personen beinhaltet.¹⁹⁸ Tendenzen in aktuellen Einstellungen auf Europa- und Bundesebene zur rechtlichen Stellung und zu den möglichen Interventionen bei sich abzeichnenden Behinderungen können und sollen im Zusammenhang dieser Arbeit nicht diskutiert werden; es ist aber abzusehen, daß sich bei Wirksamwerden "liberalerer" Rahmenbedingungen für genmanipulative Eingriffe oder ähnliche Vorgehensweisen tiefgreifende Unterschiede zum bisherigen Menschenbild ergeben könnten, nicht zuletzt durch das Eindringen eines Nützlichkeitsdenkens zu Ungunsten der hier vertretenen und zugrundegelegten Überlegungen eines integrativen Modells im Umgang mit den zu betreuenden oder zu unterstützenden Personen.¹⁹⁹

Es ist überfällig, daß eine Wertschätzung und Berücksichtigung von ethischen und gesetzlichen Normen nicht nur eingefordert werden, sondern auch in der Realität zu menschenwürdigen und parteiischen Hilfeangeboten führen.²⁰⁰ Parteiisch bedeutet hier, daß alles getan werden muß, um bestehende Defizite bestmöglich zu mildern und auszugleichen und den betroffenen Menschen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in Würde und "so normal als möglich" zu sichern.

Auch aus diesen Gründen entsprechen gemischte Lebens-, Wohn- und Arbeitsformen, bei denen "Normale", "geistig oder seelisch Behinderte" und "Alte" zusammen leben, dem integrierten Ansatz, wie er oben skizziert wurde, viel eher als

198 MITSCHERLICH 1973, Seite 290: "Der Satz 'Alle Menschen sind gleich' ist selbst das Musterbeispiel eines Vorurteils. Die Einsicht aber, daß sie vor dem Gesetz gleich zu behandeln seien, stellt eine Leistung dar; sie muß sich gegen eine Kette herrschender Vorurteile durchsetzen, die bis in graue Vorzeit zurückreicht. Darin zeigt sich die Kraft des in Evolution wachsenden Bewußtseins. Die Forderung nach Rechtsgleichheit macht den Abstand der menschlichen von den tierischen Gesellschaften deutlicher. Es hat Jahrtausende in Anspruch genommen, um diese Einsicht in rechtsverbindlichen Gesetzen zu formulieren."

199 Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang die von SINGER eingenommene Position: "Wir kommen zu dem Schluß, ... daß wir ... offen anerkennen müssen, daß einige Leben weniger wertvoll als andere sind.' Daß man Kinder am Leben hält, ... die keine oder nur minimale Aussichten auf eine vernünftige Lebensqualität haben, überschreitet die Grenzen dessen, was in einer pluralistischen Gesellschaft akzeptabel ist. Die Tötung eines behinderten Säuglings sei deshalb moralisch nicht gleichbedeutend mit der Tötung einer Person." - SINGER 1989, zitiert nach WEBER 1989, S. 243 - Diese Einstellung führte dazu, daß eine Einladung des australischen Bio-Ethikers SINGER zu einem Symposium in Marburg - auch nach Protesten von Behinderten - zurückgenommen wurde. - Siehe hierzu auch die Position der BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE F. GEISTIG BEHINDERTE 1989, S. 240 ff; vgl. SINGER 1984; vgl. KUHSE/SINGER 1993; vgl. SINGER 1996

Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Beiträge in der Fachzeitschrift "Geistige Behinderung" 4/89: REDAKTION "GEISTIGE BEHINDERUNG" 1989, Seite 237 ff: "Das Recht auf Leben ist unantastbar - gehen wir einer neuen Behindertenfeindlichkeit entgegen?"; WEBER 1989, Seite 243 ff: "Wer nicht paßt, muß sterben - Gesundheit im Jahr 2000 und Techno-Faschismus"; THEUNISSEN 1989, Seite 247 ff: "Zur 'Neuen Behindertenfeindlichkeit' in der Bundesrepublik Deutschland"; FISCHER 1989, Seite 267 ff: "Menschenbilder in der Arbeit mit (geistig) behinderten Menschen - Versuch einer kritischen Standortbestimmung"; WENDELER/GODDE 1989, Seite 306 ff: "Geistige Behinderung: Ein Begriff und seine Bedeutung für die Betroffenen".

Weitere Beiträge finden sich in dem im November 1998 erschienenen Werk von WUNDER/NEUER-MIEBACH erschienen Buch unter dem Titel: "Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin". - Nicht unerwähnt bleiben soll der heftig umstrittene Bioethik-Konventions-Entwurf des Europarates; eine Entscheidung des Deutschen Bundestages hierzu ist 1999 zu erwarten. vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 13/5435; vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1998, S. 23

200 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 6, Seite 207 ff

die bislang üblichen defizitorientierten Angebote. Zugleich würde eine konsequente Umsetzung dieses Ansatzes die Angebotsvielfalt (immer unter dem Aspekt personenzentrierter Hilfen) im ambulanten Bereich nachhaltig stärken und vergrößern und böte die Chance, die hilfebedürftigen Personen und ihre Lebensbegleiter (Familie, Partner, Mitbewohner) in die Erbringung und insbesondere Kontrolle von sozialen Dienstleistungen einzubinden.

2.2 Seelisch behindert oder psychisch krank?

Die rechtssystematische Behandlung der Begriffe "psychisch krank" und "seelisch behindert" in den Sozialgesetzbüchern wurde bereits an anderer Stelle vorliegender Arbeit (insbesondere unter 2.1.1 und 2.1.3) angedeutet. Angesichts der diesen Begriffsdifferenzierungen anhaftenden Konsequenzen muß eingestanden werden, daß auch seitens des Verfassers in seinen bisherigen Ausführungen die notwendige Trennschärfe bei der Anwendung jener Termini weitestgehend vernachlässigt wurde. Umso sinnvoller erscheint es, Versäumtes an dieser Stelle nachzuholen und die begriffliche Differenzierung zwischen "psychisch krank" und "seelisch behindert" aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten:

Abgrenzungs- und Zuständigkeitsschwierigkeiten in Anwendung der Sozialgesetze resultieren nicht zuletzt aus dem Mangel an einem klaren "juristischen Krankheitsbegriff". Eine Festlegung desselben jedoch bleibt problematisch und kann allenfalls als Fiktion dienen: "Die Verwendung eines juristischen Krankheitsbegriffes muß dann positiv bewertet werden, wenn die Medizin als die tatbestandsnähere Fachwissenschaft den Begriffsinhalt nicht so zu bestimmen vermag, wie dies zur Steuerung gesetzlicher Handlungsprogramme erforderlich ist."²⁰¹ Dies deutet unzweifelhaft auf einen Vorwurf hin, den Juristen gegenüber der Medizinwissenschaft erheben. Werden jedoch die unterschiedlichen Gegenstände und Methoden beider Disziplinen bedacht, so kann davon ausgegangen werden, daß dieser wissenschaftstheoretische Streit, bei dem letztlich die Kompetenzfrage aufgeworfen wird, vorgezeichnet war. Der Auslöser hierfür ist in den 60er Jahren angesiedelt, als die Medizinwissenschaft ihr gesichertes naturwissenschaftliches Terrain verließ und die Frontstellung zwischen dem "medizinischen Modell" der Somatiker und der Sozialpsychiatrie nicht hat auflösen können.²⁰²

Vor diesem medizin- bzw. psychiatrie-historischen Hintergrund ist die Genese des heutigen Krankheitsbegriffes in Sozialrecht und Rechtsprechung zu sehen. Die Kritik am naturwissenschaftlich-biologistisch geprägten Krankheitsmodell und das "Dagegensetzen" sozialwissenschaftlich determinierter Theoreme hat nicht ein dem medizinischen Modell ebenbürtiges Äquivalent hervorgebracht. Ungeachtet

201 NAENDRUP 1985, Seite 118

202 vgl. ebenda

der Frage, ob dies überhaupt möglich wäre,²⁰³ ist in der gegenwärtigen Sozialgesetzgebung und Rechtsprechung ein Zustand anzutreffen, der von einer "reduktionistischen Deutung des Menschen und damit auch seiner Krankheit und Gesundheit" geprägt ist.²⁰⁴ Krankheit wird heutzutage gleichsam in gesellschaftlicher und fachlicher Anschauung immer noch allzusehr auf eine Funktionsstörung (im Sinne der Dysfunktion eines Organs oder eines Systems) reduziert.

Zur Verifizierung und Systematisierung der "Krankheit" werden Kategorien eines veralteten biologischen Denkens zugrunde gelegt.²⁰⁵ Dies spiegelt sich eindrucksvoll wieder in der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD), dem medizinischen Systematisierungskatalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dessen Ursprünge in das vorige Jahrhundert reichen²⁰⁶ und der den Ärzten, Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern etc. zur Klassifikation von Krankheiten dient.²⁰⁷ Während DILLING 1993 in einem Beitrag zur nosologischen Klassifikation in der Psychiatrie die Auffassung vertritt: "Noch nie in der Geschichte der psychiatrischen Diagnostik sind so große Anstrengungen unternommen worden, Diagnosen zuverlässig zu erstellen und damit auch einen Zugang zur Therapie zu finden, noch nie sind so umfangreiche Feldstudien zur Absicherung dieser Diagnostik durchgeführt worden",²⁰⁸ weisen SCHNEIDER/FREYBERGER/MUHS/SCHÜßLER darauf hin, daß bei der Entwicklung des ICD-10 aus programmatischen und politischen Gründen die traditionellen nosologischen Konzepte der Psychose und der Neurose aus dem Diagnosenmodell eliminiert wurden. Sie werten dies als einen Schritt, "der nach unserem klinischen,

203 siehe hierzu die - teilweise kontroversen - Diskussionen um die "Theorie der Sozialpsychiatrie" von SIMON 1992: "Über die Nützlichkeit der sozialpsychiatrischen Theoriearmut"; WOLTER-HENSELER 1993: "Von der Nutzlosigkeit polemischer Begriffsschlamperei oder In Memoriam Sozialpsychiatrie"; FINZEN 1993: "Perspektiven der Sozialpsychiatrie" und HASELBECK 1993: "Wieviel Theorie braucht die Sozialpsychiatrie". - vgl. SIMON 1992, Seite 2 ff; vgl. WOLTER-HENSELER 1993, Seite 18 ff; vgl. FINZEN 1993, Seite 2 ff; vgl. HASELBECK 1993, Seite 5 ff

204 vgl. KAMPITS 1990, Seite 51

205 vgl. ebenda

206 vgl. SCHNEIDER/FREYBERGER/MUHS/SCHÜßLER 1993, Seite 15 ff

207 Die 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD = International Classification of Diseases) wurde im Jahre 1975 von der internationalen WHO-Konferenz in Genf verabschiedet. Die Bundesrepublik führte erst 1979 diese Fassung ein. vgl. DEGWITZ/HELMCHEN/KOCKOTT/MOMBOUR 1979, Seite X; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben (Hg.) einigte sich erst drei Jahre später auf den ICD-9 und nannte seine Ausgabe: "Gemeinsamer einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung - gültig ab 1. Januar 1982. Erstellt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD - 9. Revision 1979)". 2. Auflage, Frankfurt/Main (ohne Jahresangabe). vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, AG FÜR GEMEINSCHAFTSAUFGABEN o.J.

Nach § 16 Abs. 4 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BpflV) vom 21. August 1985 sind alle Krankenhäuser ab 1. Januar 1986 verpflichtet, Aufstellungen über die im abgelaufenen Abrechnungszeitraum gestellten Diagnosen anzufertigen. Zur Kodierung ist der dreistellige ICD-9 anzuwenden. Ab 1. Januar 1988 ist die Diagnosenstatistik nach Altersgruppen getrennt unter zusätzlicher Angabe der zugehörigen durchschnittlichen Verweildauern zu führen.

vgl. KRANKENHAUSD RUCKE-VERLAG (Hg.) 1985, Vorwort zur 4. Auflage
vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J.

208 DILLING 1993 A, Seite 20; vgl. DILLING 1993 B

aber insbesondere auch theoretischen Verständnis nicht angezeigt ist, jedoch durchaus als ein Ausdruck einer ideologisch motivierten eher biologistischen Herangehensweise zu verstehen ist.²⁰⁹

Im geltenden Sozialrecht wird an zahlreichen Stellen Zeugnis über das Erfordernis ärztlicher Beurteilung vor der Gewährung bestimmter Sozialleistungen abgelegt.²¹⁰ Es wird deutlich, daß auf diese Weise auch nicht-medizinische Sozialleistungen und andere soziale Hilfen nur ausgelöst bzw. Sozialleistungsansprüche nur dann begründet werden, wenn sie nach Maßgabe der zuvor beschriebenen ärztlichen Beurteilungskriterien begründet werden. Ärzte verfügen nahezu ausschließlich über die sozialrechtliche Entscheidungskompetenz, mit ganz wenigen Ausnahmen, die auch die Berufsgruppe der Psychologen berücksichtigen.

Ansprüche auf sozialrechtliche Leistungen und Hilfen aus dem gegliederten System der sozialen Sicherung, in dem bei oftmals gleichen Lebensrisiken verschiedene Leistungsträger zuständig sind, erfolgen aufgrund bestimmter kausaler, finaler und instrumentaler Voraussetzungen: Nach dem **Kausalprinzip** ist die Ursache eines eingetretenen Risikofalles maßgeblich für die Zuständigkeit eines Leistungsträgers, z.B. der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, o.ä. Nach dem **Finalprinzip** erfolgt die Leistungsgewährung unabhängig von der Ursache des eingetretenen Risikofalles, z.B. im Schwerbehindertengesetz. Und nach dem **Instrumentalprinzip** können zuweilen zur Deckung eines Bedarfes mehrere Instrumente, z.B. Kranken- und Übergangsgeld, infrage kommen.²¹¹ Die Sozialhilfe wird als Ausfallbürgschaft nach dem Prinzip der Nachrangigkeit (Subsidiarität) gewährt,²¹² wenn die Lebensrisiken weder durch Versicherung oder Versorgung noch durch Selbsthilfe abgedeckt werden können. Die Sozialhilfe orientiert sich dabei am individuellen Bedarf, Versicherung und Versorgung an den erbrachten Vorleistungen in Form von Beiträgen oder Sonderopfern. Alle drei Bereiche weisen aber in ihrem jeweiligen Leistungsangebot auch Mischformen der genannten Prinzipien auf. Auf die einzelnen Leistungsgesetze mit ihren Spezifikationen soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden; festzustellen bleibt allerdings, daß der

209 vgl. SCHNEIDER/FREYBERGER/MUHS/SCHÜßLER 1993, Seite 252

210 vgl. § 62 SOZIALGESETZBUCH - ERSTES BUCH (SGB I) 1997; vgl. § 15 SOZIALGESETZBUCH - SECHSTES BUCH (SGB VI) 1997; vgl. §§ 35a, 36 SOZIALGESETZBUCH - ACHTES BUCH (SGB VIII) 1996; vgl. § 96 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1997; vgl. §§ 17, 18 SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996; vgl. §§ 14, 27 ARBEITSFÖRDERUNGSGESETZ (AFG) 1997; vgl. §§ 36, 39, 40, 46, 81, 123-126a BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996

211 vgl. HUTTER 1985 A, Seite 103; vgl. HUTTER 1991, Seite 9

212 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 451 ff

Umgang mit diesem unübersichtlichen und wenig systematisierten Sozialrecht hohe Anforderungen stellt. Die vom Gesetzgeber seit mehreren Jahren vorangetriebene Kodifizierung des Sozialrechtes, d.h. der Integration verschiedener Gesetze wie Reichsversicherungsordnung, Bundessozialhilfegesetz, Arbeitsförderungsgesetz etc. in ein einheitliches Sozialgesetzbuch (SGB) ist noch nicht abgeschlossen. Zu bezweifeln ist allerdings, ob auf diese Weise mehr Klarheit und Übersichtlichkeit entstehen kann.

Die sozialrechtlich bedeutungsvolle Unterscheidung, ob ein betroffener Hilfesuchender nach der (ärztlichen) Diagnosestellung an einer Krankheit leidet oder an einer Behinderung, hat also Auswirkungen auf die Zuständigkeit des Kostenträgers: Im Falle einer Erkrankung sind die Krankenkassen zur Leistung verpflichtet; im Falle einer Behinderung die Rentenkassen bzw. Wohlfahrtsverbände und im Falle von behinderten Kindern und Jugendlichen die Jugendhilfe und damit die Kommunen. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, daß eine derartige sozialrechtlich verlangte Differenzierung sehr schwierig vorzunehmen ist und daß mit diesem zur Begründung des Leistungsanspruchs auslösenden Erfordernis bestimmte Konsequenzen untrennbar verbunden sind:²¹³

- Eine Legasthenie mit **Krankheitswert** ist dann gegeben, wenn die Störung schwer ist sowie neurologische, neurophysiologische und neuropsychologische Befunde vorliegen und/oder Verhaltensauffälligkeiten vorhanden sind, die Ausdruck einer reaktiven seelischen Fehlentwicklung und/oder einer Entwicklungsstörung (z.B. hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens) sein können. Für diese Kinder/Jugendliche ist ein therapeutischer Mehrebenenansatz erforderlich: Übungsbehandlung, Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie und gegebenenfalls medizinische (medikamentöse) Behandlung. Eine solche Behandlung müßte von der Krankenkasse getragen werden. - Eine Legasthenie ist hingegen als **Behinderung** anzusehen, falls nach wenigstens zweijähriger Lern- und Entwicklungstherapie die Störung unverändert bestehen bleibt und eine Begleitfolgesymptomatik nicht mehr vorhanden ist. Die Betroffenen benötigen eine andauernde Befreiung von der Notengebung für schriftliche Arbeiten in der Schule und außerschulische spezifische Übungen (heilpädagogische Hausaufgabenhilfe), je nach Lage des Einzelfalles. Die notwendigen Maßnahmen müssen von der Jugendhilfe getragen werden.²¹⁴
- Das Bundessozialhilfegesetz regelt die **Eingliederungshilfe** für Behinderte, wenn sie "nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich Behinderte" sind. Hier wird ausgeführt, daß in der (ärztlichen) Diagnosestellung die Chronizität entscheidend ist, wenn der Gesetzgeber von einer Behinderung ausgeht und Eingliederungshilfe erfolgen muß. Entsprechend der 3. Verordnung nach § 47 Bundessozialhilfegesetz i.d.F. vom 01.02.1995 werden seelisch wesentlich Behinderte wie folgt definiert: Es handelt sich um "Personen, bei denen infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist". Darunter sind zu verstehen: körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns,

213 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.2, Seite 34 ff

214 vgl. KLOSINSKI 1998, Seite 14

von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Nach § 4 eben zitiertes Verordnungsstück ist "ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten" festgelegt. Sechs Monaten lang gilt der Betroffene als "**nicht behindert**", weil seine körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung im Sinne des § 39 Bundessozialhilfegesetz "**nur vorübergehend**" ist; danach gilt er als "**wesentlich behindert**". - Eine kritische Würdigung der vom Gesetzgeber hier geforderten Trennschärfe führt angesichts der in der Praxis vorgefundenen, wesentlich differenzierter vorhandenen Stützungsbedarfe bestimmter beeinträchtigter Menschen zu dem Resultat der Unvereinbarkeit zwischen Gesetzesnorm und gesellschaftlicher Praxis.

- Die Zuschreibung von Eigenschaften wie "**behindert**" oder "**krank**" in Verbindung auch mit psychischer Beeinträchtigung hat bei der Zuständigkeitszuschreibung der unterschiedlichen Kostenträger eine ganz wesentliche Funktion, die dahin verweist, daß durch das entsprechende "Etikett" die Zuständigkeit der Kostenträger überhaupt als gegeben oder als nicht gegeben wahrgenommen wird. Durch die sehr formale Kategorisierung von Begrifflichkeiten können die verantwortlichen und zuständigen Kostenträger ihrerseits Ansprüche bezüglich zu erbringender Leistungen anerkennen oder abwehren. Auch bei der Einführung der Pflegeversicherung ist mit diesem System der Kategorisierung weiter dafür gesorgt worden, daß es über begriffliche Definitionen zu Entscheidungen über Leistungszusagen oder Leistungsverweigerungen kommt. So ist etwa die Frage der **psychiatrischen Krankenpflege** über Jahre als Leistungsbereich der **Pflegeversicherung** oder der **Krankenversicherung** strittig gewesen, ohne daß sich an den tatsächlich zu leistenden Unterstützungen für die psychisch erkrankten Menschen eine solche Streitposition hätte ableiten lassen können. Erst in jüngster Zeit hat hier auch wiederum eine verwaltungsorientierte Definition dafür gesorgt, daß psychiatrische Krankenpflege in die Zuständigkeit der Krankenkassen fällt.

Bemerkenswert ist bei dieser Betrachtung nicht so sehr der Aspekt der Klärung von Zuständigkeiten innerhalb des Systems gegliederter Kostenträgerschaften, sondern die Tatsache, daß den betroffenen Personen mit ihren Hilfebedarfen auf unangemessene Weise zugemutet wird, sich den verschiedenen Definitionsbereichen adäquat zu präsentieren, um überhaupt Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

- Die dem Sozialrecht bzw. dem gegliederten System der sozialen Sicherung immanente Restriktion bzw. Inflexibilität wird stets dann sichtbar, sobald es um die Etablierung neuer, auf individuelle Bedarfslagen begründeter Hilfeformen geht. Als Beispiel hierfür kann die Errichtung von **Familientlastenden Diensten (FED)** herangezogen werden:²¹⁵ Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit von 1991 bis 1995 an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg geförderten Forschungsprojektes "Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter familientlastender Dienste (FED)" wurde immer wieder versucht, Familientlastung im Sinne von alltags- und kundenorientierten Hilfen als Leistung im Bundessozialhilfegesetz zu etablieren. Hierzu ergaben sich Vorschläge, die **Eingliederungshilfe** nach § 39 Bundessozialhilfegesetz um den Anspruch auf Entlastung für die Familie zu erweitern. "Eine solche rechtliche Verankerung des Anspruches auf Entlastung von Familien mit behinderten Angehörigen wäre ein deutliches politisches und gesellschaftliches Zeichen dafür, das Recht aller Familienangehörigen auf 'ein Leben so normal wie möglich' auch auf sozialrechtlicher Ebene ernstzunehmen und in sozialpolitisches Handeln umzusetzen."²¹⁶ Die Überlegungen hierzu wurden jedoch mit Hinblick auf die geplante Neuformulierung des SGB IX ("Rehabilitation und Eingliederung Behinderter")²¹⁷ zurückgestellt. Im Bestreben der Bundesregierung um die Einführung der Pflegeversicherung wurden dann die Bemühungen immer weiter in den Hintergrund gedrängt. Hoffnungen, die darauf gerichtet

215 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80)

216 vgl. HUPASCH-LABOHN/MEYNER 1996, Seite 124

217 Das Sozialgesetzbuch IX wurde bisher nicht verabschiedet; Entwürfe gibt es jedoch bereits seit Beginn der 90er Jahre. vgl. HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL 1993, Seite 38 ff; vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 10/1233 vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1993

waren, Leistungen aus der **Pflegeversicherung** selbst zu erhalten, erwiesen sich deshalb als schwierig, weil nach SGB XI (Pflegerversicherungsgesetz) bestimmte Voraussetzungen (Pflegerbedürftigkeitsstufen) zu erfüllen waren. Es war nicht ohne weiteres möglich, die ansatzweise praktizierte Finanzierung entlastender Hilfen über das **Gesundheitsreformgesetz** (§§ 53 ff SGB V) oder nach den §§ 68, 69 Bundessozialhilfegesetz zu ersetzen. Zu der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen nach den §§ 71, 72 SGB XI gehört auch die **Anerkennung als Pflegedienst**, die erst dann erfolgt, wenn ein Dienst eine selbständig wirtschaftende Einrichtung ist und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft steht. "In den Qualitätsmaßstäben nach § 80 SGB XI sind dann die genauen Voraussetzungen benannt, die zur Anerkennung als Pflegedienst führen. Demnach werden als Pflegefachkraft nur die Berufsgruppen aus dem pflegerischen Bereich anerkannt (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/ -pfleger, AltenpflegerIn). Eine Erweiterung des Begriffes Pflegefachkraft um die pädagogische Dimension ist bisher von den Pflegekassen, wahrscheinlich unter Druck der eventuell zu hohen Kosten durch das PflegeVG, zurückgewiesen worden. Es steht zu befürchten, daß die FED mit ihren sozialpädagogisch ausgebildeten Führungskräften keinen Versorgungsauftrag von den Pflegekassen erhalten werden."²¹⁸

Insbesondere das letztgenannte Beispiel zeigt nicht nur in aller Deutlichkeit Anpassungsschwierigkeiten des sozialrechtlichen Leistungssystems an veränderte, empirisch durchaus nachweisbare Bedürfnislagen betroffener Populationen; das Sozialrecht bewirkt auch durch sein (systemimmanentes) Insistieren auf die weiter oben beschriebene nosologische und ätiologische (medizinisch determinierte) Klassifikationssystematik, daß bestimmte Formen der Hilfen, die nach einschlägigem (nicht-medizinischem) Fachurteil notwendig sind, nicht gewährt werden. NAENDRUP ist daher nicht zuzustimmen, wenn er 1985 darlegt, "daß das Leistungsrecht in seiner Anwendung mit der Psychiatrie Schritt hält."²¹⁹ - Daß die Beweggründe hierfür möglicherweise vorrangig volkswirtschaftlicher Prägung sind, sollte dabei nicht überraschen.

Spätestens, seitdem der Sozialwissenschaftler GOFFMAN Anfang der 60er Jahre den Begriff der Stigmatisierung²²⁰ geprägt hat, dürfte nachvollziehbar sein, daß

218 HUPASCH-LABOHH/MEYNER 1996, Seite 125

219 NAENDRUP 1985, Seite 119 f: "Die Durchsicht der veröffentlichten Rechtsprechung läßt die begründete Annahme zu, daß der ... Bereich psychischer Störungen vom juristischen Krankheitsbegriff jedenfalls sehr weitgehend abgedeckt wird. Zwar hat der Gesetzgeber des deutschen Sozialversicherungsrechts dieses weder zu Beginn noch in der Folgezeit mit einer Legaldefinition des Krankheitsbegriffes ausgerüstet. Ob der Gesetzgeber ursprünglich noch annahm, auf einen medizinwissenschaftlich abgesicherten Krankheitsbegriff Bezug nehmen zu können, oder ob der gesetzliche Krankheitsbegriff von Anfang an als Kunstbegriff eingeführt wurde, ist nicht eindeutig feststellbar. Indem er die begriffliche Definition offenließ, übertrug der Gesetzgeber jedenfalls faktischer Rechtsprechung die Verantwortung für die Ausfüllung des Begriffs. Diese entwickelte schon frühzeitig eine Begriffsformel und schrieb diese fort nach Maßgabe des medizinwissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts einerseits und der sozialstaatlich angeleiteten Ausweitung gesetzlicher Leistungsfälle andererseits. Dabei ist eine Vernachlässigung des psychischen Krankheitsbildes auf der Begriffsebene der regelwidrigen Zustände nicht erkennbar. Seit der Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts von 1902 wurde gleichgewichtig auf den körperlichen wie auf den geistigen Zustand abgehoben. Die derzeit gültige Begriffsformel ist drittens und letztens auch um den Zustand der Seele bemüht. Sieht man ab von der mehr geisteswissenschaftlichen Qualität der verwendeten Kategorien, ist festzustellen, daß das Leistungsrecht in seiner Anwendung mit der Psychiatrie Schritt hält."

220 Merkmale der Stigmatisierung sind Disqualifizierung von der vollen sozialen Akzeptanz, Selbsterniedrigung und Selbsthaß, Transformation (Möglichkeit der Korrektur) als sekundären Krankheitsgewinn und Isolation, mit der Konsequenz, daß ein Feedback der Umwelt fehlt, was zunehmend zur Eigentümlichkeit der betroffenen Person führt. SCHEFF entwickelte die "labeling theory of mental illness", die der Diskriminierung und Stigmatisierung durch die Umwelt die Schuld an der Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung gab. - vgl. SCHEFF 1973; vgl. GOFFMAN 1973

eine zweckdienliche (Sozialrecht), medizinisch determinierte psychiatrische Diagnosestellung über eine stigmatisierende Funktion verfügt. Daß diese Stigmatisierungseffekte durchaus vielschichtig sein können, hat TEASDALE 1987 am Beispiel von Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik dargestellt: Während einige Patienten ihre Besuche in der Tagesklinik vor ihrer Umwelt verheimlichten, stellten anderen vollkommene Offenheit her. Eine dritte Gruppe leugnete die psychiatrische Ausrichtung der Tagesklinik, und wieder andere Patienten schließlich reagierten mit einem aktiven Rückzug von der stigmatisierungsträchtigen Umwelt und fixierten sich nahezu völlig auf die ihnen innerhalb der Einrichtung erwachsenden Kontakte.²²¹ Selbst wenn man dazu neigen sollte, die Einschätzung von KÖTTGEN: "Jeder Patient, der die Tür eines Psychiaters überschritten hat, erfährt eine Stigmatisierung."²²² als polemische Überzeichnung zu werten, bleibt sowohl bezüglich des Stigmatisierungseffektes als auch der diesem vorgelagerten medizinisch determinierten psychiatrischen Diagnosestellung aufgrund (zweckdienlicher) sozialrechtlicher Anspruchsbegründungen die Aussage plausibel, daß sich hier zumindest individuelle, bedarfsbezogene Hilfeleistungen der Betroffenen nicht im Blickmittelpunkt befinden und nach diesen Modalitäten zu leistende Hilfen versagt werden, was ungünstige Prognosen für die Hilfebedürftigen bedingt.

221 vgl. TEASDALE 1987, entnommen aus: KLOSINSKI 1998, Seite 15

222 vgl. KÖTTGEN 1988, zitiert nach KLOSINSKI 1998, Seite 15

2.3 Anforderungen an eine Versorgungsbeurteilung bei separaten und zusammengefaßt betrachteten Versorgungssystemen

2.3.1 Das Forschungsprojekt der Personalbemessungs-Kommission

Die Ansätze der Personalbemessungs-Kommission für den komplementären Bereich wurden in Teilen bereits unter den Punkten 2.1.3 bis 2.1.5 berührt. Um die Perspektive dieses Unterkapitels zu erläutern, soll der aktuelle Ansatz der Personalbemessungs-Kommission²²³ noch einmal dargestellt werden: Er ist zu sehen in einem dynamischen Kontinuum mit der 1991 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).²²⁴ Die Psych-PV soll einen Beitrag zur Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken leisten. "Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, daß es ihnen möglich wird, über ein 'qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm' eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbearbeitungsbedürftig angesehen werden, aus dem Krankenhaus zu entlassen. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches, eine Aufgabe, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen fällt."²²⁵ Zur amtlichen Begründung der Psych-PV wird sowohl auf die Psychiatrie-Enquête von 1975²²⁶ als auch auf die "Empfehlungen der Expertenkommission ..." von 1988²²⁷ Bezug genommen.

Das vom Gesundheitsministerium von 1992 bis 1996 geförderte Forschungsprojekt der Personalbemessungs-Kommission mit dem Auftrag, "Grundlagen zur Personalbemessung und die entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen

223 vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995

224 vgl. BLANKE 1995, Seite 173

225 Amtliche Begründung (A IV 1) zur Psych-PV, zitiert nach BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099), Seite 7

226 Von der Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête wurde die personelle Ausstattung der Psychiatrischen Krankenhäuser als "völlig unzureichend" angesehen. Es wurde ausgeführt, daß jede Weiterentwicklung einen zusätzlichen Personalbedarf erfordere und daß eine sofortige Aufstockung des Personalschlüssels der psychiatrischen Krankenhäuser erforderlich sei. Hierzu sei es ebenso notwendig, die Stellenpläne der psychiatrischen Einrichtungen aus dem Stellenlimit der Länder herauszunehmen.
vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4201, Seite 23, 27

227 Die Experten-Kommission gab an, daß es in der stationären Psychiatrie "immer noch zu viele psychiatrische Betten" gäbe und daß eine der Ursachen hierfür in den globalen statt aufgabenbezogenen Personalanhaltszahlen zu sehen sei, die sich auf die Durchschnittsbelegung der gesamten Klinik beziehe. Dies bedeute, daß Personal für überdurchschnittlich aufwendige Betten nur dann ausreichend zur Verfügung stehe, wenn in gleichem Maße auch eine entsprechende Anzahl von unterdurchschnittlich aufwendigen Betten vorgewiesen werden könne. Ein derartiger Mechanismus würde sich nicht gerade angemessen auf die chronischen Patienten auswirken, weil er einen antitherapeutischen Strukturzwang beinhalte.
vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 69 f

Dies wurde von den Experten-Kommission kritisiert und anstelle dessen eine "aufgabenbezogene Personalbemessung, die vom spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf definierter Patientengruppen bzw. Stationstypen ausgeht", gefordert.
vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 288

für eine bedarfsgerechte Versorgung im 'ambulanten und komplementären Bereich' zu erarbeiteten"²²⁸, knüpfte zunächst methodisch an die Psych-PV an. Anstelle von globalen und nicht-aufgabenbezogenen Personalanzahlzahlen werden auf differenzierte Bedarfe bezogene Leistungen für chronisch psychisch und suchtkranke Personen und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen beschrieben, die zum Ziel haben, daß diese Personen möglichst in ihrem selbst gewählten Lebensumfeld integriert ihre Krankheit und deren Folgeprobleme bewältigen können.²²⁹

Es ist an dieser Stelle zu prüfen, ob die von der Personalbemessungs-Kommission entwickelten Manuale und Planungsbögen geeignet sind, den Auftrag einer Versorgungsbeurteilung für den ambulanten oder komplementären Bereich, für den sie entwickelt wurden, zu erfüllen. Zugleich soll ein Eindruck darüber gewonnen werden, ob sie geeignet sind, darüber hinaus auch in anderen Versorgungssystemen angewendet werden zu können.

Nach den vorliegenden Unterlagen - Stand März 1998 - hat die Personalbemessungs-Kommission im Rahmen ihrer rund fünfjährigen Tätigkeit ein sehr umfangreiches Erhebungs- und Bewertungsinstrumentarium entwickelt. Die in den "Psychosozialen Arbeitshilfen 11"²³⁰ vorgestellten Manuale und Planungsbögen erstrecken sich zusammen auf einen Umfang von mehr als 20 Seiten. Auf jeder dieser Seiten werden sehr detaillierte Angaben verlangt, teils in standardisierter Form, durch Ankreuzen oder Eingabe von Zifferncodes; teils in nicht-standardisierter Form, durch die Eingabe freier Texte; teils in halb-standardisierter Form, die eine Kombination beider vorgenannter Verfahren beinhaltet. Die Manuale und Planungsbögen sind in folgende Bereiche untergliedert:

228 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9

229 vgl. ebenda

230 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

	Bezeichnung der Bögen und Manuale	Seiten
A	Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan	4
B	Bogen zur Beschreibung der gegenwärtigen und/oder der angestrebten	1
C	Bögen zur Beschreibung und Darstellung der Tages- und Wochengestal-	3
D ₁	Anamnesebogen - Leitfaden zur Erhebung der sozialen Situation und der	4
D ₂	Eingetretene Veränderungen in den vergangenen 3/6 /12 Monaten	1
E	Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen.	? ²³¹
F	Manual Hilfearten und -ausprägungen	? ²³²
G	Bogen zur Personalbemessung	1
H	Bogen zur klientenbezogenen Leistungsdokumentation	1
I ₁	Bogen zur Klientenzufriedenheit	1
I ₂	Bogen zur Lebensqualität	1
I ₃	Bogen zur Charakterisierung des psychiatrischen Hilfesystems für den	1

Um einen etwaigen Eindruck zur **Datenquantität** zu vermitteln, sei darauf verwiesen, daß beispielsweise im vierseitigen Vordruck *A - Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan* - insgesamt 170 Einzelangaben möglich sind; bei Fragebogen *B* sind es 18 Einzelangaben; beim vierseitigen Anamnesebogen *D₁* sind es 63; bei *D₂* sind es 30 Angaben und beim *Bogen zur klientenbezogenen Leistungsdokumentation (H)* werden in einer Zeile 13 Einzelangaben verlangt, wobei der Vordruck aus 28 Zeilen besteht. Wird ein unterer Durchschnittswert zugrunde gelegt, so ist davon auszugehen, daß pro Vordruck etwa 50 Einzelangaben möglich sind; dies bedeutet bei den vorgestellten zehn Manualen bzw. Planungsbögen *A* bis *I* die Eingabe von insgesamt 500 Einzeldaten.²³³

231 Entsprechender Vordruck hat dem Verfasser nicht vorgelegen.

232 Entsprechender Vordruck hat dem Verfasser nicht vorgelegen.

233 In Wirklichkeit dürfte die Anzahl der möglichen Einzeldaten weit oberhalb von 500 liegen und sich bei exakter Auszählung der Zahl 1000 annähern.

Angesichts dieser überaus großen Datenmenge, die mit den vorgestellten Manua-
len und Planungsbögen akkumuliert werden soll, stellt sich die Frage der prakti-
schen Handhabbarkeit des Instrumentariums. Dieser Aspekt ist jedoch von der
Personalbemessungs-Kommission berücksichtigt worden: Von Dezember 1993
bis Februar 1994 wurde das Erhebungsinstrumentarium (Bearbeitungsstand:
Dezember 1993) einem umfassenden Pretest unterzogen.²³⁴ Auf diese Weise
wurden Erkenntnisse aufgrund eines Untersuchungsrücklaufs von 557 Bögen
gewonnen. Die Autoren BRILL/FABIAN verschweigen an dieser Stelle jedoch die
Angabe zur Anzahl der ausgegebenen Fragebögen.²³⁵ Die eingegangenen Rück-
meldungen beinhalteten größtenteils positive Bewertungen, abgesehen von weni-
gen kritischen Stimmen, die die Manuale als "viel zu kompliziert und zeitaufwen-
dig" oder "zu zeitintensiv" klassifizierten,²³⁶ bis hin zu punktuell unterbreiteten
konstruktiven Verbesserungsvorschlägen. Die Personalbemessungs-Kommission
gelangte aufgrund dieses Pretests zu der Einschätzung, daß die entwickelten
Bögen von ihrem Ansatz her "ein praktikables und zuverlässiges Verfahren bein-
halten, um a) den Hilfebedarf von Klienten zu ermitteln und b) die Art der im Ein-
zelfall notwendigen Hilfen festzulegen".²³⁷ Einige Vordrucke wurden jedoch an-
schließend überarbeitet; der seinerzeitige "Verordnungsbogen",²³⁸ der sich in der
ursprünglichen Form als nicht praktikabel erwiesen hatte, wurde grundlegend
überarbeitet.²³⁹

Auch CROME führt aus, daß die Rückmeldungen über das Erhebungsinstrumen-
tarium seitens der betreuenden und verschreibenden Mitarbeiter überwiegend von
positiver Akzeptanz zeugten. "Vor allen Dingen der Übersichtsbogen wurde als
gute Strukturierungshilfe bei der Planung der Rehabilitation - auch gemeinsam mit
dem Klienten - angesehen. Die Kritik war dementsprechend konstruktiv und teil-
weise sehr detailliert, d.h., es wurden Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Glie-
derung, Anleitung oder inhaltlicher Ausformulierung der Kategorien vorgetra-
gen ...".²⁴⁰

234 vgl. KOMMISSION ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KOMPLEMENTÄREN BEREICH 1993; vgl. BRILL/FABIAN 1995, Seite 239 ff

235 vgl. BRILL/FABIAN 1995, Seite 239 ff

236 vgl. BRILL/FABIAN 1995, Seite 240 f

237 vgl. BRILL/FABIAN 1995, Seite 242

238 vgl. KOMMISSION ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KOMPLEMENTÄREN BEREICH 1993, Seite 23 ff

239 vgl. KOMMISSION ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KOMPLEMENTÄREN BEREICH 1996

240 vgl. CROME 1995, Seite 113

Zu **qualitativen** Aspekten der Manuale und Planungsbögen:

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist eine fundierte und abschließende Qualitätseinschätzung der von der Personalbemessungs-Kommission entwickelten Manuale und Planungsbögen nicht möglich, gleichwohl soll hier beispielhaft auf einige Auffälligkeiten eingegangen werden:

1. Der Vordruck *A - Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan* - verlangt auf Seite 1 u.a. die Angabe der "letzten Diagnosen", sowohl nach ICD-9 als auch nach ICD-10. Neben dem ICD-Code wird jeweils die Bezeichnung in Textform verlangt. Erläuternde Hinweise zur Notwendigkeit dieser Datenerhebung ergeben sich aus den Anleitungen zu den Vordrucken nicht.²⁴¹ - Zu fragen ist an dieser Stelle, ob die in dieser Form vorgesehene Ermittlung früherer Krankheitsdiagnosen (der ICD-9 stammt aus dem Jahre 1975²⁴²) wesentlichen Einfluß auf die Erstellung eines zukünftigen "integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplanes" von hilfebedürftigen Betroffenen haben kann bzw. haben soll. Nach den Ausführungen unter Punkt 2.2 zum biologisch determinierten medizinischen Krankheitsbegriff, der - wie dargelegt - ebenso

241 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 88 f

242 Die 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD = International Classification of Diseases) wurde im Jahre 1975 von der internationalen WHO-Konferenz in Genf verabschiedet. Die Bundesrepublik führte erst 1979 diese Fassung ein. vgl. DEGWITZ/HELMCHEN/KOCKOTT/MOMBOUR 1979, Seite X; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J.

Aus der Kritik vieler Psychiater aus den Vereinigten Staaten an der ICD-9 entwickelte sich eine vor allem für den Bereich der USA gedachte neue Diagnosenklassifikation, die zwar noch die Kodierungsnummern der ICD-9 beibehielt, sich inhaltlich aber weit von der ICD entfernte: ein Diagnostisches und Statistisches Manual, das DSM-III (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen). Man distanzierte sich in dieser Klassifikation von unsicheren ätiologischen Annahmen und der bisherigen typologischen Beschreibung und versuchte Krankheitsbilder, die jetzt Störungen genannt wurden, operationalisiert, das heißt mittels einer Reihe beschreibender Merkmale zu charakterisieren. Dabei wurde vor allem die bisherigen Unterscheidung in psychotische und neurotische Störungen aufgegeben. Dieser Weg wurde in der Revision des DSM-III weiterverfolgt; seit 1987 gibt es das DSM-III-R, das nicht nur in den USA, sondern in vielen anderen Ländern vor allem für wissenschaftliche Studien verwendet wird. Diese Entwicklung der nationalen Klassifikation in den USA brachte die Weltgesundheitsorganisation in einen beträchtlichen Zugzwang. So beschloß man ebenfalls ein operationalisiertes System von Störungen entsprechend dem DSM-III-R zu erarbeiten. Ergebnis ist die ICD-10, Kapitel V (F), die erwartungsgemäß große Ähnlichkeit mit der DSM-III-R aufweist und zumindest in wesentlichen Teilen mit dem Entwurf des zukünftigen DSM-IV abgestimmt ist. vgl. KOEHLER 1984; vgl. SCHNEIDER/FREYBERGER/MUHS/SCHÜßLER 1993, Seite 18

Etwa aus den gleichen Beweggründen gab die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1980 erstmals die ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) - "Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" heraus. Währenddessen die ICD Gesundheitsstörungen als Einheiten gleicher Ätiologie, Pathogenese und Manifestation zu erfassen sucht, sprengt die ICIDH diesen engen, kausal orientierten konzeptionellen Rahmen. Als Entwurf einer Zusatzklassifikation zur ICD beschreibt sie die Manifestation einer Krankheit im Rahmen eines dreidimensionalen, final orientierten Konzepts - als Manifestation einer Gesundheitsstörung: 1. auf der Ebene der Störung der biologischen und/oder psychischen Struktur und Funktion als "Impairment" ("Schädigung" oder "Schadensmuster"), 2. auf der Ebene der Störung der Fähigkeiten der betroffenen Person zur Ausführung zweckgerichteter Handlungen als "Disability" ("Fähigkeitsstörung") und 3. auf der Ebene der Störung der sozialen Stellung oder Rolle der betroffenen Person und ihrer Fähigkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben als "Handicap" ("soziale Beeinträchtigung" oder "Integrationsstörung"). vgl. MATTHESIUS 1995, Seite 1, 5

In der Praxis konkurrieren den angelsächsischen Ländern gegenwärtig im wesentlichen die beiden Klassifikationssysteme, die ICD-9 und das DSM III miteinander. In Frankreich existiert eine wesentlich detaillierter Unterscheidung einzelner diagnostischer Befunde. - DUNCKER/KULHANECK haben 1982 den Versuch unternommen, diese Differenziertheit in die Bundesrepublik zu übertragen. vgl. DUNCKER/ KULHANECK 1982

Unerwähnt soll in diesem Kontext nicht das AMDP-System bleiben, einem Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, das seit 1965 von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - (AMDP) herausgegeben wird. vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1981

Grundlage der ICD-Nomenklatur der Weltgesundheitsorganisation ist, sei die Frage gestellt, ob die Personalbemessungs-Kommission anhand dieses Indizes nicht zu deutlich ihr medizinisches Verständnis in den Vordergrund bringt und damit gleichzeitig ihren Anspruch der Personenzentriertheit konkurrenziert.

Die Personalbemessungs-Kommission bezieht sich nur auf das medizinisch determinierte ICD-Modell (Version 9 bzw. 10), ohne auf das ebenfalls vorliegende Manual ICIDH einzugehen. Dieses Manual der *Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen* wurde 1980 von der WHO als Klassifikationsinstrument zur Erfassung der Folgeerscheinungen von Krankheit und deren Auswirkungen auf das Leben der Menschen entwickelt und herausgegeben. Die Personalbemessungs-Kommission distanziert sich in ihrer Anleitung zur Erarbeitung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms²⁴³ von der Anwendung dieses ICIDH, indem sie ausführt, daß die Begriffe der Fähigkeitsstörungen ausschließlich auf den personalen Ebenen und die Begriffe der Beeinträchtigungen ausschließlich auf der Ebene der sozialen Situation nicht kompatibel seien mit den von ihnen entwickelten Abstufungen und Beschreibungen. Im Sinne einer Vergleichbarkeitsorientierung solcher Manuale ist diese Differenzierung in Frage zu stellen.²⁴⁴

2. Ein Blick auf das codierte Schlüsselverzeichnis über Einrichtungen und Dienste, das am Ende des Vordruckes A aufgelistet ist, stellt die stationären Einrichtungen an den Anfang (die ersten fünf Positionen sind Kliniken), während die nichtklinischen, ambulanten Dienste und sonstigen sozialen Hilfen sehr weit darunter rangieren. Auch hier werden entsprechende erläuternde Hinweise durch die Personalbemessungs-Kommission nicht gegeben;²⁴⁵ es ist jedoch davon auszugehen, daß es sich bei dem Schlüsselverzeichnis eher um eine zufällige Auflistung, jedoch um keine Prioritätenliste handelt.
3. Der Vordruck *I₁ - Bogen zur Klientenzufriedenheit* - erfragt die subjektive Bewertung des Klienten/der Klientin mit den erbrachten Hilfen und der Art

243 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 89

244 vgl. MATTHESIUS 1995, Seite 213 ff

245 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 88 f

der Erbringung der Hilfen und ist vom Klienten/von der Klientin selbst auszufüllen. Vorgesehen ist ein Ankreuzverfahren auf einer fünfgliedrigen Spalten-Skala von "unzufrieden" bis "zufrieden" und der Antwortmöglichkeit "Frage trifft nicht zu". Die letzte Frage auf diesem Vordruck lautet: "Welche Dienste und Einrichtungen würden Sie auch anderen Menschen empfehlen?" - Hier kann bei kritischer Würdigung der Eindruck entstehen, daß die Personalbemessungs-Kommission ihren personenzentrierten Anspruch insoweit vernachlässigt, als sie sich bei dieser Frage auf "Dienste" und "Einrichtungen" stützt. Konsequenter - und damit weniger institutionsbezogen - müßte die Frage lauten: "Welche Formen der Hilfen, die Ihnen angeboten wurden bzw. die Sie in Anspruch genommen haben, würden Sie auch anderen Menschen empfehlen?"

4. Der Vordruck I_2 - *Bogen zur Lebensqualität* - , der ebenfalls vom Klienten/von der Klientin auszufüllen ist, enthält analog zum Vordruck I_1 das gleiche fünfgliedrige Spalten-Antwortraster. Auffällig ist, daß dieses Raster bei der Frage nach der Zufriedenheit der Freizeitgestaltung die zusätzliche Antwortmöglichkeit "Frage trifft nicht zu" nicht vorsieht. Eine Detailerklärung hierfür liefert die Personalbemessungs-Kommission nicht. Die Frage enthält eine zweiteilige Zeilen-Untergliederung: a) Wie zufrieden sind Sie mit dem Vergnügen, das Sie an Freizeitaktivitäten zu Hause haben? b) Wie zufrieden sind Sie mit dem Vergnügen, das sie an Freizeitaktivitäten außerhalb Ihres Heims haben? - Die nicht vorhandene Ankreuzmöglichkeit "Frage trifft nicht zu" assoziiert, daß der Hilfebedürftige entweder ein Zuhause hat oder im Heim wohnt. Das Insistieren ausschließlich auf diese beiden Möglichkeiten beinhaltet eine sachlich nicht erklärbare Reduzierung der Befragten, die zudem suggeriert, daß alle Befragten entweder ein Zuhause haben, in dem Freizeitaktivitäten Vergnügen bereiten können, oder in einem Heim untergebracht sind, wo Freizeitaktivitäten offenbar nur außerhalb Vergnügen bereiten können. Diese Vorgaben der Personalbemessungs-Kommission zeugen entweder von mangelnder Praxisnähe oder einer ungenügend konzipierten Frageformulierung.

Erläuterungsbedürftig bei diesem Vordruck bleibt auch die dreigliedrige Frage nach der Gesundheit: "Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit, allgemein?" - "Wie zufrieden sind Sie mit ihrer seelischen Gesundheit?" - "Wie zufrieden sind Sie mit der Häufigkeit Ihrer Arzttermine?" - Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb den ersten beiden Fragen die Erkundigung nach

der Häufigkeit der Arzttermine hinzugefügt wurde. Hier ist einerseits die Definition des gesundheitlichen Wohlbefindens zu pauschal geraten, andererseits durch die Reduzierung ausschließlich auf "Arzttermine" zu undifferenziert erfolgt. Insgesamt muß die dreigliedrige Fragenkombination nach dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Befragten deshalb als unzulänglich eingestuft werden.

5. Die Personalbemessungs-Kommission bedient sich durchgängig durch alle Manuale und Planungsbögen einer Sprachbegrifflichkeit, die wesentlich mehr dem klinisch-stationären Bereich zugewandt ist, denn dem betroffenen Hilfebedürftigen. Vielfältig wird der Begriff "Klient/Klientin" (lat. = Auftraggeber, Höriger, Schutzbefehlener) angewandt, in Kombination mit dem Terminus "Patient". Begriffe wie "Person mit speziellem Stützungsbedarf" oder "hilfebedürftige Person" werden nicht verwendet. Auf diese Weise legt die Personalbemessungs-Kommission erneut - wie unter 1. dargelegt - Zeugnis über ihr medizinisch determiniertes Verständnis ab und wird damit ihrem eigenen Anspruch der Personenzentriertheit nicht gerecht.
6. Durchgängig fällt in den gesamten Manualen und Planungsbögen eine sehr starke Ausrichtung auf die Verwendung von Sprache und in der Regel elaborierter Sprache auf. D.h.: geistig weniger leistungsfähige Menschen sind kaum in der Lage, die über sie gesammelten Informationen zu verstehen bzw. angemessen zu antworten. Darüber hinaus sind andere Möglichkeiten der Auskunft, insbesondere der Selbstauskunft der betroffenen Personen nicht erkennbar. Es wäre zum Beispiel eine Verwendung von sogenannten Emoticons (= Bildern, die emotionale Zustände ausdrücken wie Freundlichkeit, Freude mit hochgezogenen Mundwinkeln, unbestimmte Gefühlsstimmungen mit geradem Mund und ablehnende, traurige Gefühlsstimmung mit nach unten gezogenen Mundwinkeln o.ä.) denkbar.

Manuale und Planungsbögen sind insgesamt von einem immer noch zu deutlich hervortretenden klinisch-medizinischen Verständnis geprägt. Anders als bei dem von der Personalbemessungs-Kommission zugrundegelegten theoretischen Ansatz der personenzentrierten Hilfen findet - unbemerkt und weil es der gewohnten Vorgehensweise vor allem der an der Kommission beteiligten klinischen Mediziner entsprechen dürfte - die aus sicherer Distanz vorgenommene fachliche (instru-

mentalisierte) Betrachtung des Subjekts "hilfebedürftige psychisch kranke Person mit ICD-Diagnose" im Sinne eines zur Kategorienbildung bereiten "Schubladen-denkens" alter bzw. bisheriger Prägung statt. Der "Klient" wird damit der wähen-den Gefahr einer Metamorphose ausgesetzt, die ihn vom Subjekt zum Objekt der Betrachtungen und Beurteilungen werden läßt. Hieran ändert auch der Vordruck *I - Bogen zur Klientenzufriedenheit und Lebensqualität* - recht wenig. Es wird gleichwohl wieder "über" Personen gehandelt anstelle "mit ihnen" zu verhandeln.

Darüber hinaus ist das Erhebungsinstrumentarium mit einem entscheidenden grundlegenden zusätzlichen Mangel behaftet: Es richtet sich auf die Erfassung naturgemäß dynamischer Phänomene, die zum Zeitpunkt der vordruckmäßigen Fixierung auf statische Daten reduziert werden und diesen Zusand - unter ungün-stigen Bedingungen - noch über Jahre im Kontext einer ordentlich geführten psychiatrischen Betreuungsakte beibehalten, mit allen nur erdenklich damit einher-gehenden, in der Regel negativen Konsequenzen (Etikettierung, Beschneidung des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung etc.), in erster Linie für die Datengeber. Auch MAß merkt hierzu kritisch an: "Sicherlich ist für den Ansatz der Therapie wichtig, wie der Kranke seine Situation und seine Umwelt sieht; jedoch sind diese in den seltensten Fällen objektiv. Werden diese aber anderen zugäng-lich gemacht, führen sie zu völlig falschen Schlußfolgerungen."²⁴⁶ Dies ist sicher-lich kein gewünschter (aber dennoch unvermeidbarer) Effekt, der mit den Im-plikationen des personenzentrierten Ansatzes konform geht und der Individualität und Persönlichkeit der jeweils Betroffenen gerecht wird. Hier ist ein anderer, ein wesentlich personenzentrierter Wahrnehmungsansatz angebracht, den beispiels-weise SCHERNUS unlängst in zwölf Leitsätzen dargelegt hat:

- "Ein psychisch kranker Mensch braucht Umwege, die scheinbar zunächst weg vom Ziel führen. Ein solcher Umweg kann z.B. in einer jahrelangen Verweigerung von Arbeit, Kontak-ten und anderem bestehen. Es ist fatal, solche Zwischenstufen als Status zu interpretieren und Kostenträgern damit Gelegenheit zur Einschränkung der Hilfen zu geben.
- Wenn man Umwege als Status interpretiert, erzeugt man chronisch kranke Menschen.
- Hilfebedarf ist nicht mit zielorientiertem Trainingsbedarf gleichzusetzen. Gerade der bewuß-te Verzicht auf von außen definierte Erfolge trägt häufig erst dazu bei, schlummernden Selbsthilfekräften die Möglichkeit zur Entfaltung zu geben.
- Für viele psychisch kranke Menschen ist die Festlegung eines Zeitrahmens, innerhalb dessen sie gefälligst Fortschritte zu zeigen haben, völlig kontraindiziert. Er verhindert Entwicklung, da Entwicklung nur mit dem je eigenen Entwicklungstempo stattfinden kann.

- Die Trennung von subjektiv empfundenen und objektiv feststellbaren Fortschritten ist völlig lebensfremd. Beides steht in einem ständigen Wechselprozeß miteinander.
- Gerade die psychisch kranken Menschen, die am meisten Hilfe brauchen, verfügen nicht über Konsumentensouveränität. Als Mitarbeiter habe ich ihnen nachzugehen, auch wenn ich lange Zeit keine 'Leistungspakete' bei ihnen landen lassen kann.
- Sprechen und Handeln psychisch kranker Menschen müssen aus ihrem lebensgeschichtlichen und situativen Kontext heraus interpretiert werden. Dies erfordert die Bereitschaft zu einer Aufmerksamkeit für das, was hinter Worten und Handlungen steht. Hier folgt nichts einem einfachen Ja oder Nein-Muster.
- Damit psychisch kranke Menschen Nähe zu besonders wichtigen Freunden und Verwandten leben können, ist ihnen Zeit und Raum für das Experimentieren mit erträglicher Nähe und notwendigem Abstand zu ermöglichen.
- Schnelles, direktes, zugreifendes Helferhandeln bewirkt (nicht immer, aber) häufig das Gegenteil des Intendierten.
- Langsamkeit, das Wartenkönnen auf den rechten Moment und indirektes 'drumherum' Reden und 'drumherum' Handeln muß weiterhin zum Handwerkszeug von psychiatrisch tätigen Mitarbeitern gehören.
- Alles dies gilt für alle Menschen, und eben darum besonders auch für psychisch kranke Menschen.
- Wenn man in der psychiatrischen Arbeit beherzigt, was allen Menschen gut tut, ist man m. E. nahe an der Antwort auf die Frage: Qualität, was ist das?"²⁴⁷

Ansätze zur Vermeidung dieser zuvor beschriebenen, aus ordentlich geführten Betreuungsakten herrührender Negativeffekte, werden von der Personalbemessungs-Kommission lediglich in Form der Vordrucke D_2 - *Eingetretene Veränderungen in den vergangenen 3/6/12 Monaten* - und I_3 - *Bogen zur Charakterisierung des psychiatrischen Hilfesystems für den Hilfebedarf des Klienten im Planungszeitraum (3/6/12 Monate)* - angeboten, Maßnahmen, die gerade in mehreren Jahren des übergangsmäßigen Umbruches eines institutionszentrierten Systems zu personenbezogenen Hilfen, zu dürftig sind, um die Gefahren, die durch allzu gründlich betriebene Datenakkumulation in den Betreuungsakten entstehen würden, wirkungsvoll abzuwehren.

Gesamtbeurteilung der Manuale und Planungsbögen

Die hier nur ansatz- bzw. auszugsweise vorgetragenen kritischen Anmerkungen zu den Manualen und Planungsbögen der Personalbemessungs-Kommission lassen bereits Zweifel darüber entstehen, daß es sich aus quantitativen und qua-

litativen Erwägungen um ein Instrumentarium handelt, das für die praktische Anwendung über einen hohen Tauglichkeitsgrad verfügt. Hierüber können sowohl der durchgeführte Pretest als auch andere inzwischen dokumentierte Rückmeldungen, die von einer Akzeptanz zeugen²⁴⁸ nicht hinwegtäuschen. Bezüglich des Pretests wurde bereits die fehlende Angabe der ausgesandten Testbögen kritisch angemerkt. Insoweit bestehen keine Hinweise auf die in das Testverfahren einbezogenen Stellen, die möglicherweise aus Gründen der Nichthandhabbarkeit der Manuale und Planungsbögen von einer Rücksendung bzw. Rückmeldung abgesehen haben. Hinsichtlich der vorliegenden Akzeptanzmeldungen ist zu bemerken, daß einige Mitglieder der Personalbemessungs-Kommission selbst die Information publizieren, daß einige Wohlfahrtsverbände und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in einer gemeinsamen Erklärung den personenzentrierten Ansatz unterstützt und die Nutzung des *"Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans"* (Vordruck A) "empfohlen" haben.²⁴⁹ Weitergehend ist allerdings die Erklärung des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. von 1996, die darauf abstellt, daß Erfahrungen aus der Erprobung des Verfahrens zeigen, daß auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt - unter den Bedingungen eines weitgehend institutionszentrierten Hilfesystems - die konsequente Erarbeitung und Durchführung eines *Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes* - und nur hierauf bezieht sich die Aussage - eine wesentliche Verbesserung der Versorgungsqualität bewirke.²⁵⁰

Bei der Diskussion der Arbeitsergebnisse der Personalbemessungs-Kommission wird man unschwer darum herumkommen, diese differenziert nach theoretischem Ansatz (Personenzentriertheit) und praxistauglichen Hilfsmitteln zur Umsetzung (Manuale und Planungsbögen) zu bewerten. Wie bereits an anderer Stelle zum Ausdruck gebracht, handelt es sich bei dem theoretischen Konzept der Personalbemessungs-Kommission um fundiert und differenziert vorgetragene Ansätze zur Neuorientierung und Neugestaltung psychosozialer Hilfen, deren konzeptionelle und organisatorische Neuordnungsvorschläge sich allerdings im wesentlichen auf den sozialpsychiatrischen und rehabilitativen Bereich seelisch Behinderter beschränken. Die Kommission hat zur Kennzeichnung integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme den Begriff der "Komplexleistungsprogramme" einge-

248 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 8;
vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 D, Seite 20

249 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 8

250 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 D, Seite 20

führt und zu deren Umsetzung im gegliederten System der sozialen Sicherung eine Reihe pragmatischer Novellierungsempfehlungen zu bestehenden Sozialgesetzen unterbreitet.²⁵¹ Damit geht sie - nahezu zeitgleich - in ihrem Anspruchsdenken und Forderungskatalog über den Rahmen dessen hinaus, was das Forschungsprojekt "Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter Familienentlastender Dienste (FED)" zur "rechtlichen Absicherung"²⁵² dokumentiert hat. Ob allerdings bereits aus diesem Grunde größere Realisierungsmöglichkeiten für die personenzentrierten Vorschläge der Personalbemessungs-Kommission gegenüber der Etablierung Familienentlastender Dienste zu sehen sind, muß nicht zuletzt wegen der dargelegten Schwächen bezüglich der Manuale und Planungsbögen der Personalbemessungs-Kommission bezweifelt werden. Auf den Seiten 77 bis 79 ihrer aktuellen Publikation²⁵³ befaßt sich die Personalbemessungs-Kommission selbst mit "Umsetzungsproblemen im Übergang" zur praktischen Realisierung ihres theoretischen Konzeptes.

Die von der Personalbemessungs-Kommission unterbreiteten **Vorschläge zur Umsetzung** richten sich an

- a) die Leistungsempfänger
- b) die Leistungserbringer und
- c) die Leistungsträger sowie
- d) die Kommunal-, die Landes- und Bundespolitik.

Bei den **Leistungserbringern**, d.h. den psychisch kranken Menschen, wird darauf abgestellt, daß diese durch Anträge, Beschwerden, Eingaben an Petitionsausschüsse o.ä. bis letztlich zu Klagen vor den Sozialgerichten beträchtlichen Handlungsdruck auf die übrigen Beteiligten ausüben sollen. Darüber hinaus wird vom einzelnen psychisch kranken Menschen und seinen Angehörigen oder nahen Bezugspersonen, den gesetzlichen Betreuern, "Patientenbeauftragten" und "Bürgerhelfern", aber auch von Selbsthilfegruppen und -organisationen gefordert, sich entsprechend zu engagieren und sich als "Verstärker von Betroffenen-Meinungen" zu verstehen. "Wesentlichen Anteil an der Entwicklung der Psychiatriereform hatten und haben die sozialpsychiatrisch organisierten Fachkräfte aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen durch Engagement in verschiedenen Feldern - in

251 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 63 ff

252 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80), Seite 216 ff

253 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

den Einrichtungen selbst, in der einrichtungsübergreifenden Kooperation (z.B. PSAG) sowie in Fachverbänden durch die Beteiligung an sozialpsychiatrischer Fortbildung und Forschung, in Fachkommissionen, durch Kontakte zu Verwaltungen und Politikern, zu den Medien."²⁵⁴

Von den **Einrichtungsträgern** erwartet die Kommission zukünftig eine verbindliche Zusammenarbeit im Rahmen des "Gemeindepsychiatrischen Verbundes". Anreize für "integrationsunwillige Leistungsanbieter" sollen die Wohlfahrtsverbände, der Beirat, die Kommunen in ihrer Koordinationsfunktion, die Leistungsträger über Versorgungsverträge und Budgetverhandlungen, und nicht zuletzt die Medien geben. Für den einzelnen verantwortlichen Geschäftsführer eines Sozialversicherungsträgers soll der Anreiz zur Mitwirkung am Aufbau integrierter Hilfesysteme nur aus der Erkenntnis kommen, daß dies der einzige Weg sei, Versorgungsqualität zu verbessern und die Kostenentwicklung wirksam zu steuern.²⁵⁵

Die Personalbemessungs-Kommission schlägt vor, die sachlichen Zuständigkeiten für stationäre, teilstationäre und ambulante Maßnahmen der Eingliederungshilfe auf den **überörtlichen Sozialhilfeträger** zusammenzufassen.

Den **Kommunen** soll nach der Kommission vor allem die aktive Koordination des Hilfesystems obliegen. Die **Landesregierung** soll über die Landespsychiatriegesetzgebung, Landespsychiatrieplanung und die Koordination der Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse auf Landesebene umfassende, in der Regel bisher nicht ausreichend genutzte Handlungsmöglichkeiten ergreifen. Dem **Bund** obliegt es, vor allem präzise Ausformulierungen der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen bei der Festschreibung und Abgrenzung der Leistungsansprüche und der Verpflichtung zur bedarfsgerechten Leistungserbringung vorzunehmen.

Die Kommission spricht sich ausdrücklich dafür aus, daß sich **marktwirtschaftliche Elemente** auch im psychiatrischen Hilfesystem leistungsverbessernd auswirken können, "allerdings nur, wenn sie in eine übergreifende bedarfsbezogene Steuerung eingebunden sind und wenn die Leistungsansprüche des einzelnen Bürgers wirksam abgesichert sind."²⁵⁶

254 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 77 f

255 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 78

256 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 79

Als konkrete Schritte für eine stufenweise Umsetzung schlägt die Personalbemessungs-Kommission evaluativ zu begleitende **Modellprojekte** vor. "Für eine derartige Begleitung in einer Region ist die aktive Mitwirkung der Kommunen und des Landes, der Leistungsträger und der Leistungserbringer, die Finanzierung der Begleitforschung (vorrangig durch die Bundesregierung, unterstützt durch das Land und die Leistungsträger) erforderlich."²⁵⁷

Beurteilung der Umsetzungsvorschläge

Die Vorschläge der Personalbemessungs-Kommission zur praktischen Realisierung ihrer innovativen Ansätzen erschöpfen sich in globalen Anregungen, unverbindlichen Andeutungen (marktwirtschaftliche Elemente) und weisen nicht zuletzt den Selbsthilfepotentialen der Betroffenen eine unangemessene Verantwortung am Gelingen des Innovationsprozesses zu. Letztlich soll alles aber nur dann funktionieren können, wenn wiederum neue Modellprojekte des Bundes etabliert werden. Der Rückgriff auf die Koordinationsverantwortung der Kommunen, die bisher nicht ausreichend genutzten Handlungsmöglichkeiten der Landesgesetzgebung und die Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen einer PSAG beinhalten nichts Neues; sie sind vor nahezu einem Vierteljahrhundert bereits von der Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête in ähnlicher Weise formuliert worden. Die Erwartung, daß sich aus dem Nichts der vielbeschworene Sozialpsychiatrische Verbund auf den regionalen Ebenen bilden könnte, um gewissermaßen "die Dinge in die Hand zu nehmen", ist illusorisch, es sei denn, daß den Beteiligten an diesem Verbund deutlich stärkere und neue Anreize geboten würden und daß diesem Gremium stärkere Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse zuteil würden, als ihm in der bisherigen Diskussion zugestanden werden.

Mag sein, daß die von der Personalbemessungs-Kommission vorgeschlagenen neuen Modellprojekte notwendige "Umsetzungshilfen" leisten könnten; es darf jedoch nicht verkannt werden, daß die Modellförderungen, in diesem Falle durch den Bund, stets zeitlich befristet sind. Die Personalbemessungs-Kommission schweigt sich - wie im übrigen die Psychiatrie-Enquête - über Möglichkeiten der Anschlußfinanzierung aus, ebenso wie sie keine Hinweise darauf gibt, in welcher Weise und mit welchen Anreizen die möglicherweise durch die Modellprojekte geförderten innovativen Prozesse auf den regionalen Ebenen danach erhalten und ausgebaut werden könnten. Die Personalbemessungs-Kommission verkennt auch,

daß modellgeförderte Projekte nur punktuell in relativ wenigen Regionen durchgeführt werden können und richtet ihr Augenmerk von den Regionen ab - und das betrifft die Mehrzahl der Kommunen in der Bundesrepublik -, die faktisch ohne Modellförderung auszukommen hätten. Auf diese Weise würde dem Effekt eines - ohnehin bestehenden - regionalen Versorgungsgefälles Vorschub geleistet.

Die Anregungen zur Umsetzung der Innovationen mangeln schließlich an entscheidenden pragmatischen Hinweisen zur Einführung der von ihr entwickelten umfassenden Manuale und Planungsbögen. Es werden keine Vorstellungen darüber unterbreitet, auf welche Weise die Einführung des Instrumentariums - auch in nicht-modellgeförderten Regionen - gelingen soll; es werden keine Anhaltswerte dazu unterbreitet, mit welchem zusätzlichen Personalaufwand, in welcher Weise und mit welchen späteren Auswirkungen hier zu rechnen ist. Es wird auch kein Vorschlag dazu unterbreitet, auf welchem Wege die Manuale und Planungsbögen verbindlichen Charakter erlangen könnten, beispielsweise im Rahmen einer bundesweiten Verordnung, analog zur Psych-PV.

LUBECKI, Referatsleiter Berufsplanung des AOK-Bundesverbandes Bonn, führte hierzu u.a. aus: "Ebenso wie in der Psych-PV ist eine Konzeption für ein gestuftes Vorgehen bei der Einführung neuer Strukturen, Einrichtungen und Leistungen erforderlich." Hierzu sei es notwendig, die Beteiligten rechtzeitig zu informieren und sie vor allem zur Umsetzung der neuen Konzeptionen, Bemessungszahlen und Vorschriften zu motivieren. "Deshalb", so forderte er schon 1994, "sind bereits im Vorfeld ... die Beteiligten oder mögliche Beteiligte entsprechend ihres Versorgungsauftrages einzubeziehen." Nach Auffassung der AOK sei mit der Ermittlung von Personalbemessungskriterien für die komplementäre Versorgung psychisch kranker Menschen ein Dokumentationssystem als Grundlage für eine Qualitätssicherung und für Effizienzanalysen einzuführen, das zumindest in wesentlichen Teilen mit anderen Dokumentationen in der ambulanten und stationären Versorgung kompatibel sei, z.B. mit dem einrichtungsbezogenen Manual (EBM) und der Dokumentation der Psych-PV oder der Basisdokumentation für die psychosomatische Versorgung.²⁵⁸

STAHLKOPF, Mitglied einer Arbeitsgruppe der Personalbemessungs-Kommission, führte zur organisatorischen Umsetzung der Kommissionsergebnisse 1994 auf

258 vgl. LUBECKI 1995, Seite 176

einer Tagung in Bonn aus: "Eine einzelfallbezogene Verordnung, Koordination und Steuerung eines regional integrierten Komplexleistungsprogrammes setzt die Anerkennung dieser Funktion und den Auftrag der Finanzierungsträger voraus! Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür finden sich im § 5 Abs. 3 Rehabilitationsangleichungsgesetz und im § 46 Bundessozialhilfegesetz, die eine Erstellung eines Gesamtplanes vorsehen, der alle im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur vollständigen und dauerhaften Wiedereingliederung umfassen und sicherstellen soll, daß die Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen. Wie die gemeinsame Verantwortung von Kostenträgern und Leistungserbringern zur Verordnung Koordination und Steuerung klientenzentrierter Hilfen vor Ort geregelt werden wird, hängt von den regional sehr unterschiedlich gewachsenen Strukturen ab. Nicht immer wird hierzu ein neuer zusätzlicher Dienst notwendig sein. Mancherorts können z.B. vorhandene Fall- oder Helferkonferenzen, die Institutsambulanzen oder die Sozialpsychiatrischen Dienste in diese Funktion hineinwachsen. Zur Erfüllung der inhaltlichen Aufgabe ist es notwendig, daß sich alle an der Leistungserbringung beteiligten Einrichtungen und Dienste zu einer verbindlichen Zusammenarbeit unter einer gemeinsamen Steuerungsfunktion, z.B. durch den Abschluß von Kooperationsverträgen, zusammenfinden. Um als Vertragspartner gegenüber den Kostenträgern auftreten zu können, wird die beschriebene Funktion nur in einer rechtsfähigen Form (z.B. als Verein der Vereine) zu erfüllen sein. Dabei ist zusätzlich die leistungsrechtliche Anforderung der ständigen ärztlichen Verantwortung der Gesamtmaßnahme zu beachten."²⁵⁹

Zusammenfassende Beurteilung des Forschungsprojektes der Personalbemessungs-Kommission

Die Personalbemessung-Kommission hat mit ihrer Arbeit wichtige Zeichen für eine dringend erforderliche grundlegende Neuorientierung in der psychosozialen Versorgung hilfebedürftiger Bürger gesetzt. Die theoretischen Ansätze des Forschungsauftrages verdienen es, auch zukünftig entsprechend beachtet und gewürdigt zu werden, und zwar über den Bereich der psychiatrischen Versorgung hinaus. Zu dem Aspekt der systemübergreifenden Übertragbarkeit der Theorieansätze äußert sich die Personalbemessungs-Kommission nicht; dies jedoch war auch nicht ihre Aufgabe, zumal der Projektansatz von vornherein wesentlich enger

gefaßt war.²⁶⁰ Gleichwohl werden in den bisher vorliegenden Publikationen Vorschläge und Anregungen gegeben, deren Gültigkeit und Verwertbarkeit sicherlich nicht nur auf den ambulanten und komplementären Versorgungsbereich psychisch Kranker Anwendung finden können.

Die ansich sinnvolle Arbeit der Personalbemessungs-Kommission erlebt stets dort graduelle Einbrüche, wo es um eher pragmatische Aspekte der Umsetzung und Anwendung erarbeiteter Materialien (Manuale, Planungsbögen) geht. Hier will der Eindruck nicht weichen, daß die Er- und Bearbeitung - möglicherweise unter zeitlichem Sachzwang - "mit der heißen Nadel gestrickt" wurde; das vorliegende Ergebnis jedenfalls ist in dieser Hinsicht mangelhaft. Dies ist bedauerlich, zumal anhand dessen die Realisierungschancen des gesamten Vorhabens gemessen werden müssen.

Angesichts der bisher vorliegenden Veröffentlichungen der Personalbemessungs-Kommission dürfen folgende Prognosen gewagt werden:

1. Die theoretischen Ansätze werden zukünftig sicherlich die Diskussion im Versorgungssystem der psychisch Kranken beleben. Ob begrüßenswerte Übertragungseffekte auf andere Versorgungssysteme (beispielsweise der geistig Behinderten) möglich sind, ist derzeit nicht abzusehen (siehe Punkt 2.3.2).
2. Eine Umsetzung der theoretischen Ansätze in die Versorgungspraxis der Bundesrepublik wird in zweierlei Hinsicht kaum merklich erfolgen: Einerseits dürften die von der Personalbemessungs-Kommission angeregten neuen Modellprojekte des Bundes aus sachlich-fachlichen und politischen, vielmehr jedoch aus finanziellen Erwägungen nicht initiiert werden. Andererseits haben die von der Kommission mit ungenügenden und praxisfernen Anregungen und Vorschlägen versehenen Umsetzungsvorstellungen, einschließlich der Manuale und Planungsbögen, kaum Chancen einer verbreiteten praktischen Umsetzung: Viele Irritationen, Widerstände und Unwägbarkeiten stehen dem Innovationsansinnen entgegen, das immerhin für sich in Anspruch nimmt, das Versorgungssystem grundlegend verändern zu wollen. Eine grundlegende Systemveränderung mit den von der Personalbemessungs-Kommission vorgestellten Mitteln kann jedoch nicht gelingen.

260 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9: "Das vom Bundesgesundheitsministerium 1992 bis 1996 geförderte Forschungsprojekt hatte den Auftrag, Grundlagen zur personalbemessung und die entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im 'ambulanten und komplementären Bereich' zu erarbeiten."

3. Um die Realisierungschancen der Ansätze der Personalbemessungs-Kommission zu begünstigen, sind zweifellos Nachbesserungen vonnöten. Vorstellbar ist die Initiierung von Anschlußprojekten mit dem Auftrag der methodischen Umsetzung, bei denen sich die Beteiligung von Personen empfiehlt, die spätere "Schlüsselfunktionen" in den Regionen auszufüllen haben. - Die Ankündigungen der Personalbemessungs-Kommission, daß das Bundesgesundheitsministerium das Forschungsprojekt "Sozialrechtliche Grundlagen für die Erbringung von ambulanten Komplexleistungsprogrammen" bewilligt habe und daß weitere wissenschaftlich begleitete Umsetzungsprojekte geplant seien,²⁶¹ weist hier in die richtige Richtung.
4. Die mit den Manualen und Bögen erhobenen Datenmengen laufen Gefahr, unerschlossen zu bleiben oder sie müßten mit elektronischer Datenverarbeitung erschließbar gemacht werden. Dies würde für die Einrichtungen eine Einführung elektronischer Datenverarbeitung bedeuten, ohne daß die Kommission hierfür strukturelle, finanzielle oder andere Bedingungen auch nur umreißen kann. Ohne eine Rahmenvorstellung über Methoden und Standards der Datenhaltung und Auswertung ist eine "Chaotisierung" der Datenhaltung und -auswertung abzusehen, die die Kommunikation der verschiedenen Einrichtungen untereinander eher erschweren als erleichtern wird.
5. Die ungeklärten, dennoch drängenden Fragen des Datenschutzes werden ohne eine konsistente Lösung, die auch die Willenserklärung der betroffenen Klienten in angemessener Weise berücksichtigt, jahrelange Prozesse und Auseinandersetzungen hinter sich herführen und das System der dokumentierten Daten und Manuale und Planungsbögen voraussichtlich unbrauchbar werden lassen.
6. Für die betroffenen hilfebedürftigen Personen dürfte sich in nächster Zukunft kaum etwas ändern. Bis der Ansatz der personenzentrierten Hilfestellung ihren Alltag im Sinne praktisch erfahrbarer, gezielt verbesserter bedarfs- und bedürfnisgerechter Hilfestellungen erreicht, dürfte noch viel Zeit vergehen.

2.3.2 Systemübergreifende Bedeutung der Ergebnisse des Forschungsprojektes der Personalbemessungs-Kommission

Zur Einschätzung, ob die von der Personalbemessungs-Kommission vorgestellten Innovationsvorschläge geeignet sind, systemübergreifende Effekte auszulösen bzw. auf andere Versorgungssysteme übertragen zu werden, ist sicherlich wiederum eine zweiteilige Differenzierung erforderlich:

- a) Die theoretischen Ansätze der Personalbemessungs-Kommission, die sich auftragsgemäß auf die Zielgruppe der chronisch psychisch und suchtkranken Personen²⁶² beschränken, legen ein Grundsatzverständnis der Kommission offen, das es verdient, über den relativ eng gesteckten Rahmen des Forschungsprojektes hinaus beachtet zu werden:

"Es geht also um Menschen, die mit herkömmlicher ambulanter Behandlung und sonstigen ambulanten Hilfen auf Dauer in ihrem Lebensfeld nicht auskommen bzw. ihr Lebensfeld nicht mit ihnen auskommt. Denn ambulant bedeutet herkömmlich wenig Hilfe - und viel Hilfe bedeutet stationär. Deshalb leben diese Menschen entweder unterversorgt bei überforderten Angehörigen oder in verschiedenartigen Einrichtungen wie (Übergangs-/ Wohn-/Alten-) Heimen, Langzeitbereichen von Psychiatrischen Krankenhäusern, kirchlichen und anderen Anstalten (z.B. sogenannten 'Komplexeinrichtungen'), Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder zunehmend in der Obdachlosigkeit."²⁶³

Daß sich unterschiedliche Forschungsaufträge aus unterschiedlichen Systemen in ihren grundlegenden Theorieansätzen - eher zufällig (?) - auf parallelen Bahnen bewegen, belegen zwei Zitate von THIMM zum FED-Projekt:

"Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nicht beeinträchtigten Mitbürgerinnen/Mitbürger entspricht. In aller Kürze, ein Leben so normal wie möglich. Das ist am ehesten erreichbar, wenn die

262 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9

263 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 18

dabei eingesetzten Mittel so normal wie möglich sind."²⁶⁴ - "Wir orientieren uns in unserem Denken, Planen und Handeln in zunehmendem Maße nicht mehr in erster Linie an Institutionen in einem besonderen Hilfesystem, sondern eher an Funktionszusammenhängen, die durch Beeinträchtigungen gefährdet, gestört, erschwert werden. Zusammenfassend und verdichtet bedeutet das ein Wechsel vom institutionsbezogenen Denken, Planen und Handeln (vor allem auf Sondersysteme ausgerichtet) zum integrativen Denken, Planen und Handeln, das funktionsbezogen an den Alltagsbeziehungen behinderter Menschen ansetzt."²⁶⁵

Hier wird deutlich, daß die theoretischen Ansätze beider Gruppen über mehr Gemeinsamkeiten verfügen als sie sich selbst zugestanden haben, zumal für ein derartiges wechselseitiges Zugestehen bisher kaum Gelegenheit bestand. Deutlich wird auch, daß der Ansatz der Personalbemessungskommission - und dies gilt zu beurteilen - begründete Aussicht hat, beispielsweise im Bereich der geistig Behinderten - und möglicherweise darüber hinaus - Gehör zu finden.

- b) Bezüglich der von der Personalbemessungs-Kommission unterbreiteten pragmatischen Vorstellungen zur Umsetzung der Innovationen (einschließlich der Manuale und Planungsbögen) ist einerseits an die bereits vorgetragene Kritik anzuknüpfen, die nach entschiedener Modifizierung verlangt. Andererseits wären sicherlich weitere Modifizierungen notwendig, falls es zu einem systemübergreifenden Zusammenarbeiten kommen sollte. Dies alles wäre jedoch machbar, sobald auf theoretischer Ebene ein Verständnisaustausch stattfinden würde.

264 THIMM 1997, Seite 20

265 THIMM 1997, Seite 19

3. Die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen

3.1 Psychiatrie-historischer Abriss

Auf eine Darstellung der deutschen Psychiatriegeschichte soll an dieser Stelle bewußt verzichtet werden. Es wird insoweit auf bisherige Darlegungen in der vorliegenden Arbeit (Kapitel 1 und Punkt 2.1), auf vorhandene Literatur verwiesen²⁶⁶ und darauf, daß sich der Verfasser mit psychiatriehistorischen Entwicklungen bereits an anderer Stelle auseinandergesetzt hat.²⁶⁷ In diesem Kapitel soll der Schwerpunkt der Betrachtung auf Entwicklungen im **Bundesland Niedersachsen** seit dem Ende der 70er Jahre liegen. Hierbei erscheint es jedoch notwendig, die Auswirkungen bundesweiter Tendenzen auf Niedersachsen nicht unberücksichtigt zu lassen und sie im Kontext der Darstellung entsprechend zu würdigen.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde seit 1968/69 - verglichen mit anderen ähnlich hoch entwickelten Industrieländern mit beinahe zwei Jahrzehnten Verspätung - die Diskussion zur Reform der Versorgung psychisch Kranker in einer breiteren Öffentlichkeit aufgenommen.²⁶⁸ 1969 stellte die "Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde" (DGPN) unter der Federführung des Freiburger Psychiatrieprofessors Rudolf DEGKWITZ einen Reform-Rahmenplan auf, der zu einer Anhörung von Sachverständigen und schließlich zur Zusammenstellung einer Sachverständigen-Kommission zur Erstellung einer Psychiatrie-Enquête führte.²⁶⁹ 1973 formulierte die Kommission in einem Zwischenbericht, "daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen"²⁷⁰ leben müsse. 1975 legte die Sachverständigen-Kommission eine umfassende Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation vor ("Psychiatrie-Enquête"), in der gleichzeitig der Versuch unternommen wird, einen weitrei-

266 vgl. ACKERKNECHT 1985; vgl. ACKERKNECHT 1986; vgl. ALEXANDER/SELESNICK 1969; vgl. BASAGLIA 1974; vgl. BLASIUS 1980; vgl. BLASIUS 1986; vgl. BLEULER 1943; vgl. DÖRNER 1984; vgl. GLASER 1960; vgl. HASELBECK 1985; vgl. JETTER 1981; vgl. KISKER/MEYER/MÜLLER/STRÖMGREN 1975; vgl. KISKER/MEYER/MÜLLER/STRÖMGREN 1979-80; vgl. KOLB 1927; vgl. KRAEPELIN 1909; vgl. KRAEPELIN 1910; vgl. KRAEPELIN 1913; vgl. KRAEPELIN 1915; vgl. MAEDER 1984; vgl. PANSE 1964; vgl. PAULEIKHOFF 1983 B; vgl. PAULEIKHOFF 1986 A; vgl. PAULEIKHOFF 1986 B; vgl. PAULEIKHOFF 1987 A; vgl. PAULEIKHOFF 1987 B; vgl. PAULEIKHOFF 1989; vgl. PAULEIKHOFF 1990; vgl. REIMER 1981; vgl. SACHSSE/TENNSTEDT 1980; vgl. SCHRENK 1973; vgl. THOM 1984

267 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 468 ff

268 vgl. FINZEN/SCHÄDLE-DEININGER 1979, Seite 28 ff

269 vgl. REIMER 1988, Seite 6; vgl. DEGKWITZ/SCHULTE 1974, Seite 140 ff

270 vgl. FINZEN/SCHÄDLE-DEININGER 1979, Seite 51

chenden Katalog an Reformmaßnahmen zu formulieren.²⁷¹ Obgleich in der Enquête Mißstände offengelegt und Veränderungen angemahnt wurden, blieb zum Teil massive Kritik, u.a. von FINZEN, DEGKWITZ und KLEE vorgetragen,²⁷² nicht aus, die sich im wesentlichen auf den stationären Bereich und die Betonung der Perfektionieren von Versorgungsstrukturen fokussierte. Hinzu kamen erste Planungsunterlagen der Prognos AG,²⁷³ die die Ideologie der Machbarkeit und der Planbarkeit eindrucksvoll belegen. Zugleich wurde aber auch ein Modellprogramm durch die Bundesregierung aufgelegt, das die Erneuerung und Veränderung von psychiatrischer Betreuung, Behandlung und Versorgung fördernd begleiten, dokumentieren und bewerten sollte.²⁷⁴ Seit 1976 wurden der sogenannte kleine Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" und von 1980-1985 das "Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung" durchgeführt. Die Zielsetzung des kleinen Modellverbundes bestand darin, durch Entwicklung und Anwendung neuer Arbeitsweisen und Strukturen in der Praxis zu Behandlungs- und Betreuungsformen zu gelangen, die den Reformvorstellungen der Enquête entsprachen.²⁷⁵ Das Hauptgewicht lag dabei in der Förderung und Evaluation neuengerichteter oder umgestalteter Institutionen, die im ambulanten Bereich oder im Bereich der Übergangshilfen arbeiteten. Die Erkenntnisse erreichten jedoch die Ebene der politischen Willensbildung kaum und führten noch lange nicht zu einer entsprechenden Neuorientierung: Der Stellungnahme der Bundesregierung von 1979 ist denn auch zu entnehmen, daß "zunächst vordringlich" Handlungsbedarf bei der "Beseitigung der teilweise noch bestehenden inhumanen Zustände vornehmlich in psychiatrischen Großkrankenhäusern" gesehen wurde.²⁷⁶ Gleichzeitig wurde für eine "mit deutlichem Gewicht" zu betreibende Entwicklung komplementärer, rehabilitativer Einrichtungen und Dienste mit der (fragwürdigen) Begründung argumentiert, "der unnötig hoch erscheinende Kostenaufwand" für Patienten, "die nicht mehr unbedingt im Krankenhaus weiter behandelt werden müssen"²⁷⁷, sei zu reduzieren. Daher solle eine bedarfsgerechte

271 Die Inhalte und Einzelheiten sollen hier nicht gesondert dargestellt werden, zumal an anderen Stellen vorliegender Arbeit hierauf wiederholt Bezug genommen wird.

272 vgl. FINZEN 1976, Seite 4; vgl. DEGKWITZ 1976 in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, Nr. 1/1976, zitiert nach: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 35/36 1976, Seite 52; vgl. KLEE 1978, Seite 53 f

273 vgl. PROGNOSE AG 1986

274 vgl. verschiedene Veröffentlichungen in der Schriftenreihe des BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT bzw. BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT

275 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 9

276 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 9

277 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 10

Vermehrung und geographische Verteilung von Nervenarztpraxen Vorrang vor "institutionalisierten ärztlichen und nichtärztlichen Beratungsdiensten haben".²⁷⁸ Die Gleichstellung psychisch und körperlich Kranker wurde im Prinzip bejaht, jedoch verhindere die Finanzlage die Realisierung dieser Forderung. Deswegen könnten die in der Psychiatrie-Enquête geforderten Neuerungen ohnehin nur sehr langsam angegangen werden. In vollem Maße könnten sie schon deshalb nicht verwirklicht werden, weil dies die Gefahr der "Psychiatisierung"²⁷⁹ der Gesellschaft in sich berge. Weiterhin wurde festgestellt, daß die Daten in der Enquête bereits überholt seien.²⁸⁰

Die Stichhaltigkeit der von der damaligen Bundesregierung benannten Gründe ist in der Öffentlichkeit niemals ernsthaft in Frage gestellt worden, obgleich in Fachkreisen seinerzeit eine Reihe von Alternativen zur Finanzierung von stationären und ambulanten Diensten mit zum Teil beträchtlichen Einspar- und Qualitätspotentialen bekannt waren.²⁸¹

Auch in **Niedersachsen** zeigte sich recht bald eine Abkehr von den Ergebnissen bzw. kritischen Ansätzen der Psychiatrie-Enquête: Im März 1978 wurde seitens des Niedersächsischen Sozialministeriums die Ansicht vertreten, daß die in der Enquête getroffenen Aussagen als "weitgehend überholt" zu werten und die enthaltenen Daten zum Teil in Zweifel zu ziehen seien. Die Landesregierung brachte zum Ausdruck, daß sie "vor allem beabsichtige", eine Verbesserung der teilweise noch immer menschenunwürdigen Lebens- und Unterbringungsbedingungen in den **psychiatrischen Landeskrankenhäusern** herbeizuführen. Für diese Sanierungsmaßnahmen seien im Landeshaushalt entsprechende Geldmittel bereitgestellt.²⁸² Darüber hinaus bestehe die Zielvorstellung, insbesondere die Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation durch eine Vermehrung der Zahl der **niedergelassenen Nervenärzte** über bestimmte Ballungsgebiete hinaus zu verbessern. Das Netz von Fachambulanzen und stationären Behandlungsmöglichkeiten für Suchtkranke solle ausgebaut werden. Innovationen im Bereich des Maß-

278 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 31

279 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 12

280 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 7 f

281 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (181);
vgl. HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENER/KIEL 1993

282 Geldmittel im Niedersächsischen Haushalt:

1976: 57 Millionen DM;

1977: 71 Millionen DM;

vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 170

1978: 48 Millionen DM,

1979: 31 Millionen DM;

1980:43 Millionen DM;

1981:52 Millionen DM.

regelvollzuges würden angestrebt. Hier lägen bereits Entwürfe zu gesetzlichen Neuregelungen vor, ebenso wie im Bereich der Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen, wo es um eine Ablösung des Polizeirechts durch ein den Fürsorgegedanken betonendes **Psychisch-Kranken-Gesetz** gehe.²⁸³

Drei Monate nach Abgabe dieser Stellungnahme erfolgte am 10. Mai 1978 die Verabschiedung des Nds.PsychKG im Niedersächsischen Landtag. Hierbei handelte es sich um den dritten Gesetzentwurf,²⁸⁴ einer Vorlage des Landtagsausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen vom 12. April 1978. In den Jahren 1974 und 1975 waren die ersten beiden Gesetzesentwürfe vorgelegt worden.²⁸⁵ Diese unterschieden sich sowohl im Gesetzesteil²⁸⁶ als auch in ihren Begründungen²⁸⁷ nur unwesentlich voneinander. Bemerkenswert hingegen ist dennoch eine substantielle Unterscheidung zwischen Erst- und Zweitentwurf: Für die Umsetzung eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke war die Niedersächsische Landesregierung zunächst (Anfang 1974) bereit, innerhalb von drei Jahren (1976 bis 1978) insgesamt 20,1 Millionen DM auszugeben; ein Jahr später (Anfang 1975) reduzierte sie diesen Ansatz **um** 16,3 Millionen DM (81 %) **auf** 3,8 Millionen DM (19 %). Die Kostenansätze resultieren im wesentlichen aus dem für die Sozialpsychiatrischen Dienste bereitzustellenden Personal: 1974 war die Landesregierung bereit, innerhalb von drei Jahren insgesamt etwa 165 Planstellen in den Diensten einzurichten und zu finanzieren; ein Jahr später reduzierte sie diese Planvorgabe für denselben Zeitraum auf jährlich (rechnerisch) 35 Planstellen.²⁸⁸ Der am 10. Mai 1978 vom Niedersächsischen Landtag verabschiedete (dritte) Gesetzentwurf enthielt **keine** Kostenansätze. Dies ist dem Umstand zuzuschreiben, daß zugunsten einer Kostenregelung im Rahmen des Kommunalen

283 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565, Seite 170 f

284 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/3673

285 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 7/2450; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573

286 Von den 40 Paragraphen des Erstentwurfes hatten 32 ihren ursprünglichen Wortlaut behalten. Die §§ 5, 6, 16 und 35 wiesen ausschließlich grammatikalische und sprachliche Korrekturen auf, während bei den §§ 8, 9, 15 und 40 zeitliche und rechtliche Anpassungen vorgenommen worden waren.

287 Abgesehen von unwesentlichen Änderungen können sie als identische Versionen gewertet werden.

288 Planstellenansatz aus Zweitentwurf 1975:
1976 = 17,5 Planstellen
1977 = 35 Planstellen
1978 = 52,5 Planstellen
Summe 105 Planstellen verteilt auf drei Jahre = 35 Planstellen jährlich

Zur weiteren Vertiefung bezüglich der Planungsdaten wird auf die jeweiligen Vorblätter der LT-Drs. 7/2450 und 8/573 sowie auf die ausführliche Behandlung dieser Thematik in: STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 524 ff, verwiesen.
vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 7/2450; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573

Finanzausgleichs²⁸⁹ von direkten Stellenansätzen und -finanzierungen abgerückt worden war. Die Anhebung der Schlüsselzuweisungen im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleiches erfolgte nach drei Jahren mit dem 7. Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den Finanzausgleich am 14. Juli 1981.²⁹⁰

Im Rahmen der vom Niedersächsischen Sozialministerium vorgetragenen "Grob-schätzungen" wurden die Kosten für Sozialpsychiatrische Dienste zunächst auf jährlich 16,6 Millionen DM beziffert (im Vergleich hierzu: 1974 = 6,7 Millionen DM; 1975 = 1,27 Millionen DM²⁹¹). Gleichzeitig wurde jedoch eine (über den Kommunalen Finanzausgleich) vom Land zu tragende Kostenerstattungsverpflichtung lediglich in Höhe von 10 Millionen DM pro Jahr angegeben.²⁹² Der Landesregierung war es nach dreijähriger Recherche in den Sinn gekommen, die Sozialleistungsträger, insbesondere die Krankenkassen, die sich mindestens mit 20 % = 3,3 Millionen DM beteiligen sollten, als Kostenträger zu benennen. Von den noch verbleibenden 13,3 Millionen DM wolle das Land 75 % = 10 Millionen über den Kommunalen Finanzausgleich übernehmen. Bekannt ist hingegen nicht, daß sich die Krankenkassen an irgendeiner Stelle an der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste beteiligt haben.

Die Niedersächsische Landesregierung war lange Zeit nicht in der Lage, einen Ausführungs- und Durchführungserlaß zum Nds.PsychKG 1978 zu erstellen. Dieses Unvermögen resultiert aus der Unfähigkeit bzw. Weigerung, im Landeshaushalt verbindliche und genügende Mittel zur Finanzierung von Sozialpsychiatrischen Diensten und anderen ambulanten Angeboten einzustellen. Erst 1980

289 vgl. § 38 Nds.PsychKG 1978

290 vgl. SIEBENTES GESETZ ZUR ÄNDERUNG DES FINANZAUSGLEICHSGESETZES 1981, Seite 182
Eine gründliche Analyse dieses Änderungsgesetzes führt zu dem Ergebnis, daß durch die vorgenommene Erhöhung der Steuerverbundquote; durch eine Neuverteilung der Finanzausgleichsmasse unter Beibehaltung der Prozentsätze in der Weiterverteilung von Finanzmitteln der Landkreise an untergeordnete Städte und Gemeinden; durch die dynamische Anhebung der Zuweisungen für Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises ab 1. Januar 1980 und durch die Einführung einer ab 1. Januar 1981 geltenden Kostendeckungsgarantie keine Anhebung der Finanzmittel aus Gründen des Aufbaus der ambulanten Psychiatrie in Niedersachsen erfolgte. Die von 1978 bis 1981 vorgenommenen Aufstockungen gehen ausschließlich auf andere Beweggründe zurück, z.B. auf Auswirkungen der Gebietsreform, Kommunalisierung der Gesundheits- und Veterinärämter etc. Eine im Vergleich zur Einführung von Schlüsselzuweisungen für Schülerbeförderung vorgenommene Einrichtung von "Pauschalzuweisungen" für Sozialpsychiatrische Dienste hat es nicht gegeben; sie wäre auch ohne Änderung des Nds.PsychKG 1978 nicht möglich gewesen. Auch entsprechende "Bedarfszuweisungen" des Landes in Form von Einzelfinanzierungen der Dienste, die im übrigen quantitativ unbedeutendste Zuweisungsart innerhalb des Steuerverbundes, erfolgten nicht. Mit anderen Worten: Die Landesregierung hat die kommunalen Gebietskörperschaften bei der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste deutlich im Stich gelassen. Zur weiteren Vertiefung siehe hierzu: STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 594 ff

291 siehe hierzu die jeweiligen Vorblätter der LT-Drs. 7/2450 und LT-Drs. 8/573
vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 7/2450; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573

292 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, Seite 3

wurde ein Referentenentwurf vorgelegt, der jedoch keine Bestandskraft erlangte.²⁹³

Angesichts derartiger Ausgangsbedingungen darf kaum überraschen, daß ursprünglich gewollte Innovationen nicht oder nur kaum merklich stattfanden. Im August 1979 hatte Dr. Gunther KRUSE von der Beratungsstelle Linden in Hannover geschrieben:

"Nach einem Jahr Psych-KG kann man mit Fug und Recht feststellen, daß sich zumindest für eine sozialpsychiatrische Beratungsstelle (...) durch das mit viel Kulissengetöse installierte Gesetz kaum etwas geändert hat. ... Nach dem Hörensagen ist es .. so, daß alles beim Alten geblieben ist, d.h.: Polizei bringt Klienten zum Amtsarzt, der erstattet Gutachten, schickt den Klienten in die Klinik und das Gutachten zum Ordnungsamt, welches den Antrag auf Unterbringung beim Gericht stellt."²⁹⁴

Dr. Heyo PRAHM, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt und des Landkreises Oldenburg, äußerte 1980:

"Im gegenwärtigen Entwicklungsstand des sozial-psychiatrischen Dienstes gibt es naturgemäß noch erhebliche Lücken im Hinblick auf die gestellte Aufgabe. So ist ein systematisches Nachgehen bei allen gemeldeten Fällen nicht möglich, geschweige denn eine systematische Erfassung der andernorts bekannten Patienten, z.B. bei der Familienfürsorge, im Landeskrankenhaus. ... Besondere Lücken bestehen bei der Betreuung chronisch psychisch Behinderter, insbesondere bei chronischen Psychosen."²⁹⁵

Dr. Jochen ZENKER, Facharzt für Psychiatrie, von 1977 bis 1980 Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes Uelzen, bemängelte ebenfalls den zögerlichen Aufbau der Sozialpsychiatrischen Dienste²⁹⁶ und führte Anfang 1980 eine eigene Erhebung hierzu durch, was massive Reaktionen des Psychiatriereferenten Dr. Hans Heinze hervorrief, der sich seinerseits dadurch "genötigt" sah, 1981 erstmals eigene **Bestandsaufnahmen** durchzuführen.²⁹⁷ Und Professor Dr. Helmut KRÜGER, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Städtischen Krankenhaus in Emden,

293 vgl. NIEDERÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A
In der Plenarsitzung des Niedersächsischen Landtages am 24. Juni 1981 führte der Abgeordnete Dr. Riege (SPD) zum Referentenentwurf aus: "Der Erlaß zu den §§ 3 - 5 des Niedersächsischen PsychKG - 'Hinweise und Empfehlungen' heißt es - ist Schall und Rauch; denn die Möglichkeiten der Finanzierung für solche funktionierenden Dienste sind nicht gegeben. Die Landesregierung redet davon, daß es eine gemeindenahere Psychiatrie in Niedersachsen geben solle. Aber an der Stelle, an der es darauf ankommt, wo Roß und Reiter genannt werden sollen, gibt es eine Nullmeldung. Dies können wir so nicht akzeptieren! Auch der an die kommunalen Spitzenverbände geleitete Erlaßentwurf der Landesregierung über die Kostenerstattung im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs ist offensichtlich eine glatte Irreführung der Kreise und kreisfreien Städte. ..."
NIEDERÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1981 B, Spalte 8612
Zur weiteren Vertiefung der Problematik um die nichtverabschiedeten Ausführungsbestimmungen zum Nds.PsychKG 1978: siehe insbesondere STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seiten 607 bis 619

294 KRUSE 1979, Seite 47, 43

295 PRAHM 1980, Seite 582

296 vgl. ZENKER 1985, Seite 87 ff

297 vgl. NIEDERÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1981 A, Seite 1

bezeichnete 1980 Sozialpsychiatrische Dienste als "neue Firmenschilder der Gesundheitsämter", die fast ausnahmslos mit meist schon vorhandenen Sozialarbeitern arbeiten und für die psychiatrisch erfahrene Ärzte und/oder Psychologen noch nicht in Sicht sind, ganz zu schweigen von der Rechtsunsicherheit ihrer Behandlungskompetenz.²⁹⁸ Selbst der Psychiatriereferent der Niedersächsischen Landesregierung mußte 1983 "beachtliche Defizite" beim Stand der Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste in mehreren Landkreisen einräumen.²⁹⁹ Im selben Jahr (1983) wies PRAHM darauf hin, daß derzeit in Niedersachsen eine heftige Diskussion um die **Trägerschaft** der Dienste entfacht sei. Hierbei gebe es drei Interessengruppen: die Gesundheitsämter, die niedergelassenen Nervenärzte und die Freien Wohlfahrtsverbände. Die Gesundheitsämter würden sich auf das Gesetz berufen, wonach die Dienste "beim Gesundheitsamt"³⁰⁰ einzurichten seien, während die Freien Wohlfahrtsverbände unter Hinweis auf § 4 Absatz 3 Nds. PsychKG 1978 die Übertragung dieser Dienste, und hierbei in erster Linie den Bereich der Beratung für Abhängigkeitskranke anerkannt und damit finanziert wissen wollten. Von den niedergelassenen Nervenärzten werde vor allem die Organisationsform der Dienste "als öffentliche Aufgabe in Form einer eigenen Abteilung des Gesundheitsamtes" scharf kritisiert und dabei der Vorwurf der "ideologisch begründeten Systemveränderung" erhoben.³⁰¹ Die Diskussion sorgte für viele Irritationen und behinderte einen zügigen Aufbau der Dienste in Niedersachsen, ebenso wie die zeitlich parallel verlaufenden Auseinandersetzungen um die Frage, ob die Aufgaben der Hilfen und Schutzmaßnahmen **sachlich voneinander**

298 KRÜGER 1981 B, Seite 157

299 vgl. HEINZE/SCHACK 1983 A, Seite 11; vgl. HEINZE/SCHACK 1983 B, Seite 798

300 vgl. § 4 Absatz 2 Nds. PsychKG 1978

301 vgl. PRAHM 1983, Seite 186

getrennt auf unterschiedliche Träger verteilt werden könnten.³⁰²

Die Entwicklung der ambulanten Psychiatrie in Niedersachsen Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre macht deutlich, daß wesentliche innovative Impulse jedenfalls nicht von der Landesregierung, sondern von anderen Stellen, von engagierten Fachleuten, von Betroffenen, teils von einzelnen Nervenärzten oder engagierten Politikern, ausgingen. Stellvertretend hierfür stehen Erfahrungsberichte aus Hannover,³⁰³ Hücklingen³⁰⁴ und Varel,³⁰⁵ die im Rahme von Modellverbandsprojekten entstanden sind.

ZENKER faßt 1985 die Entwicklung der ambulanten Psychiatrie in Niedersachsen folgendermaßen zusammen:

"Funktionsfähige Sozialpsychiatrische Dienste einzurichten, war eher ein Ziel, welches der neu ernannte Sozialminister Schnipkoweit und sein unentschlossener Psychiatrie-Referent, Dr. Heinze, notgedrungen aus der Vor-Albrecht-Ära übernehmen mußten. Der Landesregierung war jedenfalls nicht an der offensiven Realisierung von Sozialpsychiatrischen Diensten mit Reformansätzen in Niedersachsen gelegen. Zum gleichen Zeitpunkt wurde in Niedersachsen der Öffentliche Gesundheitsdienst kommunalisiert. Hinter der jetzt an die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte delegierten Entscheidungskompetenz konnten sich die Landespolitiker in der folgenden Zeit gut verstecken."³⁰⁶

302 ROSENAU, selbst niedergelassener Nervenarzt und gleichzeitig in der Beratungsstelle des Diakonischen Werkes in Celle tätig, die vertraglich den Bereich der Hilfsmaßnahmen nach dem Nds.PsychKG 1978 übernommen hat, nannte 1983 für die Delegation folgende Gründe: "Die Erwartung, daß die Mitarbeiter der Beratungsstelle eines freien Trägers sich ganz auf ihre fürsorgliche und beratende Tätigkeit konzentrieren können, ohne Konflikt mit hoheitlichen und Ordnungsfunktionen, wie sie z.B. am Gesundheitsamt beachtet werden muß." - ROSENAU 1983, Seite 36

DÖHNER, Leiter einer Beratungs- und Behandlungsstelle in Trägerschaft eines Vereins zur Bekämpfung der Suchtgefahren in Cuxhaven, der Teilaufgaben nach dem Nds.PsychKG 1978 aus dem Bereich der Hilfen übertragen bekommen hat, plädierte 1983 - fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes - gegen eine Anbindung "dieser" Aufgaben direkt beim Gesundheitsamt. Er nannte als Gründe: das ausreichend in den Gemeinden vorhandene soziale Engagement, die erhebliche Schwellenangst des Normalbürgers vor jeder Behörde (Gesundheitsamt) und: "So besitzt ein Verein eine weit größere Flexibilität als eine kommunale Gebietskörperschaft." - vgl. DÖHNER 1983, Seite 41 f

PRAHM führte zu dieser Problematik 1984 aus: "In diesem Spannungsfeld zwischen den Ausgrenzungstendenzen der Realität und dem therapeutischen Anspruch des Annehmens der psychisch Kranken kommt dem psychiatrisch tätigen Arzt eine besonders schwere Aufgabe zu. Während sich die bisherigen Versorgungsangebote auf freiwilliger Basis den Kranken zwar annehmend zuwandten, ihm jedoch auch eine entsprechende Bereitschaft zum Angenommenwerden abverlangten, übernahmen die staatlichen Instanzen die ausgrenzenden Funktionen. Durch die modernen Psychisch-Krankengesetze und die sozialpsychiatrischen Dienste wird in der Bundesrepublik erstmals der konsequente Versuch gemacht, einen Brückenschlag zwischen diesen beiden widersprüchlichen Tendenzen zu suchen. Die Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste wäre ohne Beteiligung an den Schutzmaßnahmen deshalb nicht sinnvoll vorstellbar und würde die psychisch schwer Kranken weiterhin den vorwiegend ausgrenzenden Tendenzen überlassen. Die Dienste müssen deshalb sowohl für Hilfe wie auch für Schutzmaßnahmen nach dem Gesetz zuständig sein und durch einen psychiatrisch erfahrenen Arzt geleitet werden. Dies ist in der Praxis nur denkbar in Anbindung an das Gesundheitsamt, ein örtliches psychiatrisches Krankenhaus oder bei einem freien Träger, wenn dieser eindeutig sämtliche Aufgaben unter hauptamtlicher ärztlicher Leitung übernimmt." - PRAHM 1984, Seite 89; siehe hierzu auch PRAHM 1983, a.a.O.

303 vgl. HASELBECK/MACHLEIDT 1987, Seite 70, weitgehend identisch mit: HASELBECK 1987 A, Seite 6; vgl. auch: ELGETI 1987, Seite 75 ff

304 vgl. AUTORENGRUPPE HÜCKLINGEN 1981, Seite 34 f; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/1921, Seite 2; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 151

305 vgl. KÜTTNER/WIGBERS 1980; vgl. EVANGELISCHE AKADEMIE OLDENBURG 1982, Seite 41 ff; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 124 ff, Seite 140 f; vgl. ZENKER 1985, Seite 90 f; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 398 ff

306 vgl. ZENKER 1985, Seite 90 f

Im März 1983 berichtete das Niedersächsische Sozialministerium, daß "mehrere Landkreise oder kreisfreie Städte ... einen sozialpsychiatrischen Dienst nicht eingerichtet oder nur sehr unzulänglich ausgestattet" hätten. Das Ministerium wertete dies in einem an die Bezirksregierungen gerichteten Schreiben als "Mißverständnis" seitens der Kommunen, die ihre Antwort an die Landesregierung nochmals überdenken sollten und die "Suchtkrankenhilfe" und "Leistungen der Gesundheitsämter, die nach den Grundsätzen über die psychohygienische Sprechstunde ... erbracht werden", zukünftig einbeziehen sollten.³⁰⁷

Zwei Jahre später, im Juli 1985, gab das Niedersächsische Sozialministerium eine Broschüre unter dem Titel "Psychiatrie in Niedersachsen - Programm und Bericht der Landesregierung"³⁰⁸ heraus. Eingeleitet wurde die Publikation mit einem knappen geschichtlichen Abriß, der sich als "Geschichte der niedersächsischen Krankenhauspsychiatrie", liest denn als Darstellung einer psychiatrie-historischen Entwicklung, die den Einfluß und die Bedeutung anderer, nicht institutioneller Aspekte angemessen beleuchtet und würdigt. Die Rede ist vor allem von "Irrenanstalten", "Klosteranlagen", "Armen- und Waisenhäusern", "Heil- und Pflegeanstalten", "Nerven-Kliniken" und "Landeskrankenhäusern".³⁰⁹

Nach dem geschichtsträchtigen Prolog setzte die Landesregierung ihren Bericht fort, indem sie beispielsweise ausführt, "die Entwicklung tatkräftig gefördert" zu haben, da sie dem Gesetzesauftrag entsprechend den "Ausschuß für Angelegen-

307 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1983 A, Seite 2 ff

308 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A

309 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 21 f
Das bereits um 1860 von Griesinger entwickelte Konzept der gemeindenahen Behandlung mit kurzen stationären Aufenthalten, Hausbesuchen und ambulanter Nachsorge (vgl. KISKER/FREYBERGER/ROSE/WULFF 1987, Seite 7; vgl. PANSE 1964, Seite 75; vgl. BLASIUS 1980, Seite 145 ff; vgl. DÖRNER 1984, Seite 279 ff; vgl. WEDEL-PARLOW 1981, Seite 23 f; vgl. ACKERKNECHT 1985, Seite 63 ff; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 242 ff, Seite 256 f, Seite 268) findet ebenso keine Erwähnung wie die um 1920 von Hermann Simon konzipierten und erfolgreich erprobten arbeitstherapeutischen Ansätze (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 260 f), die Außenfürsorgemodelle "Gelsenkirchener System" und "Erlanger Modell" (vgl. WEDEL-PARLOW 1981, Seite 17; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 269) oder die "Beratungsstellen für Nerven- und Gemütskranke" in Berlin, die später die noch bis heute gültige Bezeichnung "Sozialpsychiatrische Dienste" erhielten (vgl. WEDEL-PARLOW 1981, Seite 17; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 269). Unerwähnt bleiben erst recht psychiatrie-historische Ereignisse in Deutschland wie das "Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg" (vgl. BOPP 1982, Seite 71, Seite 109 ff) zu Beginn der 70er Jahre oder die Gründung von "Mannheimer Kreis" und "Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie" (DGSP) 1970 (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 345 ff), ganz zu schweigen von der Einbeziehung internationaler psychiatrie-historischer und fachwissenschaftlicher Strömungen, wie die verhaltens- und sozialtherapeutischen Ansätze des Engländers Francis Willis (1717-1807) (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 32); die Innovationen seines Landsmannes John Conolly (1794-1866) zur häuslichen Behandlung der "Irren" und der Errichtung eines "Nationalen Dienstes für geistige Gesundheit" (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 35 f); die Bemühungen von Pinel (1745-1826) und Esquirol (1772-1840) in Frankreich zur Reintegration der "Irren" in die Gesellschaft des 18. Jahrhunderts (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 82 ff, Seite 87 ff); die Ansätze von Querido (1931) in Amsterdam (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 138 f), Giarugi, Basaglia, Jervis und Pirella in Italien (vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 177 ff); die amerikanische "New-Haven-Studie" von Hollingshead und Redlich aus den 50er Jahren (vgl. HOLLINGSHEAD/REDLICH 1975) oder die Einflüsse der englischen Antipsychiater Cooper und Laing zu Beginn der 60er Jahre. (vgl. WEDEL-PARLOW 1981, Seite 40 ff; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 48 ff).

heiten der psychiatrischen Krankenversorgung" (AAPK)³¹⁰ eingerichtet habe. Dies erfolgte jedoch erst 1983, fünf Jahre nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978.

Zum "qualifiziert arbeitenden" Sozialpsychiatrischen Dienst wurde ausgeführt, daß er nach Auffassung der Landesregierung "eine Schlüsselrolle in der Weiterentwicklung der gemeindenahen Hilfen für psychisch Kranke einnehmen" solle.³¹¹ Nach den rechtlichen Vorschriften des Nds.PsychKG 1978 sollten Unterbringungen "grundsätzlich nicht ohne Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes eingeleitet werden."³¹² Eine entsprechende gesetzliche Bestimmung weist das Nds.PsychKG 1978 jedoch nicht auf.

Die Niedersächsische Landesregierung legte in der Broschüre dar, daß "in allen niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten" Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet seien,³¹³ in einer Landtagssitzung drei Jahre später, am 15. November 1988, mußte sie einräumen, daß im Bereich der Stadt Wilhelmshaven "bis in die jüngste Zeit weder ein ausreichend qualifizierter Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet noch .. Ansätze zu einer Realisierung komplementärer Versorgungseinrichtungen zu erkennen" seien.³¹⁴

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Broschüre der Niedersächsischen Landesregierung einerseits zahlreiche programmatische Aussagen enthält, die in ihrer Ausrichtung nur teilweise geprägt sind von Vorgaben, die zehn Jahre

310 vgl. § 37 Nds.PsychKG 1978; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 24

311 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 39

312 Das Niedersächsische Sozialministerium betonte 1985 in seinem Bericht nachhaltig, daß die Einleitung von Schutzmaßnahmen nach den rechtlichen Vorschriften "grundsätzlich nicht ohne Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes" erfolgen solle (vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 40). Im Gesetz ist jedoch keine derartige Bestimmung enthalten. Analoge Verwaltungsvorschriften hierzu existieren ebenfalls nicht. Der etwa zum selben Zeitpunkt veröffentlichte Bericht des AAPK formulierte jedoch diese Präambel als "Hauptproblem", das z.T. in den eigenen Reihen kontrovers diskutiert würde (vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/5477, Seite 18). Diese Kontroverse kann als Ausdruck seinerzeit divergierender Meinungen in der Fachöffentlichkeit aufgefaßt werden: So vertrat beispielsweise ERDMANN 1984 die Auffassung, daß die vielfach gewünschte Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an den Zwangseinweisungen nach überwiegender Ansicht der Dienste selber "eher ein Hindernis für die weitere Arbeit mit dem Kranken" sei. Dieses Argument - so ERDMANN - werde im übrigen auch von niedergelassenen Ärzten für ihren Bereich vertreten (vgl. ERDMANN 1984, Seite 173). ROSENAU hatte sich bereits 1983 für das Delegationsprinzip der Hilfen auf freie Beratungsstellen ausgesprochen und dies u.a. damit begründet, daß sich die Mitarbeiter der Beratungsstelle eines freien Trägers "ganz auf ihre fürsorgliche und beratende Tätigkeit konzentrieren" könnten, "ohne Konflikt mit hoheitlichen und Ordnungsfunktionen, wie sie z.B. am Gesundheitsamt beachtet werden müssen." (vgl. ROSENAU 1983, Seite 36). Erfahrungen aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit führten jedoch zur entgegengesetzten Einschätzung: So wurde 1988 aus dem Modellprojekt des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Steinburg berichtet, daß eine Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen eher selbstverständlich sei, denn eine Zwangsmaßnahme bedeute "nicht eine völlige Abkehr von Beratung und Beteiligung des Patienten". (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 276). Aus diesem Bericht, aber auch aus weiteren Berichten aus den Modellprojekten, geht hervor, daß die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch deshalb für sinnvoll angesehen wird, um in einer Krisensituation eines Klienten vorort zu sein und um ggfs. eine Zwangsmaßnahme zu verhindern. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 53 ff)

313 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 41

314 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/3234, Seite 3

zuvor in der Psychiatrie-Enquête niedergeschrieben wurden. Zum anderen Teil beinhalten sie gleichzeitig eine Verlagerung der Zielrichtung der niedersächsischen Sozial- und Gesundheitspolitik, die durch eine am medizinischen Krankheitsmodell orientierte Ausrichtung bestimmt wird. Bezüglich der im Bericht getroffenen Feststellungen und Behauptungen muß kritisch angemerkt werden, daß die Landesregierung in ihrer Selbstdarstellung eine Wirklichkeit vorspiegelte, die mit den realen Bedingungen im Lande in zahlreichen Punkten nicht übereinstimmte. An einigen Stellen wurden offensichtlich Soll-Vorgaben mit Ist-Zustandsbeschreibungen vertauscht.

Jene Publikation des Niedersächsischen Sozialministeriums war seinerzeit ein wichtiger Auslöser für die in den Sozialpsychiatrischen Diensten Beschäftigten, sich aus fachlichen Gründen landesweit zu einer Arbeitsgemeinschaft zu organisieren.³¹⁵

Sowohl aus politischer wie aus fachlicher Sicht wurden die Ausführungen der Landesregierung heftig kritisiert: Für die Fraktion DIE GRÜNEN stellte der Psychiatrie-Bericht eine "peinliche Selbstbeweihräucherung" der Landesregierung dar; er sei "oberflächlich und an vielen Stellen mangelhaft".³¹⁶ Dies waren für die Fraktion hinreichend Gründe, eine Große Anfrage in den Niedersächsischen Landtag einzubringen.³¹⁷ Auch Martin von Hagen, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), erklärte, daß psychiatrische Patienten in den Kliniken "mehr verwahrt als behandelt" würden: "Im Landeskrankenhaus Wunstorff versorge auch noch heute ein Krankenpfleger faktisch 25 Patienten. Außerdem hätten die Ärzte für jeden Patienten tatsächlich lediglich in der Woche 1,2 Stunden Zeit." Und zu den Sozialpsychiatrischen Diensten ließ die DGSP verlauten: "Auf dem Papier haben Lüchow-Dannenberg, das Weser-Ems-Gebiet oder Süd-Niedersachsen zwar eine solche Beratungsstelle, aber faktisch arbeitet dort nur ein Sozialarbeiter."³¹⁸

Die Große Anfrage der GRÜNEN wurde in der Plenarsitzung des Niedersächsischen Landtages am 11. Juli 1985 durch Sozialminister Schnipkoweit detailliert

315 siehe Band II der Arbeit, Seite 1 ff

316 vgl. DIE GRÜNEN 1985, Seite 590

317 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4429

318 vgl. NEUE PRESSE HANNOVER, 30.05.1985

beantwortet. Bei der Lektüre seiner Ausführungen³¹⁹ wird einerseits deutlich, daß die Landesregierung teilweise über exakte Daten nicht verfügte, um präzise auf die gestellten Fragen zu antworten. Andererseits konnte sie nicht umhin, bestimmte Defizite einzugestehen, die in der Broschüre nicht offengelegt worden waren. Der Minister versäumte es nicht, die Erfolgsleistungen der Landesregierung - insbesondere im stationären Bereich - besonders hervorzuheben. Eine veränderte Haltung in der Psychiatriepolitik war nicht festzustellen.

Auf der Bundesebene entstanden, nach Auslauf des Modellprogrammes "Psychiatrie", im Bundesrat und Bundestag Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker. Eine SPD-Bundesratsvorlage aus Nordrhein-Westfalen³²⁰ sah im wesentlichen fünf Punkte vor:

1. Erweiterung der Behandlung in psychiatrischen **Tageskliniken**. Diese soll, unabhängig davon, ob der Patient sich bereits in stationärer Behandlung befindet oder nicht, immer dann zu gewähren sein, wenn sie ärztlich geboten ist und andernfalls vollstationäre Behandlung erforderlich würde.
2. Ausdrückliche Aufnahme von Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in **Übergangseinrichtungen** für psychisch Kranke und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für seelisch Behinderte in diesen Einrichtungen in den Leistungskatalog der Sozialversicherung und des Versorgungsrechts.
3. Ebenfalls ausdrückliche Aufnahme der nach ärztlichem Zeugnis notwendigen **sozialpsychiatrischen Krankenpflege**, die Kraft gesetzlichen Anspruchs auch zur Sicherung der ärztlichen Behandlung zu gewähren sein soll, in den Leistungskatalog der Sozialversicherung und des Versorgungsrechts. Die Leistung soll bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen auch psychisch Kranken und seelisch Behinderten in entsprechenden Wohngemeinschaften gewährt werden.
4. Aufnahme von Bestimmungen in die jeweiligen Satzungen der Versicherungsträger über die Gewährung **ergänzender Haushaltshilfe** bei Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Krankenpflege.
5. Erweiterung der **Institutsambulanzen**, deren ärztliche und nichtärztliche Leistungen kostendeckend über die Krankenkassen - ohne Erbringung eines eigenen Kostenbeitrages - finanziert werden sollen. Institutsverträge nach § 368n Abs. 6 RVO sollen künftig nicht nur mit psychiatrischen Krankenhäusern, sondern auch mit gesondert anerkannten selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen und entsprechend anerkannten fachärztlich geleiteten Sozialpsychiatrischen Diensten abzuschließen sein.³²¹

319 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4639

320 "Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (PsychVWG)" - Farthmann-Papier; vgl. DEUTSCHER BUNDESRAT Drs. 336/85

321 vgl. DEUTSCHER BUNDESRAT Drs. 336/85; vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 10/3882, Seite 2; vgl. SOZIALBERUFE 7/85, Seite 7; vgl. SOZIALBERUFE 9/85, Seite 4; vgl. THAMM 1985, Seite 90

Der SPD-Initiative folgte im Bundestag ein CDU/F.D.P.-Entwurf, der lediglich Veränderungen in zwei Punkten vorsah: bei den **Tageskliniken** und bezüglich einer zaghaften Ausweitung der **Ambulanzrechte**: Nur wenn niedergelassene Ärzte zu weit weg oder aber überfordert sind, soll eine Ermächtigung möglich sein. Dieser Entwurf von CDU/F.D.P. wurde vom Bundestag verabschiedet, der SPD-Entwurf abgelehnt.

Am 10. Juli 1985 legte der **AAPK**³²² dem Niedersächsischen Landtag seinen ersten Tätigkeitsbericht für die Zeit von Oktober 1983 bis Dezember 1984 vor. Darin heißt es u.a.: "Die personelle Situation ist in einigen Sozialpsychiatrischen Diensten derart unzulänglich, daß z.B. in einigen Landkreisen der Sozialpsychiatrische Dienst ohne Psychiater unmittelbar von einem Amtsarzt geleitet wird. Dies kann zu Loyalitätsproblemen führen." Angesichts dieser Situation seien die Dienste nicht in der Lage, Präventionsmaßnahmen angemessen durchzuführen, sie könnten "kaum oder gar nicht geleistet" werden.³²³ Des weiteren kritisierte der Ausschuß in einzelnen Fällen einen verbesserungsbedürftigen Informationsfluß zwischen den Landeskrankenhäusern und den Diensten, schilderte Schwierigkeiten bei der behördlichen Genehmigung von Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen speziell für die in den Sozialpsychiatrischen Diensten tätigen Sozialarbeiter und berichtete in einem konkreten Fall darüber, daß die Entfernung zum zuständigen Landeskrankenhaus immer noch ca. 100 Kilometer betrage.³²⁴ Der F.D.P.-Abgeordnete Dr. Hruska stellte - gerichtet an Sozialminister Schnipkoweit - im Juli 1985 fest:

"Wenn Sie, Herr Minister, gesagt haben, in allen Landkreisen und kreisfreien Städten seien inzwischen psychiatrische Dienste eingerichtet worden, so handelt es sich an vielen Stellen doch erst einmal nur um das Schild, um das Etikett. Ausgefüllt sind diese psychiatrischen Dienste noch längst nicht; denn es fehlt an vielen Stellen an dem fachkundigen Personal, es fehlt an den Einrichtungen. ... so daß es den Kreisen und kreisfreien Städten nicht möglich ist, diese Dienste so auszubauen, wie dies nach dem PsychKG, das wir hier ja 1978 gemeinsam verabschiedet haben, erforderlich wäre."³²⁵

322 Ausschuß für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung (AAPK) nach § 37 Nds.PsychKG 1978

323 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/5477, Seite 17

324 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/5477, Seite 19

325 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1985, Seite 8191

Für das nordwestliche Niedersachsen wurde 1985 die desolante Personalsituation in den Sozialpsychiatrischen Diensten durch die Psychiatrie-Dezernentin der **Bezirksregierung Weser-Ems**, Dr. Dorothee BOPP, bestätigt: Sie stellte Personaldefizite in der Größenordnung von 39 % fest.³²⁶ Im einzelnen wurden registriert: 48 % nicht besetzte Arztstellen, 84 % unbesetzte Psychologenstellen, 10 % vakante Sozialarbeiterstellen, 61 % unbesetzte Stellen für Schreib- und Verwaltungskräfte.³²⁷ Diese Angaben kennzeichneten damit den Regierungsbezirk Weser-Ems als Region mit vergleichsweise überaus deutlichen personellen Unterbesetzungen. Daraus folgte: Bei 80 % der Sozialpsychiatrischen Dienste nahm der Amtsarzt die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes wahr; lediglich drei von 15 Dienste wurden von einem Arzt für Psychiatrie bzw. Neurologie geleitet.³²⁸

Auch in seinem zweiten Bericht über das Jahr 1985 monierte der **AAPK** vor allem personelle "Defizite in der Besetzung der Nervenarzt- und Psychologenstellen" sowie hinsichtlich der Präsenz von Psychiatern.³²⁹

Am 5. März 1986 stellte der Niedersächsische Psychiatriereferent auf einer Sitzung des AAPK im Sozialministerium Daten einer 1984/85 vom Sozialministerium durchgeführten Rundfrage bei allen Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen in Aussicht und forderte u.a eine "Verbesserungen der Selbsthilfe z.B. durch Gruppen- und Begegnungsangebote oder durch die Einrichtung von Wohngemeinschaften". Auf die Sozialpsychiatrischen Dienste kämen dann verstärkt auch Aufgaben der Beratung dieser Einrichtungen mit dem Ziel der **Koordination** der Hilfen zu.³³⁰

Im Gegensatz hierzu übte der **AAPK** in seinem Jahresbericht 1986 erneut an zahlreichen Punkten zum Teil massive Kritik, so z.B. bei der Frage der Führung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch Nicht-Psychiater, der Ausstattung der

326 Auf der Basis der Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums von 1981; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, Seite 2

327 vgl. BOPP 1985, Seite 54, Tabelle 5

328 BOPP stellte 1985 fest, daß im Regierungsbezirk Weser-Ems lediglich die Dienste des Landkreises und der Stadt Oldenburg, der Stadt Osnabrück und des Landkreises Leer unter der Leitung eines Psychiaters/Psychiaterin geführt wurden. Keiner der drei ärztlichen Leiter verfüge über eine kassenärztliche Ermächtigung. Weiter hieß es: "Die Notwendigkeit, diese zu beantragen, wurde im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach dem Nds.PsychKG nicht gesehen." - vgl. BOPP 1985, Seiten 38 und 45

329 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469, Seiten 11, 13

330 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1986 E

Dienste in Cloppenburg, Holzminden und Wilhelmshaven.³³¹ Des weiteren hieß es: "Der Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste bleibt in weiten Bereichen hinter den gesteckten Zielen zurück, insbesondere was die Aufgaben zur Prävention und zur Nachsorge anbelangt."³³² Die Ausführungen der Landesregierung gegenüber dem AAPK, etwa zu Beratungs- oder Koordinationsleistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste, könnten nur befremden. Weiterhin klappte zwischen den tatsächlichen Verhältnissen und der Darstellung durch die Landesregierung große Lücken, zusätzlich werde die Aufgabenstellung der Sozialpsychiatrischen Dienste in formalen Zuschreibungen immer deutlicher in Richtung **Ordnungsdienst** (Betonen von Schutzmaßnahmen, Zurückdrängen von therapeutischen Arbeitsinhalten) konkretisiert.

Während Sozialminister Schnipkoweit zu Beginn des Jahres 1987 an die Bevölkerung appellierte,³³³ "psychisch kranken Menschen zur Seite zu stehen und sie in die Gemeinschaft aufzunehmen" und sich erfreut darüber zeigte, daß sich **Laienhilfe und Hilfsvereine** inzwischen in nahezu allen Landeskrankenhäusern und deren Umfeld engagierten, gleichzeitig zum Ausdruck brachte, daß hier "noch viel mehr getan werden" müsse,³³⁴ gaben im gleichen Jahr die sich landesweit organisierenden **Angehörigen psychisch Kranker** erste öffentliche Erklärungen ab. Darin lautete es,

"daß Niedersachsen vom Ziel einer gemeindenahen Behandlung, Betreuung und Beratung der psychisch Kranken und ihrer Familien noch weit entfernt sei. Eine erste Bestandsaufnahme habe erschütternde Ergebnisse ergeben. An manchen Orten gäbe es überhaupt keine Hilfen. Überall seien gravierende Mängel festzustellen."³³⁵ Die Angehörigen forderten, die Sozialpsychiatrischen Dienste als Anlauf- und Koordinationsstellen für alle Hilfeangebote für psychisch Kranke und ihre Angehörigen in Niedersachsen endlich leicht erreichbar einzurichten.³³⁶

In ihren Vorstellungen und Erwartungen stimmten die Angehörigen mit dem **AAPK** überein, der in seinem vierten Tätigkeitsbericht (1987) daran erinnerte, daß es sich bei der Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste um einen gesetzlichen

331 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1930, Seite 14

332 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1930, Seite 2

333 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 17/87, Seite 1 f

334 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 94/88, Seite 1

335 ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN ... (AANB) E.V. 1987 A, Seite 16

336 vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN ... (AANB) E.V. 1987 B, Seite 21 f
vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN ... (AANB) E.V. 1987 C, Seite 27

Auftrag handele und er mit Bedauern feststellen müsse, "daß dieser Auftrag auch im 10. Jahr nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG noch nicht zufriedenstellend erfüllt ist." Weiterhin hieß es: "Da offenbar die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, um in allen Landesteilen die gesetzlichen Aufgaben zu realisieren, bittet der Ausschuß den Landtag, die Landkreise und kreisfreien Städte dringlich, für funktionsfähige sozialpsychiatrische Dienste dort zu sorgen, wo sie noch nicht bestehen oder ihre Funktion noch nicht erfüllen." Die mangelnde personelle Ausstattung der Dienste bewirke, daß der im Nds.PsychKG 1978 beschriebene Aufgabenbereich der Hilfen nicht erfüllt werden könne, so der AAPK.³³⁷

Darüber hinaus bestand in einigen Diensten noch eine andere Problematik: Die allzu freizügige amtsinterne Zugänglichkeit zu den Unterlagen der psychisch Kranken, die "leider etwa bei jedem dritten ländlichen Dienst" gegeben war.³³⁸ Diese ging mit der **Erfassung der Klientendaten** in den Zentralkarteien der Gesundheitsämter und einer **nicht getrennten Aktenführung** einher. Der AAPK befürchtete, daß dieser Umstand "erhebliche therapeutische Auswirkungen" haben werde: "Die Akzeptanz, Effizienz und Existenz Sozialpsychiatrischer Dienste am Gesundheitsamt wird in Zukunft davon abhängig sein müssen, daß die Krankenunterlagen vor dem Zugriff Nichtbefugter sicher sein können."³³⁹

Am 11. April 1988 gab das **Niedersächsische Sozialministerium** erneut durch eine Pressemitteilung bekannt, daß inzwischen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet worden seien.³⁴⁰ Diese Öffentlichkeitspolitik wurde praktiziert, obgleich dem Ministerium zum selben Zeitpunkt die Versorgungssituation in der Stadt Wilhelmshaven bekannt war: Zuletzt hatte die Besuchskommission für den Regierungsbezirk Weser-Ems³⁴¹ mit Bericht vom 1. Dezember 1987 festgestellt, "daß die Betreuung psychisch Kranker in der Stadt Wilhelmshaven im Vergleich zu anderen Gebieten Niedersachsens nicht zufriedenstellend gewährleistet" sei.³⁴² Dies wurde schließlich von der Landesregierung im November 1988 auch eingeräumt: "Im Bereich der Stadt Wil-

337 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/2930, Seite 4

338 STEGEMERTEN 1988, Seite 33 f

339 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/4116, Seite 13

340 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 55/88

341 vgl. § 37 Nds.PsychKG 1978

342 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/3013, Seite 1 f

helmshaven wurde ... weder ein ausreichend qualifizierter Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet noch waren Ansätze zu einer Regionalisierung komplementärer Versorgungseinrichtungen zu erkennen." Inzwischen sei jedoch mit der Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Gesundheitsamt begonnen worden.³⁴³

Ende 1988 - drei Jahre nach Beendigung des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung - legte die **Expertenkommission** einen 700 Seiten starken Abschlußbericht vor. Die darin getroffenen Empfehlungen wurden als Fortschreibung der Psychiatrie-Enquête verstanden und berücksichtigten auch die Ergebnisse der Projekte im Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung". Nach der Expertenkommission sollte die gemeindepsychiatrische Versorgung zukünftig im wesentlichen aus sieben model-lerprobten "**Bausteinen**" bestehen,³⁴⁴ u.a. aus dem "Baustein Sozialpsychiatrischer Dienst". In diesem Zusammenhang stellten die Experten weniger auf Erfahrungen aus dem Bundesland Niedersachsen, sondern vielmehr auf die acht geförderten Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden Württemberg ab.³⁴⁵ Hinsichtlich der **Trägerschaft Sozialpsychiatrischer Dienste** erfolgte keine Festlegung zu- gunsten eines in der kommunalen Gesundheitsfachverwaltung verankerten Sozial- psychiatrischen Dienstes oder eines Dienstes in Trägerschaft der freier Verbände; es wurde nur auf die für beide Lösungen bestehenden Vor- und Nachteile verwie- sen.³⁴⁶ Den Aspekt der **ärztlichen Leitung** Sozialpsychiatrischer Dienste sah die Expertenkommission lediglich als marginales Problem an.³⁴⁷ Sie erachtete die regelhafte **Behandlungsermächtigung** von Ärzten in Sozialpsychiatrischen Dien- sten nicht für erforderlich, hielt es jedoch für zweckdienlich, mit den zuständigen Krankenkassen "unterhalb der Ermächtigungsschwelle" Vereinbarungen zu treffen, um für eine zahlenmäßig relativ kleine Gruppe besonders schwieriger psychisch Kranker, die nicht in die Praxen niedergelassener Nervenärzte zu bringen seien,

343 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/3234, Seite 3

344 1. Baustein NdgI. Nervenarzt; vgl. BUNDESMINISTERIUM F. JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, S. 181 ff
2. Baustein Institutsambulanz; vgl. ebenda, Seite 213 ff
3. Baustein Sozialpsychiatrischer Dienst; vgl. ebenda, Seite 221 ff
4. Baustein Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätte; vgl. ebenda, Seite 237 ff
5. Baustein Beschützte Wohnangebote; vgl. ebenda, Seite 251 ff
6. Baustein Tagesklinik; vgl. ebenda, Seite 265 ff
7. Baustein Stationäre Einrichtung; Krankenhaus/Abteilung; vgl. ebenda, Seite 279 ff

345 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 225 ff

346 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 226 ff

347 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 228 f

zumindest die medikamentöse Behandlung für eine Zeitlang zu gewährleisten.³⁴⁸
KRÜGER schrieb hierzu:

"Einige dieser dargestellten Bausteine finden sich auch heute schon hier und da in niedersächsischen Landen. ... Offenkundige Defizite beziehen sich aber nicht so sehr auf die den Bausteinen selbst zugeordneten Funktionen, sondern vor allem auf ihr sinnvolles, dem Bedarf entsprechend ausgewogenes Zusammenwirken in der Versorgungsregion."³⁴⁹

Zur Rolle des Gesundheitsamtes und seiner Aufgaben bei der Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission führte SCHWENDY u.a. aus:

"Die zentrale Rolle, die die Expertenkommission den Kommunen bei der Weiterentwicklung der Hilfen vor Ort gibt, birgt für die Gesundheitsämter die große Chance, verlorenes Terrain wettzumachen, Schuld abzutragen, kurz, dem Auftrag, für die gesundheitlichen Belange benachteiligter Bürger mutig und fachkompetent einzutreten, besser gerecht zu werden als bisher. Die Empfehlungen bieten dafür eine gute Handlungsgrundlage."³⁵⁰

Zum 1. Januar 1989 trat das **Gesundheits-Reformgesetz (GRG)**³⁵¹ in Kraft. Mit seiner Verabschiedung war u.a. eine Kodifizierung des geltenden Krankenversicherungsrechts und seiner Eingliederung in das Sozialgesetzbuch verbunden. Die seit über 100 Jahren geltende Reichsversicherungsordnung (RVO) wurde durch das 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) abgelöst. Die Ausführungen im Gesetzentwurf³⁵² machten zwei Sachverhalte deutlich:

1. Trotz nachgewiesener Versorgungsdefizite war Psychiatrie kein zentraler Gegenstand der Strukturreform,
2. gesetzliche Reformen der psychiatrischen Versorgung wurden zunächst aufgehoben.

Experten meinten seinerzeit, es werde sich durch diese Strukturreform die Situation der psychiatrischen Versorgung nicht gezielt verbessern, sie werde sich aber insoweit ändern, als allgemeine Regelungsbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, z.B. im ambulanten oder stationären Bereich, reformiert werden und ihrerseits Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung haben werden. Die Einflußnahme sei damit zwar nur eine indirekte, diese müsse aber keineswegs

348 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 229

349 KRÜGER 1991 A, Seite 14, identisch mit KRÜGER 1991 B, Seite 30

350 SCHWENDY 1990, Seite 520

351 vgl. GESUNDHEITS-REFORMGESETZ (GRG) 1988

352 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 11/2237

weniger wirksam sein als eine direkte Einflußnahme.³⁵³ Meinolf NOWAK, Sozialwissenschaftler in der Gesundheitsabteilung der PROGNOSE AG in Köln, vertrat hierzu die Einschätzung:

"Insbesondere in Anbetracht der z. T. beträchtlichen Fortschritte der Versorgung psychisch Kranker in den letzten Jahren müssen für die Zukunft Rückschläge befürchtet werden. Ansatzpunkte für die stärkere Einbeziehung von Leistungen der für die Versorgung psychisch Kranker besonders bedeutsamen ambulanten und komplementären Dienste in die Zuständigkeit von Sozialversicherungsträgern sind nicht in Sicht. Auch ansonsten lassen sich keine Verbesserungen erkennen. Der gegensätzliche Trend des Zuwachses spezifischer Leistungen und Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke und die Reduktion der Sozialen Krankenversicherung auf den Charakter einer 'Minimal-Versorgung' verschärft auf der regionalen Ebene die Konflikte bei der Verteilung von finanziellen Ressourcen. Vermutlich führt die Entwicklung langfristig zu einer Einschränkung des - gemessen am Versorgungsstandard für körperlich Kranke - ohnehin reduzierten Leistungsangebots."³⁵⁴

In seinem sechsten Tätigkeitsbericht über das Jahr 1989 führte der **AAPK** bezüglich der Sozialpsychiatrischen Dienste an, "daß hinsichtlich der personellen Ausstattung keine grundsätzliche Tendenz zur Besserung erkennbar ist."³⁵⁵

Für die **Angehörigen psychisch Kranker** in Niedersachsen waren dies womöglich nur einige Gründe dafür, ihre Aktivitäten zu intensivieren und am 7. Oktober 1989 den **Landesverband Niedersachsen-Bremen (AANB)** als eingetragenen Verein zu etablieren.³⁵⁶

Am 3. Oktober 1989 erfolgte die **Öffnung der deutsch-deutschen Grenze**. Von diesem Zeitpunkt an rückte auch die psychiatrische Versorgungssituation der neuen Bundesländer in den Betrachtungswinkel der Fachleute und Politiker, insgesamt wurde aber auch die Lage der Psychiatrie von den Ereignissen der Vereinigung auf die hinteren Plätze der öffentlichen Wahrnehmung verwiesen.

In Niedersachsen einigten sich am 19. Juni 1990 SPD und DIE GRÜNEN nach der Wahl auf eine **Koalitionsvereinbarung**, die für den Bereich der Psychiatrie u.a. folgende Bestimmungen vorsah:

353 vgl. NOWAK/SCHOLTEN 1988, Seite 48 f

354 vgl. NOWAK 1989, Seite 7

355 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/100, Seite 15

356 vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN ... (AANB) e.V. 1989, Seite 26

"Nach Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen durch bessere personelle Ausstattung insbesondere für den alterspsychiatrischen Bereich für eine sachgerechte Arbeit gerüstet werden. Kriseninterventionen sind über Einzelbetreuungen, Rund-um-die-Uhr-Dienste und Verbundmodelle zu gewährleisten. Mittels einer regionalen Psychiatrieplanung sollen kommunalbestimmte psychiatrische Versorgungsstrukturen aufgebaut werden. Die kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz bei den Kommunen ist zu erhöhen."³⁵⁷

Die Koalitionsvereinbarung sah die Bildung von vier Fachkommissionen vor:

1. Berufung einer **Fachkommission Psychiatrie**

Diese Kommission wurde berufen zur Erarbeitung von Konzepten für den Ausbau komplementärer Einrichtungen und ambulanter Angebote zur Revitalisierung und sozialen Integration psychisch Kranker und Behinderter; differenzierte ambulante und stationäre Wohnformen für Langzeitkranke; die Versorgung geistig Behinderter und Langzeitkranker vor Ort sowie für die vermehrte Schaffung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.³⁵⁸ Das Ziel sollte dabei der Ausbau komplementärer Einrichtungen und ambulanter Angebote zur Revitalisierung und sozialen Integration psychisch Kranker und Behinderter sein. Des Weiteren waren differenzierte ambulante und stationäre Wohnformen, insbesondere für Langzeitkranke, vorgesehen. Es sollten Programme zur Versorgung geistig Behinderter und Langzeitkranker vor Ort (insbesondere aus stationären Einrichtungen) ebenso gefördert werden wie psychiatrische Abteilungen in örtlichen Allgemeinkrankenhäusern.³⁵⁹ Neue Personalschlüssel sollten unter Berücksichtigung der Übergangspflege vorgelegt werden, alle strukturstabilisierenden Bauinvestitionen und die Trägerschaft von Landeskrankenhäusern überprüft werden. Auch die nicht in der Trägerschaft des Landes stehenden psychiatrischen Langzeiteinrichtungen sollten in das Konzept einbezogen werden. Darüber hinaus sollte - laut Koalitionsvereinbarung - der Entwurf einer Novelle des Niedersächsischen Psychisch-Krankengesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes bis 1992 erfolgen: "Ziel ist die Stärkung der Patientenrechte, die Umsetzung des neuen Betreuungsgesetzes, der Ausbau von Hilfen und eine Reform des Maßregelvollzuges. ... Durch Verhandlungen mit den zuständigen Sozialleistungsträgern soll ein Modell zum Verbund einer Kostenträgerschaft bei Maßnahmen für psychisch Kranke und Suchtkranke bei Zuständigkeit verschiedener Kostenträger für eine Kette therapeutischer Maßnahmen erreicht werden. Um die neuen Wege in der Pflege zu erleichtern, wird die Koalition alle noch nicht bewilligten Krankenhausbau-Planungen überprüfen und mit den Trägern der Rehabilitation anstreben, die Krankenhaus- und Rehabilitations-Klinikplanung aufeinander abzustimmen. Die Koalitionsparteien lehnen überdies die Überführung landeseigener Krankenhäuser und lukrativer medizinischer Behandlungsbereiche an private gewerbliche Träger ab."³⁶⁰

2. Berufung einer **Fachkommission Behinderte** zur Erarbeitung einer Vorlage zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen Behinderter.

Das Ziel dieser Kommission sollte darin bestehen, Behinderten aus Großkrankenhäusern und anderen Großeinrichtungen gemeindenahere Wohnangebote zu eröffnen, eine angemessene Personalausstattung zu sozialer Arbeits- und Freizeitbetreuung zu garantieren und

357 NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 83

358 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 3

359 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 83 f

360 NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 84

behindertengerechte Verkehrsangebote zu entwickeln bzw. auszubauen.³⁶¹ Darüber hinaus lautete der Auftrag, ein Konzept zur Behindertenarbeit in bisherigen und Werkstätten neuer Art und für Eigeninitiativen Behinderter vorzulegen.³⁶²

3. Berufung einer Enquête-Kommission zur Lage der alten Menschen.³⁶³
Die **Fachkommission Altenpflege** erhielt den Auftrag, ein Konzept aktivierender und ganzheitlicher Pflege mit den Schwerpunkten Tagespflege, tagesstrukturierender Angebote, Gruppenpflege, Kurzzeit- und alterspsychiatrischer Pflege zu erarbeiten. Umstrukturierungen und differenzierte Wohn- und Dienstleistungsangebote sollen danach gefördert werden, um Alternativen zur Heimunterbringung zu bieten.³⁶⁴ Darüber hinaus sollten die leistungsrechtlichen Grundlagen einer "ganzheitlichen Altenpflege" unter Einbeziehung von Umsetzungsproblemen untersucht werden. Hierzu gehört ein Überblick über das Sozialleistungsrecht im Bereich Prävention, Rehabilitation, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung für ältere Menschen.³⁶⁵
4. Berufung einer Kommission zur Erarbeitung eines neuen Konzeptes für eine ortsnahe Gesundheitsförderung und -aufklärung nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation.³⁶⁶ Aufgabe der **Fachkommission Gesundheitsförderung** soll es sein, Gesundheitswerkstätten und Gesundheitsprojekte - auch in den Betrieben - anzustoßen. Die Kommission soll durch ein Beratungsgremium die Arbeit wichtiger Institutionen auf Landesebene so aufeinander abzustimmen, daß eine Stärkung der Gesundheitsförderung sowie eine Verbesserung der Kooperation und Koordination auf lokaler Ebene bewirkt wird.³⁶⁷

Unmittelbar nach Bildung der neuen Landesregierung im Juni 1990 wurde damit begonnen, die Vorarbeiten und Weichenstellungen für die **Fachkommission Psychiatrie** in Gang zu setzen. Am 7. September 1990 legte das landeseigene Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES) erste Überlegungen vor, die als Ansatzpunkte für die zukünftige Arbeit der Kommission vom Sozialministerium übernommen wurden.³⁶⁸ Zum 15. Dezember 1990 hatten die beiden die Landesregierung tragenden Landtagsfraktionen zu einem Expertenhearing in den Landtag eingeladen.

Unter Bezugnahme auf die **Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988)**³⁶⁹ führte die Niedersächsische Landesregierung zum Aspekt der den Landkreisen und kreisfreien Städten auferlegten Verpflichtung zur all-

361 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 82

362 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 86

363 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 82

364 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 82;
vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 E, Seite 8

365 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 C, Seite 1

366 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990, Seite 87

367 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE KOMMISSION GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1992, Seite 3

368 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 4

369 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988

gemeinen Daseinsvorsorge und Realisierung einer in der Gemeinde integrierten psychiatrischen Versorgung als Bestandteil der Gesundheitsplanung der Kommune im September 1990 u.a. folgendes aus:

"Die Expertenkommission vernachlässigt dabei mit der völligen Zentrierung auf die Gemeinde allerdings die immer noch gegebene Bedeutung der Landesplanung etwa im Hinblick auf die Rolle der psychiatrischen Landeskrankenhäuser und vor allem auch die Bedeutung der Rolle der jeweiligen Träger der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene." Bettenabbau in den Landeskrankenhäusern, der Aufbau von Einrichtungen psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Errichtung von Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen und deren finanzielle Unterstützungen seien weiterhin Angelegenheiten des Landes. "In vielen anderen Fragen ... ist das Land nicht mehr direkt beteiligt. Es hat keine Kompetenzen. Es kann allenfalls Moderatorfunktion übernehmen. Dies soll in Zukunft auch verstärkt durchgeführt werden."³⁷⁰ Und an anderer Stelle führte das Ministerium aus: "Nach Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste nun durch eine verbesserte personelle Ausstattung befähigt werden, sich vor allem dem großen Klientel der alterspsychiatrischen Patienten vermehrt widmen zu können. Darüber hinaus sei es ein dringender Wunsch, die personellen Voraussetzungen weiter dafür zu schaffen, daß auch besondere Dienste, z.B. für eine Krisenintervention, durch einen Rund-um-die-Uhr-Dienst angeboten werden können. ... Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollen und müssen aber vor allem in die Lage versetzt werden, vermehrt ambulant aufsuchend tätig zu werden."³⁷¹

Bezüglich des **Gemeindepsychiatrischen Verbundes** führte der **AAPK** in seinem Bericht über das Jahr 1990 aus, daß die Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung in Niedersachsen nur wenig vorangekommen seien.³⁷² In einer Stellungnahme des "Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V." zu den Empfehlungen der Expertenkommission wurde diese Einschätzung unterstützt und als ein "besonders gravierender Mangel der psychiatrischen Versorgung" bezeichnet, der sich in einem "Kompetenzen- und Zuständigkeitswirrwarr" darbierte: "In manchen Regionen werden nebeneinander ambulante und stationäre Hilfen angeboten ohne hinreichende Vernetzung. Andererseits fehlen wichtige Versorgungsangebote." Hier gelte es, die Lücken zu schließen. Die von der Expertenkommission vorgeschlagene **Koordination und Planung** der gemeindepsychiatrischen Versorgung entspreche "in hohem Maße" den Bedürfnissen der Angehörigen. Die Angehörigen psychisch Kranker baten die Bundesregierung, gesetzliche Grundlagen zu schaffen und Sonderprogramme anzuregen, damit die Empfehlungen der Expertenkommission in der Bundesrepublik realisiert werden könnten.³⁷³

370 vgl. WINDORFER 1991, Seite 61 f

371 vgl. WINDORFER 1991, Seite 64

372 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/2191, Seite 3 f

373 vgl. SCHÜTT 1990, Seite 15

Nach der konstituierenden Sitzung am 8. Februar 1991 im Niedersächsischen Sozialministerium nahm die **Fachkommission Psychiatrie** ihre Arbeit auf.³⁷⁴ Von den Mitgliedern der Kommission, bestehend aus Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste, niedergelassenen Nervenärzten, Beschäftigten in klinisch-stationären Einrichtungen, der psychiatrischen Fachpflege, in komplementären Einrichtungen, Angehörige psychisch Kranker und einer Sozialrechtlerin, wurden folgende Arbeitsgruppen gebildet:

1. Arbeitsgruppe Beschütztes Wohnen,
2. Arbeitsgruppe ambulante Versorgung,
3. Arbeitsgruppe tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigung,
4. Arbeitsgruppe stationäre Versorgung,
5. Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrische Dienst und
6. Arbeitsgruppe komplementäre Einrichtungen.

Die Fachkommission Psychiatrie führte am 26. Juni 1991 in Hannover ein **Psychiatrieforum** zu den Bereichen Beschütztes Wohnen, ambulante Versorgung, tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigung sowie stationäre Versorgung durch. Die etwa 170 Teilnehmer aus unterschiedlichen an der Durchführung der psychosozialen Versorgung in Niedersachsen beteiligten Einrichtungen stimmten darin überein, daß ein erheblicher **Nachholbedarf in Niedersachsen** gegeben sei, was die Versorgung und Rehabilitation schwer Erkrankter angehe. "Ansätze der Psychiatriereform wurden bislang nur dort aufgegriffen, wo sich vor Ort überdurchschnittliches Engagement und stark motivierter Durchsetzungswille realisierte. Von einer landesweiten qualitativen Angleichung der Versorgung auf einem angemessenen Niveau kann nach übereinstimmender Expertenmeinung keine Rede sein."³⁷⁵

Mit einem an die Leiterinnen und Leiter der niedersächsischen Sozialpsychiatrischen Dienste gerichteten Begleitschreiben vom 1. Oktober 1991 führte das IES im Auftrag der Fachkommission Psychiatrie eine **Bestandsaufnahme zu den Sozialpsychiatrischen Diensten** in Niedersachsen durch.³⁷⁶ Die Ergebnisse der Umfrage wurden auf einem **Zielgruppenforum** am 3. Dezember 1991 vorgestellt. Im Rahmen dieser Sitzung wurde unterhalb der ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen

374 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 6

375 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 13

376 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE PSYCHIATRIEKOMMISSION 1991 D

Kommissionsmitglieder u.a. die **Frage der Leitung** von Sozialpsychiatrischen Diensten kontrovers diskutiert.³⁷⁷ Die Kommissionsmitglieder vertraten ferner die Auffassung, daß die Belange der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend zu verbessern seien, daß das unterschiedliche Versorgungsniveau in städtischen und ländlichen Regionen durch Sozialpsychiatrische Dienste entsprechend berücksichtigt werden müsse, daß die knappe Personalausstattung und eingespielte Klientenbeziehungen die Versorgung neuer Klienten verhindere, daß eine mangelnde Krisenbegegnung außerhalb der Dienstzeiten Sozialpsychiatrischer Dienste zur Erhöhung von stationären Zwangsbehandlungen führe, daß weit verbreitete Versorgungslücken und erhebliche Versorgungsunterschiede eine Versorgungssituation in Niedersachsen demonstriere, die noch weit davon entfernt sei, Patienten **Versorgungsrechte** zuzugestehen und es deshalb dringend geboten erscheine, daß bei der **Novellierung des PsychKG** auf die Absicherung derartiger Rechte Wert gelegt werde, daß eine Versorgungsplanung die Tatsache zu berücksichtigen habe, daß die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von der kassenärztlichen Vereinigung gewährleistet sei und daß mit wachsender Zahl niedergelassener Nervenärzte das fachärztliche Hilfsangebot an Qualität gewinne.³⁷⁸

Während das Niedersächsische Sozialministerium für die Sozialpsychiatrischen Dienste bereits "Krisenintervention durch einen Rund-um-die-Uhr-Dienst" forderte,³⁷⁹ kam das IES 1991 im Rahmen seiner Auftrages für die Fachkommission Psychiatrie u.a. zu folgenden Ergebnissen:

100 % der befragten Dienste gaben defizitäre Versorgungsstrukturen im Bereich tagesstruktureller Hilfsangebote an; 95,7 % defizitäre Hilfen zur beruflichen Rehabilitation; 95,7 % defizitäre Beschützte Wohnangebote; 83 % defizitäre Angebote an niedergelassenen Psychotherapeuten. Von den Befragten wurde die stationäre Versorgung in der Region durchgängig als defizitär bezeichnet, ebenso die teilstationäre Situation in der Region; lediglich die Versorgung von Personen mit Persönlichkeitsstörungen und Neurosen stellte sich als ausreichend dar.³⁸⁰ 48,9 % der Befragten bezeichnete die Versorgungssituation im Bereich der niedergelassenen Nervenärzte als defizitär; 46,8 % als ausreichend und 4,3 % als optimal.³⁸¹ Daraus folgerte das IES: "Die nachdrücklich zu fordernde Verbesserung der Kooperation und Koordination der Versorgungseinrichtungen setzt voraus, daß der Sozialpsychiatrische Dienst in der Lage ist, die Primärverantwortung für umfassende außerstationäre Hilfen bislang desintegrierter Patienten zu übernehmen und über seine behördlichen Zuständigkeitsbefugnisse anderer Institutionen und deren Mitarbeiter in die Pflicht zu nehmen.

377 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 C, Seite 3

378 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 C, Seite 5 ff

379 vgl. WINDORFER 1991, Seite 63 f

380 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 B, Seite 13 f, Tabellen 12a - 12c; vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 18 f, Tabellen 14 und 15

381 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 18, Tabelle 14

Auf diesem Wege können offensichtliche Defizite im Bereich von Kriseninterventionen ... beseitigt werden.³⁸²

Eine vergleichbare Zielrichtung liegt den Ausführungen von HOFFMANN/TIGGEMANN 1991 zugrunde: "Sozialpsychiatrische Dienste sollten deshalb den Aufbau einer notfallpsychiatrischen Versorgung im Zusammenwirken mit den zuständigen Ärztekammern unterstützen ggf. initiieren und darüber hinaus sich in Kooperation mit anderen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen an psychosozialen Krisendiensten beteiligen."³⁸³

Zeitlich parallel zur Arbeit der **Fachkommission Psychiatrie** erfolgten immer wieder (bestätigende) Meldungen durch den **AAPK**, die die Versorgungswirklichkeit widerspiegeln. So lautete es für das Berichtsjahr 1991 beispielsweise, daß die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des **Landkreises Oldenburg** mit noch einer Reihe weiterer Aufgaben beschäftigt seien, "wie §-218-Beratung, Mutter-und-Kind-Stiftung, Erstellen von Pflegschafts- und Entmündigungsgutachten, Krebsberatung, Behinderten-, Tbc- und Geschlechtskrankenfürsorge." Dieser Dienst wurde durch Inaugenscheinnahme der vor Ort tätigen Besuchskommission nicht als Sozialpsychiatrischer Dienst, sondern lediglich als "allgemeiner Sozialdienst des Gesundheitsamtes" eingestuft.³⁸⁴ Und im AAPK-Bericht 1992 hieß es über den Dienst des **Landkreises Aurich**, "...daß von einem Sozialpsychiatrischen Dienst entsprechend §§ 3,4 PsychKG nicht die Rede sein kann."³⁸⁵ Ähnliches wurde 1992 über den Dienst des **Landkreises Northeim** festgestellt.³⁸⁶ Der AAPK legte 1991 auch dar, daß bezüglich der Umsetzung des neuen **Betreuungsrechtes** landesweit derzeit erhebliche Probleme beständen. Er verwies darauf, daß intensive Information aller Beteiligten, Verbesserung der personellen Situation, sowohl bei den Gerichten wie auch bei den Betreuungsstellen und den Betreuungsvereinen, erforderlich seien.³⁸⁷

Zum 1. Januar 1992 trat das Gesetz zur Reform des Rechtes der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (**Betreuungsgesetz - BtBG**) in Kraft. Dieses Ge-

382 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 C, Seite 11

383 HOFFMANN/TIGGEMANN 1991, Seite 257

384 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/4230, Seite 21 f

385 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seite 21

386 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seite 11

387 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/4230, Seite 3

setz löste die bisherige Entmündigung, die Vormundschaft und die Gebrechlichkeitspflegschaft durch das neue Rechtsinstitut der Betreuung ab. Es war nach mehr als 10-jähriger Vorbereitungsarbeit bereits am 12. September 1990 im Bundesgesetzblatt verkündet worden.³⁸⁸ Im Rahmen der Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts blieb die Frage der Unterbringung bzw. **Zwangseinweisung** klärungsbedürftig.³⁸⁹ Entsprechend dieser Notwendigkeit wurde im Niedersächsischen Landtag im Dezember 1991 ein **Ausführungsgesetz zum Betreuungsgesetz (Nds. AGBtG)** verabschiedet, das zeitgleich mit dem Betreuungsgesetz zum 1. Januar 1992 in Kraft trat.³⁹⁰ Mit diesem "Gesetz zur Anpassung des Landesrechts an das Betreuungsgesetz", ein Artikelgesetz, das die Änderung von 17 Landesgesetzen beinhaltete, wurde auch das **Nds.PsychKG 1978** entsprechend modifiziert: Von den insgesamt 43 Paragraphen des Gesetzes wurden 14 Paragraphen ersatzlos gestrichen, weitere 9 Paragraphen wurden geändert bzw. neu gefaßt, so daß lediglich 20 Paragraphen des Gesetzes in ursprünglicher Fassung erhalten wurden.³⁹¹

Ab 1992 wurden in zehn **Modellregionen der neuen Bundesländer** Modellmaßnahmen zur Versorgung im psychiatrischen und ambulanten psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich mit einem Kostenvolumen von rund 3,5 Millionen DM für 1992 und weiteren rund 8 Millionen DM für 1993 gefördert. Der DACH-VERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN äußerte sich hierzu:

"Während dieses Engagement des Bundes grundsätzlich zu begrüßen ist, bleibt es in zweierlei Hinsicht nur ein Tropfen auf den berühmten 'heißen Stein': Zum einen ist die Laufzeit bis Ende 1993 deutlich zu kurz angesetzt; zum anderen bietet die Begrenzung auf zwei Regionen je Bundesland keine hinreichende Grundlage, ein bedarfsgerechtes Hilffsystem beruhend auf erprobten und bewährten 'gemeindepsychiatrischen Bausteinen' aufzubauen."³⁹²

Der 1988 vorgelegte Bericht der **Expertenkommission** zur Weiterentwicklung der Psychiatrie³⁹³ wurde (nach vier Jahren) am 13. Februar 1992 im Plenum des Deutschen Bundestages diskutiert.³⁹⁴ Die SPD-Bundestagsfraktion hatte hierzu

388 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1990

389 vgl. MARSCHNER 1990, a.a.O.

390 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

391 vgl. Artikel 10 zum Niedersächsischen Ausführungsgesetz zum Betreuungsgesetz (Nds. AGBtG): NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

392 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 A, Seite 3

393 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988

394 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 11/8494
vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (STENOGRAPHISCHER BERICHT) 13.02.1992, Seite 6370 ff

eine Große Anfrage³⁹⁵ gestellt. Darin hieß es u.a., daß in ganz Deutschland die Not der psychisch Kranken ein gleichermaßen ungelöstes Problem sei, die gesundheitliche, soziale und materielle Lage der chronisch psychisch Kranken und Behinderten sei nach Meinung der Expertenkommission katastrophal:

"Es fehlen für sie weitgehende qualifizierte fachliche Hilfen. Sie sind zu nahezu 90 % aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt. Sie fristen von Kleinrenten und Sozialhilfe ein Leben an der Armutsgrenze. Ihre Chancen, am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind in einem Ausmaß beschränkt, daß es die Expertenkommission als beschämend für ein so wohlhabendes und dem Sozialstaatsprinzip verpflichtetes Land wie die Bundesrepublik Deutschland empfindet."³⁹⁶

Von Bedeutung für das Jahr 1992 waren ebenfalls Initiativen der Bundesregierung zur Einführung der **Pflegeversicherung**, zu der sich auch die **Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen** in einer Stellungnahme zu Wort meldeten.³⁹⁷ Anlässlich einer Tagung am 26. September 1992 forderten sie sowie der Landesverband Niedersachsen des **Berufsverbandes deutscher Nervenärzte** in Anlehnung an die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung die Einrichtung einer **Koordinatorienstelle** und die Benennung eines **Psychiatriebbeauftragten** bei der Gesundheitsverwaltung der Kommunen.³⁹⁸

1992 legte die **Fachkommission Gesundheitsförderung** ihren 50 Seiten umfassenden Bericht vor mit dem Titel: "Gesundheit 2000: Neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen".³⁹⁹

Die **Fachkommission Psychiatrie** veranstaltete am 6. November 1992 ein Abschlußforum mit ca. 270 Teilnehmern in Hannover. Die Empfehlungen wurden vorgestellt. Die Teilnehmer forderten nachdrücklich eine unverzügliche Umsetzung der Empfehlungen der Fachkommission, wobei insbesondere der Schaffung des **Sozialpsychiatrischen Verbundes** auf regionaler Ebene Vorrang zugesprochen wurde. Der Wunsch der Fachkommission auf Bildung eines **Fachbeirates Psychiatrie** mit den im Bericht wiedergegebenen Zielsetzungen wurde ausdrücklich begrüßt.⁴⁰⁰

395 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 12/2019

396 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 12/2019; vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 A, S. 15

397 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 B, Seite 13

398 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 C, Seite 49

399 NIEDERSÄCHSISCHE KOMMISSION GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1992

400 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 13

Die Anregungen der Fachkommission Psychiatrie fanden auch Erwähnung im Bericht des **AAPK** für das Jahr 1992. Bezüglich der **Neufassung des Nds. Psych KG** äußerte sich der AAPK dahingehend, daß er auf eine baldige gesetzgeberische Umsetzung unter Berücksichtigung der eingegangenen Empfehlungen hoffe. Aus seiner Sicht sei bei der Neufassung des Gesetzes "die Frage einer angemessenen Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste zur wirksamen Erfüllung ihrer umfassenden Aufgaben vorrangig zu betrachten." Bezüglich des neuen **Betreuungsrechtes** war es aus der Sicht des AAPK noch nicht möglich, hierzu eine umfassende Stellungnahme abzugeben; es wurde jedoch darauf verwiesen, daß Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste und der psychiatrischen Krankenhäuser als Sachverständige in Betreuungsverfahren derart in Anspruch genommen würden, daß ihre Hauptaufgaben darunter leiden und im Ergebnis eine Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung zu befürchten stehe.⁴⁰¹ Hinsichtlich der **Sozialpsychiatrischen Dienste** verwies der AAPK erneut darauf, daß neben angemessen ausgestatteten und gut funktionierenden Diensten in einigen Landkreisen "erhebliche Mißstände" beständen.⁴⁰² Hierbei wurden insbesondere die Dienste der **Landkreise Peine, Nordheim, Leer, Cloppenburg, Wittmund und Aurich** genannt.⁴⁰³

Im November 1992 legte die Niedersächsische **Fachkommission Psychiatrie** ihre Vorschläge zur Neugestaltung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen vor:

In der Analyse der Ist-Situation stellte die Kommission "enorme Entwicklungsrückstände" fest: "Gemeindepsychiatrische sowie sozialpsychiatrische Versorgungsorientierung ist bislang nur ansatzweise gegeben. Im Mittelpunkt steht die überregionale und damit aus der Gemeinde ausgrenzende Hilfe für chronisch psychisch Kranke in Form von Kliniken, Heimen, Werkstätten für Behinderte."⁴⁰⁴

In Anlehnung an den von der Expertenkommission der Bundesregierung beschriebenen "Gemeindepsychiatrischen Verbund"⁴⁰⁵ fordert die Fachkommission einen "**Sozialpsychiatrischen Verbund**". Die Einrichtung dieses Verbundes sei "zwingend geboten und erforderlich, weil nur so schwer psychisch Erkrankten mit krankheitsbedingter sozialer und beruflicher Desintegration Alternativen zur Behandlung in der Klinik oder zur Unterbringung im Heim gewährt werden können. Es bedarf für diese Patientengruppen eines engmaschigen Hilfesystems, das im wesentlichen Teil gemeindeintegriert oder zumindest gemeindenah angeboten werden muß. Rehabilitativen Hilfen muß darin Vorrang vor fürsorgerischen Maßnahmen eingeräumt werden."

401 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seite 2

402 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seite 4

403 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seiten 10, 11, 21 und 22

404 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 277

405 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 295 ff

Grundvoraussetzung für die Realisierung eines "Sozialpsychiatrischen Verbundes" sei die Sicherstellung eines leistungsfähigen **Sozialpsychiatrischen Dienstes**, der in der Lage sei, die Versorgung solcher schwer Erkrankter durch Beratung, Betreuung und Behandlung sicherzustellen, die nicht oder nur unvollständig von niedergelassenen Ärzten versorgt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst müsse dieser schwierigen Patientengruppe angemessene Versorgungsqualitäten gewährleisten. Hierzu bedürfe es eines multiprofessionellen Teams, der Betonung von Hilfeangeboten, die im Behördenbereich eher unüblich seien, und der Kooperation mit freigemeinnützigen Hilfeanbietern und mit privaten Betreibern von ambulanten und stationären Pflegemaßnahmen. Besonders wichtig sei auch die Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft, insbesondere mit den Nervenärzten.⁴⁰⁶

Zur Realisierung des Sozialpsychiatrischen Verbundes forderte die Fachkommission Psychiatrie Landtag und Landesregierung auf, Regelungskompetenzen auszuschöpfen, und

- durch die Novellierung des Nds.PsychKG "die hierfür erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen" zu schaffen und
- durch landesspezifische Regelungen in Form von "Richtlinien für sozialpsychiatrische Behandlungseinrichtungen, betreutes Wohnen, Tagesstätten und Kontaktstellen sowie Einrichtungen zur Rehabilitation" Versorgungsstandards festzulegen, aus denen die Leistungsanforderungen bzw. Versorgungsverpflichtungen für die einzelnen Einrichtungen abgeleitet werden könnten.⁴⁰⁷

Der Bericht der **Fachkommission Psychiatrie** wurde Anfang 1993 einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Zum selben Zeitpunkt legte auch die **Fachkommission Behinderte** ihren Bericht vor.⁴⁰⁸ Der Bericht der **Fachkommission Altenpflege** erschien im März 1993,⁴⁰⁹ ein ergänzender Bericht zum "Sozialleistungsrecht für ältere Menschen" im September 1993.⁴¹⁰ Im August 1993 gab das Niedersächsische Sozialministerium unter dem Titel "Selbstbestimmung und Lebensqualität" eine **Stellungnahme zu allen Berichten** ab.⁴¹¹

Aus Anlaß eines "Sozialpolitischen Kolloquiums" am 30. August 1993 hielt der Niedersächsische **Sozialminister Walter Hiller** eine Rede zum Thema "Selbstbestimmung und Lebensqualität - Rot-grüne Sozialpolitik im Spiegel der Fachkommissionsergebnisse", die bereits erste Anzeichen dafür enthielt, daß nunmehr die **finanzielle Bewältigung** der von den Fachkommissionen vorgeschlagenen Erneuerungen im Vordergrund stände. An entsprechender Stelle führte Hiller aus:

406 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 278

407 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 278; vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1993, Seite 42

408 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 B

409 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 E

410 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 C

411 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 G

"Seit 1990 haben sich die finanziellen Rahmenbedingungen einschneidend verändert. Vor diesem Hintergrund müssen die Perspektiven niedersächsischer Sozialpolitik im Hinblick auf die Umsetzung der Empfehlungen der Fachkommission diskutiert werden. ... Wenn ich die finanzpolitische Entwicklung in den letzten drei Jahren als einschneidend bezeichne, ist das keineswegs übertrieben. Niedersachsen war und ist von den Folgen der deutschen Einigung besonders betroffen und wird ab 1995, wenn die Neuregelung des Bund-Länder-Finanzausgleiches in Kraft tritt, weitere tiefe Einschnitte hinnehmen müssen."⁴¹² Dennoch verbreitete der Sozialminister in seiner Rede Zuversicht: "Die rot-grüne Landesregierung in Niedersachsen wird ihren Verpflichtungen uneingeschränkt nachkommen. Das schließt auch die seit der Regierungsübernahme erzielten Leistungsverbesserungen ein. Sparmaßnahmen werden für die Empfänger von Sozialleistungen keine Einschränkungen zur Folge haben. Es wird keine Einschnitte in soziale Leistungen für alte, behinderte und bedürftige Menschen geben."⁴¹³

Angesichts knapper werdender Geldmittel bei den kommunalen Gebietskörperschaften wurde vom **AAPK** im Jahresbericht 1993 "mit Sorge" die Tendenz beobachtet, daß anstehende **Einsparungsmaßnahmen** möglicherweise auch zu **Stellenkürzungen** in den Sozialpsychiatrischen Diensten führen könnten. Im Bereich des **Landkreises Wesermarsch** wurde bereits über "Mittelkürzungen vor allem für die Durchführung von Gruppenarbeit" geklagt, so daß das Geld für Honorarkräfte, Sachmittel, Tagesfahrten etc. fehle.⁴¹⁴

Auf fachlicher Ebene blieben die Ausführungen der **Fachkommission Psychiatrie** nicht unwidersprochen, insbesondere der DPWV veröffentlichte eine ausführliche Stellungnahme, in der es u.a. hieß, daß der Empfehlung der Fachkommission, die den **Sozialpsychiatrischen Verbund** als Steuerungsinstrumentarium unter Koordination des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorsehe, nicht gefolgt werden könne. Statt dessen empfahl der Paritätische Niedersachsen die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften, wie sie nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 95 SGB X i.V.m. §§ 10 und 95 Bundessozialhilfegesetz vorgesehen seien.⁴¹⁵ Darüber hinaus lehnte der DPWV den von der Fachkommission vorgelegten **Entwurf eines Nds.PsychKG** ab, weil in diesem Entwurf zahlreiche Vorschriften über die **staatliche Steuerung**, die Bedarfsplanung und Bedarfssteuerung enthalten seien. Der Entwurf sehe außerdem vor, daß der Sozialpsychiatrische Dienst die **Fachaufsicht** über solche Dienste übernehme, die der freien Wohlfahrtspflege übertragen worden sind.⁴¹⁶

412 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 F, Seite 4

413 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 F, Seite 5

414 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/120, Seite 8; Seite 20

415 vgl. DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1993 A, Seite 4

416 vgl. DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1993 A, Seite 3 f

In seinem Jahresbericht 1993 verwies der **AAPK** erneut darauf, daß im Bereich der ambulanten Dienste in Niedersachsen **keine grundsätzlichen Verbesserungen** zu verzeichnen seien:

"Sozialpsychiatrische Dienste, die aufgrund ihrer personellen und sachlichen Ausstattung in der Lage sind, voll den Hilfeauftrag nach § 3 Abs. 1 PsychKG zu erfüllen, ... sind die absolute Ausnahme. Aber auch darüber hinaus mangelt es in den meisten Regionen an einer gemeindenahen Versorgungsstruktur, die keiner Zufallsregelung unterliegt. Die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung aus dem Jahre 1988 sind nicht einmal ansatzweise aufgegriffen worden. Kommunale Koordinationsstellen fehlen weitgehend, obgleich hier positive Ansätze zu erkennen sind."⁴¹⁷

Am 21. Dezember 1993 wurden vom Bundestag das erste und das zweite **Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms** beschlossen.⁴¹⁸ Einige dieser Änderungen traten zum 1. Januar 1994 in Kraft. Die Änderungen beziehen sich zum einen auf das **Berufsrecht** (Psychotherapeutengesetz), zum anderen auf das **Leistungsrecht**, hier insbesondere die Änderung des fünften Buches des Sozialgesetzbuches, Änderungen des Arbeitsförderungsgesetzes und des Bundessozialhilfegesetzes.⁴¹⁹

Nachdem die Fraktion der SPD im Januar 1992 eine **Große Anfrage** zur Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik in den Bundestag eingebracht und die Regierung im Dezember 1992 ihre Antwort vorgelegt hatte,⁴²⁰ stand am 13. Januar 1994 die Beratung dieses Themas auf der Tagesordnung des Deutschen Bundestages. Diese fand weitgehend "vor leeren Bänken" statt, brachte inhaltlich nichts Neues und endete damit, daß ein Entschließungsantrag der SPD abgelehnt wurde.⁴²¹

Der Niedersächsische Sozialminister Walter Hiller berief am 10. Januar 1994 einen **Landesfachbeirat für Psychiatrie**, der aus 15 Mitgliedern bestand, darunter eine Psychiatrie-Erfahrene und eine Angehörige. Ein umfangreiches Arbeitsprogramm wurde festgelegt: Angefangen von der Novellierung des Nds.PsychKG mit Ausführungsbestimmungen für die Sozialpsychiatrischen Dienste und die verstärkte Einbeziehung der Sozialversicherungsträger in die Finanzierung von Hilfen im

417 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/120, Seite 13

418 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1993 A; vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1993 B

419 vgl. TITZE 1993, Seite 5 ff; vgl. BRILL 1994, Seite 19

420 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 12/4016

421 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 A, Seite 1 f

ambulanten Bereich über die Entwicklung differenzierter Angebote zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und zur Ermöglichung von Enthospitalisierung im komplementären Bereich bis hin zum Ausbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und dem Ausbau der teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten Versorgung (Institutsambulanzen) durch die Krankenhäuser. Weitere Schwerpunkte bildeten die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie sowie Hilfen für geistig behinderte psychisch Kranke, für wohnungslose psychisch Kranke, für Suchtkranke und für psychisch kranke Straftäter.⁴²²

Im Januar 1994 konstituierte sich der **Sozialpsychiatrische Verbund** in Hannover. Auch in anderen Kommunen fanden zu Beginn des Jahres Gespräche zu diesem Thema statt, wobei sich zeigte, daß die Nutzer noch nicht überall als gleichberechtigte Gesprächspartner anerkannt wurden. So wurden z.B. in Oldenburg nur die Angehörigen zu einem Treffen eingeladen und auch die nur als Zuhörer.⁴²³

Im Januar 1994 wurde seitens der Landesregierung ein weiterer **Entwurf zum Nds.PsychKG** vorgelegt, der die Vorschläge des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten berücksichtigte.⁴²⁴ Am 18. Mai 1994 erfolgte die **erste Beratung** des Gesetzentwurfes der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN.⁴²⁵ Nach der Landtagswahl 1994 wurde am 7. September 1994 von den Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN wortgleich (bis auf die Unterschriften) derselbe Gesetzentwurf zur Änderung des Nds.PsychKG eingebracht,⁴²⁶ der in der letzten Wahlperiode am 3. Mai 1994⁴²⁷ eingebracht worden war. Als Grundlage der Finanzierung von psychiatrischen Reformen und der Infrastruktur hatte die Landesregierung den **Kommunalen Finanzausgleich** gewählt, der später, im November 1997, vom Staatsgerichtshof in Bückeburg in wesentlichen Teilen als nichtig beschieden wurde.⁴²⁸

422 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 D, Seite 35

423 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 E, Seite 35

424 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1994 A

425 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1994; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/6270; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1994

426 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/200

427 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/6270

428 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379, Seite 8 f

Die Gesetzentwürfe zur **Novellierung des Nds.PsychKG** wurden in der Fachöffentlichkeit vielfach kontrovers diskutiert.⁴²⁹ In seinem Jahresbericht 1994 führte der **AAPK** u.a. aus, daß er die anstehende Novellierung des Nds.PsychKG in den wesentlichen Grundsätzen unterstütze und eine baldige Verabschiedung des Gesetzes im Sinne des bekanntgewordenen Gesetzentwurfes, ergänzt durch eindeutige Kostenregelungen, für dringend erforderlich halte.⁴³⁰ Zu den **Sozialpsychiatrischen Diensten** merkte der AAPK an, daß nach wie vor in einigen Landkreisen und kreisfreien Städten funktionstüchtige Sozialpsychiatrische Dienste und angemessene komplementäre Versorgungsangebote, insbesondere in Regionen, die bisher von einer stationären psychiatrischen Einrichtung entfernt liegen, fehlten. Er wies darauf hin, daß an einigen Orten im Zuge von Einsparungsbemühungen innerhalb der kommunalen Verwaltung eine **Verschlechterung** zu verzeichnen sei. Namentlich benannte der AAPK in diesem Zusammenhang den **Landkreis Osnabrück** und die **Stadt Salzgitter**.⁴³¹ Konzepte zur Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Koordination und Kooperation und zur Erstellung verbindlicher regionaler **Psychiatriepläne**, die damit Entwicklungen dokumentieren, die den Forderungen der Expertenkommission des Bundes sowie der Niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie entsprechen und für eine künftige flächendeckende Einführung Modelle liefern können, seien lediglich aus den Regionen **Hannover und Osnabrück** bekannt. Der AAPK vertrat die Auffassung, daß eine weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der fachlich gewünschten Richtung nur möglich sei, wenn über eine angemessene und zeitlich unbefristete Beteiligung des Landes und über einen geeigneten **Kommunalen Finanzausgleich** die Lasten verteilt würden.⁴³²

Am 1. Januar 1995 trat das **Pflegeversicherungsgesetz** in Kraft.⁴³³ Nach Einschätzung des DACHVERBANDES PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN stand damit fest, "daß eine große Zahl von chronisch psychisch kranken Personen von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen sein wird."⁴³⁴ Weiter hieß es:

429 vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1994 A; vgl. LANDKREIS FRIESLAND 1994; vgl. LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT FREIE WOHLFAHRTSPFLEGE NIEDERSACHSEN 1994; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1994; vgl. STEGEMERTEN 1994

430 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379, Seite 3

431 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379, Seite 4

432 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379, Seite 4 f

433 vgl. hierzu auch BRILL 1993, Seite 6 ff

434 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 B, Seite 9

"Damit chronisch kranke und behinderte Menschen ... nicht auf der Strecke bleiben, ist es dringend erforderlich unter dem Vorrang fachlicher und ethischer Aspekte den Umfang notwendiger Hilfen gemeinsam festzulegen und einen Konsens über deren Finanzierung herbeizuführen. Ohne diesen Konsens droht eine Sozial- und Gesundheitspolitik nicht zu Gunsten, sondern zu Lasten der schwächsten Glieder der Solidargemeinschaft."⁴³⁵

Diese Position wurde im Jahresbericht 1994 des **AAPK** bestätigt. Es wurde die große Gefahr gesehen, "daß die Einführung der Pflegeversicherung an den Bedürfnissen psychisch Kranker sowie seelisch und geistig behinderter Menschen völlig vorbeigehen wird und somit Chancen einer Weiterentwicklung auch im Hinblick auf den Vorrang sozialrechtlicher Versicherungsleistungen gegenüber der Sozialhilfe vertan werden."⁴³⁶

Am 10. Mai 1995 fand in Hannover eine von der Akademie für Sozialmedizin e.V. ausgerichtete Tagung unter dem Thema "**Regionale Bedarfsplanung psychiatrischer Dienste und Wege zu ihrer Finanzierung**" statt. Hermann ELGETI, Arzt an der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, führte hierzu u.a. folgendes aus:

"Die vom Sozialminister 1990 nach Bildung der rot-grünen Koalition eingesetzte Fachkommission Psychiatrie hat in ihrem Ende 1992 veröffentlichten Bericht konkrete Empfehlungen für die landesweite Umsetzung sozialpsychiatrischer Behandlungsansätze gegeben, die den Ideen einer Integration differenzierter Dienstleistungen innerhalb einer Versorgungsregion nahekommen (...). Da das Land zu groß und die einzelnen Kommunen zu klein für die Bildung einer Vollversorgungsregion sind, bietet sich die administrative Ebene der Regierungsbezirke dafür an, ohne daß dort jedoch bisher gemeindepsychiatrische Kompetenz in Planung und Koordination angesiedelt worden ist. Während auf Landesebene und für die Stadt Hannover auch auf kommunaler Ebene seit über einem Jahr psychiatrische Fachbeiräte mit entsprechenden Geschäftsstellen arbeiten, steht die Konstituierung in allen vier Regierungsbezirken des Landes Niedersachsen weiterhin aus. Derweil sieht sich die von der Fachkommission federführend erarbeitete Novelle des Niedersächsischen Gesetzes für Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke aufgrund der Orientierung an sozialpsychiatrischen Versorgungsprinzipien mit heftigem Widerstand aus Kreisen der freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Gebietskörperschaften konfrontiert. Die Ausdehnung der Sektorverpflichtung auf komplementäre Dienste sowie die noch ausstehende Zusammenführung örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeleistungen für psychisch Kranke bilden das Motiv für diese unselige Blockade bei der Beseitigung des niedersächsischen Entwicklungsrückstandes in der Gemeindepsychiatrie."⁴³⁷

Im Mai 1995 schlossen sich **Psychiatrie-Erfahrene** zur Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen (LAG) zusammen. Zu ihren Zielen gehören der Erfahrungsaustausch, die im Bundesland laufenden Selbsthilfegruppen miteinander zu ver-

435 DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 B, Seite 10

436 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379, Seite 6

437 ELGETI 1995, Seite 7 f

netzen sowie den Bundesverband zu unterstützen.⁴³⁸

Im Jahresbericht 1995 führte der **AAPK** u.a. aus, daß das beherrschende Thema der Diskussion in diesem Jahre die in Teilbereichen der Versorgung zu befürchtende oder bereits eingetretene **Kürzung finanzieller Mittel** gewesen sei. Der AAPK verkenne die angespannte Finanzsituation der öffentlichen Hände und die sich daraus ergebenden Konsequenzen nicht, weise aber mit Nachdruck darauf hin, daß Einsparungen nicht zu Lasten der Schwächsten in der Gesellschaft gehen dürften, zu denen chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen zu zählen seien. Er stellte fest, daß bereits unter dem Aspekt der Kostendämpfungen **Vernachlässigungen** in vielen Bereichen zu erkennen seien.⁴³⁹ Mit Sorge konstatierte der AAPK, daß das Land Niedersachsen das **Betreute Wohnen** in Wohngemeinschaften bzw. das **Betreute Einzelwohnen** nach dem Jahre 1996 nicht mehr zu fördern gedenke.⁴⁴⁰ Der AAPK führte des weiteren aus:

"Nach den Feststellungen der Besuchskommissionen können **Sozialpsychiatrische Dienste** in zahlreichen Kommunen des Landes die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben nicht angemessen wahrnehmen, da sie personell nicht ausreichend besetzt sind, insbesondere die Leitungsfunktion nicht in geeigneter Weise mit Fachärztinnen oder Fachärzten für Psychiatrie besetzt ist und die Dienste mit fachfremden Aufgaben überfordert sind."⁴⁴¹ Für eine ganze Reihe von Sozialpsychiatrischen Diensten benannten die regional zuständigen Besuchskommissionen dabei z.T. gravierende Mängel bis hin zur praktischen Funktionsunfähigkeit der Dienste. Bezüglich es Sozialpsychiatrischen Dienst der **Stadt Salzgitter** hieß es: "Insbesondere in Anbetracht der schwierigen sozialen Struktur der Stadt und des weitgehenden Fehlens einer sozialpsychiatrischen Infrastruktur wäre ein personeller Ausbau dringend erforderlich. Dies gilt insbesondere auch für die Schaffung einer Stelle für einen hauptamtlichen Psychiater. Bisher werden die nervenärztlichen Aufgaben lediglich durch eine stundenweise Honorartätigkeit (4 Stunden pro Woche) wahrgenommen. Dies hat nicht mehr als Alibifunktion. Der Oberstadtdirektor der Stadt Salzgitter ist vom Vorsitzenden der Besuchskommission angeschrieben und gebeten worden, darzustellen, ob und inwieweit Abhilfe geschaffen werden kann. Die Reduktion der Aufgaben eines sozialpsychiatrischen Dienstes auf reine 'Notfallfunktionen' entspricht nicht der Intention des Nieders. PsychKG."⁴⁴²

Das **Niedersächsische Sozialministerium** stellte zum vorerwähnten AAPK-Bericht klar, daß die finanzielle Förderung für das **Betreute Wohnen** nicht mit dem Jahre 1996, sondern erst ab 1998 ende.⁴⁴³ Mit dem geplanten Auslaufen der Förderung bangten nun die Träger um den Fortbestand, da sich die Kommunen auf-

438 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 B, Seite 18

439 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065, Seite 2 f

440 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065, Seite 3

441 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065, Seite 4

442 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065, Seite 8

443 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 2;
vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 E, Seite 30

grund ihrer Finanzsituation möglicherweise nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sehen könnten, das als erfolgreich angesehene Angebot psychiatrischer Versorgung zu unterstützen.⁴⁴⁴ Bezüglich der gespaltenen **Zuständigkeiten** zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger bei der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, durch die faktisch der Ausbau ambulanter Hilfen behindert wird, sah die Landesregierung "keine Notwendigkeit zu einer Veränderung" und setzte sich demzufolge im Bundesrat bei der Reform des Bundessozialhilfegesetzes im Sommer 1996 auch gegen die Einführung einer einheitlichen Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe beim überörtlichen Sozialhilfeträger ein.⁴⁴⁵

Zur finanziellen Situation des Sozialpsychiatrischen Dienstes der **Stadt Salzgitter** führte das Ministerium aus, daß es im April 1996 eine Überprüfung der über den Kommunalen Finanzausgleich der Stadt Salzgitter angewiesenen Mittel angeregt habe. Im Mai 1996 habe hierzu jedoch das Innenministerium mitgeteilt, daß eine derartige **Verwendungsüberprüfung** nicht möglich sei: "Die Leistungen des Landes aus dem Steuerverbund an die Kommunen unterliegen als allgemeine Deckungsmittel mit Ausnahme der für Investitionen bestimmten Mittel keinen Zweckbindungen."⁴⁴⁶ Das Sozialministerium wies darauf hin, daß diese Situation exemplarisch auch für zahlreiche andere Sozialpsychiatrische Dienste in anderen Regionen gelte, "ohne daß das Ministerium hier aus o.g. Gründen Einflußmöglichkeiten hätte."⁴⁴⁷ - Hier wird erneut deutlich, daß der Kommunale Finanzausgleich keinesfalls als geeignetes Steuerungs- und Planungsinstrument für die sozialpsychiatrische Reform in Niedersachsen gelten kann.

Mit Schreiben vom 7. März 1996 richtete die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen **Spitzenverbände** Niedersachsens ein Schreiben an den Ausschuß für Sozial- und Gesundheitswesen des Niedersächsischen Landtages und bezog damit Stellung zum Entwurf des Nds.PsychKG 1997 i.d.F. der Vorlage Nr. 14. Die Stellungnahme macht deutlich, daß die Kommunen durch die Novelle erhebliche finanzielle Belastungen erwarten. Zusammenfassend wurde festgestellt:

444 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 E, Seite 30

445 vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1997, Seite 36

446 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 6

447 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 9

"Das Ergebnis unserer Umfrage ist, daß eine Umsetzung des derzeitigen Entwurfes des Nds. PsychKG dauerhaft zu mehr Kosten auf der kommunalen Ebene führt, als die Anschubfinanzierung, die im Gesetzentwurf vorgesehen ist, ausmacht. Darüber hinaus merken wir zur Formulierung des § 36 Abs. 2 des Entwurfes des Nds. PsychKG an, daß möglicherweise nicht eindeutig ableitbar ist, für welchen Aufgabenbereich das genannte Finanzvolumen zur Verfügung stehen soll. Das Ergebnis der Umfrage bestätigt, wie unsererseits bereits anlässlich der Anhörung am 06.12.1995 ausgeführt wurde, daß eine kostenneutrale Umsetzung des Gesetzes nicht möglich ist. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Finanzlage der öffentlichen Hände stellt sich zusätzlich die Frage, weshalb nicht eine Behandlungsmöglichkeit anstelle einer Behandlungspflicht (§ 4 Abs. 1) ausreicht, warum in der Psychiatrie erfahrene Ärzte, die sich bereits lange in der Praxis bewährt haben, durch Fachärzte abgelöst werden müssen und weshalb ein streng reglementierter Sozialpsychiatrischer Verbund zu einer erheblichen Verbesserung der Situation der Betroffenen vor Ort führen soll. Gerade letzteres wird insoweit bezweifelt, als durch einen Sozialpsychiatrischen Verbund die Schwierigkeiten, die sich aus unterschiedlichen Kostenträgerschaften und Verantwortlichkeiten ergeben, nicht aufgehoben werden. Eine solche Regelung, die mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden wäre, würde allenfalls geringe Impulse im Sinne der Betroffenen setzen können, aber nicht den 'großen Schub' bedeuten, wie vom Landesfachbeirat für Psychiatrie prognostiziert."⁴⁴⁸

Am 21. Mai 1997 legte der Landtagsausschuß für Sozial- und Gesundheitswesen einen überarbeiteten Entwurf des Nds. PsychKG⁴⁴⁹ vor, dessen **Verabschiedung** am 28. Mai 1997 erfolgte und der am 1. Juli 1997 in Kraft trat.⁴⁵⁰

Die praktische Umsetzung und Anwendung der neuen gesetzlichen Bestimmungen wurde von erheblichen Problemen begleitet. Entsprechende Hinweise können etwa in den Korrespondenzen zwischen dem Niedersächsischen Sozialministerium und dem Niedersächsischen Landkreistag, den Bezirksregierungen und einigen kommunalen Gebietskörperschaften entnommen werden.⁴⁵¹ Der Schwerpunkt der Probleme lag bei der Verlagerung von Kosten und haushaltsrechtlichen Verantwortlichkeiten für die Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste und des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu den Kommunen, ohne daß diesen wesentliche finanzielle Landesmittel zugestanden wurden. Insbesondere entstanden aus differierenden Auffassungen zu einigen Durchführungsbestimmungen zwischen Land und Kommunen bzw. Kommunalen Spitzenverbänden Klärungsbedarf. Die Kommunen argumentierten dahingehend, daß die im Gesetz enthaltenen Zuständigkeits- und Qualifizierungsvorschriften etwa für ärztliche Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste praxisfremde und einseitig zum Nachteil kommunaler Haushalte wirksame Regelungen darstellten. Über die Nachhaltigkeit in der Um-

448 ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1996, Seite 1 ff

449 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2929

450 Nds. PsychKG 1997

451 vgl. LANDKREIS HANNOVER 1997; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1997 B; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1997 A; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1997 B; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1997 C; vgl. BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1997

setzung der gesetzlichen Vorgaben und deren praxisrelevante Wirksamkeit kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht geurteilt werden.

In diesem Zusammenhang ist aber ein Aspekt von besonderer Bedeutung: Die Novelle des Nds.PsychKG weist den Sozialpsychiatrischen Diensten bei der Erstellung der **Sozialpsychiatrischen Pläne** in Zusammenarbeit mit dem **Sozialpsychiatrischen Verbund** und bei der Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes eine besondere Aufgabe und Schlüsselfunktion zu. Auf der Grundlage empirischer Befunde etwa seit 1985 - siehe hierzu Band II der Arbeit sowie die Erhebungen des IES⁴⁵² - kann mit einiger Berechtigung gefragt werden, ob die personelle Kompetenz und Kapazität in den Diensten gegeben ist, diesen anspruchsvollen Aufgaben entsprechen zu können. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob die Kommunen seitens der Verwaltung wie der Politik eine Planungsfreiheit faktisch gewähren (können), wenn in diesem Zusammenhang Leistungen und Angebote in der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung aus fachlich begründeten Erwägungen in die Planungen aufgenommen werden sollen, die jedoch aufgrund der finanziellen Belastungen des kommunalen Haushaltes keine realistischen Umsetzungschance haben.

Sowohl für die personellen Kapazitäten und Kompetenzen als auch für die fachlich gebotenen Angebotsergänzungen in kommunalen Versorgungsnetzen sind Landesmittel nicht dezidiert ausgewiesen. Zwar stellt das Land Niedersachsen einschließlich bis zum Haushaltsjahr 1998 für die Schaffung des Sozialpsychiatrischen Verbundes 5.250.000 DM ein;⁴⁵³ in welcher Weise diese jedoch eingesetzt werden, ist noch nicht abzusehen. Das Gesetz schreibt allein eine Antragstellung der Kommunen bis zu 1. November 1998 vor.⁴⁵⁴ Bei der Aufteilung diese Mittel nach Einwohnerzahlen ergibt sich rechnerisch ein Betrag von 0,66 DM je Einwohner Niedersachsens oder 111.702,12 DM je Kommune.⁴⁵⁵ Diese Beträge dürften nur in größeren Gebietskörperschaften zu begrenzten Kofinanzierungen

452 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

453 Zum Vergleich: Für die Umsetzung eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke war die Niedersächsische Landesregierung zunächst (Anfang 1974) bereit, innerhalb von drei Jahren (1976 bis 1978) insgesamt 20,1 Millionen DM auszugeben; ein Jahr später (Anfang 1975) reduzierte sie diesen Ansatz auf 3,8 Millionen DM. Der am 10. Mai 1978 vom Niedersächsischen Landtag verabschiedete Gesetzentwurf (Nds.PsychKG 1978) enthielt keine Kostenansätze.

454 vgl. § 40 Absatz 5 Nds.PsychKG 1997: "Diejenigen Landkreise und kreisfreien Städte, die einen Sozialpsychiatrischen Verbund (§ 8) gebildet haben, erhalten eine Finanzausweisung des Landes. Der Antrag auf Finanzausweisung ist bis zum 1. November 1998 zu stellen. Der für Finanzausweisungen insgesamt zur Verfügung stehende Betrag von 5 250 000 Deutsche Mark ist auf die Landkreise und kreisfreien Städte nach der Einwohnerzahl aufzuteilen. § 38 bleibt unberührt."

455 $5,25 \text{ Millionen DM} \div 8 \text{ Millionen Einwohner} = 0,65625 \text{ DM} \approx 0,66 \text{ DM pro Einwohner}$;
 $5,25 \text{ Millionen DM} \div 47 \text{ Kommunen} = 111.702,12 \text{ DM pro Kommune}$

von Personalstellen ausreichen; die kontinuierliche Finanzierung infrastruktureller Maßnahmen läßt sich damit keinesfalls realisieren. Übersehen werden darf nicht, daß es sich um eine einmalige Zuschußleistung des Landes handelt.

Mit einiger Berechtigung darf die Frage gestellt werden, ob hier ein Gesetz an der Realität vorbei verabschiedet wurde, einer Versorgungsrealität im Lande, die Landesregierung und Landtagsabgeordnete eigentlich hinreichend bekannt sein dürfte, z.B. durch den Bericht der Fachkommission Psychiatrie⁴⁵⁶ oder aus den Jahresberichten des AAPK.

Während das Nds.PsychKG 1997 (unter Ausklammerung eines Stadt-Land-Gefälles) auf gleiche personelle, sachliche, kooperative und infrastrukturelle psychosoziale Versorgungsstandards im Lande abstellt, geht der **AAPK** in seinem im Juni 1997 vorgelegten Jahresbericht von gänzlich anderen Voraussetzungen aus. Die Berichterstattung selbst wird von einem Novum begleitet: Erstmals werden im Rahmen der Landtags-Drucksachen **keine** Berichte der einzelnen Besuchskommissionen veröffentlicht,⁴⁵⁷ womit eine seit 1983 praktizierte Tradition gebrochen wird. Der Umfang des Berichtes beträgt daher lediglich 5 Seiten, während in den Jahren zuvor mindestens 25 Seiten vorgelegt wurden. Einer breiteren Öffentlichkeit werden damit bestimmte Informationen vorenthalten, z.B.

- daß im **Sozialpsychiatrischen Dienst Goslar** bei erheblich gestiegenen Fallzahlen nur eine Art der Basisversorgung sicher gewährleistet ist und aus Sicht der Besuchskommission eine bessere personelle Ausstattung sinnvoll und notwendig erscheint.⁴⁵⁸
- daß im **Sozialpsychiatrischen Dienst Peine** die personelle Ausstattung, abgesehen von der Notwendigkeit, einen Psychiater bzw. eine Psychiaterin zu beschäftigen, angemessen erscheint.⁴⁵⁹
- daß der **Sozialpsychiatrische Dienst Wolfsburg** praktisch durchgängig und insbesondere auch im Vergleich zu anderen Diensten einen sehr positiven Eindruck hinterließ.⁴⁶⁰

456 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

457 Die Tätigkeitsberichte der Besuchskommissionen wurden an die Mitglieder des Landtagsausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen gesondert verteilt. - vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, Seite 1

458 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, Seite 11

459 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, Seite 11

460 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, Seite 11

- daß im **Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Osnabrück** die Stelle der Schreibkraft mit der Folge abgebaut wurde, daß Schreibarbeiten nunmehr im gesamten Gesundheitsamt bearbeitet werden und daß statt dessen jeweils ein Mitarbeiter den Dienst, einschließlich des Psychiaters, tagsüber im Amt bleiben muß, um dort für telefonische Krisenintervention, Erstabklärung und Weitervermittlung als Anlaufstelle zur Verfügung zu stehen. Die Besuchskommission stellte fest, daß für die größte kreisfreie Stadt im Regierungsbezirk die Personalausstattung nicht ausreichend sei. Bemängelt wurde auch die Fahrtkostenregelung für die Mitarbeiter: "Kriseneinsätze sind aus Kostengründen nur per öffentlicher Verkehrsmittel bzw. per Fahrrad möglich. Pkws stehen nicht zur Verfügung, weil keine dienstlichen Parkplätze bereitgestellt werden. Sie müssen in einem nahegelegenen Parkhaus angemietet werden."⁴⁶¹
- daß der **Landkreis Emsland**, groß wie das Saarland, mit 290.000 Einwohnern, über keinen eigenständigen Sozialpsychiatrischen Dienst verfügt. Ein Psychiater ist nicht vorhanden. 3 Sozialarbeiterstellen wurden aus dem Gesundheitsamt abgezogen. Die Versorgung der Suchtkranken, die nicht von den Beratungsstellen der freien Träger betreut werden, ist derzeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst nicht gesichert. Möglichkeiten für Supervision und Fortbildung sind angesichts der Personalsituation nur noch theoretisch vorhanden. Einweisungen nach dem Nds.PsychKG 1997 werden durch die Ärzte des Gesundheitsamtes überhaupt nicht mehr wahrgenommen. Sie werden durch die Hausärzte selbst veranlaßt.⁴⁶²
- daß sich die Personalausstattung im **Sozialpsychiatrischen Dienst Wesermarsch** seit 1995 durch Zusammenlegung mit dem allgemeinen Sozialdienst und durch Wegfall einer Planstelle für Sozialarbeit verschlechtert hat. Zusätzlich sind ab 1994 die Aufgaben des Mitarbeiters auf zwei Dienstorte verteilt.⁴⁶³

461 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, S. 21 f

462 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, S. 22 f

463 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200, unveröffentlichter Tätigkeitsbericht der Besuchskommissionen, S. 23

Zusammenfassend zeigt der auf Niedersachsen gerichtete Blick in die jüngere Psychatriegeschichte, daß die Reform der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung hinter den Ideen, Vorschlägen und auch Erwartungen der 70er Jahre weit zurückbleibt. Die Perspektiven für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Zeiten knapper ökonomischer Ressourcen und des Sozialabbaus werden nicht positiv beschrieben werden können, wenn darunter der weitere Ausbau von Angeboten oder die Fortsetzung der bisherigen Anstrengungen und Politik verstanden werden. Hierzu sind an anderer Stelle vorliegender Arbeit ausführliche Überlegungen vorgestellt worden.

Die von der Expertenkommission 1988 formulierten "Schritte zur Verwirklichung" ihrer Empfehlungen müssen an vielen Orten noch gegangen werden.⁴⁶⁴ Neben dem vorrangig genannten **Gemeindepsychiatrischen Verbund** werden dort auch altbekannte Themen wie Enthospitalisierung, beschützte Wohnangebote, Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser, Aufbau psychiatrischer Abteilungen sowie Verbesserungen in den Bereichen Kinder- und Jugend- bzw. Gerontopsychiatrie, weiterhin thematisiert.

Unter der Überschrift "Die Welt als Tollhaus" benannte Klaus Dörner unlängst auf einer Jahrestagung der DGSP in Hannover sieben Einzelperspektiven für die nächsten 25 Jahre. Er zählte dazu als Themenbereiche die Entwicklung einer sozial- bzw. gemeindepsychiatrischen Forschung, Beteiligung an der Ethik-Debatte, Arbeitsmarktintegration psychisch Kranker, Selbsthilfe, Deinstitutionalisierung der Heime, Ambulantisierung der Stationen und eine "innere Deinstitutionalisierung" der Professionellen. Angesichts seines bevorstehenden Ruhestands übergab er den "Staffelstab" und die damit verbundenden Mühen der Realisierung dieser Forderungen augenzwinkernd den auf der Tagung Anwesenden.

464 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite LX ff

3.2 Die Psychiatriereform oder: Verwaltungshandeln statt Beziehungsqualität

Im Niedersächsischen Psychiatriegesetz (Nds.PsychKG) wurde im Jahre 1978 als gesetzlicher Standard festgelegt, daß in den Landkreisen und kreisfreien Städten ein Sozialpsychiatrischer Dienst beim Gesundheitsamt zu errichten sei.⁴⁶⁵ In Band II dieser Arbeit wurde u.a. erhoben, welche Kommunen Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet haben und wie dies im einzelnen erfolgte.⁴⁶⁶ Ebenso war von Interesse, in welchem Umfang die frei-gemeinnützigen Träger in die Gestaltung dieser Versorgung eingebunden wurden.⁴⁶⁷ Ein Schwerpunkt bestand in der Frage nach der fachlichen Orientierung und Kontrolle (im Sinne planerischer und inhaltlicher Entwicklung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung).⁴⁶⁸

Die Umsetzung fachlich gebotener, eindeutiger Kriterien für die Funktionsfähigkeit und die Versorgungsqualität ist - dies hat sich auch in Übereinstimmung mit anderen Studien gezeigt - nicht im gesetzlichen Auftrag benannt. Daher kam es in den Kommunen nicht zu einer fachlichen Verständigungs- und Kontrollebene. Die Einschätzung der Versorgungsqualität der primären Zielgruppe der chronisch psychisch kranken Erwachsenen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste selber fällt noch im Jahre 1991 deprimierend aus: 85,2 % der Dienste ($N_{\text{tot}} = 47$) schätzen die ambulante Versorgung dieser Menschen als defizitär ein.⁴⁶⁹

Vor dem Hintergrund der in Gesetzen wie dem Nds.PsychKG 1978 benannten gesellschaftlichen Zielsetzungen ist es bezüglich der notwendigen und wirksamen Schritte erwiesenermaßen unzweckmäßig, wenn auch folgerichtig, daß die Kommunen in direkter Umsetzung ordnungsrechtlicher Intentionen des Gesetzes ganz überwiegend selber zu Trägern des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurden.⁴⁷⁰ Die Einrichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes "beim" Gesundheitsamt folgt als Verwaltungshandlung nach Beschluß der kommunalen Legislative den formalen Rahmenreichtlinien des Gesetzes, ungeachtet der tatsächlichen Qualität des so

465 vgl. § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978

466 siehe Band II der Arbeit, Seite 15 ff

467 siehe Band II der Arbeit, Seite 19 ff

468 siehe Band II der Arbeit, Seite 18, 301 ff, 331 ff

469 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 19

470 In der Regel in das Gesundheitsamt integriert, konnten diese Dienste über die klassischen Handlungsperspektiven behördlicher Hilfestellungen und Kooperationsformen nicht hinauskommen. - Siehe Band II der Arbeit, Seite 343 ff

geschaffenen Angebotes.⁴⁷¹

In einem kurzen Abschnitt soll auf die Vision sozialpsychiatrischer Arbeit eingegangen werden, wie diese von der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 formuliert wurde.⁴⁷² Begründet durch die schon 1975 in der Psychiatrie-Enquête formulierte Forderung nach kooperativer Aufgabenteilung verschiedener Berufe und einer patientenorientierten Erbringung der therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Leistungen⁴⁷³ wurden unter der Kategorie "Personelle, administrative und legislative Grundlagen" Grundsätze benannt, die die Arbeit in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung kennzeichnen sollen:

"Der integrative Ansatz zur Behandlung, Betreuung und Wiedereingliederung der psychisch Kranken und Behinderten fordert von den beteiligten professionellen Berufsgruppen

- spezifische Fachkompetenzen, sei es in der Form einschlägiger Aus- und Weiterbildung, sei es aufgrund langjähriger Erfahrung und berufsbegleitender Fortbildung,
- eine sinnvolle Aufgabenteilung im Rahmen einer patientenorientierten Zusammenarbeit (...).

Spezifische Fachkompetenzen und patientendienliche Formen der Zusammenarbeit lassen sich jedoch unbeschadet eigener fachlicher Qualifikation und beruflicher Identität nur auf der Grundlage einer übereinstimmenden Auffassung in den Fragen einer angemessenen Therapie und Betreuung entwickeln. Dazu gehören:

- ein Krankheitsverständnis, das von der wechselseitigen Verknüpfung somatischer, psychische und sozialer Faktoren ausgeht,
- die Bereitschaft zu einer fachübergreifenden Betrachtungsweise der anstehenden Behandlungs- und Betreuungsprobleme und zu einer berufsgruppenübergreifenden strukturierten Zusammenarbeit (multiprofessionelle Zusammenarbeit in Institutionen oder Diensten, multiprofessionelle Zusammenarbeit in institutionenübergreifenden Zusammenhängen: Kooperation von Einzelpersonen und Diensten, von Arbeitskreisen und Arbeitsgemeinschaften, z.B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften).

Das Gelingen personenbezogener und institutionenbezogener Zusammenarbeit hängt ab

- von der Bereitwilligkeit der Dienste und der ihnen Angehörigen, sich auf ein gemeinsames Arbeitsziel zu einigen, und davon, -daß die Beteiligten ihre Kompetenzen in Kenntnis der Grenzen ihrer Qualifikationen, Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche einbringen.

Zu einem fachübergreifenden Grundverständnis, einer einvernehmliche Grundhaltung der an der psychosozialen Versorgung unmittelbar Beteiligten zählen weiter

- die Entwicklung und der Ausbau von Eigenschaften, die dazu verhelfen, die Äußerungen

471 siehe Band II der Arbeit, Seite 18, 20, 331 ff

472 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 565-602

473 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 309 ff, 311 ff

und das Verhalten der einzelnen Kranken und von Patientengruppen zu verstehen und angemessene therapeutische Schlüsse zu ziehen, sich in wechselnden Situationen und Ereignisse einzufinden, den Umgang mit den Kranken und Behinderten menschlich und therapeutisch fruchtbar zu gestalten und sie gegebenenfalls über längere Zeiträume, wenn notwendig auch lebenslang zu betreuen. Hierzu gehören Einfühlungsvermögen, die Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, Geduld, Ausdauer, Toleranz und das Vermögen, auch jenseits der Berufsrolle Angehörigen, Kollegen und anderen Arbeitspartnern zu begegnen;

- die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich mit der sozialen Lage des Patienten und seiner Lebensumwelt in der Gemeinde vertraut zu machen, Teilverantwortungen innerhalb einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung für ein bestimmtes Gebiet (Stadtteil, Gemeinde, Sektor oder Region) zu übernehmen, die vorhandenen lokalen Hilfsangebote auszumachen, mit ihnen zu kooperieren und gegebenenfalls Selbst- und Nachbarschaftshilfe zu initiieren, zu fördern und zu stützen.

Die hier geschilderten Einstellungen und Fähigkeiten können als psychiatrisch/ psychotherapeutische Grundhaltung bezeichnet werden - in Gebrauch ist auch der Begriff psychiatrisch/ psychotherapeutische Basiskompetenz. Über sie sollten alle professionellen Helfer verfügen. Denn sie erlaubt es, den psychisch Kranken und Behinderten als handelndes Objekt anzunehmen und die Beziehung zu einem Personenkreis zu handhaben, dessen Mitglieder in der Mehrzahl in ihrem Vermögen, Kontakte zur sozialen Umwelt anzuknüpfen und zu unterhalten, eingeschränkt sind.⁴⁷⁴

Dieser Einschätzung ist seitens des Verfassers nichts hinzuzufügen; es ist offensichtlich, daß der "Geist" der Psychiatriereform auf den Erwerb und die Anwendung sozialer Kompetenz bei Personen und Institutionen wirken sollte und muß, um den Bedürfnissen und Bedarfen der psychisch Kranken und Behinderten gerecht werden zu können. In Niedersachsen (wie auch andernorts) wurde aber die inhaltliche Zielsetzung bei der Gesetzgebung im wesentlichen auf die Beschreibung von Institutionen begrenzt, in der Annahme (berechtigt oder nicht intendiert), gemeinsame Arbeitsformen würden sich schon ergeben. Das theoretische Rüstzeug zur Beschreibung einer sozialpsychiatrischen Basiskompetenz lag spätestens seit 1975 mit Vorlage der Psychiatrie-Enquête auch der "offiziellen" Ebene der Verantwortlichen vor.

In der Folge ergab es sich jedoch in Niedersachsen, daß in allen befragten Gebietskörperschaften neben den Sozialpsychiatrischen Diensten eine ganze Reihe weiterer psychosozialer Angebote entstanden. Diese Entwicklung begann mit der Psychiatriereform ab 1975, in deren Verlauf die Dichte der Versorgung der Bevölkerung deutlich zugenommen hat. Eine große Anzahl von Diensten wurde gegründet und differenzierte Angebote wurden in das psychosoziale Versorgungsnetz aufgenommen. Wenn einerseits auch die Entwicklung in Richtung einer Vielzahl von Angeboten zu begrüßen ist, kann andererseits kein Hinweis darauf gefunden

werden, daß dieses Wachstum planvoll und bedarfsorientiert verlief. Insbesondere die Kommunen haben an der Ausdifferenzierung und Vervielfachung von Angeboten keinen planerischen Anteil und somit auch keine Kontrolle auf die Qualität und die Kosten der psychosozialen Versorgung gewonnen und angestrebt. Ganz unmittelbare sozialpsychiatrische Angebote sind, mit Ausnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste selber, flächendeckend nicht entstanden.

Pointiert kann gesagt werden, daß die Reform der psychiatrischen Versorgung auf der kommunalen Ebene vor allem als Schaffung neuer Abteilungen beim Gesundheitsamt verstanden worden ist. Diese Abteilungen mit sozialpsychiatrischer Aufgabenstellung sind verwaltungsorientiert konzipiert. Ihre Beziehungen zur Bevölkerung der Kommune wie auch die der dort tätigen Beschäftigten zu ihren Klienten drückt sich vielfach als die eines nach administrativem Auftrag handelnden Dienstes aus. Dies erfolgt nicht selten unter Vernachlässigung von pädagogischen Methoden der aufsuchenden Sozialarbeit im Sinne von Prävention, Gemeinwesenarbeit etc. Auch die räumliche Anbindung an kommunale Verwaltungsgebäude und die Anstellungsverhältnisse und fachlichen Orientierungen der Mitarbeiter dokumentieren dies: sowohl die Fachkommission Psychiatrie des Landes als auch die eigene Untersuchung beweisen nachhaltig, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht als aufsuchende Dienste realisiert worden sind.⁴⁷⁵

In diesem Sinne kann konstatiert werden, daß Verwaltungshandeln die Entwicklung einer psychosozialen Basiskompetenz nicht gefördert hat, noch diese als Handlungskonstante bei der Entwicklung von Zielstellungen, Kooperationen und Planungen der psychosozialen Angebote in den Regionen wirksam wurde.

Mit den bislang erfolgten Erhebungen kann die ansich zielleitende und grundlegende Frage, ob eine Wirksamkeit der in kommunaler Zuständigkeit befindlichen gebotenen Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte überhaupt besteht, nicht abschließend beantwortet werden. Insbesondere für Langzeiterkrankte und Behinderte und für Suchtkranke kann mit nachhaltiger Gewißheit nicht dargelegt werden, wie sie von den Hilfen erreicht werden oder durch diese profitieren, weil es bei den statistischen Erhebungen bislang auf die Einschätzung und Bewertung der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht ankam.

⁴⁷⁵ siehe Band II der Arbeit, Seite 141 ff, 343 f
vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 9

Die Befähigung der Mitarbeiter in den Einrichtungen frei-gemeinnütziger Träger und kommunaler Ämter, entsprechend der beschriebenen Basiskompetenz Beziehungen untereinander und zu den psychisch Kranken und Behinderten sowie ihrer Angehörigen aufzunehmen und dauerhaft zu gestalten, ist bei dieser Entwicklung offensichtlich nicht vorrangig berücksichtigt worden. So werden im Bericht der Niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie im Jahre 1991 nachhaltige Verbesserungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Richtung der patientenzentrierten, ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitation, Betreuung und Pflege eingefordert.⁴⁷⁶

476 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 257 f

3.3 Hauptargument der Psychiatrie-Enquête und der niedersächsischen Gesetzgebung: Der Sozialpsychiatrische Dienst

Die Psychiatrie-Enquête und die daraus resultierenden Ländergesetze setzen auf die Schaffung von Sozialpsychiatrischen Diensten als zentrale Impulse für eine regionale, sozialpsychiatrische Versorgung. Im PsychKG des Landes Niedersachsen ist dies durch klare Vorgaben festgelegt. So führte die Landesgesetzgebung zur Regeleinrichtung von Sozialpsychiatrischen Diensten bei den Gesundheitsämtern der kommunalen Gebietskörperschaften. Trotz der Option zur Delegation dieser Aufgabe im Nds.PsychKG waren 1991 von 47 Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen lediglich 3 in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (6,4 %) angesiedelt.⁴⁷⁷

Die Entstehung und der Organisationsgrad Sozialpsychiatrischer Dienste in Niedersachsen wurde unter Verwendung der empirischen Materialien der letzten Jahrzehnte in Band II dieser Arbeit analysiert. Insgesamt dauerte es bis in die zweite Hälfte der 80er Jahre, bis in allen Kommunen des Landes ein Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet war.⁴⁷⁸

Wie bereits dargestellt, ist die Existenz eines solchen Dienstes an sich kein Qualitätsmerkmal, deutlicher wird das Bild, wenn die Kooperationsstrukturen einbezogen werden, die sich um einen solchen Dienst gebildet haben: Für das Jahr 1991 kann laut Erhebung des IES in Niedersachsen zwar noch ein Unterschied in der Kontaktpflege und Kooperation zwischen ländlichen und städtischen Sozialpsychiatrischen Diensten festgestellt werden; es wird aber eine insgesamt defizitäre Situation sowohl an kooperationsfähigen Einrichtungen als auch an Kooperationsbemühungen bzw. -initiativen seitens der Dienste konstatiert.⁴⁷⁹ In diesem Zusammenhang fällt wiederum auf, daß die Kontakte zu institutionellen anderen Diensten der Kommune oder Krankenhäuser durchweg intensiver sind als zu Einrichtungen der ambulanten und komplementären psychosozialen Versorgung.⁴⁸⁰ Nach Ansicht des Verfassers vorliegender Arbeit ist dies nicht allein durch den Mangel an Ansprechpartnern zu erklären, wie es in der IES-Erhebung erfolgt, son-

477 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 2

478 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 101 f, 106 ff; siehe Band II der Arbeit, Seite 15 ff

479 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 17

480 siehe Band II der Arbeit, Seite 315 ff

dem hier spiegelt sich die Zentrierung des Dienstes auf hauseigene, eben kommunale Dienste und auf ähnlich strukturierte Angebote. Im umgekehrten Sinne werden ebenfalls nach den betroffenen Klienten und ihren Angehörigen/Partnern die meisten Kontakte über die genannten institutionellen Einrichtungen aufgenommen.

In aktiver Umsetzung des gesetzlichen Auftrages müßten die Sozialpsychiatrischen Dienste gerade zur Gewinnung und zur Gestaltung einer leistungsfähigen Versorgungslandschaft, die dem programmatischen Ziel "ambulant vor stationär" genügen kann, Kontakte in die defizitär benannten Bereiche intensiv und andauernd unterhalten. Tatsächlich wird die Beteiligung der befragten Dienste an Planung und Koordination in der zitierten Erhebung als defizitär offenbart:

Beteiligung an Koordination und Planung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen nach IES-Erhebung⁴⁸¹ im Jahre 1991 (N=47/Angaben in %)

	ländliche Region	städtische Region
Koordination einzelner in der psychiatr. Versorgung tätigen Dienste	43,8	60,0
Koordination von Einzelfällen	81,3	100,0
Beteiligung an Planungen (nicht dezidiert ausgewiesen)	56,3	60,0
Regelmäßige Teilnahme an der lokalen PSAG	46,9	33,3
Unregelmäßige Teilnahme an der lokalen PSAG	46,9	66,7
Keine Angaben	6,3	

Die Tatsache, daß weniger als die Hälfte der ländlichen und nur ein Drittel der städtischen Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen regelmäßig an den Sitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften als den lokalen Abstimmungs- und Koordinationsgremien teilnehmen, legt dar, daß die notwendigen Impulse für Planung und Koordination wohl kaum von den Sozialpsychiatrischen Diensten und ihren Mitarbeitern ausgehen können. Dabei ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Psychiatrie-Enquête und erneut in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung eine besondere Rolle zugewiesen worden.⁴⁸²

481 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 9

482 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 221 ff

Neben den "selbstverständlichen" Aufgaben wie Beratung, diagnostische Abklärung, Versorgung und nachgehende Hilfen für die Klienten, die Abhaltung von Sprechstunden und die Erbringung aufsuchender, ambulanter Tätigkeiten stehen Hilfen für die Wiedereingliederung der behinderten Menschen in das Berufsleben und Aufgaben der Krisenintervention im zugeschriebenen Leistungskatalog des Sozialpsychiatrischen Dienste. Weiterhin soll der Sozialpsychiatrische Dienst die Koordination von Einzelhilfen leisten, die Zusammenarbeit mit allen Diensten in der Kommune fördern und die Kooperation mit den psychiatrischen, regional zuständig Krankenhäusern leisten. Ergänzend werden Leistungen wie gruppentherapeutische Angebote, Angehörigen- und Selbsthilfearbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionenberatung und die Betreuung von Wohnangeboten benannt. Die Mitwirkung an den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und deren Geschäftsführung wird ebenfalls benannt, immer in Verbindung mit dem Auftrag, in der Region initiiierend tätig zu werden.⁴⁸³

Diesem Rollenverständnis der Expertenkommission und des niedersächsischen Gesetzgebers steht eine ernüchternde Bilanz im Jahre 1991 gegenüber, die im Bericht der Fachkommission in der Aufzählung der häufigsten (- nicht aller -) Mängel in der aktuellen Arbeit von Sozialpsychiatrischen Diensten mündete:

- "- Selektion durch Konzentration auf angestammte Klienten und Aktivitäten: neue Betreuungsdauerbeziehungen werden abgewehrt; Veränderungen im Einzugsgebiet werden nicht wahrgenommen
- Akute Krisenintervention dominiert das Aufgabengebiet; es fehlt an längerfristigen Maßnahmen zur Krisenprophylaxe (tragfähige Betreuungsbeziehungen, Aktivierung des sozialen Umfeldes)
- Motivation zu einer fachgerechten Behandlung findet selten statt; selbst festgestellte Defizite werden nicht ausgeglichen, die Eingeschränktheit von Patienten wird konsolidiert
- Das soziale Umfeld wird nicht ausreichend einbezogen; Angehörige werden als lästig ausgeblendet
- Koordinierende Maßnahmen werden als nicht notwendig erachtet; das Nebeneinander von Institutionen führt zur Unterversorgung schwer gestörter Patienten
- Komplementäre Hilfen werden nicht in Versorgungsprogramme einbezogen; tagesstrukturierende Initiativen oder Einrichtungen sind nicht fachspezifisch konzipiert und verkommen zum Zeitvertreib für unspezifische Klientel
- Schwerstkranke, insbesondere Obdachlose und von Obdachlosigkeit bedrohte Patienten, bleiben oft psychiatrisch völlig unversorgt und unbehandelt
- Wechselseitige Kommunikation unterbleibt, Mitarbeiter anderer Einrichtungen werden als Konkurrenten empfunden, die Versorgungsverantwortung für die eigenen Klienten wird nicht in vernetzter Form praktiziert
- Die Versorgungsverantwortung wird an das insuffizient gewordene soziale Netz zurückverwiesen".⁴⁸⁴

483 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 230 ff

484 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 23

Die Aufgaben und Funktionsfelder sozialpsychiatrischer Versorgung werden, durch die Sozialpsychiatrischen Dienste als Koordinations- und Handlungszentren ambulanter psychiatrischer Versorgung, offensichtlich defizitär erbracht und gehen mit Versorgungsrisiken einher, die zur Zeit der Befragung (1991) "nur unzulänglich minimiert werden können".⁴⁸⁵ Die Fachkommission kommt in ihrer Stellungnahme zur Versorgungsqualität der Sozialpsychiatrischen Dienste zu dem Schluß, daß die katastrophale Bilanz der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen 13 Jahre nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG "vorrangig darauf zurückzuführen (ist), daß auch Mißverständnisse über den Versorgungsauftrag ambulanter Sozialpsychiatrie bestehen."⁴⁸⁶

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit legen andere Schlüsse nahe, wengleich das Urteil der Fachkommission Psychiatrie über die Qualität der Versorgung und der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste bestätigt wird. Mangelnde personelle und fachliche Ausstattung der Dienste, begründet auf defizitäre Finanzierung seitens des Landes und der Kommunen; Einbindung in bürokratische Strukturen, Handlungs- und Denkweisen; mangelnde Aus- und Weiterbildung des sozialpsychiatrischen Personals aller Berufsgruppen und die praktisch vollständige Absenz eindeutiger, verbindlicher und gemeinsamer Standards und Definitionen der gemeinsamen Arbeit⁴⁸⁷ belegen die These von der ausschließlichen Durchführung einer (kleinen) Verwaltungsreform in der kommunalen Psychiatrie. Für die Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten, die Kommunen und das Land Niedersachsen hat sich auf der Ebenen politisch und wirtschaftlich gestaltbarer Rahmenbedingungen für sozial verantwortliche und fachlich anerkannte Betreuung und Behandlung psychisch Kranker und Behinderte in den Jahren seit 1978 kein wirklich tiefgreifender Fortschritt ergeben. Der Mangel an gemeinsamen Verständnis über Aufgaben und Ziele der Sozialpsychiatrie ist evident und verweist auf ein Problem, das seit 1978 eher gewachsen ist als daß es gemindert werden konnte: Es fehlt an einer kompetenten, integrations- und durchsetzungsfähigen Instanz, die Kooperation, Inhalte und Ziele regional verantwortet und den fachlichen Zusammenhang mit anderen Regionen des Landes sicherstellt, um die Angleichung der Lebensumstände in ländlichen und städtischen Lebensräumen als Ausdruck der Chancengleichheit im Sinne eines Verfassungsziels zu verfolgen.

485 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 22

486 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 23

487 siehe Band II der Arbeit, Seite 110 ff, 117 ff, 120 ff, 157 ff, 307 ff, 309 ff, 321 ff, 327 ff

Es ist nach den hier zitierten Befunden offensichtlich, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen diese Instanz bisher nicht waren und nach Auffassung des Verfassers auch nicht werden können. Eine Partei in einem Gesamtfeld von Angeboten, Konzepten und Ideologien hat kaum die Chance, konsensfähige Plattformen zu erreichen.

Nach den Ergebnissen auch der Fachkommission Psychiatrie zur Qualität der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, kann die Wiederbelebung der psychiatriereformerischen Struktur vom Sozialpsychiatrischen Verbund im neuen Nds. PsychKG 1997 nur Verwunderung auslösen. Diese Festlegung setzt auf die Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste als die Stellen, die den Sozialpsychiatrischen Verbund explizit koordinieren sollen.⁴⁸⁸

Es geht m.E. in dieser Phase darum, deutlich zu machen, daß der Sozialpsychiatrische Dienst regionale Koordination, Motivation und Entwicklung in der Hand haben sollte, ohne daß er als Teil einer Behörde eine Planungskompetenz fachlich und inhaltlich innehatte oder dazu befähigt wurde. Dieser Versuch ist nachhaltig gescheitert. Die Sozialpsychiatrischen Dienste in den Kommunen haben als Steuerungs- und Regelungsinstitutionen versagt bzw. sind gar nicht in eine solche Funktion hineingekommen. Auch wenn sie versucht haben, über Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften im Rahmen der Geschäftsführung die genannten Ziele anzustreben, hat sich ihr Versagen mit dem der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften verbunden, die zumindest in Niedersachsen nicht als die Initiatoren von Kooperationen, von fachlicher Abstimmungen oder gar von Definitionen gemeinsamer regionaler Zielen und Vereinbarungen hervorgetreten sind.

Nichts spricht dafür, daß mit der Novelle des Nds. PsychKG 1997 Bemühungen verbunden sind, die Funktionen des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch wirksame Mittelzuweisungen und strukturelle Vorgaben so umzugestalten, daß er landesweit zu einem beeinflussungsfähigen Instrument sozial- und gesundheitspolitischer Steuerung ausgebaut werden kann. Die vom Land ausgelobten Mittel reichen selbst in einer Kommune wie Hannover kaum, um einige Sozialarbeiterstellen für etwa fünf Jahre zu finanzieren.

Wohlgemerkt, hier wird nicht dem Ausbau vom Stellenstrukturen das Wort geredet, es geht entscheidend um die fachliche und sozialpolitischen Zielsetzung und die Einforderung der erreichten Ergebnisse auf der Ebene der Versorgungsverantwortung und Verbindlichkeit.

Aus der Beschreibung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Bewertung seiner tatsächlichen Leistungen oder Effizienz ergibt sich auch ein Ausblick auf die Chancen des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Die Kritik an den Sozialpsychiatrischen Diensten bezüglich ihrer Fähigkeiten zur Koordination, Planung und Konzeption wird ohne substanzielle Abstriche auch auf die geplanten Strukturen des Sozialpsychiatrischen Verbundes übertragen werden können. Dies nicht zuletzt, wenn die Geschäftsführung, wie es das Nds.PsychKG 1997 vorsieht, in die Hände der Sozialpsychiatrischen Dienste gelegt worden ist.

Die Zielrichtung ist auf den vorstehenden Seiten aus verschiedenen Blickwinkeln deutlich geworden, sie soll mit zwei Zitaten abschließend umrissen werden:

"Sozialpsychiatrie darf nicht durch Spezialinstitutionen und Dienste mit hoher Bindungswirkung psychisch Kranke verzweifelt in die Gemeinde zu integrieren versuchen, ohne selbst integriert zu arbeiten. Voraussetzung für die Integration und Partizipation von chronisch psychisch Kranken am gesellschaftlichen Leben ist die Integration der Dienste (und Angebote, Ergänzung d.d.Verf.) in die Wirklichkeit des städtischen (und natürlich auch ländlichen, Ergänzung d.d.Verf.) Lebens."⁴⁸⁹ Diese Verpflichtung wird im Frühjahr 1998 aktuell im Zusammenhang mit Vorfällen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachklinik Albert Schweizer Therapeutikum in Holzminden. Im Zusammenhang mit einem Mißbrauchsvergehen an Patienten der Klinik kommt der zuständige Leiter der Besuchskommission Hannover, Dr. W. GEPHART, zugleich auch Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Hannover, zu dem Schluß, es müsse ein besserer Schutz für psychisch Kranke verankert werden. Dieser könnte etwa im Rahmen einer ähnlichen Einrichtung wie des Wehrbeauftragten realisiert werden. Der Artikel ist - im Sinne des Verfassers - treffend mit der Schlagzeile "Psychiatrie braucht neue Regeln" überschrieben.⁴⁹⁰

489 RÜTHER 1994, Seite 38

490 vgl. NEUE WESTFÄLISCHE, 20.06.1998

4. Was leistet die kommunal verantwortete sozialpsychiatrische Versorgung in Niedersachsen?

Die menschenunwürdigen Verhältnisse in der Psychiatrie sind überwunden,⁴⁹¹ niedersächsische psychiatrische Krankenhäuser sind zu modernen Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke geworden. Es ist sichergestellt, daß jeder psychisch Kranke in Niedersachsen unverzüglich eine seiner Erkrankung angemessene Behandlung in einem Psychiatrischen Krankenhaus finden kann.⁴⁹² Die jetzt schon zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten gestatten es, einen großen Teil der akuten psychischen Erkrankungen ambulant zu behandeln und viele chronisch Kranke sowie Alterskranke in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen.⁴⁹³ In allen niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten sind Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet. Mit einem Heimplatz je 2.500 Einwohner besteht in Niedersachsen im Vergleich zu anderen Bundesländern eine überdurchschnittlich gute Versorgung. Die Arbeit der niedersächsischen Übergangseinrichtungen kann als erfolgreich beurteilt werden. In allen Teilen des Sozialversicherungsrechts sind psychisch Kranke und seelisch Behinderte anderen Kranken- und Behindertengruppen rechtlich gleichgestellt.⁴⁹⁴

Die vorstehenden Darstellungen sind der bereits unter Punkt 3.1 erwähnten Broschüre der Niedersächsischen Landesregierung "Psychiatrie in Niedersachsen" aus dem Jahre 1985 entnommen. Etwa acht Jahre später gelangte die im Auftrag der Landesregierung eingesetzte Fachkommission Psychiatrie u.a. zu folgenden Einschätzungen:

"Die Fachkommission sah sich .. mit der Tatsache konfrontiert, daß auch noch 1992 nicht der Versorgungsstandard erreicht worden ist, wie er von der Landesregierung 1985 in Interpretation der vorgestellten Fakten deklariert."⁴⁹⁵ Innerhalb Niedersachsens sind die stationären psychiatrischen Behandlungsplätze ungleichmäßig verteilt. Die Distanzen zum zuständigen Psychiatrischen Krankenhaus betragen zum Teil weit über 100 Kilometer. Psychiatrische Abteilungen an Allge-

491 vgl. DIE GRÜNEN 1985, Seite 590

492 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 55

493 vgl. DIE GRÜNEN 1985, Seite 592

494 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 41, 68, 73

495 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 19

meinkrankenhäusern wurden seit 1985 nicht errichtet.⁴⁹⁶ Die 1991 mittlerweile in sämtlichen Kommunen vorhandenen Sozialpsychiatrischen Dienste reduzieren ihr Betätigungsfeld überwiegend auf das Gebiet der Schutz- und Betreuungsmaßnahmen, während die Hilfen für die schwer in Behandlungsprogramme zu integrierende Klienten eher zur Restgröße werden.⁴⁹⁷ Bezüglich der Heimplätze hat die Landesregierung 1985 "unvollständige und einseitig erhobene Daten" verwendet. "Die große Anzahl von Heimen, die nach ihren eigenen Aussagen Menschen mit seelischer Behinderung aufnehmen, sagt noch nichts über die Qualität der Heimbetreuung aus." Hier ist seit Jahren die mangelhafte Personalausstattung in den Wohneinrichtungen zu beklagen. Die leistungsrechtliche "seelische Behinderung" wird als eine erhebliche und dauerhafte Einschränkung der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt verstanden, während die "psychische Erkrankung" eine Behandlungsbedürftigkeit und Akutversorgung impliziert. "Diese Differenzierung erfolgt am Vorbild körperlicher Erkrankungen und ist in dieser Form nicht auf psychische Erkrankungen übertragbar. ... Psychisch Kranken werden nicht die Chancen eingeräumt, die körperlich Kranke haben. Obwohl sie als Behinderte anerkannt sind, erhalten sie nicht die ihrer besonderen Behandlung angemessenen Hilfsangebote. ... Ein besonderer Mangel besteht bei psychotherapeutischen Behandlungen und supportiven Psychotherapien für chronisch psychisch Kranke, insbesondere mit schizophrenen Psychosen."⁴⁹⁸

Die vorstehend kurz referierten punktuellen Auszüge aus zwei unterschiedlichen Werken vermitteln recht ungebrochen den Eindruck sich widersprechender Ist-Beschreibungen der psychiatrischen Versorgungssituation in Niedersachsen. Der Leser kann den Eindruck gewinnen, daß von 1985 bis 1993 erhebliche Verschlechterungen eingetreten sind. Ob dies allerdings zutrifft, soll in diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit kritisch beleuchtet werden, wobei ein Rückblick auf die unter Punkt 3.1 beschriebene psychiatrie-historische Entwicklung in Niedersachsen bereits bestimmte Vorgaben liefert. Das zu skizzierende Strukturbild niedersächsischer Psychiatrieversorgung soll mit einigen Daten der eigenen empirischen Erhebung angereichert werden, die - soweit das nicht bereits in Band II der Arbeit erfolgt ist - den Befunden der IES-Erhebung gegenübergestellt werden sollen.

496 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 82, 85

497 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 21;
vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 1 ff

498 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 35 f, 99, 107, 115

Bei der beabsichtigten Erstellung jenes "Strukturbildes" sei vorab angemerkt, daß es dem Verfasser nur möglich sein wird, ein schemenhaftes Strukturbild vorzustellen; Versuche einer detaillierteren Ist-Beschreibung bedingen unweigerlich das Erfordernis weiterer selbständiger empirischer Untersuchungen. Für das in diesem Zusammenhang vorhandene Erkenntnisinteresse erscheint es jedoch ausreichend, sozusagen ein "holzschnittartiges" Strukturbild vorzustellen, anhand dessen bestimmte, konkret beschriebene Versorgungsaspekte in der Zusammenschau eine kohärente Ist-Beschreibung verkörpern.

4.1 Versorgungsstruktur und -qualität sozialpsychiatrischer Versorgung

Die Fachkommission Psychiatrie hat 1993 in Abschnitt B 1 ihres Berichtes die Qualität der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen vor allem anhand der Versorgungsmöglichkeiten durch niedergelassene Nervenärzte, Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen detailliert beschrieben.

Bezüglich der **niedergelassenen Nervenärzte** stellte die Kommission ein Stadt-Land-Gefälle fest, dem es durch vermehrte Niederlassungen auch in ländlichen Regionen zu begegnen gelte. Derzeit seien durchgehende Unterschiede bei der Versorgungsqualität gegeben, die es verhinderten, daß auch chronisch psychisch Kranke umfassende Behandlungsbeziehungen zu niedergelassenen Nervenärzten eingehen könnten. Es sei darüber hinaus seitens der Ärzte dringend geboten, Maßnahmen der Behandlung und medizinischen Rehabilitation im Sinne der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken verstärkt anzumahnen, damit sie zu Kassenleistungen würden. Überdies sei das Zusammenwirken zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, insbesondere wenn sie in vermehrtem Umfang durch Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern stattfinde, zu verbessern.

Die Fachkommission Psychiatrie stellte fest, daß sich die sozialpsychiatrische Versorgungspraxis derzeit noch in der Entwicklung befinde, was die Vernetzung von ambulanter Behandlung und komplementärer Rehabilitation angehe. Die Vorgehensweisen seien noch nicht hinlänglich definiert; es bestehe noch keine klare Definition, was im Einzelfall psychiatrische Krankenpflege bedeute, ebenso sei der Bereich der medizinischen Rehabilitation noch nicht klar festgelegt worden. Allerdings - so die Kommission - seien auch die Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten durch Nervenarztpraxen zu benennen: Bei Ausweitung des Angebotes, Abbau des Stadt-Land-Gefälles und bei damit verbundenen Möglichkeiten einer stärkeren Hinwendung des Nervenarztes zu Schwerstgestörten, häufig behandlungsunwilligen psychiatrischen Patienten, seien weitergehende sozialpsychiatrische Hilfen erforderlich, die durch die unvermeidlich krankheitszentrierten Abläufe in einer Praxis nicht geleistet werden könnten. Die erforderlichen weitergehenden sozialpsychiatrischen Hilfestellungen könnten oftmals deshalb nicht realisiert werden, weil die herkömmliche konzeptionelle Ausrichtung der Nervenarztpraxen zu enge Rahmenbedingungen setze: Nach den Erfordernissen der Patienten werde ein Behandlungsteam, bestehend aus Psychologen, Sozialarbeitern und

Beschäftigungstherapeuten als Mitwirkende in das Behandlungsprogramm zu integrieren sein. Darüber hinaus erfordere es die Einbeziehung von Personen aus dem Umfeld des Patienten. Dies sei von den herkömmlichen Nervenarztpraxen nicht zu leisten, zumal das Erfordernis sozialer Hilfestellung und Beratung als wesentlicher Bestandteil eines ganzheitlichen Behandlungsprogramms im herkömmlichen Verständnis des Sicherstellungsauftrages hinlänglich berücksichtigt sei. Die derzeit geltenden Grundsätze der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung sehen eine entsprechende Mitwirkung nur in beschränktem Umfang bei Beauftragung bzw. Delegation und nur bei Anwesenheit des Arztes vor. Dies beinhalte auch, daß nur ein begrenztes Kontingent von Hausbesuchen realisiert werden könne und daß die Kooperation mit anderen Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung nur begrenzt möglich sei. Kontinuierliche Beratung und Abstimmungsgespräche mit Sozialarbeitern und Psychologen, die z.B. für Patienten Hilfen im Bereich Wohnen, Arbeit und Tagesstrukturierung realisieren, seien, insbesondere, wenn der Patient selbst nicht an diesen Beratungsgesprächen teilnehme, nicht vorgesehen. Allenfalls würde dies als einmaliger Vorgang in Ausnahmefällen erfolgen. Die Fachkommission Psychiatrie stellte zur Finanzierung ärztlicher Leistungen fest, daß die leistungsrechtlich erforderliche Benennung und Bewertung von Einzelleistungen für ausführliche Recherchen bei Anamnesen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Behandlungen von schwierigen Patienten, zumal, wenn Motivationsarbeit zugunsten von Maßnahmen der sozialen Eingliederung erfolgen müßten und Vermittlungen an weiterführende Hilfeangebote erforderlich seien, nicht den praktischen Erfordernissen entsprächen. Das Einzelleistungssystem sei darüber hinaus an Routinebehandlungen entsprechend dem Krankheitsbild orientiert; ein komplexes Krankheitsverhalten sprengte den herkömmlichen Rahmen und erfordere aufwendige personenzentrierte Hilfen. Das bisherige Leistungssystem sei an Delegation und nicht an Kooperation orientiert; Absprachen und gemeinsame Interventionen mit Dritten seien nicht ausreichend vorgesehen.

Die Fachkommission Psychiatrie stellte anhand einer durchgeführten Befragung⁴⁹⁹ fest, daß es seitens der Nervenärzte durchaus landesweite Tendenzen gäbe, sich auf den insoweit beschriebenen veränderten Bedarf einzustellen und eine Versorgungsverbesserung auch für schwer erkrankte Patienten, die bereit oder moti-

vierbar seien, Hilfen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch zu nehmen, herbeizuführen. Bereits zum Zeitpunkt der Befragung habe jede zehnte Praxis Gemeindepsychiatrie zu ihrem Schwerpunkt erklärt und annähernd die Hälfte der befragten Praxen sei bestrebt, ihre Kontakte zu den Sozialpsychiatrischen Diensten auszuweiten.⁵⁰⁰

Zur Qualität der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte können aus der vom Verfasser durchgeführten empirischen Erhebung⁵⁰¹ keine verwertbaren Erkenntnisse hergeleitet werden, zumal sich die Erhebung ausschließlich auf quantitative Angaben stützt.

Zur Ist-Einschätzung der Qualität psychiatrischer Versorgung durch **Institutsambulanzen** äußert sich die Fachkommission Psychiatrie in ihrem Bericht recht zurückhaltend. Trotz mehrfacher Betonung der Wichtigkeit und Unverzichtbarkeit jener Versorgungseinrichtung, insbesondere zur Behandlung besonders schwieriger, an stationäre Institutionen gebundene Patienten⁵⁰² und zur Gewährleistung einer kontrollierten Frühentlassung aus stationärer Behandlung⁵⁰³ kann der Eindruck gewonnen werden, daß die Kommission den Institutsambulanzen in den sich bisher etablierten Formen und Wirkungsweisen, wohl aber auch wegen ihrer relativ geringen Anzahl, lediglich geringe Bedeutung zuteil werden läßt. Die Kommission mißt den Institutsambulanzen sogar eine Kompensationsfunktion in Form eines "Brückenschlages" zwischen Klinik und ambulanter Versorgung für den Fall zu, "wo Sozialpsychiatrische Dienste nicht ausgebaut sind."⁵⁰⁴ Demgegenüber werden an mehreren Stellen des Berichtes Vorstellungen über zukünftige Ausrichtung und konzeptionelle Gestaltung von Institutsambulanzen in Form von Verbesserungsempfehlungen abgegeben. So wird beispielsweise die Aufhebung der Bedarfsprüfung nach § 118 SGB V empfohlen.⁵⁰⁵ Aus der Sicht der Kommission würden die Institutsambulanzen dann eine wichtige Bedeutung für die Psychiatriereform gewinnen, wenn es gelingen könnte, ihre Ressourcen für die ambulante Versorgung chronisch psychisch Kranker zu nutzen. Da dies bisher nicht der

500 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 24 ff;
vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 1 ff

501 siehe Band II der Arbeit, Frage 106, Seite 31 ff

502 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 87

503 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 92

504 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 32

505 vgl. SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997; vgl. NIEDERS. SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 93

Fall sei, sei es dringend geboten, die Behandlungsinitiativen der Institutsambulanz mit dem Betreuungsangebot Sozialpsychiatrischer Dienste, tagesstrukturierender Hilfen und Maßnahmen des Betreuten Wohnens außerhalb der Klinik zu vernetzen und Überleitungen von Patienten in die Praxis niedergelassener Ärzte zu ermöglichen.

Zur Einschätzung der Qualität psychiatrischer Versorgung durch Institutsambulanz kann auf eigene empirische Befunde - Band II der Arbeit - nicht zugegriffen werden, weil eine entsprechende Datenerhebung nicht durchgeführt wurde.

Zur Einschätzung der Versorgungsqualität **Sozialpsychiatrischer Dienste** in Niedersachsen können sowohl die eigene empirische Erhebung - Band II der Arbeit - als auch der Bericht der Fachkommission Psychiatrie als Indikatoren dienen. Wie bereits an anderen Stellen betont, handelt es sich zwar um zeitlich wie konzeptionell unterschiedliche Untersuchungen, die jedoch jeweils den Eindruck von Strukturbildern zur psychiatrischen Versorgungssituation in Niedersachsen abgeben und zudem durch partielle Überschneidungen im Erkenntnisinteresse solide Abgleiche von Ergebnissen ermöglichen.⁵⁰⁶

Beide Erhebungen widmen den Sozialpsychiatrischen Diensten besondere Aufmerksamkeit, ohne den Untersuchungsgegenstand losgelöst von den übrigen Versorgungsformen zu betrachten. Während die eigene empirische Untersuchung stärker auf die Erhebung quantitativer Daten setzt, um auf diese Weise - indirekt - zu Qualitätsaussagen zu gelangen, hat sich die Fachkommission Psychiatrie deutlicher auf die Formulierung von Qualitätsstandards festgelegt und diese den durch eine gesonderte Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste⁵⁰⁷ ermittelten Ist-Befunden gegenübergestellt. Es erscheint möglich und sinnvoll, einige entsprechende Ergebnisse der eigenen Erhebung in das auf diese Weise entstandene Übersichtsraster der Fachkommission Psychiatrie einzufügen:

506 siehe hierzu die in Band II der Arbeit an verschiedenen Stellen vorgenommenen Gegenüberstellungen der Ergebnisse eigener Erhebung mit den Befunden der Fachkommission Psychiatrie

507 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 1 ff

Fachkommission Psychiatrie 1993		Eigene Erhebung 1985
Vorgesehene Gestaltungsbefugnisse	Tatsächliche Einschränkungen	Tatsächliche Einschränkungen
Hilfe- und Schutzmaßnahmen für besonders hilfebedürftige Patientengruppen.	Umfänglicher Bedarf resultierend aus Krisenintervention und Begutachtung - Sozialpsychiatrischer Dienst letzte Instanz vor Klinik- und Heimeinweisung.	Bei den Schutzmaßnahmen wirken die Sozialpsychiatrischen Dienste mit. Die durchschnittliche Einweisungsquote je 100.000 Einwohner in den Gebietskörperschaften variiert sehr und kann nach der Unterscheidung von ländlichen zu städtischen Gebieten nicht erklärt werden. Neben den jeweils spezifischen Bedingungen der jeweiligen Regionen (Versorgungsdichte verschiedener Angebotstypen der psychosozialen Versorgung) erfolgen offensichtlich durch die jeweils regional tätigen Personen spezifische Ausprägungen und Auslegungen der für alle gleich geltenden Vorschriften, die sich deutlich beobachten lassen. ⁵⁰⁸
Möglichkeiten nachgehender Hilfen einschließlich Gemeinwesenarbeit.	Besonders hoher Betreuungsbedarf in sozialen Brennpunkten ohne ausreichende Aufgabenteilungsmöglichkeiten mit anderen Versorgungseinrichtungen.	Die befragten Dienste setzen deutlich auf Einzelfallhilfen und Angehörigenarbeit, der Aufbau und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Notbereitschaftsdiensten bleiben demgegenüber zurück. Von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten wurden von den insgesamt erbrachten Hilfen (100 %) nur 11,5 % primärpräventiven, 28,0 % sekundärpräventiven und 7,0 % tertiärpräventiven Hilfeangeboten zugerechnet. ⁵⁰⁹
Pauschalierte Finanzierung der Stellen eines multiprofessionellen Teams; kein Erfordernis Einzelleistungen gegenüber dem Finanzier nachzuweisen.	Personelle Unterbesetzung im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich (insbesondere auf dem Gebiet der psychiatrischen Krankenpflege); fehlende Behandlungsbefugnis beschränkt ärztliches Handeln.	Die mangelnde Personalausstattung und die bei der Hälfte der Dienste durch sachfremde Arbeitsanteile gebundenen Personalressourcen vermitteln den Eindruck, daß die kommunale Aufgabe der sozialpsychiatrischen Versorgung gemäß des Nds. Psych KG 1978 von den Kommunen nicht mit allem Nachdruck entsprechend der Vorgaben und fachlich notwendigen Rahmenrichtlinien erbracht werden. ⁵¹⁰ Bei der Frage nach Störungen, die sich auf die alltägliche Arbeit der Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten auswirken, sind die vier häufigsten Nennungen jene, die interne organisatorische, strukturelle und finanzielle Aspekte der Dienste berühren. Ohne Zweifel macht auch die seit dem Nds. Psych KG 1978 umstrittene und insuffiziente Finanzierung dieses Bereiches die Leistungswirklichkeit in den Diensten problematisch. ⁵¹¹

508 siehe Band II der Arbeit, Seite 339

509 siehe Band II der Arbeit, Seite 337 f

510 siehe Band II der Arbeit, Seite 336

511 siehe Band II der Arbeit, Seite 336 f

Fachkommission Psychiatrie 1993		Eigene Erhebung 1985
Vorgesehene Gestaltungsbefugnisse	Tatsächliche Einschränkungen	Tatsächliche Einschränkungen
Koordinierungsbefugnisse, verbunden mit der Pflicht zu konzeptionellen Vorgaben.	Administrative Ausrichtung entspricht nicht einer verbindlichen Kooperationsverpflichtung freier Träger; statt dessen bestehen Barrieren gegen Anbindung an Behörde und Einbindung in die Betreuung besonders schwieriger Klientel.	Jeweils die Hälfte der Sozialpsychiatrischen Dienste arbeitet auf der Grundlage einer schriftlichen Konzeption bzw. ohne eine solche. Jeweils die Hälfte der Dienste arbeitet auf der Grundlage von Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. ohne diese. ⁵¹²
Subsidiarität erfordert Abstimmung und Delegation.	Mitarbeiter müssen sich eine Auswahl der Beteiligungsfelder suchen, was aus Personal-mangel die Arbeit häufig einseitig patientenzentriert macht; Betreuungsarbeit hat einen erheblich höheren Stellenwert als institutionsübergreifende Kooperation, da der leidende Mensch Hilfedruck auf die Versorger ausübt.	Bei der Hälfte der Dienste wird die zentrale Aufgabe der Nachsorge nach stationären psychiatrischen Behandlungen außerhalb gesicherter und regelmäßig genutzter Kommunikationsformen nach der Maßgabe gelegentlicher oder gar keiner Informationen aus den stationären Einrichtungen gehandhabt. Dies läßt auf eine eher zufällige Präsenz der Dienste schließen. Daß damit das Vorhandensein eines planvollen, leistungsfähigen und funktionierenden Nachsorgesystems verneint werden kann, erweist sich als zwingendes Resultat dieser Erhebung. ⁵¹³
Behördliche Befugnisse zur Versorgungskontrolle.	Kooperationswiderstände aufgrund befürchteter Mehrarbeit wegen der vermuteten sozialpsychiatrischen Unterversorgung anderweitig betreuter Patienten.	Das deutliche Übergewicht der öffentlich-rechtlichen Einrichtungen bei der Nennung von Kooperationspartnern der Sozialpsychiatrischen Dienste ist verständlich, soweit Aspekte der Sicherung der öffentlichen Ordnung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst als vorrangige Aufgabe begriffen werden. Gemessen an den Anforderungen an die Sozialpsychiatrischen Dienste, die auch Prävention und Gestaltung der psychosozialen Versorgung in der Kommune beinhalten, zeigt sich, daß die Sozialpsychiatrischen Diensten zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung diesen Aufgaben noch wenig gerecht werden. ⁵¹⁴
Prävention und Aufklärung durch öffentliche Information und Beratungskontakte zu nichtpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen.	Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatorenfortbildung unterbleiben, da das Aufzeigen von Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten zur erhöhten Inanspruchnahme der eigenen Institution führt.	Die Kriterien Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatorenfortbildung sind in der eigenen Untersuchung nicht gezielt erhoben worden. Hinweise auf durchgeführte Maßnahmen liegen nur punktuell vor. ⁵¹⁵

Quelle: vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 22; siehe Band II der Arbeit, a.a.O.

512 siehe Band II der Arbeit, Seite 335 f

513 siehe Band II der Arbeit, Seite 342

514 siehe Band II der Arbeit, Seite 343

515 siehe Band II der Arbeit, Seite 173 ff

Selbst wenn es den Gegenüberstellungen der "tatsächlichen Einschränkungen" aus unterschiedlichen Untersuchungen an der exakten Deckungsgleichheit der Betrachtungsgegenstände mangelt, vermittelt das vorstehende Übersichtsraster dennoch einen aktuellen⁵¹⁶ Eindruck über die Versorgungsqualität der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen. Die Fachkommission Psychiatrie hat zudem die am häufigsten festgestellten Fehlentwicklungen unzureichender Sozialpsychiatrischer Dienste aufgelistet.⁵¹⁷

- a) Das Betreuungsprofil der Dienste wird durch Konzentration auf angestammte Klienten und Aktivitäten bestimmt. Dieser Selektionsmechanismus beinhaltet eine Abwehr neuer Betreuungsdauerbeziehungen. Schwerstkranke, insbesondere Obdachlose und von Obdachlosigkeit bedrohte Klienten, bleiben oft psychiatrisch völlig unterversorgt und unbehandelt.
- b) Die ambulanten Hilfen durch Sozialpsychiatrische Dienste setzen zu spät ein, erst nachdem sich eine Problemsituation manifestiert hat. Akute Kriseninterventionen ("Feuerwehrfunktion") dominieren das Aufgabengebiet der Dienste. Erheblich früher einsetzende prophylaktische Hilfen unterbleiben aus unterschiedlichen Gründen: Weil die erforderlichen Personalressourcen fehlen, weil sich das o. a. Betreuungsprofil der Dienste sukzessive herausgebildet hat, weil ein selbstkritisches Überdenken des eigenen Rollenverhaltens der Beschäftigten nicht stattfindet oder daraus resultierenden Veränderungen kein Raum geboten wird.
- c) Das soziale Umfeld wird durch die Beschäftigten der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht ausreichend einbezogen. Angehörige werden als lästig ausgeblendet. Das bedingt in zweifacher Hinsicht negative Auswirkungen: Einerseits stellt dies - auf den individuellen Betreuungskontext bezogen - eine Vernachlässigung originärer fachlicher Aufgabenwahrnehmungen dar, die beinhaltet, daß den zu betreuenden Personen bestimmte notwendige Hilfen vorenthalten werden. Andererseits trägt eine derartige Vernachlässigung - zumal bei kontinuierlicher Anwendung - zur Entstehung bzw. Manifestation eines zuvor beschriebenen Betreuungsprofils der Dienste bei.

516 Jüngere Untersuchungen zu den Sozialpsychiatrischen Diensten sind nicht bekannt.

517 Die von der Fachkommission Psychiatrie vorgenommene Auflistung - vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 23 - wird vom Verfasser vorliegender Arbeit aus eigener praktischer Fachkenntnis und durch die Ergebnisse der Untersuchung - siehe Band II der Arbeit - modifiziert und ergänzt.

- d) Die Eigenmotivation der Beschäftigten Sozialpsychiatrischer Dienste zur Leistung professioneller Arbeit ist gering; selbst festgestellte Defizite werden nicht ausgeglichen. Die Eingeschränktheit von Klienten wird konsolidiert. Engagiertes Eintreten für Klienteninteressen wird vernachlässigt; es erfolgt das Zurücknehmen der Betreuungsfunktion auf das Notwendigste, verbunden mit der Intention und der alltäglich praktizierten Situationsgewöhnung, die Probleme der psychisch Kranken möglichst unauffällig zu verwalten.
- e) Koordination der Hilfen und Kooperation mit anderen Einrichtungen sind auf unvermeidbar niedrigstem Niveau angesiedelt und finden ausschließlich einzelfallbezogen statt. Mitarbeiter anderer Einrichtungen werden als Konkurrenten empfunden, wechselseitige Kommunikation unterbleibt. Koordinierende Maßnahmen werden nicht als notwendig erachtet; das Nebeneinander von Institutionen führt zur Unterversorgung schwer gestörter Klienten. Eigenmotivation und eigenes Rollenverständnis der Beschäftigten in Sozialpsychiatrischen Diensten erlauben es nicht, die Versorgungsverantwortung für die eigenen Klienten in übergeordnetem Kontext eines vernetzten Versorgungssystems zu betrachten. Auf diese Weise erfolgt eine Behinderung, wenn nicht sogar eine Verhinderung der Etablierung vernetzter Strukturen. Die arbeitsplatzbezogene Versorgungsverantwortung kann somit - soweit hierfür nicht das insuffizient gewordene Netz der sozialen Sicherung herangezogen wird - an das imaginäre Gebilde eines vernetzten Versorgungssystems zurückverwiesen werden, dessen Effizienz - ohne dies wissen zu können - bestritten wird, an dessen Entstehung man nicht mitwirken möchte und von deren drohender Realisierung durch andere Initiativen man sich vorsorglich abgrenzt. Bei einem derartigen Rückzug von strukturpolitischen Belangen wird in Kauf genommen, daß Veränderungen der Versorgungsstruktur im Einzugsbereich nicht mehr wahrgenommen werden.

Die vorstehenden Ergänzungen zum Strukturbild der Versorgungsqualität durch Sozialpsychiatrische Dienste gelten sicherlich nicht für alle Dienste in der Niedersachsen; sie geben Sachverhalte wider, die die Fachkommission Psychiatrie im Rahmen ihrer Befragung bei verschiedenen einzelnen Diensten vorgefunden hat. In der Zusammenfassung der Ergebnisse der eigenen Erhebung sind durchaus Parallelen zu einigen der vorstehenden Punkte festzustellen.⁵¹⁸

Die Sozialpsychiatrischen Dienste konnten die ihnen im Gesetz, aber auch in der Psychiatrie-Enquête oder in der politischen Diskussion zugeordnete Funktion einer fördernden und gestaltenden zentralen Einrichtung im gemeindepsychiatrischen Versorgungs- und Hilfeangebot nicht einnehmen. Sowohl in der Eindeutigkeit ihrer Arbeits- und Angebotsprofile als auch in der Qualität und Dichte von Kooperationsbeziehungen sind die befragten Sozialpsychiatrischen Dienste sehr unterschiedlich entwickelt und ausgerichtet. Gemeinsame inhaltliche und strukturelle Richtlinien in der konkreten Umsetzung des gesetzlichen Auftrages und der fachlichen Realisierung von abgestuften präventiven Aufgaben im Rahmen eines ambulanten Hilfeangebots bestehen offensichtlich nicht.

In dem Flächenland Niedersachsen hat sich, durchaus den Erwartungen entsprechend, die örtliche Ansiedlung der Sozialpsychiatrischen Dienste in den zentralen Orten der Gebietskörperschaften ergeben, mit nur wenigen Außenstellen bzw. Außensprechstunden. Die vorgefundene Situation entspricht dabei weder den Bedürfnissen der überwiegend in ungünstiger sozialer Lage befindlichen Klienten, zumal diese fast immer auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind; die Situation kann auch - gemessen mit den Anspruchsnormen gemeindenaher bzw. gemeindeintegrierter Versorgung - als dem Bedarf nicht angemessen bezeichnet werden. Hinzu kommt, daß die Anteile der aufsuchenden Hilfen, die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste erbracht werden, in der Regel noch als gering einzuschätzen sind, wenngleich in einzelnen Fällen die Belastung der Mitarbeiter durch diese Aufgaben als hoch angegeben wird.

Die Integration der Sozialpsychiatrischen Dienste in die jeweilige regionale Versorgungsstruktur und Angebotsvielfalt (von niedrigschwelligen bis hin zu stationären Hilfen) und, damit eng zusammenhängend, die Kooperation mit den Erbringern von Leistungen im näheren und weiteren Umfeld, kann als überwiegend unzureichend bis hin zu nicht existent bezeichnet werden. Auch wenn es in vielen Regionen zu "bürokratischen" Formen der Zusammenarbeit gekommen ist (gemeinsame Termine etc.), hierzu sind auch "politische Gremien" wie die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu zählen, kann von einer aufeinander abgestimmten Kooperation nicht ausgegangen werden. Selbst behördeninterne Formen der Zusammenarbeit (z.B. zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst am Gesundheitsamt und Sozialamt) werden selten benannt. Und wenn dies erfolgt, stehen eher Regelungsaspekte der Verwaltung im Vordergrund als die Organisation von effektiven Hilfen für Klienten.

Ungeachtet der persönlichen Fähigkeiten und des z.T. hohen Engagements der Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste können für die Dienste insgesamt hohe Standards der Fachlichkeit und der klientenorientierten Hilfeerbringung nicht konstatiert werden. Bedrückend ist dabei, daß die auf Hilfen angewiesenen erkrankten Bürger je nach Wohnort und Erkrankungsform mal bedarfsgerechte und mal ungenügende Unterstützungen erhalten.

Die Grundtendenz insgesamt lautet, daß die einzelfallbezogenen Hilfen im Durchschnitt mit genügender Qualität angeboten und erbracht werden, daß regionale Schwankungen beträchtlich sind und daß die Dienste über die Einzelfallhilfen hinaus als Entwicklungs- und Standardisierungsagenturen regionaler und ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung nicht wirksam sind.

Die Weiterentwicklung von sozialpsychiatrischen Hilfeangeboten und die fachliche Abstimmung regionaler Leistungsprofile ist ganz überwiegend von Sozialpsychiatrischen Diensten nicht getragen worden, die ihre eigene Existenz der ersten Welle der "Reformpsychiatrie" verdanken. Bei eingehender Analyse der bürokratischen Handlungs- und Abstimmungsprozesse der Sozialpsychiatrischen Dienste kann von einem verwalteten Hilfeangebot in der Tradition obrigkeitstaatlicher Fürsorge ausgegangen werden, das emanzipatorischen Ansätzen der Sozial- und Gesundheitspolitik nicht entspricht. Besonders deutlich wird dies bei der enttäuschend geringen Aktivität der Dienste in den Bereichen präventiver und nachsorgender Hilfen, die die Entstehung von psychosozialen Notlagen verhindern bzw. der ständig wiederkehrenden Hilfebedürftigkeit entgegenwirken sollen.

Eine vertiefende Analyse der maßgeblichen Ursachen für die eingetretene Entwicklung, die zur Ist-Situation der Qualität ambulanter psychiatrischer Versorgung in Niedersachsen geführt hat, leistet die Auswertung der eigenen Erhebung nicht; sie enthält bestenfalls Andeutungen in dieser Hinsicht, indem sie deskriptiv Gegebenheiten benennt, die auch ohne weitere Kommentierung Verantwortlichkeiten kennzeichnet.⁵¹⁹

Der Bericht der Fachkommission Psychiatrie listet zwar - fachlich kompetent - die Versorgungsdefizite auf, übt jedoch Zurückhaltung in der Benennung von Versäumnissen. Kritik an der bisherigen Psychiatriepolitik des Landes oder an der Umsetzungspraxis der Kommunen wird nicht vorgetragen. Statt dessen erfolgt die Unterbreitung einer Vielzahl von Verbesserungsvorschlägen, die dem aufmerksamen Leser die bisherigen Versäumnisse und deren Verursacher zumindest indirekt vor Augen führen. Aus dem Bericht der Fachkommission, aber auch aus anderen Quellen, lassen sich - schematisch betrachtet - Kriterien auf drei Betrachtungsebenen benennen, die den status quo der psychiatrischen Versorgungsqualität in Niedersachsen belegen. Die auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene angesiedelten wesentlichen Kriterien sollen auszugsweise vertieft werden:

4.2 Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen im Detail

Der status quo der psychiatrischen Versorgungsqualität in Niedersachsen kann als Produkt des Zusammenspiels unterschiedlicher Interessen auf verschiedenen Ebenen der von Bund, Land und Kommunen geschaffener politischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen aufgefaßt werden. Diese sich größtenteils wechselseitig beeinflussenden, zum Teil voneinander abhängigen, teilweise gegensätzlich ausgerichteten, mitunter nicht miteinander koordinierten Interessen bzw. Vorgaben erleichtern nicht gerade die Bemühungen zur detailgetreuen Analyse der vorgefundenen Ist-Situation. Gleichwohl soll hier eine beispielhafte Auseinandersetzung folgen:

519 Hierzu drei Beispiele:

- Wenn auf die Frage 204 - Wie ist die Dienstzeit der Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst geregelt? (siehe Band II der Arbeit, Seite 60 ff) - ermittelt wurde, daß lediglich etwa ein Drittel der befragten Dienste unter zufriedenstellenden und den besonderen Bedingungen des Betreuungsauftrages angemessen ihre Aufgabenverrichtung versehen können, so beinhaltet dies gleichzeitig eine Kritik der - in der Regel kommunalen - Arbeitgeber, die sich nicht in der Lage sehen, adäquate Regelungen zu praktizieren.
- Wenn auf die Frage 313 - Was stört Sie in Ihrer Arbeit am stärksten? (siehe Band II der Arbeit, Seite 163 f) - ca. 80 % der Befragten interne, organisatorische, strukturelle und finanzielle Aspekte der Dienste benennen, so weist dies zumindest auf entsprechende Unterlassungen der verantwortlichen Kommune hin.
- Wenn bei Frage 601 - Welche Entfernung besteht zwischen Landeskrankenhaus bzw. psychiatrischer Abteilung des Allgemeinkrankenhauses und dem ambulanten Dienst? (siehe Band II der Arbeit, Seite 301 ff) - von annähernd der Hälfte der Befragten 30 km und mehr (bis hin zu 180 oder 120 km) angegeben wurde, so sind diese Umstände sicherlich nicht den betreffenden Kommunen anzulasten, weil die stationäre Psychiatrie in die Kompetenz des Landes fällt.

Beispiel 1: Betreutes Wohnen für psychisch Kranke in Niedersachsen

Der Bundesgesetzgeber hat zur Sicherung von ambulanter Wohnbetreuung für "seelisch Behinderte"⁵²⁰ im Bundessozialhilfegesetz die Gewährung von "Hilfe in besonderen Lebenslagen" vorgesehen.⁵²¹ Der praktischen Verwirklichung dieser Gesetzesintention sind beachtliche Barrieren in den Weg gestellt, die einzig dem Zweck der Vermeidung von Kostentragungsverpflichtungen dienen:

- a) Zur grundsätzlichen Bedarfsfeststellung wird ein ärztliches, mitunter amtsärztliches Gutachten verlangt. Ärztliche Fachkompetenz entscheidet auch über den quantitativen Umfang der Betreuung und legt auf diese Weise den Personalbetreuungsschlüssel fest. Gebräuchliche Schlüssel sind 1 : 12; 1 : 8; 6 Stunden/Monat; 4 Stunden/Monat; 8 Stunden/Woche; 6 Stunden/Woche.

- b) Der örtliche Träger der Sozialhilfe (Kommune) ist vielfach bestrebt, die Kosten auf den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Land) abzuwälzen. Ob hierfür die Aussichten günstig zu beurteilen sind, ist jeweils abhängig von der Art der Einrichtung, die die ambulanten Betreuungshilfen leistet. Das Bundesverwaltungsgericht hat hierzu am 24.02.1994 in vier Gerichtsurteilen⁵²² übereinstimmend folgende Leitsätze festgehalten: "1. Unter Einrichtung im Sinne des § 100 Abs. 1 BSHG ist ein für Hilfen nach dieser Vorschrift in einer besonderen Organisationsform unter verantwortlicher Leitung zusammengefaßter Bestand an persönlichen und sächlichen Mitteln zu verstehen, der auf eine gewisse Dauer angelegt und für einen größeren, wechselnden Personenkreis bestimmt ist. 2. Die dezentraler Unterkunft betreuter Personen ... gehört zu den Räumlichkeiten 'der' Einrichtung, wenn die Unterkunft der Rechts- und Organisationssphäre des Einrichtungsträgers so zugeordnet ist, daß sie als Teil des Einrichtungsganzen anzusehen ist." Nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 100 Abs. 1 Nr. 1) setzt eine Einrichtung persönliche, sächliche und räumliche Bezogenheit voraus. Das Bundesverwaltungsgericht führt hierzu in seinem Urteil - 5 C 42.91 - aus: "Damit ist aber nicht gemeint, daß die organisatorische Zusammenfassung sich auch in räumlicher Hinsicht gewissermaßen 'unter einem Dach' befinden müsse. Der Einrichtungsbegriff des § 100 Abs. 1 BSHG ist vielmehr funktional zu verstehen." Auf diese

520 Zur begrifflichen Festlegung: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.2, Seite 71 ff

521 vgl. §§ 39, 40 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994 i.V.m. § 19 EINGLIEDERUNGSHILFE-VERORDNUNG 1996

522 vgl. BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1994 A; 1994 B; 1994 C; 1994 D

Weise wird die Frage der Zuständigkeit des örtlichen bzw. des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe noch stärker auf die Prüfung des jeweiligen Einzelfalles verlagert. Entscheidende Kriterien sind hierbei die Frage, ob die Betroffenen die für das tägliche Leben benötigten finanziellen Mittel gleichsam aus der Hand der betreuenden Einrichtung erhalten oder über eigenes Einkommen verfügen (und sei es Hilfe zum Lebensunterhalt) und dies auch selbst verwalten. Ein weiteres Entscheidungskriterium betrifft die Gestaltung des Miet- oder Nutzungsvertrages, auf deren Grundlage die Wohnung (Unterkunft) dem Betroffenen zur Verfügung gestellt wird. In den Fällen, wo die Personen über einen eigenen Vertrag als Mieter oder Untermieter verfügen, wäre eine andere rechtliche Ausgangssituation gegeben, als wenn sie als Bewohner der Einrichtung geführt werden. Ein weiteres Entscheidungskriterium ist schließlich, daß durch die Mitarbeiter der Einrichtung am Tage eine Ansprechbereitschaft und in der Nacht eine Rufbereitschaft gewährleistet sein müßte. Eine solche verbindliche Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit ist für die meisten Träger betreuter Wohnangebote (auch wenn sie grundsätzlich wünschenswert und manchmal auch notwendig wäre) in der Regel nicht zu leisten, da sie nicht über die hierfür erforderliche Personalausstattung verfügen.

- c) Zur Sicherung der ambulanten Wohnbetreuung für "seelisch Behinderte" kommt es - neben den unter b) dargelegten Aspekten - darauf an, in welcher Weise die hilfeleistende Einrichtung unter die Bestimmungen des § 93 BSHG fällt.
- Als Einrichtung i.S. des § 93 BSHG⁵²³ bedarf es neben bestimmter fachlicher und organisatorischer Anforderungen⁵²⁴ des Abschlusses eines öffentlich-rechtlichen Vertrages zwischen dem örtlichen Träger der Sozialhilfe und der Einrichtung. Eine derartige Vereinbarung hat Bestimmungen über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie über die dafür zu entrichtenden Entgelte zu enthalten.⁵²⁵ Das Entgelt muß leistungsgerecht sein und einer Einrichtung bei sparsamer und wirtschaftlicher

523 § 93 BSHG i.d.F. ab 01.07.1994, gültig bis 31.12.1998; vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994; vgl. GESETZ ZUR REFORM DES SOZIALHILFERECHTS 1996

524 Der Begriff der Einrichtung nach § 93 BSHG geht wesentlich weiter als der in § 3 Abs. 2 und § 3a BSHG verwendete Begriff "Anstalt, Heim oder gleichartige Einrichtung". Auch Einrichtungen und Dienste, die dem ambulanten oder teilstationären Bereich zuzurechnen sind, fallen darunter. Entscheidend ist, daß es sich um Einrichtungen und Dienste handelt, die zur Umsetzung sozialrechtlicher Pflichtleistungen notwendig sind. Zum anderen muß ein gewisses Maß an institutioneller Ausstattung hinter der Einrichtung oder dem Dienst stehen.
vgl. SCHELLHORN/JIRASEK/SEIPP 1997, Kommentar zu § 93 BSHG, Seite 653, Randnummer 66

525 vgl. § 93 Abs. 2 BSHG; siehe hierzu auch vorliegender Band I der Arbeit, Seite 15 ff

Betriebsführung ermöglichen, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten. Die Träger der Einrichtungen oder Dienste haben grundsätzlich einen Anspruch auf Abschluß einer Vereinbarung, wenn sie die hierfür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen.⁵²⁶ Kommt eine derartige Vereinbarung zustande, so verfügt die Einrichtung über einen unmittelbaren Erstattungsanspruch gegenüber dem Träger der Sozialhilfe.

- Kommt nach erstmaligen Verhandlungen⁵²⁷ eine derartige Vereinbarung nicht zustande, weil beispielsweise keine Einigung über die Höhe der Entgelte erzielt werden kann, so hat der Gesetzgeber zwar in § 93 Abs. 2 Satz 1 BSHG ausdrücklich klargestellt, daß auch in diesem Fall der Träger der Sozialhilfe grundsätzlich die entsprechenden Kosten übernehmen soll. Diese Regelung ist aber in zweifacher Hinsicht begrenzt: Einmal ist sie lediglich in Form der Soll-Vorschrift gehalten, die den Träger der Sozialhilfe nur für den Regelfall bindet, aber im Ausnahmefall eine andere Handhabung zuläßt. Zum anderen ist sie eingeschränkt durch den Zusatz "wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist". Daraus folgt, daß diese Regelung nur Anwendung finden kann, wenn neben der Angemessenheit der Wünsche zusätzlich auch die Besonderheit des Einzelfalles ein solches Verfahren rechtfertigt. Auch hier muß den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung getragen werden.⁵²⁸ Bei gescheiterten Verhandlungen verfügt die Einrichtung über keinen unmittelbaren Erstattungsanspruch gegenüber dem Träger der Sozialhilfe. Anspruchsberechtigt sind individuell die hilfebedürftigen Antragsteller im Rahmen der Einzelfallhilfe. Es bedarf einzelner Abtretungserklärungen, die der Einrichtung zur Kostenerstattung verhelfen. Der Sozialhilfeträger ist nach § 42 SGB I verpflichtet, Vorschußleistungen zu zahlen, deren Höhe er nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen hat.

Nach gescheiterten Verhandlungen ist nach § 94 BSHG auf Antrag der Einrichtung oder des Sozialhilfeträgers die Entscheidung einer Schiedsstelle vorgesehen, die nach geltendem Sozialrecht auch gehalten ist,

526 vgl. SCHELLHORN/JIRASEK/SEIPP 1997, Kommentar zu § 93 BSHG, Seite 644, Randnummer 26

527 Gemeint sind Erstverhandlungen zwischen Einrichtung und Sozialhilfeträger, nicht Neuverhandlungen, bei denen die bisherige Gültigkeit bestehender Vereinbarungen bis zum Abschluß eines Neuvertrages gewährleistet ist.

528 vgl. SCHELLHORN/JIRASEK/SEIPP 1997, Kommentar zu § 93 BSHG, Seite 644, Randnummer 26

die Wiederaufnahme der Verhandlungen zu bewirken. Ab 1999 ist die Schiedsstelle allerdings nur noch für Streitigkeiten über die Vergütung zuständig.⁵²⁹

- d) Ungeachtet der sachlichen Zuständigkeit als Kostenträger stellt das Land Niedersachsen finanzielle Mittel für die ambulante Wohnbetreuung psychisch Kranker (und geistig Behinderter) zur Verfügung. Bei diesen Zuwendungen mit einem Volumen von jährlich etwa 2,4 Millionen DM⁵³⁰ handelt es sich um freiwillige soziale Leistungen des Landes, die als Zuwendungen in Form von Zuschüssen zu Projektförderungen gewährt werden. In 1995 betreuten die in die Landesförderung fallenden Maßnahmeträger insgesamt 826 behinderte Menschen. Davon zählten 426 zu dem Personenkreis der seelisch behinderten und 400 zu dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen.⁵³¹

Vordergründig betrachtet handelt es sich hierbei um Maßnahmen, die mit zeitgerechten Ansätzen moderner ambulanter Psychiatrie konform gehen; mit Blick auf die praktische Umsetzung der Maßnahmen ist jedoch eine Reihe von Bestimmungen, Erschwernissen und Unwägbarkeiten anzutreffen, die in der Konsequenz zu permanenten Auseinandersetzungen um Finanzierungen bzw. Refinanzierungen und zu recht aufwendigen verwaltungstechnischen Abläufen führen:

So hat das Land die Gewährung dieser Zuwendungen mit verschiedenen, sich im Laufe der Zeit wandelnden Bedingungen verbunden: Zunächst war nur die Förderung von Wohngemeinschaften vorgesehen; dies änderte sich jedoch ab 1990 in der Weise, daß auch das betreute Einzelwohnen nunmehr gefördert wurde.⁵³² Grundsätzlich erstreckt sich die Förderung ausschließlich auf die Hälfte der Personalkosten für die Betreuungskräfte, zunächst für die Dauer von längstens fünf Jahren, ab 1990 für maximal zehn Jahre. Während die entstehenden Sachkosten unberücksichtigt bleiben, war bis 1994 eine Personalausstattung, über die der örtliche Träger der Sozialhilfe zu entschei-

529 vgl. SCHELLHORN/JIRASEK/SEIPP 1997, Kommentar zu § 93 BSHG, Seite 649, Randnummer 47

530 Für das Jahr 1998 wurden Mittel in Höhe von 2,4 Millionen DM veranschlagt.
vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 2

531 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 2

532 vgl. LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1990

den hatte, für anererkennungsfähig befunden worden.⁵³³ Ab 1994 wurden nur Personalausgaben bis maximal Vergütungsgruppe IV b BAT Bund/Länder als zuwendungsfähig anerkannt.⁵³⁴ Die Landesförderung war zudem an die Vorgabe eines Personalbetreuungsschlüssels von 1 : 12 gebunden.⁵³⁵ Vor allem bei der Einbeziehung des betreuten Einzelwohnens darf die anererkennungsfähige Personalausstattung nicht überschritten werden.⁵³⁶

Entscheidend ist, daß es sich bei den Landeszuwendungen um keine sicheren Finanzierungen handelt, weil über diese jeweils jährlich im Rahmen von Haushaltsverhandlungen neu entschieden wird. Die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens hat hierzu 1994 in einem an das Niedersächsische Sozialministerium gerichteten Schreiben⁵³⁷ kritisch angemerkt:

"Vorsorglich möchten wir trotzdem zu dem Richtlinienentwurf anmerken, daß sehr viele 'Abrechnungsformalitäten' in unnötig einengender Weise sehr genau beschrieben werden (z.B. Anträge sind je Kalenderjahr zu stellen, Prüfung der Verwendungsnachweise; doppelte Bescheiderteilung). In wesentlichen Punkten (z.B. Definition, was Gegenstand der Förderung ist, wie sich bei rehabilitativem Fortschritt der Verselbständigung der Bewohner der Personalschlüssel verringern soll) läßt er dagegen die nötige Klarheit vermissen. Ebenso bleibt uns unverständlich, daß sämtliche Förderungsmodalitäten an Begrifflichkeiten angeknüpft werden, die dem Einrichtungsbereich entnommen sind, obwohl andererseits betont wird, daß es sich um ambulante Maßnahmen im Rahmen der sachlichen Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers handele. Auch müßte überlegt werden, ob je nach den örtlichen und tatsächlichen Verhältnissen entweder der Träger der Wohngemeinschaft direkt oder, soweit der Sozialhilfeträger über Pflegesätze vorfinanziert hat, ausschließlich der Sozialhilfeträger Zuwendungsempfänger sein sollte."⁵³⁸

Im Jahre 1995 hat die Niedersächsische Landesregierung im Zuge von Haushaltsberatungen beschlossen, die Förderung des Betreuten Wohnens mit dem Haushaltsjahr 1997 zu beenden. Der Beschluß wurde danach in der Weise revidiert, daß für die Jahre ab 1997 die erforderlichen Mittel in den Landeshaushalt eingestellt wurden, um die vorhandenen, bisher in der Landesförderung befindlichen Wohngemeinschaften und Plätze des betreuten Einzelwohnens bis zum Ablauf einer zehnjährigen Förderdauer weiterhin

533 vgl. LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1989

534 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1994 B

535 vgl. LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1989

536 vgl. LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1990

537 vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1994 B

538 ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1994 B

fördern zu können. Dies beinhaltet, daß neue Einrichtungen bzw. Projekte keine Landesförderung erhalten können; die Förderung bleibt auf die Vorhaben beschränkt, die sich im Jahre 1995 bereits in der Förderung befanden.⁵³⁹

Die vorstehenden Darlegungen vermitteln beispielhaft den Eindruck, daß der gesellschafts- und sozialpolitisch gewollten Sicherung von ambulanter Wohnbetreuung für psychisch Kranke bei ihrer praktischen Umsetzung eine Vielzahl an Einschränkungen, Bedingungen und Unwägbarkeiten entgegengebracht werden. Nicht die Bedürfnisse der Betroffenen stehen hierbei im Vordergrund, sondern die Interessen der Finanzierung. Betreutes Wohnen ist auf diese Weise einerseits zu einem "Verschiebebahnhof" zwischen den Zuständigkeiten des örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe geworden. Andererseits bedingen zähe und langwierige Verhandlungen der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe, die sich mehr den haushaltspolitischen Beschlüssen der kommunalen Entscheidungsgremien verpflichtet fühlen denn den Hilfebedürfnissen der Betroffenen, eine Entwicklung zu Lasten letztgenannter. Der Sozialgesetzgeber, der zwar grundsätzlich die ambulante Wohnbetreuung psychisch Kranker sicherstellen möchte, hat jedoch in den letzten Jahren im Zeichen allgemeiner Spar- und Konsolidierungsbestrebungen Detailregelungen bewirkt, die in der Tendenz den vorgefundenen Regelungsabläufen nicht entgegenwirken, sondern sie geradezu manifestieren.

Beispiel 2: Psychiatrische Krankenpflege

Der Bundesgesetzgeber hat im Rahmen der Krankenversicherung festgelegt, daß Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte erhalten, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, daß dies erforderlich ist.⁵⁴⁰

539 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 2; siehe vorliegender Band I Arbeit, Seite 132 f

540 vgl. § 275 ff, § 37 SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997
vgl. § 185 ff REICHSVERSICHERUNGSORDNUNG (RVO) 1987

Obwohl diese gesetzliche Möglichkeit seit längerer Zeit besteht und nicht nur auf somatische Erkrankungen beschränkt ist, findet sie im Bereich der psychisch Kranken selten Anwendung.⁵⁴¹ Der Bundesgesetzgeber hat zudem für diese Form der Hilfen ausdrücklich festgelegt, daß sie "den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen" haben.⁵⁴² 1985 hat es hierzu auf Bundesebene eine weitere Gesetzesinitiative gegeben.⁵⁴³

Die Ursachen für die in der Praxis relativ seltene Anwendung von psychiatrischer Krankenpflege können im einzelnen nicht weiter angegeben werden. Die Fachkommission Psychiatrie vermutet, daß entsprechende ärztliche Verordnungen im Einzelfall auch deshalb ausbleiben, weil es an geeignetem ambulant tätigen Fachpersonal fehle.⁵⁴⁴ Ähnlich lautete auch die Einschätzung der Expertenkommission der Bundesregierung 1988,⁵⁴⁵ die zudem ausführte, daß chronisch psychisch Kranke außerhalb der Krankenhäuser in ihren pflegerischen Belangen und Bedürfnissen sowohl kostenrechtlich schlechter gestellt, als auch faktisch entsprechend schlechter versorgt seien. Die Expertenkommission führte aus: "Will man aber ernsthaft eine Versorgung der chronisch psychisch Kranken und Behinderten außerhalb der Krankenhäuser und Heime erreichen, wird man das pflegerische Potential in den ambulanten Diensten erheblich verstärken müssen." Eine "Enthospitalisierung" ohne die Begleitung pflegerischer Bezugspersonen sei nicht denkbar.⁵⁴⁶ HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL vertreten hierzu die Auffassung: "Dringend klärungsbedürftig ist eine psychiatriegerechte Ausgestaltung der bisher auf somatisch Kranke zugeschnittenen ambulanten Behandlungspflege. Es existieren in anderen Bundesländern, z.B. in NRW, Vereinbarungen mit den Kassen, in denen Zielsetzungen und Leistungsbeschreibungen vorgenommen wurden. ... Die sozialpsychiatrische Pflege umfaßt nach einem Modellprogramm in NRW die Tätigkeiten von Pflegekräften, welche die elementaren Lebensvollzüge von psychisch Kranken fördern und sichern. Sie dient dazu, einer psychischen Krankheit und Behinderung vorzubeugen, sie zu überwinden oder ihre Folgen zu verringern bzw. in Grenzen zu halten."⁵⁴⁷

541 siehe hierzu: Modellversuch in Nordrhein-Westfalen: Ambulante psychiatrische Krankenpflege durch Sozialstationen; vgl. SIMSON 1986, Seite 232 ff

542 vgl. § 27 SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997; vgl. VOß 1992, Seite 149

543 siehe vorliegender Band I Arbeit, Seite 109 f

544 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 35

545 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 149

546 vgl. ebenda

547 HAASE/REUMSCHÜSSEL-WIENERT/KIEL 1993, Seite 18

Für Niedersachsen forderte die Fachkommission Psychiatrie ein Angebot an Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen in psychiatrischer Gemeindepflege, vergleichbar das der Gemeindegewerkschaftsausbildung; Verstärkung der zur Gemeindegewerkschaftspflege erforderlichen Kompetenzen und Fortbildung des Gemeindegewerkschaftspflegepersonals, das in die Lage versetzt werden sollte, auch psychiatrische Betreuungsaufgaben zu übernehmen.⁵⁴⁸

Die Defizitbeschreibung im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege kann in der Gesamtbetrachtung zur Leistungsfähigkeit und -qualität der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung - auch für Niedersachsen - als weiteres Indiz für den status quo gewertet werden. Im Unterschied zum Betreuten Wohnen für psychisch Kranke scheinen hier jedoch weniger Beweggründe der Finanzierung im Vordergrund zu stehen: Meldungen beispielsweise über Weigerungen der zuständigen Krankenkassen zur Entrichtung der Pflegevergütungen sind dem Verfasser in nennenswertem Umfang nicht bekannt, ebensowenig wie eine von den Ärzten praktizierte Zurückhaltung bei der Verordnung psychiatrischer Krankenpflege. Offenbar sind es andere Gründe, womöglich Informationsdefizite,⁵⁴⁹ die der psychiatrischen Krankenpflege ein randständiges Dasein in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung bescheren. Mag sein, daß auch mit der Einführung der Pflegeversicherung zusätzliche Unsicherheiten eingetreten sind, obwohl der Gesetzgeber hier für eine klare Abgrenzung gesorgt hat.⁵⁵⁰

Beispiel 3: Niedersächsische Psychiatriegesetze

Der niedersächsische Landesgesetzgeber hat 1978 die rechtlichen Rahmenvoraussetzungen für eine Verbesserung auch der ambulanten Versorgung psychisch Kranker geschaffen; 1997 erfolgte die Novellierung des Gesetzes.⁵⁵¹ Der Verfasser vorliegender Arbeit hat an verschiedenen Stellen, auch in anderen Werken,⁵⁵² die Diskrepanz zwischen Gesetzesnorm und Versorgungswirklichkeit aufgezeigt, so daß hier auf ausführliche Detaildarstellungen weitestgehend verzichtet werden kann. Auch eine ausführliche Auseinandersetzung des Verfassers mit der Genese

548 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 35

549 vgl. DROST 1981, Seite 202 f

550 Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht zulässig. - vgl. § 37 Abs. 2 SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997

551 vgl. Nds.PsychKG 1978; vgl. Nds.PsychKG 1997

552 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990

des Nds.PsychKG 1978 ist an anderer Stelle erfolgt.⁵⁵³ Der unter Punkt 3.1 vorliegender Arbeit dargestellte psychiatrie-historische Abriß über die Entwicklung in Niedersachsen zeigt ab Seite 101 recht detailliert die Wirkungen des seinerzeit in Kraft getretenen PsychKG 1978. Etwa ab 1990/91, nach Bildung einer rot-grünen Landesregierung, dem Zustandekommen einer entsprechenden Koalitionsvereinbarung⁵⁵⁴ und der daraus resultierenden Einsetzung verschiedener Fachkommissionen, u.a. der Fachkommission Psychiatrie, werden erste Anzeichen für eine notwendige Novellierung des PsychKG sichtbar,⁵⁵⁵ deren Vollzug jedoch erst sechs Jahre später, im Mai 1997, erfolgte.⁵⁵⁶

Eine kritische Würdigung vor allem der auf den vorstehenden Gesetzesnormen basierenden ambulanten Wirklichkeit und Qualität psychiatrischer Versorgung in Niedersachsen ist unabdingbar mit zwei wesentlichen Fragestellungen verknüpft:

- Inwieweit sind Fehlentwicklungen in der psychiatrischen Versorgung ursächlich im Bereich der Gesetzesnormen bedingt?
- Inwieweit sind vorhandene Fehlentwicklungen in der psychiatrischen Versorgung ursächlich auf politische Unterwanderungen geltender - an sich zufriedenstellender - gesetzlicher Normen zurückzuführen?

Eine Beantwortung dieser Fragestellungen wird dadurch erschwert, daß es naturgemäß an der für die Beurteilung notwendigen Trennschärfe fehlt. Vielmehr wird man es bei der Ursachenanalyse mit einer permanenten Wechselwirkung politischer und gesetzgeberischer Einflüsse zu tun haben. Die Wahrheit scheint dabei nicht selten im Auge des Betrachters zu liegen, wenn vor allem die zahlreichen zur Verfügung stehenden Materialien der Landesebene auf der einen Seite den Ansichten, Darlegungen und Äußerungen der Kommunen auf der anderen Seite gegenübergestellt werden. Zudem gibt es hierzu eine Reihe von Einschätzungen Dritter, z.B. der Besuchskommissionen, der Angehörigenverbände, der Träger bestimmter Versorgungsangebote, der Wohlfahrtsverbände, einzelner politischer Parteien, einzelner Fachverbände sowie aus den Modellprojekten. Unübersehbar

553 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990 Seite 522-593

554 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 116 f

555 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 121 ff

556 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 134

ist bei allen vorliegenden Einschätzungen die jeweilige interessensgesteuerte Wahrnehmung der Beurteilenden selber.

Wie bereits in anderen Zusammenhängen dargelegt, sind inhaltliche, qualitative und organisatorische Aspekte der Versorgung psychisch Kranker nicht losgelöst von der Frage der Finanzierung zu betrachten. Finanzierungsfragen haben - auch wenn sie nicht bei jeder Gelegenheit offen thematisiert werden - auf beiden benannten Ebenen, auf der Ebene der Gesetzesnormen wie auch der der politischen Umsetzung, wesentlichen Stellenwert:

So hat der Landesgesetzgeber bei der Verabschiedung des Nds.PsychKG 1978 zwar den inhaltlichen Erfordernissen einer besseren Versorgung psychisch Kranker in vielerlei Hinsicht dadurch Rechnung getragen, daß er der Intention der Psychiatrie-Enquête entsprechend besagtes Landesgesetz ausgestattet hat; er ist jedoch in Fragen der Finanzierung der mit diesem Gesetz beabsichtigten Innovationen weit hinter dem zurückgeblieben, was notwendig gewesen wäre, um die beabsichtigten Verbesserungen auch tatsächlich zu realisieren. Das Insistieren auf den Kommunalen Finanzausgleich⁵⁵⁷ kann aus heutiger Sicht relativ eindeutig als ungeeignetes Mittel zur wirkungsvollen Erzielung tatsächlicher Verbesserungen eingestuft werden, zumal seinerzeit - wie dies der Verfasser vorliegender Arbeit ausführlich an anderer Stelle ausgeführt hat⁵⁵⁸ - eine tatsächliche Anhebung der Finanzmittel zugunsten der Kommunen - im Gegensatz zu den Beteuerungen der Landesregierung - nicht erfolgt ist.⁵⁵⁹ Hieran hat sich in den Folgejahren auch wenig geändert, wenngleich das Land im Rahmen verschiedener Förderprogramme freiwillige Mittel bereitgestellt hat, u.a. - wie bereits dargelegt - zur Realisierung des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke.

Daß dieser Finanzierungsaspekt erhebliche Auswirkungen auf Inhalte, Qualität und Organisation der durch andere, nicht vom Land Niedersachsen, zu leistenden und damit zu finanzierenden Umsetzung der Hilfen für psychisch Kranke beinhaltet, ist deutlich an der bisherigen Entwicklung abzulesen und wurde bereits an

557 vgl. § 41 Nds.PsychKG 1978

558 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 594-606

559 Der Verfasser vorliegender Arbeit hat hierzu ausgeführt: "Es bleibt festzustellen, daß das Land zwar den Landkreisen und kreisfreien Städten per Gesetz die Aufgaben, jedoch nicht die angemessenen Finanzmittel zur Durchführung von Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übertragen hat. - Und daß dies nicht etwa als 'Betriebsunfall' anzusehen ist, sondern erklärte Landespolitik beinhaltet, wird spätestens mit der Aussage von Sozialminister Schnipkoweit deutlich: 'Ich weiß, ... daß die Ausstattung der Kommunen nicht so schlecht ist, daß sie nicht in der Lage wären, den Sozialpsychiatrischen Dienst zu finanzieren ...'" STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 603

verschiedenen Stellen beschrieben.⁵⁶⁰ Die durch Landesgesetz mit einer Versorgungsverantwortung beauftragten Kommunen haben seit Inkrafttreten des Nds. PsychKG 1978 ihren eigenen finanziellen Interessen folgend stets eine restriktive Ausgabenpolitik betrieben. Dies ist an zahlreichen Stellen ablesbar, beispielsweise am zögerlichen Aufbau der Sozialpsychiatrischen Dienste,⁵⁶¹ an der Zurückhaltung in Fragen der Personalausstattung der Dienste,⁵⁶² anhand der Aufgabenverminderung,⁵⁶³ bei der Zurückhaltung in sämtlichen Angelegenheiten zur Einrichtung von kostenverursachenden übergeordneten Steuerungsgremien,⁵⁶⁴ bei der Initiierung zwar für notwendig erkannter, aber dennoch nicht realisierter Hilfeformen wie Kriseninterventionsdienste,⁵⁶⁵ des Aufbaus von Maßnahmen des Betreuten Wohnens⁵⁶⁶ bis hin zu verwaltungsinternen Grenzziehungen, die schließlich bewirkten, daß den minimalen Anforderungen der Aufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste entsprochen werden konnte, jedoch darüber hinaus kein Raum blieb, Hilfen zu leisten, die der Gesetzgeber ursprünglich auch gemeint hatte, wie beispielsweise eine stärkere Verankerung präventiver Maßnahmen, Gemeinwesenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit.⁵⁶⁷ Insbesondere dem Anspruch der Landesregierung: "Der qualifiziert arbeitende sozialpsychiatrische Dienst soll nach Auffassung der Landesregierung eine Schlüsselrolle in der Weiterentwicklung der gemeindenahen Hilfen für psychisch Kranke einnehmen."⁵⁶⁸ wurde seitens der Kommunen zwar niemals direkt abgelehnt, dafür aber auch zu keiner Zeit in erwähnenswertem Umfange realisiert.

Nun hätten sicherlich bei den immerhin ca. sechs Jahre andauernden Vorbereitungen zur Novellierung des Nds. PsychKG die seit 1978 erfolgten Fehlentwicklungen berücksichtigt und in eine entsprechend modifizierte Gesetzesbestimmung, vor allem zur Finanzierung, einfließen können. Dies ist jedoch nicht erfolgt, zumal § 38 Nds. PsychKG 1997 exakt die gleiche Bestimmung erhält, daß die Kosten der

560 siehe hierzu die Ergebnisse der eigenen Erhebung in Band II der Arbeit; vgl. den Bericht der Fachkommission Psychiatrie: NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

561 siehe Band II der Arbeit, Seite 15 ff

562 siehe Band II der Arbeit, Seite 125 ff

563 siehe Band II der Arbeit, Seite 110 ff

564 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 36 ff

565 siehe Band II der Arbeit, Seite 72 ff

566 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 103 ff

567 siehe Band II der Arbeit, Seite 177 ff

568 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 39

Kommunen im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs vom Land erstattet werden. Auch derzeit ist nicht ersichtlich, daß im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs eine entsprechende Anhebung der Finanzausweisungen vom Land zugunsten der Kommunen erfolgt bzw. geplant ist. Mit Ausnahme der in § 40 Abs. 5 Nds.PsychKG 1997 verankerten "Sonderregelung", die eine befristete Landesfinanzierung zum Aufbau des Sozialpsychiatrischen Verbundes beinhaltet,⁵⁶⁹ wurden durch den Landesgesetzgeber 1997 keine Veränderungen in der Finanzierung gegenüber 1978 vorgenommen.

Die Gesetzesnovelle enthält zahlreiche Änderungen und Anpassungen an verändertes Bundes- und Landesrecht, läßt dem Bereich des Datenschutzes erhebliche Aufmerksamkeit zukommen und folgt in wesentlichen Punkten grundsätzlich den Vorschlägen der Fachkommission Psychiatrie zum Aufstellen Sozialpsychiatrischer Pläne und zur Vernetzung und Steuerung der Angebote durch den Sozialpsychiatrischen Verbund, dessen laufende Geschäfte der Sozialpsychiatrische Dienst führen soll.⁵⁷⁰ Bezüglich der Finanzierung folgte der Gesetzgeber dem Vorschlag der Fachkommission Psychiatrie nicht, lediglich die den Kommunen aus der Durchführung des Nds.PsychKG 1997 entstehenden Verwaltungskosten im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleiches abzudecken und die Mittel für die Sozialpsychiatrischen Dienste in Form von zweckgebundenen Landesausweisungen zu erstatten.⁵⁷¹ Der Empfehlung der Fachkommission Psychiatrie: "Der Dienst ist für sämtliche Personen nach § 1 zuständig."⁵⁷² folgte der Landesgesetzgeber ebenso wenig wie dem zumindest mittelbar unterbreiteten Vorschlag, den Bereich der Hilfen als Leistungsverpflichtung⁵⁷³ in das Gesetz aufzunehmen. Im Vergleich zu anderen Bundesländern bestehen diesbezüglich seit langem entsprechende Regelungen, beispielsweise sind die vorgenannten Kriterien seit 1969 im PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen enthalten.⁵⁷⁴

569 siehe. vorliegender Band I Arbeit, Seite 135 f

570 vgl. §§ 8, 9 Nds.PsychKG 1997; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 36, 52 ff

571 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 67

572 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 53

573 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 52 f

574 Zum Anspruch für Personen aller Altersstufen: vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 2 PsychKG NRW 1969; zum Aspekt der Leistungsverpflichtung: vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: §§ 3 bis 5 PsychKG NRW 1969. Zur Kostenregelung in Nordrhein-Westfalen: Kreise und kreisfreie Städte; vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 37 PsychKG NRW 1969
Zur Kostenregelung in Bremen: die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven als Auftragsangelegenheiten; vgl. BREMEN: § 43 i.V.m. § 4 Abs. 1 PsychKG HB 1979
Zum Rechtsanspruch auf Hilfen: vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 489 f

Bewertung des Einzelbeispiels 3

Die vom Niedersächsischen Landesgesetzgeber zu verantwortende Regelung zur Finanzierung der gesetzlich verankerten Hilfen für psychisch Kranke hat seit ihrer Einführung 1978 - das belegt die dargestellte Entwicklung dieses Bereiches - nicht zu dem mit der Gesetzesintention beabsichtigten Wirkung geführt. Anstelle hieraus die notwendigen Konsequenzen abzuleiten, wurde die Regelung 1997 nicht verändert. Hierbei ist aus der Sicht des Verfassers vorliegender Arbeit weniger die Intention der getroffenen Regelung maßgeblich - obwohl die Landeszuweisungen von den Kommunen grundsätzlich als zu niedrig befunden werden -, sondern vielmehr die ihr immanente Intransparenz: Es ist kaum nachvollziehbar, ob und in welchem Umfang Anhebungen der Mittelzuweisungen zugunsten der Kommunen im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs aus Gründen der Aufgabenwahrnehmungen nach dem Nds.PsychKG erfolgten.

Damit erscheint die Fortsetzung der bisherigen Unterlassungen und Fehlentwicklungen auf den örtlichen Ebenen vorprogrammiert zu sein. Die Kommunen werden aus Gründen der eigenen Kostenbegrenzung weiterhin Zurückhaltung bei der Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen üben. Allenfalls werden sie die formalen Voraussetzungen zur Errichtung des Sozialpsychiatrischen Verbundes erfüllen, um damit ein Anrecht auf Finanzzuweisungen aus dem Landeshaushalt nach § 40 Nds.PsychKG 1997 zu erzielen. Eine tatsächliche Verbesserung der Hilfen für psychisch Kranke ist jedoch nach der PsychKG-Novelle nicht zu erwarten.

Zusammenfassende Beurteilung der drei Beispiele

Die vorstehenden Darlegungen belegen anhand der Beispiele des Betreuten Wohnens und der ambulanten Versorgung durch Sozialpsychiatrische Dienste, daß gesetzliche Rahmenbedingungen, insbesondere Regelungen zu den Finanzierungsmodalitäten, maßgeblichen Einfluß auf die tatsächliche Umsetzung und Gestaltung der von den Gesetzgebern intendierten Zielsetzungen haben. Daß insbesondere auch im Bundesland Niedersachsen vorgefundene Fehlentwicklungen bzw. durch die Verantwortlichen (Kommunen) zu erfüllende Gesetzesaufträge nicht oder nur zögerlich erfüllt wurden, ist sicherlich in nicht unerheblichem Maße dem Makel gesetzlicher Vorgaben anzulasten, der im Grunde genommen nicht als Mißgeschick gedeutet werden kann, sondern vielmehr als Ausdruck von sozial- und gesellschaftspolitischem Willen zu interpretieren ist.

Neben den vielfältig damit verbundenen Negativentwicklungen ist damit unabdingbar auch ein Effekt verknüpft, der bisher nur selten benannt wurde: Fehlende oder mit diversen Hindernissen nur schwer erzielbare Finanzierungen (vor allem Regelfinanzierungen) vereiteln nicht nur angemessene fachliche Versorgungen, sondern ersticken gleichzeitig vorhandenes sozialpsychiatrisches Engagement, sei es auf der Ebene von Privatinitiativen oder sei es auf der Ebene der Kommunen bezüglich der Übernahme von Aufgaben zur Steuerung und Vernetzung von trägerübergreifenden Angeboten und deren Planung. Der Mangel an zur Verfügung gestellten Finanzressourcen muß mittelfristig auf der Ebene des Fachpersonals zur Abwanderungen von gutausgebildeten (teuren) Fachkräften führen, zugunsten weniger qualifiziert ausgebildeter (kostengünstiger) Kräfte, die damit zusätzlich den Effekt einer sich verschlechterten Versorgungssituation begünstigen.

4.3 Stationär vor ambulant oder ambulant vor stationär?

So unterschiedlich die Wahrnehmungsebenen sind, die der fachlichen, sozial- und gesellschaftspolitischen Absichtsbekundungen einerseits, und die der tatsächlichen Versorgungswirklichkeit andererseits, so gegenläufig sind die Beobachtungen: Gefordert wird: ambulant vor stationär; praktiziert wird: stationär vor ambulant. Dies gilt für Niedersachsen - und sicher darüber hinaus. Welche Ursachen sind hierfür maßgeblich?

4.3.1 Historische Gegebenheiten begünstigen die stationäre Psychiatrie

Sowohl die unter Punkt 3.1 vorliegender Arbeit dargelegten Ausführungen zu psychiatrie-historischen Entwicklungen in Niedersachsen⁵⁷⁵ als auch die Darlegungen zum Krankheits- und Behindertenbegriff unter Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit⁵⁷⁶ belegen historisch bedingte Aspekte der Psychiatriegeschichte, die erst in jüngster Zeit - etwa ab Mitte der 60er Jahre - von modernen, sozialwissenschaftlich geprägten Erkenntnisansätzen beeinflusst wurden. Evolutionsgeschichtlich betrachtet stellen die vergangenen vierzig Jahre eine zu kurze Zeitspanne dar, als daß ihr Einfluß und ihre Etablierung zu allgemeingültigem gesellschaftlichem Bewußtsein in dem Maße hätte erfolgen können wie es sich ihre Verfechter - mit durchaus überzeugenden Argumenten und Nachweisen - dies wünschen. Die Durchsetzungskraft neuer Erkenntnisse benötigt naturgemäß einen erheblich längeren Weg bis zur Erreichung eines allgemeinverbindlichen status quo.

Die Versorgung psychisch Kranker, oder besser gesagt: der gesellschaftliche Umgang mit "Irren", "Verrückten", "Idioten" und sonstigen "Andersartigen" steht in einer historischen Tradition der separierenden "Behandlung" (= Verwahrung), auf alle Fälle einer mit stationären Formen begegneten gesellschaftlichen Bewältigung. Exzessive Ausprägungen zur Zeiten der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland, die evolutionsgeschichtlich noch als relativ junge Entwicklungsepoche gelten, haben zudem gesellschaftliche "Bewältigungsmöglichkeiten" mit dem Phänomen der "Andersartigen" verdeutlicht, die eklatant heute gültigen Formen einer ambulanten Versorgung psychisch Kranker entgegenstehen. Dennoch

575 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 98 ff

576 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.2, Seite 71 ff

bleibt dieses unrühmliche Kapitel deutscher Psychiatriegeschichte, zumal es "erst" etwa fünfzig Jahre zurückliegt, nicht ohne Auswirkungen auf die Gegenwart. Moderne, sozialwissenschaftlich determinierte Verständnisansätze, die verstärkt ambulante Versorgungsformen bedingen und zudem den Anspruch der Einbeziehung der Betroffenen verkörpern, werden sich gegen die traditionellen Einsichten und Ansichten zur Behandlung der "Andersartigen" zu behaupten haben, so sehr die historischen Ansätze auch als überholt gewertet oder verleugnet werden und so sehr modernere Erklärungsansätze auf der theoretischen Erkenntnisebene auch überzeugend sein mögen.

4.3.2 Der gesellschaftliche Bewußtseinsstand repräsentiert und reproduziert ein kustodiales Psychiatrieverständnis

Wer als "Normalbürger" den Begriff "Psychiatrie" hört, assoziiert spontan das Landeskrankenhaus. Die laienhafte Konfrontation mit dem Phänomen der psychischen Erkrankung erzeugt assoziativ das Verlangen nach der Hilfe eines Arztes, eines Psychiaters, also der Hilfe eines Mediziners. Dessen Hilfemöglichkeiten werden wiederum assoziativ - hier durchaus ambivalent - in Form von psychopharmakologischer Therapie eingeschätzt. Bestenfalls werden ihm noch Hilfemöglichkeiten in Form von psychotherapeutischen Maßnahmen unterstellt, jeweils abhängig von diagnostischen und indikatorischen Gegebenheiten. Als finale Option und damit als negativ erlebte ultima ratio rangiert ausschließlich die auch gegen den Betroffenen gerichtete stationäre Einweisung. Differenzierte andere Formen der ambulanten und teilstationären Behandlung sowie nichtärztliche, präventive Maßnahmen nehmen in der Regel keinen nennenswerten Stellenwert innerhalb des Assoziationsgeschehens ein. Der Bewußtseinsstand eines mit den Phänomen psychischer Erkrankung konfrontierten "Normalbürgers" korrespondiert auf diese Weise mit den zuvor beschriebenen historisch bedingten Einflüssen eines tradierten Psychiatrieverständnisses.

4.3.3 Der medizinisch-biologistisch determinierte Ansatz gilt als weitverbreitete "gesicherte" Basisqualifikation

Hervorgerufen durch historische Entwicklungen, infolgedessen zu allgemeingültigen gesellschaftlichen Einstellungen gelangt, gestaltet sich auch in der Gegenwart der Umgang mit psychisch kranken "Andersartigen" deutlich auf der Basis eines "gesicherten" medizinisch-biologistisch determinierten Grundverständnisses. Diese

Einstellung ist vor allem bei medizinisch ausgebildetem Fachpersonal, also den Ärzten, weit verbreitet. Die Durchlässigkeit oder Aufweichung dieser Grundhaltung in jüngster Zeit soll dabei nicht verkannt werden. Dennoch hat sie in der Versorgungspraxis nicht durchschlagend zu den Formen und Methoden des Umgangs und der Versorgung psychisch Kranker geführt, die Verfechter moderner sozialwissenschaftlich determinierter Ansätze fordern. Gegenwärtige, auch ambulante Formen der Behandlung psychisch Kranker, sind nicht in erster Linie nichtärztliche Behandlungsformen, die sich etabliert hätten, sondern beinhalten eine allmähliche Aufweichung der vor allem durch einige Protagonisten forcierten und preferierten Zulassung nichtärztlicher Behandlungsmethoden. Von einer grundlegenden Abkehr des als "gesicherte" Basisqualifikation anerkannten medizinisch-biologisch determinierten Krankheitsverständnisses kann nicht die Rede sein, zumal ärztliche Kompetenz und gutachterlicher Sachverstand auch dann erforderlich sind, wenn es um die Verordnung nichtärztlicher Therapiemaßnahmen geht.⁵⁷⁷ Die grundlegende Überwindung der Medizinierung der Psychiatrie ist - obwohl sich vielfältige Formen ambulanter nichtmedizinischer Hilfen entwickelt haben - bisher nicht erfolgt. Psychiatrische Behandlung ist auch gegenwärtig eine Domäne der psychiatrisch ausgebildeten Mediziner, die Formen nichtmedizinischer Behandlung als Appendix tolerieren. Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen (und in anderen Bundesländern ebenso) stehen unter der Leitung von Ärzten; andere Professionen sind von der Leitungsfunktion ausgenommen.⁵⁷⁸ Selbst bei der Zusammensetzung der Personalbemessungs-Kommission⁵⁷⁹ sind vor allem die Klinikärzte sehr stark vertreten,⁵⁸⁰ der zweifellos innovative Forschungsansatz hat seinen Ausgangspunkt immer noch in der stationären Psychiatrie.⁵⁸¹ Von dort aus wird über komplementäre⁵⁸² und ambulante Formen der Versorgung nachgedacht.⁵⁸³

577 siehe die Darlegungen unter vorliegendem Band I der Arbeit, Seite 73 ff

578 vgl. § 7 Abs. 2 Nds.PsychKG 1997

579 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 13, 46, 54, 59 ff, 63, 78 ff

580 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 82 ff

581 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9

582 "komplementär" i.S. von komplementär zur stationären Psychiatrie, nicht komplementär zur ambulanten Psychiatrie

583 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 9

4.3.4 Politik und Gesetzgebung folgen dem "allgemeingültigen" Erkenntnisansatz und schaffen dementsprechende Rahmenbedingungen

Das u.a. historisch bedingte gesellschaftliche Psychiatrieverständnis zeigt naturgemäß auf allen gesellschaftlichen Ebenen seine Wirkung, also auch in Politik und Gesetzgebung. Auf diesen wichtigen Entscheidungs- und Gestaltungsebenen artikuliert sich in demokratisch verfaßten Staatsformen der Wille des Volkes, vor allen der bestimmter Gruppen des Volkes, je nach Einflußmöglichkeiten. Zur Demokratie gehört bekanntlich der Lobbyismus.

"Lobbyismus beschränkt sich ausschließlich auf den Zugang zu Entscheidungsprozessen der Regierungsinstitutionen; lobbyistische Aktivitäten sind durch das Bestreben geprägt, Regierungsentscheidungen zu beeinflussen, und lobbyistische Einflußnahme ist in der Regel nur möglich über ein intermediäres Kommunikationsmitglied zwischen Bürgern und Politikern. Eine Ausnahme bilden reiche und mächtige Bürger, die kein Zwischenglied im Kommunikationssystem zwischen Regierung und Gesellschaft brauchen, da sie einen direkten Zugang zu Politikern oder politischen Institutionen haben. Die Bedingung ist jedoch auch hier, daß diese Personen versuchen, politische Entscheidungen zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Ferner gibt es die Form des sogenannten eingebauten Lobbyisten (built-in-Lobbyists), die dann gegeben ist, wenn Parlamentsabgeordnete gleichzeitig Vertreter von Verbänden sind."⁵⁸⁴

Es soll hier jedoch nicht so sehr auf die besonderen Formen der Einflußnahme abgestellt werden, die mitunter in der Nähe von Manipulationen und Politikverfälschungen angesiedelt sind. Vielmehr geht es darum, die ganz legalen Wege zur Durchsetzung von Bürgerinteressen aufzuzeigen, die, wie beispielsweise STEFFANI ausführt, zu den grundgesetzlich verankerten "Partizipationschancen" bundesrepublikanischer Bürger zählen.⁵⁸⁵ Gemeint sind hiermit neben den Möglichkeiten der permanenten Mitwirkung über die Parteien:⁵⁸⁶ die Organisations- und Partizipationsmöglichkeiten durch Vereine und Verbände⁵⁸⁷ und in sonstigen Kollektivformen, denen sowohl das Petitionsrecht (die Rechtsbasis des Lobbyismus) als auch das Demonstrationsrecht⁵⁸⁸ zur Verfügung stehen, sowie die potentiell permanent aktualisierbaren individuellen politischen Mitwirkungsrechte von der Meinungs- und Pressefreiheit⁵⁸⁹ bis hin zum Petitionsrecht.⁵⁹⁰ "In diesem Zusam-

584 STEFFANI 1979, Seite 97

585 vgl. STEFFANI 1979, Seite 164

586 vgl. Art. 21 GRUNDGESETZ

587 vgl. Art. 9 GRUNDGESETZ

588 vgl. Art. 17 und 8 GRUNDGESETZ

589 vgl. Art. 5 GRUNDGESETZ

590 vgl. STEFFANI 1979, Seite 163 ff

menhang werden als politische Interessengruppen all die Gruppen erfaßt, die am politischen Entscheidungsprozeß in irgendeiner Form beteiligt sind. Jede Interessengruppe kann somit als politische Interessengruppe fungieren - gleichgültig in welcher Form und Dauer - und als solche nach ihrer Stellung und Wirkungsweise im gewaltenverschränkenden politischen Willensbildung- und Entscheidungsprozeß befragt werden. Die in diesem Sinne potentiellen politischen Interessengruppen umfassen demnach sämtliche bisher nicht ausgesonderten Gruppen, von der staatlichen Verwaltungsbürokratie über die Gerichtsbürokratie, die zahlreichen öffentlich-rechtlichen Institutionen wie Industrie-, Handels- und Handwerkskammern nebst Kirchen, Banken und kommunalen Körperschaften bis hin zu den unübersehbar Vielzähligen, teils kurzfristig und sehr locker organisierten (oder nichtorganisierten, da spontan zusammengeführten) Verbänden, Vereinigungen und sonstigen Gruppen. All diese Gruppen können als politische Interessengruppen fungieren - auch die Kirchen."⁵⁹¹

Es wird nicht zu leugnen sein, daß sich bestimmte berufsständische Gruppen, beispielsweise die der Ärzte, in der Gesellschaft besser organisiert und etabliert haben als andere, beispielsweise die der Sozialarbeiter oder die der Angehörigen psychisch Kranker. Insoweit bestehen ungleiche Voraussetzungen zur gesellschafts-, sozial- und gesundheitspolitischen Einflußnahme. Die Konsequenzen aus diesen Konstellationen spiegeln sich in den Gesetzen wider:

So wird beispielsweise der Berufsstand der Ärzte - wie bereits erwähnt - im Nds. PsychKG 1997 überaus deutlich hervorgehoben,⁵⁹² während die Berufsgruppen der Psychologen und psychologischen Psychotherapeuten lediglich zur Aufgabenerfüllung des Sozialpsychiatrischen Dienstes als Adressaten für Zusammenarbeit und Aufgabenübertragung nur mittelbar erwähnt werden.⁵⁹³ Sozialarbeiter und psychiatrisches Pflegepersonal werden - im Unterschied zu "Seelsorgerin oder .. Seelsorger"⁵⁹⁴ - im Nds. PsychKG 1997 nicht benannt. Allerdings erwähnt das Gesetz allgemein "medizinische, psychologische oder pädagogische Beratung, Behandlung und Betreuung".⁵⁹⁵ Die Betroffenen- und Angehörigeninteressen

591 STEFFANI 1979, Seite 32

592 vgl. § 7 Abs. 2 Nds. PsychKG 1997

593 vgl. § 10 Nds. PsychKG 1997

594 vgl. § 24 Nds. PsychKG 1997

595 vgl. § 6 Nds. PsychKG 1997

finden allenfalls in § 6 Abs. 6 Nds.PsychKG 1997 Erwähnung.⁵⁹⁶

Auch an der Besetzung des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung (AAPK) nach § 37 des Nds.PsychKG 1978 sind die gesellschaftlichen Einflußmöglichkeiten bestimmter Gruppen eindrucksvoll abzulesen.⁵⁹⁷

Mitglieder des Ausschusses	Anzahl	Anteil
Abgeordnete des Landtages	5	33 %
Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Freien Wohlfahrtspflege und der Sozialversicherungsträger	3	20 %
In der Psychiatrie erfahrene Ärzte (1 leitender Arzt, 1 niedergelassener Arzt, 1 Arzt in Forschung und Lehre)	3	20 %
In leitender Funktion tätiger Psychologe oder Angehöriger eines nichtärztlichen Heilberufes im Sozialdienst	1	7 %
Seelsorger	1	7 %
Laienhelfer	1	7 %
Richter	1	7 %
Sozialarbeiter (bestenfalls indirekt - s.o.)	0	0 %
Psychiatrisches Krankenpflegepersonal	0	0 %
Angehörigen- oder Betroffenenvertreter	0	0 %
	15	100 %

Es ist zu vermuten, daß sich bei der Bildung von Ausschuß und Besuchskommissionen nach dem Nds.PsychKG 1997 keine wesentlich anderen Konstellationen ergeben werden.

596 § 6 Abs. 6 Nds.PsychKG 1997: "Die Hilfen sollen auch darauf gerichtet sein, bei denjenigen, die mit der betroffenen Person in näherer Beziehung stehen, Verständnis für die besondere Lage der betroffenen Person zu wecken und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung ihrer Schwierigkeiten zu fördern und zu erhalten. Die Hilfen sollen die nahestehenden Personen auch in ihrer Fürsorge für die betroffene Person entlasten und unterstützen."

597 § 2 der Verordnung über den Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und über die Besuchskommissionen vom 17. April 1980, Nds.GVBl. 17/1980, Seite 140:

"Zusammensetzung des Ausschusses und der Besuchskommissionen; Amtszeit

(1) Der Ausschuß besteht aus bis zu fünfzehn Mitglieder. Ihm gehören

1. bis zu fünf Abgeordnete des Landtages,
2. ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände,
3. ein Vertreter der Freien Wohlfahrtsverbände mit Erfahrungen in der Versorgung von Personen im Sinne des § 1 Nr. 1 des Gesetzes,
4. ein Vertreter der Sozialversicherungsträger,
5. drei in der Psychiatrie erfahrene Ärzte,
6. drei Mitglieder mit langjährigen Erfahrungen in der Versorgung von Personen im Sinne des § 1 Nr. 1 des Gesetzes,
7. ein Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt.

Von den drei Ärzten nach Satz 2 Nr. 5 soll ein Arzt in leitender Funktion in einer klinischen psychiatrischen Einrichtung tätig sein, ein Arzt als niedergelassener Facharzt an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt sein und ein Arzt in Forschung und Lehre qualifiziert sein. Von den drei Mitgliedern nach Satz 2 Nr. 6 muß ein Mitglied als Angehöriger eines nichtärztlichen Heilberufes in leitender Funktion, als Diplom-Psychologe oder im Sozialdienst tätig sein; ein Mitglied soll als Seelsorger, ein weiteres Mitglied maßgeblich in einer Laieninitiative tätig sein."

4.3.5 Kontrastierende jüngere Erkenntnisse, Forschungsergebnisse und Erfahrungen fließen zwar zielorientierend ein, verfügen jedoch über relativ geringe Wirkungen

Im Bereich der Versorgung psychisch Kranker existiert mittlerweile eine Reihe jüngerer Erkenntnisse, Forschungsvorhaben und praktischer Erfahrungen, die zu anderen Schlußfolgerungen und Forderungen gelangen, als es die gegenwärtige Versorgungssituation widerspiegelt. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die Ergebnisse der Modellprogramme der Bundesregierung,⁵⁹⁸ an die Nervenarztstudie,⁵⁹⁹ an die Berichte der Fachkommissionen im Auftrag der Niedersächsischen Landesregierung⁶⁰⁰ und an die Personalbemessungs-Kommission.⁶⁰¹ Wenn auch zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Teilbereichen der Versorgung erprobt bzw. praktiziert, so liegen dennoch einige übereinstimmende Einschätzungen und Aussagen vor, die in der Tendenz von stationären Versorgungsformen abrücken und verstärkt ambulante, personenzentrierte Versorgungsformen einfordern:

Auf das Dilemma der Modellprogramme des Bundes, die vor allem mit dem Makel der zu wenig berücksichtigten Anschlußfinanzierungen nach Auslauf der Projekte behaftet waren, wurde bereits an anderer Stelle vorliegender Arbeit kurz eingegangen. Die inhaltlichen Ergebnisse der Modellprojekte hingegen sprechen unisono eine sehr klare Sprache, die die in den Projekten erprobten Formen des Umgangs mit psychisch Kranken sehr deutlich bestätigen. Nach Auslauf der Modellförderung fiel dann vielfach die bis dahin geleistete gute Arbeit wegen veränderter finanzieller Rahmenbedingungen in sich zusammen. Man könnte an dieser Stelle kritisch hinterfragen, ob der millionenschwere Finanzaufwand des Bundes in der Form gerechtfertigt war: ein etwas anders gelagerter finanzieller Einsatz, der sich deutlicher an der Fortsetzung der zahlreichen Projekte über den Förderungszeitraum hinaus orientiert hätte, wäre womöglich nützlicher gewesen.

Andere Modellprojekte oder Forschungsvorhaben, z.B. die Nervenarztstudie oder die Berichte der Fachkommissionen im Auftrag der Niedersächsischen Landesregierung sowie die der Personalbemessungs-Kommission, beinhalten ebenso

598 Zu den Modellprogrammen: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 23, 26, 34, 37, 99, 109, 114
Zum Modellverbund: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 23, 34, 37, 43, 51, 99, 105, 107, 114
vgl. KARDORFF 1985; vgl. HUTTER 1986, Seite 225 ff

599 vgl. HUTTER 1988, Seite 30 f; vgl. SCHWARTZ 1989, Seite 2 ff; vgl. HOLLER 1989, Seite 11 ff; vgl. BOCHNIK/KOCH 1990

600 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 124 ff

601 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 13, 46, 54, 59 ff, 63, 78 ff

fortschrittliche, richtungsweisende Ansätze, deren Umsetzung in die Alltagspraxis bisher nicht erfolgt ist. Vielfach stehen auch hier Finanzierungsfragen im Vordergrund. Zum anderen geht es dabei gleichzeitig um einen fachpolitischen Umdenkungs- und Umstrukturierungsprozeß, deren Grenzüberschreitung zu bisherigen Versorgungsformen, Standesinteressen und den gewohnten Abschottungsmechanismen innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung vorprogrammiert ist. Beispielsweise am Bericht der Fachkommission Psychiatrie - aber auch an anderen erwähnten Projekten und Forschungsvorhaben - kann an zahlreichen Stellen deutlich nachgewiesen werden, daß fachlich fundierte Einstellungen und Forderungen (1993)⁶⁰² auf dem mühsamen Wege parlamentarischer Umsetzung entweder bis zur Unkenntlichkeit verkümmern oder gänzlich unter den Tisch fallen (1997).⁶⁰³

Im Ergebnis sind kaum merkliche Veränderungen bzw. Verbesserungen wahrzunehmen, bestenfalls erfolgen sie marginal, wobei im Einzelfall noch überprüft werden sollten, ob sie tatsächliche Verbesserungen für die betroffenen psychisch Kranken beinhalten.

602 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

603 vgl. Nds.PsychKG 1997

4.4 Partizipation von Betroffenen und Angehörigen

Die Gründung von Angehörigen-Selbsthilfegruppen, -initiativen und Angehörigen-Aktionsgemeinschaften geht überwiegend auf Impulse psychiatrisch Tätiger zurück; sei es, daß sie sich aus einer geleiteten therapeutischen Gruppe gebildet haben oder daß Angehörigenversammlungen eines Psychiatrischen Krankenhauses oder eines Sozialpsychiatrischen Dienstes Selbsthilfe ins Leben gerufen haben. Den freien Zusammenschluß von Familienangehörigen psychisch Kranker gibt es schon seit Beginn der 70er Jahre.⁶⁰⁴ 1985 konnte der "Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bonn" aus der Taufe gehoben werden; in Baden-Württemberg erfolgte die Gründung des Landesverbandes früher. In den übrigen Ländern und Stadtstaaten haben sich Landesverbände oder -arbeitsgemeinschaften gebildet. In Niedersachsen organisierten sich 1987 die Angehörigen landesweit; 1989 wurde der Landesverband Niedersachsen-Bremen e.V. (AANB) gegründet.⁶⁰⁵ 1991 existierten in der Bundesrepublik etwa 300 Angehörigengruppen.⁶⁰⁶

BAUMANN/LÜRßEN vertreten 1991 die Ansicht, daß gerade im Vergleich mit der Selbsthilfebewegung in Frankreich oder England der "Organisationsgrad der deutschen Angehörigen noch immer gering" sei. Eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Landschaft - so führen die Autoren weiter aus - erscheine ihnen "nicht denkbar", ohne daß Angehörige als Vertreter der Familien psychisch Kranker und Behinderter und deren Erfahrungen im Bereich psychiatrischer Versorgung einbezogen würden. Hierzu seien allerdings bisher erst wenige Kommunen bereit; die Anliegen der Angehörigen würden nicht gehört und fänden keine Berücksichtigung. "Bei allen erfreulichen Entwicklungen gestattet die familiäre Situation bisher nur wenigen Angehörigen, uneingeschränkt und verantwortungsbewußt Aufgaben zu übernehmen, die sich aus der notwendigen Öffentlichkeitsarbeit und der Einflußnahme in örtlichen Gremien ergeben."⁶⁰⁷

Neben der Angehörigenbewegung setzte zu Beginn der 90er Jahre auch die Organisierung von Psychiatrie-Erfahrenen ein. Ausgangspunkt war 1991 die Grün-

604 vgl. DEGER-ERLENMAIER 1990, Seite 349 ff

605 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 116

606 vgl. BAUMANN/LÜRßEN 1991, Seite 194

607 vgl. ebenda

derung des Ortsvereins der "Psychiatrie-Erfahrenen Hannover e.V." (VPE). 1993 folgte die Gründung des "Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V." (BPE). 1995 wurde von Hannover aus die Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen initiiert. Der VPE wurde Ende 1995 zur Novellierung des Nds.PsychKG 1997 im Niedersächsischen Landtag gehört; zuvor hatte er seine Stellungnahme zum Gesetzentwurf eingereicht. 1994 erhielt der VPE einen Sitz im neugegründeten kommunalen Fachbeirat der Landeshauptstadt Hannover,⁶⁰⁸ im selben Jahr wurde vom Niedersächsischen Sozialminister u.a. eine Psychiatrie-Erfahrene in den Landesfachbeirat Psychiatrie berufen.⁶⁰⁹ CLAUßEN führt zum Selbstverständnis des Verbandes (BPE) 1997 u.a. aus:

"Wir organisieren uns nicht wegen unserer psychischen Krankheit, sondern weil wir gemeinsam die Erfahrung der Psychiatrie haben. Uns gemeinsam ist die Angst vor dem 'Zombiedasein' unter Medikamenten, die Angst vor Schäden durch Medikamente, die Angst vor realem Zwang und echter Gewalt in der Psychiatrie und die Angst, für immer in Heimen, Langzeitbereichen und Sondereinrichtungen der Psychiatrie zu verschwinden. Wir kritisieren die Behandlung durch Psychiatrie und Gesellschaft. Wir kämpfen für humanere Lebensbedingungen für alle Psychiatrie-Erfahrenen und uns selbst. ... Auf psychiatriepolitischer Ebene wollen wir an der Konzeption, Organisation und Realisierung von Therapiekonzepten und Psychiatrieplanung beteiligt werden. Die beste Psychiatrie ist die, die man selbst mitgestaltet hat. Der gleichberechtigte dialogische Umgang ist für uns das zukünftige Paradigma psychiatrischen Denkens und Handelns."⁶¹⁰

CLAUßEN glaubt bereits eine Entwicklung zu erkennen, die, initiiert durch den Weltkongreß für Soziale Psychiatrie in Hamburg 1994, von gegenseitiger Akzeptanz und gleichberechtigter Beteiligung von "Profis, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen" getragen werde. Er kennzeichnet dies als einen "neuen Umgang mit der Psychiatrie und mit psychischer Krankheit insgesamt", spricht von einem "gewachsenen Trialog",⁶¹¹ der "nach Meinung vieler Befürworter ... auf lange Sicht radikal die Psychiatriepraxis und Psychiatriepolitik verändern" werde. In seiner Einschätzung der Situation hebt sich CLAUßEN jedoch - möglicherweise mit Absicht - gegen die Realität ab, indem er ausführt:

"Die Basis für einen gleichberechtigten Austausch und eine fruchtbare Zusammenarbeit ist gelegt. Die Chancen, einen intensiveren Druck der Reformkräfte auf Regierung und Verwaltungsstrukturen auszuüben, sind gewachsen."⁶¹²

608 vgl. SECKENDORFF 1997, Seite 34; vgl. CLAUßEN 1997, Seite 33 ff

609 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 128 f

610 CLAUßEN 1997, Seite 33

611 CLAUßEN 1997, Seite 33: "Trialog bedeutet im Kern, daß alle an Psychiatrie Beteiligten miteinander sprechen und Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene, Bürgerhelfer und Profis etc. sich mit ihren unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen von Psychiatrie und psychischer Krankheit auseinandersetzen."

612 CLAUßEN 1997, Seite 33

Der Autor neigt offenbar zu euphorischen Folgerungen, wenn er im Rahmen seiner Diplomarbeit zum Thema BPE feststellt, daß fast alle Ministerien für Gesundheit in den alten Bundesländern die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in psychiatriepolitischen Gremien befürworteten und das Bundesministerium für Gesundheit sogar die Auffassung vertrat, daß die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener zum Standard im Versorgungssystem werden sollte. Leider ist hier kritisch entgegenzuhalten, daß derartige Befragungen, zumal wenn sie von Interessenvertretern einer auf Bundesebene operierenden Organisation (BPE) durchgeführt werden, nur allzu häufig Lippenbekenntnisse erzeugen, die in erster Linie besänftigend wirken sollen und in der Regel weit von psychiatriepolitischer Programmatik entfernt sind. Groß ist die Gefahr, solchen "Alibi-Erklärungen" zu viel Bedeutung zuzumessen. CLAUßEN hätte an dieser Stelle kritischer sein müssen; er läßt sich jedoch täuschen, indem er ausführt: "Ich denke, dieser empirische Befund beweist, daß die Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen psychiatrischer Entscheidungen die Zukunft der deutschen Psychiatrie sein wird."⁶¹³

Es scheint fast so, als wäre CLAUßEN selbstproduziertem Wunschdenken aufgesessen, wenn er den - auch vom BPE - geforderten "Durchbruch" bereits als vollzogen oder mindestens "zum Greifen nahe" wähnt. Daß in dieser Hinsicht noch zahlreiche Unwägbarkeiten bestehen, belegen u.a. die etwa zeitgleich veröffentlichten Ausführungen von WIDMAIER-BERTHOLD/LOCHMANN/STOLZ, die zur Begründung der Notwendigkeit einer zu errichtenden "Beschwerde-Kommission für Psychiatrie-Patienten" ausführen:

"Menschen, die als Betroffene mit der Psychiatrie in Berührung kommen, sind bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessen gegenüber Ärzten, Pflegepersonal, sozialen Diensten, Beratungsstellen und sonstigen Institutionen häufig erheblich eingeschränkt. Tendenziell sind sie eher der Gefahr der Bevormundung durch ihre 'Helfer' ausgesetzt als somatisch Kranke, weil ihnen oft ohne nähere Prüfung die Fähigkeit abgesprochen wird, ihr Leben selbst und eigenverantwortlich zu bestimmen. Vor allem in stationären Einrichtungen besteht ein erhebliche 'Machtgefälle' zwischen der Institution und ihren Patienten, zumal, wenn Zwang in Form von geschlossener Unterbringung, Fixierungen oder erzwungener Medikation angewandt wird. Aber auch im ambulanten Bereich geschieht es nicht selten, daß ärztliche und nichtärztliche Helfer ihre Patienten bzw. Klienten - meist in bester Absicht - erziehen, unter Druck setzen, bevormunden oder ganz einfach nicht ernst nehmen. Schließlich macht das vielfältige und oft unübersichtliche Angebot an Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten es gerade psychisch kranken Menschen schwer, selbstbestimmt die für sie geeignete Hilfsmöglichkeit zu beanspruchen."⁶¹⁴

613 vgl. CLAUßEN 1997, Seite 34

614 WIDMAIER-BERTHOLD/LOCHMANN/STOLZ 1998, Seite 28

Gleichwohl geben die Erkenntnisse von CLAUßEN richtungsweisende Impulse für eine Verbesserung der Versorgungssituation psychisch Kranker. Sie sind somit Indizien für Innovationsbegehren. Dies trifft auch bezüglich der Forderungen zur Einrichtung einer "Beschwerde-Kommission" zu, wobei hier einschränkend gesagt werden muß, daß dem vertretenen Ansatz wegen seiner reaktiven Funktion auch dysfunktionale Momente anhaften, die das Bestreben um eine Realisierung adäquater Versorgungsbedingungen konterkarieren - kurz: Das Ziel sollte darin bestehen, gute Versorgungsbedingungen vorzufinden und nicht, gute Beschwerdemöglichkeiten wegen schlechter Versorgungsbedingungen.

Festzustellen bleibt, daß sich Betroffene und Angehörige in den vergangenen 10 bis 15 Jahren zwar verstärkt organisiert und ihre Interessen und Forderungen deutlicher artikuliert haben. Sie taten dies jedoch meist auf "außerparlamentarische" Weise, weil ihnen eine echte Beteiligung an offiziellen Entscheidungsgremien in der Regel verwehrt war. Ausnahmen hiervon bestehen, wie beispielsweise die (offizielle) Berufung einer Angehörigen psychisch Kranker in die Fachkommission Psychiatrie 1991 und den Landesfachbeirat für Psychiatrie 1994 in Niedersachsen.⁶¹⁵

Die Ursachen für die Ausgrenzung von Betroffenen und Angehörigen sind sicherlich auch in der Einstellungshaltung der "etablierten" Psychiater oder anderer Professioneller begründet: Als DÖRNER von Hamburg als Direktor an das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh wechselte, hatte er auch die Hamburger Erfahrungen mit Angehörigengruppen im Gepäck und konnte diese auf ein großes Landeskrankenhaus übertragen. Jahre später schrieb er:

"Nun ist es zehn Jahre her, daß ich begonnen habe, mit Angehörigengruppen zu arbeiten. Seither bin ich außerstande, ohne diese Möglichkeit psychiatrisch tätig zu sein. Es ist mir unverständlich, daß ich früher anders gearbeitet habe. Und auch heute ist mir jede Angehörigengruppenstunde eine mich neu verwirrende Erfahrung, die ich dringend für meine Wahrnehmungskorrektur, meine Supervision brauche. Dennoch bin ich ... erst seit kurzem in der Lage, über Angehörigengruppenarbeit öffentlich zu sprechen. Vermutlich deshalb, weil mir durch die Angehörigengruppen so viele Grundlagen des psychiatrischen Wahrnehmens und Handelns fragwürdig geworden sind, daß ich Sorge habe, mich lächerlich zu machen, den Kontakt zu den meisten Fachkollegen zu verlieren, vielleicht einer Dummheit, einer Einbildung oder gar einer Wahnidee aufzusitzen."⁶¹⁶

Die Eitelkeit weniger "Etablierter" sollte jedoch nicht Maßstab sein; sie sollte nicht ablenken von der berechtigten Forderung, Betroffene und Angehörige "offiziell" an den Entscheidungen zu beteiligen, die für sie und ihr Leben maßgeblich sind.

615 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 117, 128 f

616 DÖRNER/EGETMEYER/KOENNING 1982, Seite 35

5. Sozialpsychiatrische Versorgung - Quo vadis?

Der Blick in die Zukunft, hinüber ins nächste Jahrtausend, in die folgenden Jahre, gerichtet auf den gesellschaftlichen Umgang mit "psychisch Kranken", ist nicht ohne Rückblick auf die Entwicklungen der vergangenen Jahre denkbar, sofern der Anspruch einigermaßen realistischer Einschätzungen eingelöst werden soll. Die Wege und Wandlungen der Psychiatrie in den vergangenen 20 bis 30 Jahren - wie sind sie in der Rückschau zu bewerten? Welche Hinweise auf zukünftige Entwicklungen beinhalten sie?

- Ist die Psychiatriereform zum Stillstand gekommen? Ist auf allen Ebenen der Versorgung **Stagnation** eingetreten und geht es zukünftig verstärkt darum, das bisher Erreichte erhalten?
- Oder ist der ideologisch und gesellschaftskritisch getränkte Innovationsschub der späten 60er Jahre, mittlerweile längst erstarrt, durch eine Gegenbewegung abgelöst worden, in deren Gefolge die Versorgungssituation der Betroffenen zunächst stagnierte und nunmehr Anzeichen einer qualitativen Verschlechterung (**Regression**) aufweist?
- Oder: Enthält der bisherige status quo des Erreichten hinreichend Anzeichen für die Einschätzung, daß sich in Zukunft die Versorgung der Betroffenen auf "höherem Qualitätsniveau" **kontinuierlich** weiterentwickeln könnte?
- Oder: Zwar zeugen die Entwicklungen der vergangenen 20 bis 30 Jahre deutlich von erzielten Fortschritten; sie offenbaren jedoch gleichzeitig vielfältige Erfahrungen, Erkenntnisse und Notwendigkeiten, die bisher nicht umgesetzt wurden. Dies beinhaltet für die Betroffenen, daß ihnen "Normalität"⁶¹⁷ verwehrt ist. Um diesen Zustand zu verbessern, sind in Zukunft **Innovationen** erforderlich.

So weit die sich mit der Thematik befassenden Menschen von einer einheitlichen Bewertung der vergangenen Entwicklungen entfernt sind, so unterschiedlich fallen auch ihre Zukunftseinschätzungen aus.

In diesem Kapitel der Arbeit soll der Versuch unternommen werden, anhand der vorstehenden Fragestellungen vier Szenarien für zukünftige Entwicklungen in der Psychiatrie (und darüber hinaus) zu entwerfen:

5.1 Szenario 1 - Stagnation: Nach 25 Jahren steckt die Reform fest

Vor etwa 30 Jahren setzte in der Bundesrepublik Deutschland eine von seinerzeitigen makropolitischen Konstellationen getragene Reformbewegung in vielfältigen gesellschaftlichen Bereichen ein. Für psychisch Kranke führte diese "Aufbruchstimmung" zur Belebung der wissenschaftstheoretischen Diskussion um das Phänomen der "Andersartigen", der "Kranken" oder der "Ver-Rückten", zu gesellschaftlichen Einstellungsveränderungen und zu anderen Betreuungs- und Versorgungsformen.

Während im Bereich der Theoriediskussionen durchaus systemkritische Elemente zu finden sind (Psychiatrie-Enquête), setzten die ersten pragmatischen Maßnahmen (Modellprogramme der Bundesregierung) erheblich unterhalb jener Grenzüberschreitung zur Infragestellung des gesellschaftlichen Systems an. KARDORFF gab hierzu 1985 die Einschätzung ab:

"Das Modellprogramm Psychiatrie und der sogenannte kleine Modellverbund sind charakteristische Beispiele für einen Typus wohlfahrtsstaatlicher Reformpolitik, der die fehlende politische Entschiedenheit zu einer grundlegenden, nicht systemkonformen Reform mit der vorgeblichen Notwendigkeit einer vorgängigen wissenschaftlich begleitenden Modellphase kaschiert. Diese im Rückblick aus der analytischen Distanz gewonnene Einsicht legt die Interpretation nahe, daß eine Politik der Modellförderung nicht den Beginn eines Reformprozesses anzeigt, sondern vielmehr als Ersatz für eine nicht ernsthaft gewollte oder unter den gegebenen Voraussetzungen und politischen Kräfteverhältnissen nicht durchsetzbare Reform anzusehen ist."⁶¹⁸

Wenn diese Sichtweise zutrifft, dann ist die Einschätzung nur allzu konsequent, daß von den "großen, teilweise systemverändernden Entwürfen" der 70er Jahre lediglich ein bescheidener Anteil in die Versorgungsrealität umgesetzt wurde. Bestätigungen hierfür sind beispielsweise bei KEUPP 1983 und HASELBECK 1990 zu finden:

"Wenn man diesen Prozeß in der jetzt möglichen rückschauenden Perspektive betrachtet, dann ist zwar von der Planungsfolie der Enquete nur wenig realisiert worden. Ironischerweise hat sich aber vor allem ihre administrative und technokratische Rationalität in den Köpfen derer festsetzen können, die sich für die Psychiatrie interessiert haben."⁶¹⁹

"Die auf das Soziale zentrierte Psychiatrie hat zwar die Enttarnung einer vermeintlich apolitischen Psychiatrie ermöglicht und deren Funktion als Herrschafts- und Befriedungsinstrument in gesellschaftlichem Auftrag verdeutlicht (WULFF 1979). Eine Funktion, die 'selbst ihren hellsten Köpfen bis zu Jaspers verborgen blieb' (KISKER 1975). In der Praxis hat sie sich jedoch in dem Bemühen um die Reorganisation und Differenzierung der psychiatrischen Versorgung verschlissen. Sie hat gelernt, Psychiatrie auch als eine 'moralische Veranstaltung' (SEIDEL 1987) wahrzunehmen,⁶²⁰ aber ihren Anspruch auf einen revolutionären, wissenschaftstheoretischen Paradigmawechsel mußte sie bisher schuldig bleiben."⁶²¹

Wie ist jedoch die Versorgungssituation der Gegenwart - mit Blick auf die Zukunft - zu werten, nachdem festgestellt wurde, daß von den ursprünglichen "großen Entwürfen" nur "wenig realisiert worden ist"⁶²² und "... bisher wohl keine Region ohne jede Einschränkung behaupten kann, ihre psychiatrische Versorgungsstruktur entspräche schon jetzt in allen Belangen dem, was die betreuende Klientel und deren Angehörige an jeweiliger Unterstützung brauchen."⁶²³

Ein möglicher Erklärungsansatz besteht darin, den status quo der Versorgungssituation als beachtliches und vorzeigbares Resultat einer vor etwa 30 Jahren begonnenen Reform zu sehen, deren Entwicklung naturgemäß nicht in der Lage war, sämtliche innovativen Ansätze, Ideen und Träume zu verwirklichen. Nur Illusionisten bleibt es vorbehalten, mit Wehmut und Klage weiterhin unnachgiebig und unbelehrbar einzufordern, was von den seinerzeitigen "großen Entwürfen" nicht umgesetzt wurde. Sie reden von einem Scheitern der Psychiatriereform.⁶²⁴ Realisten hingegen wissen das Erreichte zu schätzen, wengleich ihnen nicht verborgen blieb, daß im Laufe der Zeit manches auf der Strecke geblieben ist. Sie hätten sich vielleicht auch "ein Stückchen mehr Reform" gewünscht, die eine oder andere zusätzliche Versorgungsverbesserung nicht verachtet; aber sie können

619 KEUPP 1983, Seite 463

620 SEIDEL sieht die Übernahme einer umfassenden Sektorversorgungsverpflichtung der Medizinischen Hochschule Hannover unter "moralischem Aspekt". Diese Entscheidung "kann so gesehen werden als ein Versuch, Menschen in psychosozialer Not endlich gerechter zu werden. Und sie spiegelt das Bemühen, dem bisher stets vernachlässigten 'armen Irren' jenes - oft immer noch zu knappe - Maß an Hilfen bereit zu stellen, das sonst nur Patienten der Mittel- und Oberschicht, sofern ihr Leiden nicht allzu langfristig dauerte und zu schwer war, an universitären Sondereinrichtungen gewährt werden konnte. Diese Entscheidung mußte weiter dazu führen ... daß Behandlungen für Patienten selbstbestimmter, offener, mehr auf Gegenseitigkeit (...) beruhend stattfand." - SEIDEL 1987, Seite 242

621 HASELBECK 1990, Seite 19

622 vgl. KEUPP 1983, Seite 463; siehe auch: HAUG/PFEFFERER-WOLF 1987, Seite 101: "Das gesellschaftliche Projekt einer umfassenden Neustrukturierung der psychosozialen Praxis bindet kaum mehr Hoffnung."

623 BAUER/ENGFER 1990, Seite 417

624 vgl. KEUPP 1983

sich mit dem Istzustand arrangieren. Sie wissen: Die gesellschaftlichen und politischen Reformkräfte von damals sind erschöpft. Dies bestimmt auch ihr in die Zukunft gerichtetes Denken: Es geht um Bestandssicherung, um Erhalt des erreichten Niveaus unter Akzeptierung des Nichterreichten. Es geht um Verhinderung von Abbau, um Konsolidierung der Versorgungssituation.

"Bestandssicherung", "Niveauerhalt", "Abbauverhinderung" und "Konsolidierung" - auf die folgenden Jahre projiziert, bedeutet: keine oder nur kaum merkbare Veränderungen oder Verbesserungen, jedoch auch keine Verschlechterungen. Es bleibt bei Anzahl und Status der stationären Einrichtungen. In den Bereichen der teilstationären und ambulanten Versorgung sind ebenfalls keine strukturellen Veränderungen zu erwarten. Lediglich zum Zwecke von Kapazitätsanpassungen an quantitative Schwankungen sowie aus Gründen veralternder Bausubstanz sind gesonderte Investitionen erforderlich. Durch behutsame Personalabbaumaßnahmen könnten sogar Kosteneinsparungen erzielt werden.

Dem skizzierten Szenario 1 unterliegt die simple eindimensionale Option der Stagnation. Die ihr immanenten Zielformulierungen können - wenn überhaupt - nur starre, undynamische Konzepte hervorrufen. Damit steht zu befürchten, daß keine hinreichenden Lösungen auf zukünftige gesellschaftliche Anforderungen erfolgen.

Stagnation erscheint wegen vielfältig dynamisch wirkender gesellschaftlicher Variablen zudem als gesundheits- und sozialpolitische Zieloption ungeeignet. Es sind keine historischen Beispiele bekannt, die eine Stagnierung gesellschaftlicher Verhältnisse insgesamt oder in Teilbereichen als anzustrebende Zielvorgaben definieren. Den Begriffen Stagnation und Rezession kommt erst im Rahmen gegenwärtiger Zustandsbeschreibungen und rückwärtiger analytischer Betrachtungen entsprechende Bedeutung zu.

Insoweit stellen Bestrebungen, die ausschließlich auf den Erhalt des erreichten Standards im Bereich der Versorgung und des Umgangs mit psychisch Kranken gerichtet sind, zwar unverwerflichen Motivationen entstammende Ansinnen dar; sie greifen jedoch, was ihre Realisationaussichten angeht, zu kurz: "Eine Gesellschaft, die nur wenig differenziert und vorwiegend traditional bestimmt, vorwiegend auf ihre Vergangenheit hin orientiert ist, wird nur minimale Spuren - auch endogenen - Wandels zeigen. Voraussetzung für jeden Wandel sind aktive Offenheit, die Bereitschaft, durch Versuch und Irrtum und erneuten Versuch bisher unbekannte

Güter zu erproben, die Herausforderung, die von ihnen ausgeht, anzunehmen. Je offener ein Gesellschaftssystem ist, desto mehr wird es den Wandel zulassen, ja sogar fordern und ihn zu institutionalisieren suchen."⁶²⁵

"Die Soziologen des 19. Jahrhunderts verstanden sich immer von ihrem sozialpolitischen Auftrag her. ... Vor allem Comte und Spencer nahmen an, daß die Menschen und die Gesellschaftssysteme seit Beginn ihrer Geschichte sich in einem kontinuierlichen Fortschrittsprozeß befänden, der ihnen immer größere Selbstbestimmung und Naturbeherrschung einbrächte, indem die Vernunft immer mehr zum Sieg gelangte. Die Geschichte verläuft ihrer Meinung nach nicht nach einem Heilsplan, sondern nach Naturgesetzen; sie wird - soweit Comte - zu einem Produkt des Menschen, da dieser sie mit Hilfe der Soziologen erkennen, aus dieser Erkenntnis Handlungsanweisungen ableiten und die Zukunft entsprechend ihrem immanenten Ordnungsprinzip gestalten kann. Für Comte und Spencer führt die Geschichte zu einem idealen Endzustand, der gesehen wird vor dem Hintergrund eines neuen Zeitalters, das gerade erst angebrochen ist: Wissenschaft, Industrialisierung und Technik sind seine Hauptdeterminanten."⁶²⁶

625 RÜEGG 1969, Seite 229

626 RÜEGG 1969, Seite 222

5.2 Szenario 2 - Regression: Die Reform kehrt sich um

Ausgehend von dem unter Punkt 5.1 skizzierten Szenario bedarf es nur einer geringfügigen Verlagerung des Betrachtungswinkels, um zu erkennen, daß eine wesentlich auf Erhalt der gegenwärtigen Verhältnisse bezogene Gesundheits- und Sozialpolitik in der Gefahr steht, einen regressiven Entwicklungsverlauf zu forcieren. Daß dies nicht nur in der Fiktion dieses Szenarios, sondern ganz real in der Zukunft der folgenden Jahre erfolgen könnte, darauf geben die gegenwärtigen politischen und ökonomischen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland (mehr als 4 Mio. Arbeitslose, hohe Staatsverschuldung, wirtschaftliche Rezession etc.) Hinweise.

Bereits zu Beginn der 80er Jahre haben Politologen und Volkswissenschaftler die gegenwärtigen politischen und ökonomischen Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland prognostiziert. Sie wiesen darauf hin, daß "eine wirkungsvolle Beschäftigungspolitik, eine substantielle Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit, die den Beschäftigungsrückgang auf alle Erwerbstätigen gleichmäßig verteilt, die Abdrängung ganzer Altersgruppen in die Einrichtungen der sozialen Sicherung verhindert und reale Handlungsspielräume für eine Humanisierung des Arbeitslebens schafft", als unverzichtbare Elemente einer zukunftsorientierten Sozialpolitik erkannt und umgesetzt werden müßten. Würde dies nicht ernsthaft angestrebt, "... so wird die seit 1980 eingeschlagene 'Konsolidierungspolitik', ... wesentlich einschneidendere Strukturveränderungen in Staat, Wirtschaft und Gesellschaft zur Folge haben." Es sei zu befürchten, daß der Abbau sozialer Leistungen, insbesondere für Einkommensschwache und diskriminierte Bevölkerungsgruppen, die von der Krise ohnehin schon besonders betroffen werden, nochmals erhebliche Nachteile bringe. Einhergehen würde dies auch mit einer ökonomischen und sozialen Ausgrenzung der Arbeitslosen aus der übrigen Gesellschaft, der Endsolidarisierung von Beschäftigten und Beschäftigungslosen, der Radikalisierung der arbeitslosen Jugend, dem Zurückwerfen der Frauenemanzipation etc.⁶²⁷

Seit jenen Prognosen sind mehr als 15 Jahre vergangen; Vieles vom Vorhergesagten ist eingetroffen. Bei unveränderter Politik muß für die Zukunft eine (progressive) Fortsetzung der regressiven Entwicklungstendenzen erwartet werden.

Für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker wäre angesichts der mit den skizzierten Implikationen behafteten gegenwärtigen Ausgangslage für die Zukunft zu erwarten, daß sich vor allem die Lebenssituation der chronisch psychisch kranken Menschen wieder mit den historischen Erfahrungen der Ausgrenzung, Stigmatisierung und sozialen Verelendung verbände. Die "altbewährte" stationäre Versorgungsform würde zukünftig wieder verstärkt in den Mittelpunkt psychiatriepolitischer Bemühungen rücken. "Spielräume" für innovative Projekte oder "Experimente" mit neuen, bisher noch nicht etablierten Formen der ambulanten und teilstationären Versorgung würden mindestens mit der Begründung der Nichtfinanzierbarkeit kaum noch ernsthaft erwogen. Für die Betroffenen würde dies Rückschritte in eine Ära vor der Psychiatrie-Enquête bedeuten. Die Reformbewegung der 70er Jahre würde sich umkehren. Psychische Erkrankung würde erneut zum persönlichen Risiko werden.

Hinweise auf eine sich in dieser Form abzeichnende Entwicklung sind bereits in der Realität zu finden: Dies betrifft vor allem die psychiatrische Versorgungssituation in den neuen Bundesländern, etwa ab 1990.⁶²⁸ Doch auch in den alten Bundesländern sind regressivere Anzeichen vorhanden: Die meisten Menschen mit Hilfebedarf im komplementären Bereich werden in Heimen untergebracht, die für die meisten Bewohner in bezug auf ihren ursprünglichen Wohnort gemeindefern liegen und in denen oft nicht mehr als eine kustodiale Grundversorgung realisiert ist. Es kommt (immer noch oder wieder verstärkt?) vor, daß Patienten mit der Aufnahme ins Landeskrankenhaus in der Heimatgemeinde im Einwohnermeldeamt abgemeldet und aus dem Wählerverzeichnis gestrichen werden und die

628 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1991, Seite 3, 85: "Bis in die Gegenwart besteht eine Dominanz des psychiatrischen Krankenhauses." - "Die ambulante psychiatrische Betreuung ist derzeit durch den zunehmenden Abbau von poliklinischen Arbeitsplätzen gefährdet, zumal sich nicht in gleichem Maße parallel Versorgungsangebote durch Niedergelassene Nervenärzte ergeben. ... Dabei verursacht die bezogen auf ihre weiträumigen Versorgungsgebiete extrem gemeindeferne Lage der Krankenhäuser nicht unerhebliche Probleme bei den Anstrengungen, eine flächendeckende ambulante Betreuung aufrecht zu erhalten. Da bisher auch nicht in allen Kreisen sozialpsychiatrische Dienste oder vergleichbare Betreuungsangebote geschaffen wurden, ist insbesondere die multiprofessionelle ambulante Betreuung nur noch sehr begrenzt gegeben."

WEISE 1990, Seite 4 f: "Den gegenwärtigen Trend, im Zuge der 'Wende' die Fachabteilungen der Polikliniken durch niedergelassene Nervenärzte zu ersetzen, sehen wir als Rückschritt für die Betreuung der psychisch Kranken an. Damit soll nicht gegen ein Zulassungsrecht von niedergelassenen Nervenärzten überhaupt polemisiert werden; sie können in einem komplexen ambulanten Betreuungssystem in Zusammenarbeit mit den Fachambulanzen und den stationären Einrichtungen eine wichtige Funktion ausüben. Wir plädieren deshalb für die Erhaltung der Polikliniken, speziell der Fachambulanzen für Psychiatrie und Neurologie und auch für die Erhaltung eines einheitlichen Versicherungssystems. Die 'rechtliche Ermöglichung der Umwandlung von Polikliniken in Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassener Ärzte' (Ärztezeitung 30, 31.3.90, S. 3) halten wir im Fachgebiet Psychiatrie für eine ernste Gefährdung einer kommunal orientierten psychiatrischen Versorgung. Ebenso verhängnisvoll und durch die Untersuchungen der Expertenkommission der BRD zur Reform der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung widerlegt, ist die im gleichen Artikel geäußerte Auffassung, daß die Existenz von Polikliniken die Existenz niedergelassener Ärzte verhindern würde. Poliklinische Abteilungen haben ... ein viel breiteres Leistungsprofil als der niedergelassene Nervenarzt, das von diesem niemals abgedeckt werden kann. Der Verzicht auf poliklinische Abteilungen zugunsten niedergelassener Nervenärzte würde die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste wie in der BRD erfordern. Wir halten aber die Polikliniken, auch unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Expertenkommission, für eine eindeutig bessere Lösung, die sich auch in vielen anderen Ländern (Schweden, Holland) bewährt hat."

TRENCKMANN 1992, Seite 172: "Die erschreckenden Defizite im baulichen und Ausstattungsbereich in den Großkrankenhäusern der 'DDR' erfordern Soforthilfe. Es scheint keine Zeit zu bleiben für Reflexion und Diskussion. Der Autor ist pessimistisch, ob es der Psychiatrie gelingt, in gleicher Weise rasche Hilfen zu verbinden mit Besonnenheit und dem Hinterfragen des eigenen, westdeutschen Beispiels."

Wohnung aufgelöst wird. Wer nicht in programmorientierte und spezialisierte sozialpsychiatrische Einrichtungen paßt oder diese in ein bis zwei Jahren nicht erfolgreich durchläuft, bleibt im Krankenhaus, das Ersatzfunktion für fehlende, geeignete komplementäre Hilfen bekommt, oder er wird in ein Heim verlegt und erhält dort "Wartung und Pflege", wie es in § 68 BSHG heißt.⁶²⁹

Es gibt Hinweise darauf, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen immer deutlicher in Richtung Ordnungsdienste (Betonen von Schutzmaßnahmen, Zurückdrängen von therapeutischen Arbeitsinhalten) konkretisiert werden.⁶³⁰ Die Tendenz ist beobachtbar, daß Einsparungsmaßnahmen auch zu Stellenkürzungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten führen.⁶³¹ An einigen Orten sind im Zuge von Einsparungsbemühungen innerhalb der kommunalen Verwaltung bereits Verschlechterungen eingetreten,⁶³² Vernachlässigungen sind in vielen Bereichen zu erkennen.⁶³³ Nachdem das Betreute Wohnen zunächst nach dem Jahre 1996 nicht mehr gefördert werden sollte,⁶³⁴ wurde dieser Beschluß der Niedersächsische Landesregierung 1995 revidiert: Danach gilt, daß für die Jahre ab 1997 die erforderlichen Mittel in den Landeshaushalt eingestellt wurden, um die vorhandenen, bisher in der Landesförderung befindlichen Wohngemeinschaften und Plätze des betreuten Einzelwohnens bis zum Ablauf einer zehnjährigen Förderdauer weiterhin fördern zu können. Dies beinhaltet, daß neue Einrichtungen bzw. Projekte keine Landesförderung erhalten können; die Förderung bleibt auf die Vorhaben beschränkt, die sich im Jahre 1995 bereits in der Förderung befanden.⁶³⁵

Die gegenwärtig bereits wirkende Regression bedient sich verdeckter, von der Öffentlichkeit kaum wahrnehmbarer Formen; sie ist nicht - oder noch nicht - ausdrücklicher Inhalt fachlicher Konzepte oder politischer Programmatik; sie vollzieht sich auf der Ebene filigraner administrativer oder gesetzlicher Detailregelungen. Nirgendwo gibt es bisher Absichtserklärungen, daß aufgrund der politischen und ökonomischen Lage der Bundesrepublik eine strukturell andere Psychiatriepolitik indiziert sei, die, geprägt von regressiven Tendenzen, propagiert, als die derzeit

629 vgl. KUNZE 1992, Seite 50

630 Ausschuß f. Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (AAPK) 1986: s. vorliegender Band I der Arbeit, Seite 111 f

631 AAPK 1993: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 127 f

632 AAPK 1994: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 130 f

633 AAPK 1995: siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 132 f

634 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065, Seite 3

635 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996, Seite 2; siehe vorliegender Band I Arbeit, Seite 132 f; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 4, Seite 167 f

und für die Zukunft einzig machbare Option zur Verfügung zu stehen. Noch erklären weder Politiker noch Fachleute expressis verbis Reduzierungen bzw. Verschlechterungen im angesprochenen Bereich; faktisch ist jedoch bedingt durch die eingetretene Mittelverknappung seit einiger Zeit bereits der Rückzug aus den adäquaten Formen der Versorgung eingetreten.

Es muß jedoch befürchtet werden, daß die bereits - von der Öffentlichkeit eher unbemerkt - eingetretenen Einschnidungen zu "vorzeigbaren" politischen Programmen werden könnten, deklariert als unverzichtbare "Sparmaßnahmen" zur Konsolidierung der Haushalte. Zur Rechtfertigung ließen sich Metaphern aus der Geschichte finden: Unheilbarkeit, Unproduktivität, Gemeingefährlichkeit, etc.

Jüngste Beispiele von Staat und Politik im Umgang mit Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern belegen, daß offenbar die generalisierte Unterstellung der Arbeitsunwilligkeit genügt, um Disziplinierungs- und Diskriminierungsvorschläge zu begründen. Nach nebenstehender dpa-Meldung wird in einer Situation hoher Arbeitslosigkeit die eingeschränkte **Möglichkeit**, einen Arbeitsplatz

Nordwest Zeitung, 23.06.1997

Simonis: Mehr Druck auf Arbeitslose

dpa **Kiel.** Die schleswig-holsteinische Ministerpräsidentin Heide Simonis (SPD) hat mehr Druck auf diejenigen Arbeitslosen gefordert, die akzeptable Stellenangebote ablehnen. In einem Interview des Nachrichtenmagazins "Der Spiegel" sagte Simonis, wenn es keine vernünftige Begründung gebe, eine Stelle nicht anzutreten, könne die Sozialhilfe noch weiter gesenkt werden als bisher. "Der Bergmann, der morgens in den Pütt muß, zahlt Steuern, während andere sagen, sie hätten keine Lust", sagte die SPD-Politikerin. Auch über Kürzungen bei der Arbeitslosenhilfe könne man mit ihr reden, erklärte Simonis.

zu finden, zu Lasten der Behauptung ausgeblendet, es mangle den Betroffenen an **Arbeitswilligkeit**. Dies verrät eine politische Gesinnung, die die Ursachen ihres Versagens nicht bei sich selbst, sondern bei ihren Adressaten sucht, eine Haltung,⁶³⁶ die beliebig anwendbar ist, sicherlich auch auf psychisch Kranke, um Versorgungsrückschritte zu rechtfertigen.

636 Mit dieser Haltung steht die sozialdemokratische Ministerpräsidentin nicht allein, wie beispielsweise die restriktiven und gegen die Arbeitslosen gerichteten jüngsten Novellen zum Arbeitsförderungsgesetz belegen. Auch auf politischer Ebene bestätigt sich diese Tendenz: NORDWEST ZEITUNG, 18.08.1997: "ap/dpa Bonn. Politiker von CDU, FDP und SPD haben sich dafür ausgesprochen, Sozialhilfeempfänger in verstärktem Maße zu öffentlichen Arbeiten heranzuziehen. Das geltende Sozialhilferecht müsse in diesem Sinne voll ausgeschöpft werden, verlangten am Wochenende der Vorsitzende des Bundestagswirtschaftsausschusses, der CDU-Politiker Friedhelm Ost und der FDP-Wirtschaftsexperte Paul Friedhoff, aber auch der Präsident des Städte- und Gemeindebundes, Hans Gottfried Bernrath (SPD). Der Paritätische Wohlfahrtsverband sprach von 'skandalöser Stimmungsmache'..."

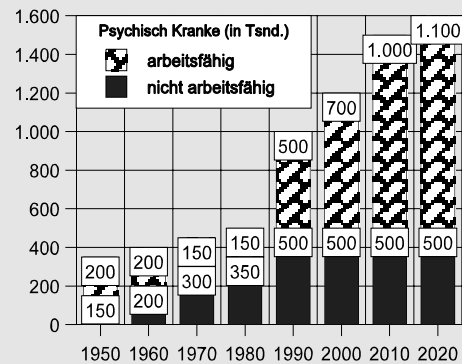
Entsprechend den vorstehenden Ausführungen könnte im Jahre 2003 etwa folgende - fiktive - dpa-Meldung erscheinen:

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.07.2003

Psychisch Kranke in Arbeitsprozeß integrieren

dpa **Berlin** Die Bundesregierung in Berlin will psychisch Kranken und Behinderten helfen, den Übergang in produktive Beschäftigungen zu erleichtern. Sozial- und Gesundheitsminister Riester stellte am Mittwoch vor Managern ein Programm zum Umbau des Sozialstaats vor. Im Mittelpunkt der 1,5 Milliarden Euro teuren Initiative steht ein Aktionsplan. Nach einer von der Ärztekammer durchgeführten Untersuchung gibt es in der Bundesrepublik Deutschland derzeit etwa 1,5 Millionen psychisch Kranke und Behinderte. Bei einem Großteil liege jedoch die Erkrankung lange Jahre zurück, so daß es an der Zeit sei, ihnen reelle Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu eröffnen. Bisher - so die Experten- lebten etwa 600.000 von der Sozialhilfe. Dies sei - so der Vorsitzende der Bundesärztekammer, Muhmann - "ein unhaltbarer Zustand, der weder den Betroffenen gerecht werde, die zu Unrecht durch das Etikett 'psychisch krank' benachteiligt werden, noch den Kommunen, die erhebliche finanzielle Mittel zum Unterhalt der größtenteils arbeitsfähigen ehemals Erkrankten aufzubringen." Nach Schätzung der Ärztekammer könne davon ausgegangen werden, daß mehr als die Hälfte der "psychisch Kranken" in der Lage sei, einer produktiven Beschäftigung nachzugehen, wenn dies für die Arbeitgeber von staatlicher Seite entsprechend gefördert werde.

Sozial- und Gesundheitsminister Riester erläuterte den Aktionsplan, indem er erklärte, daß für arbeitsfähige sogenannte psychisch Kranke folgendes gelte: "Entweder sie finden eine Stelle - der Arbeitgeber erhält in diesem Fall staatliche Zuschüsse von 75 Euro pro Woche -, oder sie beteiligen sich an einer Vollzeitweiterbildung, arbeiten für eine Hilfsorganisation oder den Um-



weltschutz. Wer keine dieser Möglichkeiten ergreift, dem werden die staatlichen Beihilfen gekürzt. Eine fünfte Möglichkeit gibt es nicht, betonte Riester: "Zu Hause bleiben und nichts tun, das wird es nicht mehr geben." Das Programm sei ein Teil der Bemühungen zu einem "Umbau des Sozialstaats anhand der Arbeitsethik". Das Programm ist Teil eines Wahlkampfversprechens von Bundeskanzler Schröder. Finanziert werden soll das Vorhaben mit einer Sondersteuer, die von den inzwischen privatisierten Versorgungsunternehmen entrichtet werden muß. Welche Unternehmen dafür herangezogen werden, will Riester bei der Vorlage seines nächsten Etatentwurfs bekanntgeben.

So "zukunftsorientiert" sich diese Meldung auch anhören mag, so sehr erinnert sie gleichzeitig an vergangene Zeiten, in denen gleichfalls "Sparmaßnahmen" ein wesentliches Leitmotiv der Politik darstellten:

"Der Druck zu sparen war erheblich. Sparkommissare bereisten die Lande, besichtigten die Anstalten und fertigten Spargutachten an, die von den Behörden befolgt wurden. Als Reaktion auf diese behördlichen Aktivitäten, die nicht selten auch die unmittelbaren Interessen des Psychiaters berührten, veranstaltete der Deutsche Verein für Psychiatrie 1931 ein Preisausschreiben mit dem Titel: Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie? Gewinner ist Dr. Bratz, Direktor einer Berliner Anstalt. Er fordert, daß an der Heizung, Beleuchtung, Beköstigung, Kleidung und Arznei konsequent gespart werden müsse, soweit 'es die gesundheitlichen Interessen unserer Kranken irgend erlauben'. Der Fortschritt innerhalb der Psychiatrie dürfe aber nicht behindert werden: Wörtlich heißt es: 'Unsere Anstalten sind erst im Beginn der Anpassung an die neuen wissenschaftlichen Fortschritte, die es ermöglichen, daß unsere Anstalten immer mehr als Heilstätten für die Besserungsfähigen dienen und die chronisch erkrankten rasch in billigere Verpflegungsformen weitergeben ... Die offene Fürsorge, welche mit sehr geringer Aufwendung arbeitet, läßt sich vielerorts noch ausgestalten und kann die Verringerung der Anstaltsbehandlung unterstützen. Die Schwerkranken können aus der teuren Anstalt herausgedrängt werden durch Familienpflege, Pflegeheime, billigere Pflegeabteilungen oder Pflegeanstalten'. Soweit die Preisarbeit von Bratz. Die offene Fürsorge als Versorgungsform ließ sich also trefflich zur Sparpolitik benutzen. Der Differenzierungsprozeß innerhalb der Gruppe der Irren, der nicht zuletzt durch die Reformpsychiater unterstützt worden war, wurde durch die Sparmaßnahmen noch forciert. Im selben Zeitraum nahm auch die Diskussion um eine wirksame kausale Prophylaxe zu. 1931 fordert Faltilhauser auf einer Versammlung bayerischer Psychiater seine Kollegen auf, in der Öffentlichkeit für die Ausschaltung schlechten Erbgutes einzutreten. Angesichts der immensen Kosten für Geisteskranke und angesichts der - wie er formuliert - Wucht des Erblichen - sei die Verhütung von geisteskrankem Nachwuchs ein Gebot." ⁶³⁷

5.3 Szenario 3 - Kontinuität: Alles geht so weiter wie in den letzten Jahren

Ein kritischer Rückblick auf die Zeiten vor der Psychiatrie-Enquête läßt die Entwicklungen in den darauf folgenden Jahren als Fortschritt erscheinen, der zu Verbesserungen in der Versorgung und im Dasein der Betroffenen geführt hat. Sicherlich hat die "Aufbruchstimmung" der 70er Jahre zahlreiche Ideen, Träume, Hoffnungen und Erwartungen auf Innovationen beinhaltet, die nicht in die Realität umgesetzt wurden.⁶³⁸ Auch gibt es immer noch Versorgungsengpässe, Defizite und ungleiche Versorgungsstandards in unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik zu bemängeln. Manche Entwicklungen in Teilbereichen der Versorgung haben keinen günstigen Verlauf genommen, so z.B. die Reduzierung der Bettenzahl in den stationären Einrichtungen zu Lasten des Heimsektors, in dem die Qualität der Versorgung häufig Anlaß zu Beanstandungen gibt. Dennoch kann insgesamt von der Überwindung der Zustände ausgegangen werden, die die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête in ihrem ersten Zwischenbericht 1973 feststellte,

"daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen' leben müssen. 'Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in diesen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben werden kann'.⁶³⁹

Demgegenüber lautete es beispielsweise 1984 im Bericht des AAPK über die niedersächsischen Landeskrankenhäuser:

"Die Besuchskommissionen waren der Auffassung, daß die besuchten Landeskrankenhäuser ihren therapeutisch-rehabilitativen Auftrag im Rahmen der stationären psychiatrischen Versorgung prinzipiell erfüllen. Von den verantwortlichen ärztlichen Leitern wird die gegenüber früheren Jahren erreichte Reduktion des Betten-Volumens pro Krankenhaus positiv beurteilt. Vielfach wurden in diesem Zusammenhang Besorgnisse über Kürzungen des therapeutischen Personals unter Zugrundelegung eines starren Personal-Betten-Schlüssels geäußert.⁶⁴⁰

638 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Szenario 1

639 FINZEN/SCHÄDLE-DEININGER 1979, Seite 51

640 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/5477, Seite 4

Und zu Beginn der 90er Jahre gelangte der AAPK zu den Feststellungen:

"Die Umsetzung der Personalbedarfsverordnung Psychiatrie, deren Auswirkungen nun erfreulicherweise erstmals auch von vornherein in den Stellenplänen des Landes berücksichtigt wurden, führte zu Verbesserungen der Personalsituation, vor allem in den Landeskrankenhäusern." - "Aus den psychiatrischen Krankenhäusern werden in steigender Zahl auch schwerstgestörte psychisch behinderte Menschen entlassen. Dieses entspricht der fachlichen und humanitären Forderung nach Normalisierung der Lebensverhältnisse, von Verwaltungsseite wird der Prozeß aus Kostengründen beschleunigt."⁶⁴¹

Selbst der auf zahlreiche Defizite im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich hinweisende Bericht der Niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie entbehrt nicht der Aussage, daß die bisherige Versorgungsgestaltung - trotz erheblicher Mängel - "eine Reihe von Verbesserungen auf sämtlichen Versorgungsebenen gebracht hat."⁶⁴²

Insoweit darf in Übereinstimmung mit den Ausführungen zu Szenario 1 konstatiert werden, daß in den vergangenen drei Jahrzehnten fortschrittliche sozialpsychiatrische Errungenschaften erzielt wurden, wenngleich die gesellschaftlichen und politischen Reformkräfte von damals zwischenzeitlich erschöpften. Ob in diesem Zusammenhang - wie unter Szenario 1 erfolgt - tatsächlich von einer "Erschöpfung" auszugehen ist, wird objektiv kaum erhellt werden können; jedenfalls bedarf eine fundierte Einschätzung differenzierter Betrachtungen auf unterschiedlichen Ebenen: den Ebenen der wissenschaftstheoretischen Diskussion, der praktischen Realisation, der Einstellungshaltung der Bevölkerung, der ethischen Haltung des Betreuungspersonals, etc. Wenn beispielsweise VELTIN 1990 anführt, daß die Bemühungen um die Neuorientierung, wie sie sich im Umgangswandel mit den chronisch Kranken abzeichnen, in der täglichen Routine "erst in den Anfängen" stehen und "nur langsam an Boden gewinnen"; man könne noch nicht einmal sagen, "sie erstreckten sich über die ganze Breite des Faches",⁶⁴³ so kann dies - je nach Betrachtungswinkel - als Indiz erschöpfter Reformkräfte oder Anzeichen andauernder Reformbestrebungen gewertet werden.

Für die Zukunft des Versorgungsbereiches der psychisch Kranken in den nächsten Jahren gibt es derzeit keine überzeugenden Belege dafür, die gesellschaftliche und psychiatriepolitische Entwicklungen in dem Maße ausschließen, wie sie sich

641 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/4230, Seite 2; NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460, Seite 3

642 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 19

643 VELTIN 1990, Seite 232

in den vergangenen 30 Jahren vollzogen haben. Es erscheint angesichts des erreichten status quo der Versorgung nicht unmöglich, daß das Tempo und die Qualität der Entwicklung hinter dem zurückbleibt, was sich in der Vergangenheit ereignet hat. Mag sein, daß die gegenwärtige wirtschaftliche Rezession und die damit einhergehende soziale Lage der Nation rezessive, regressive und restriktive Effekte hervorrufen; es darf hierbei jedoch nicht übersehen werden, daß auf dem erreichten Standard, auf einem - im Vergleich zu 1975 - höheren Niveau in der Versorgung aufbauend, weitere Verbesserungen erzielt werden können, die es allemal verdienen, als Reformbewegung bezeichnet zu werden.

Die Reform geht also weiter, schleppend aber kontinuierlich und auf höherem Niveau als je zuvor. Und das bedeutet Verbesserungen in der Versorgungsqualität und im Dasein der psychisch Kranken. Es wird in Zukunft darum gehen, Korrekturen an bisherigen partiellen (Fehl-)Entwicklungen vorzunehmen und Akzentverschiebungen in der Schwerpunktsetzung bestimmter Teilversorungen (z.B. ambulant vor stationär oder öffentliche Gesundheitsverwaltung vor privater Fürsorge) durchzusetzen. Und es wird darum gehen müssen, aktuelle gesellschaftliche Strömungen mit ihren jeweiligen Auswirkungen auf den Versorgungsbereich der psychisch Kranken aufzugreifen und sich diesen - neuen - Anforderungen zu stellen. Daß hierbei zukünftig Widrigkeiten, Unwägbarkeiten, Widerstände und auch partielle Rückschritte zu erwarten sind, dürfte nicht überraschen. THOM hat hierzu 1990 folgendes ausgeführt:

"Sofern die psychiatrische Reformbewegung weiterhin den Anspruch vertreten will, eine Humanisierung psychiatrischer Betreuung auf der Grundlage wissenschaftlich begründeter Konzepte zur Wandlung von Versorgungsstrukturen, zur Erweiterung von Behandlungs- und Fürsorgemöglichkeiten und zur weiteren Ausprägung nichtrepressiver Formen des Umgangs mit psychisch Kranken und geistig Behinderten zu erreichen, erhebt sie auch in ethischer Hinsicht hohe Ansprüche an das Engagement und die Verhaltensweisen der Ärzte, Psychologen und sonstigen Mitarbeiter, die unter den derzeit gegebenen Umständen nicht leicht zu realisieren sind. Die in diesem Zusammenhang von J. SCHÄDLE genannten besonderen Tugenden der in der Gemeindepsychiatrie Tätigen (1988) umreißen in etwa dieses besondere Anspruchsniveau, dem zu entsprechen sicher nicht einfach ist, auf das jedoch nicht verzichtet werden kann, wenn es so etwas wie einen Fortschritt in der genannten Richtung geben soll."⁶⁴⁴

5.4 Szenario 4 - Innovation: Neue Zeiten brauchen neue Ansätze

Stagnation, Regression, Kontinuität - die bisher vorgestellten Szenarien könnten realistische Hinweise auf zukünftige Entwicklungen enthalten. Allzu ermunternd sind jedoch die Aussichten nicht: Stagnation und Regression stellen keine erstrebenswerten Zukunftsentwürfe dar. Und wenn unter Szenario 3 von der schlep-penden, sich aber kontinuierlich fortsetzenden Reform "auf höherem Niveau" die Rede ist, so treten bei kritischer Beleuchtung der realen Verhältnisse im Lande Zweifel hinsichtlich der Aufrechterhaltung jener Kontinuität hervor. Überdies beinhaltet kontinuierliche Fortsetzung auch die Akzeptanz bzw. Manifestation der Negativeffekte⁶⁴⁵ des bisher Erreichten.

Kann es gelingen, in Zukunft den Versorgungsstatus "auf höherem Niveau" mit den bisherigen Einstellungen, Einschätzungen und Versorgungseinrichtungen mindestens zu halten oder sogar noch zu verbessern? Es setzt eine Reihe gesellschaftlicher, politischer, ökonomischer und fachspezifischer Konstanten voraus, die sich von denen der vergangenen Jahre kaum unterscheiden dürften. Es setzt mindestens voraus, daß - gemäß dem Szenario 3 - die Reformbewegung noch nicht zum Stillstand gekommen ist, wie in Szenario 1 beschrieben. Gibt es diese Implikationen tatsächlich? Und wenn ja - sind sie geeignet, auf die folgenden Jahre projiziert zu werden?

Die deskriptiven Darlegungen in den bisherigen Kapiteln vorliegender Arbeit sprechen eine andere Sprache,⁶⁴⁶ sie legen Zeugnis ab über eine unvollendete Reform, über Versorgungsdefizite, über unerfüllte Forderungen, über unzureichende Finanzierungsmodalitäten etc. KNOCHE beispielsweise schätzt 1997 die Situation folgendermaßen ein:

"Wir stehen insgesamt inmitten eines systematisch betriebenen Systembruchs im deutschen Gesundheitswesen. Inwieweit sich die Interessen der ohnehin benachteiligten Kranken eine gleichwertige Stellung im Gesundheitswesen durchsetzen lassen, ihnen Gehör geschenkt wird, wird immer schwieriger zu prognostizieren sein. Denn Reform ist nicht das Ziel der auf ökonomisch und betriebswirtschaftliches Denken reduzierten herrschenden Gesundheitspolitik. Die Regierung ist dabei, die Solidargemeinschaft und Sachleistungsgewähr aufzukündigen, die Sozialstaatlichkeit als Basis der Gleichstellung geht dabei verloren. Zur Fortentwicklung eines zivilen, humanistischen, demokratischen Gesundheitswesens wird die Substanz genommen. Erste Tendenzen der Aufteilung von Gesundheitsversorgungsleistungen in Kern- und Randleistungen sind schon da und

645 siehe vorliegender Band I der Arbeit, an zahlreichen Stellen ausführlich beschrieben; siehe hierzu auch Kapitel 6, Seite 207 ff

646 siehe hierzu auch Band II der Arbeit

mit ihnen eine Verfestigung eines auf Somatik reduzierten Krankheitsverständnisses. Seit das Gesundheitswesen zur Manövriermasse im Standortwettbewerb geworden ist und mit der immer gleichen falschen Kostenexplosion argumentiert wird, sind emanzipatorische Ziele und Reform-Projekte zum Luxus für 'bessere Zeiten' geworden."⁶⁴⁷

Vieles deutet also darauf hin, daß die Voraussetzungen tatsächlich ungünstiger sind als zu den Szenarien 3 - Kontinuität - und 1 - Stagnation - beschrieben. Dies heißt, daß das Szenario 2 - Regression - als realistische Situationseinschätzung und Zukunftsoption übrigbleibt - eine Beurteilung, die sowohl mit Blick auf die zukünftige Versorgungssituation als auch hinsichtlich der gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Grundeinstellung Anlaß zur Besorgnis gibt.

Was ist zu tun, wie könnte hier gegengesteuert werden, um zu verhindern, daß das "Pendel der Psychiatriereform" in die entgegengesetzte Richtung ausschlägt? - Die vorliegenden Beschreibungen unter Szenario 3 und an anderen Stellen vorliegender Arbeit sowie zahlreiche einschlägige fachliche Veröffentlichungen legen nahe, zeitgemäße Innovationen einzufordern.

Doch diese zeitgemäßen Innovationen, woran sollen sie sich orientieren, an welchen theoretischen Leitgedanken sollen sie ausgerichtet werden? Welche ethischen Grundwerte sollen ihnen zugrundeliegen? - Aus den bisherigen Kapiteln vorliegender Arbeit können als Substrate herausgefiltert werden:

- Das Verständnis des Verfassers vorliegender Arbeit zur "Sozial-Psychiatrie"⁶⁴⁸ als Wissenschaft, die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen, kulturellen sowie Umgebungsfaktoren in weitestem Sinne für seelische Gesundheit und Krankheit befaßt. Sozialpsychiatrie, die soziologische, sozialpsychologische und kulturanthropologische Momente sowohl in bezug auf die allgemeine Beeinflussung der Auffassungen von Gesundheit und Krankheit als auch auf deren Bedeutung für den einzelnen in ihre Betrachtungen einbezieht, die sich abgrenzt vom biologisch determinierten medizinischen Krankheitsbegriff, der psychische Erkrankung als Funktionsstörung definiert,⁶⁴⁹ Sozialpsychiatrie, die nicht ausgrenzt und im Sinne von GOFFMAN stigmatisiert,⁶⁵⁰ die die betroffenen Patienten als Subjekte wahrnimmt⁶⁵¹ und die vielfältige, rehabilitative und soziale Hilfen beinhaltet. - Dieses Grundverständnis ist heute weder theoretischer noch praktischer Standard psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.⁶⁵²

647 KNOCHÉ 1997, Seite 38

648 in Anlehnung an die Definition von STROTZKA 1981, Seite 19

649 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 5 f, 12, 86 f; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990

650 vgl. GOFFMAN 1973; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 76 f

651 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 5 f

652 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 1, Seite 5 f

- Das Normalisierungsprinzip und die ihm immanenten generellen Forderungen der Deinstitutionalisierung, Dezentralisierung und Regionalisierung an das System der sozialen Hilfe für geistig Behinderte, das mit der Implikation des personenzentrierten Ansatzes "ein Leben so normal wie möglich" für Menschen mit Behinderungen⁶⁵³ fordert, das sich durch die interkulturell vergleichende Studie von THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1978 bis 1983⁶⁵⁴ als handlungsleitende Maxime der Behindertenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland etablierte und dessen Begriffe "Integration" und "Normalisierung" zu konsensfähigen Zielen bei der Betreuung geistig Behinderter wurden.⁶⁵⁵ SCHILLER reklamiert 1996 eine Ansatzenerweiterung auf den Personenkreis der "geistig behinderten Menschen mit zusätzlichen Mehrfachbehinderungen, die neben körperlichen Einschränkungen vor allem in Form von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Behinderungen auftreten"⁶⁵⁶ und nähert sich auf diese Weise der von WOLFENBERGER 1986 vertretenen Auffassung, das Normalisierungsprinzip nicht nur auf geistig behinderte Menschen, auch nicht nur auf andere behinderte Menschen, sondern darüber hinaus auch auf all jene zu beziehen, die aus anderen Gründen - wie Lebensweise, Nationalität, Rasse, Alter o.ä. - von ihrer Umgebung abgelehnt und abgewertet werden.⁶⁵⁷ - Diesem "erweiterten Normalisierungsansatz" hat sich der Verfasser vorliegender Arbeit angeschlossen und insbesondere die Auffassung der Übertragbarkeit des Normalisierungsprinzips auf die Sozialpsychiatrie vertreten.⁶⁵⁸

- Die Ansätze der Personalbemessungs-Kommission, die eine konsequente Abkehr von institutionszentrierten Hilfen zu Gunsten personenzentriert ausgerichteter Angebote beinhalten. - Auch hier vertritt der Verfasser vorliegender Arbeit die Auffassung der Übertragbarkeit der Ansätze auf andere Versorgungsbereiche, beispielsweise auf den Bereich der geistig Behinderten.⁶⁵⁹

- Die Ansprüche an fachlicher Qualifikation des Personals im Sinne der Expertenkommission der Bundesregierung 1988,⁶⁶⁰ einer Qualifikation, die sich nicht - wie in der Realität anzutreffen - als "Verwaltungshandeln" (Schaffung neuer Abteilungen beim Gesundheitsamt) versteht, sondern als Bereitschaft und Fähigkeit, sich mit der sozialen Lage des Hilfebedürftigen und seiner Lebensumwelt in der Gemeinde vertraut zu machen, Teilverantwortungen innerhalb einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung für ein bestimmtes Gebiet (Stadtteil, Gemeinde, Sektor oder Region) zu übernehmen, die vorhandenen lokalen Hilfeangebote auszumachen, mit ihnen zu kooperieren und gegebenenfalls Selbst- und Nachbarschaftshilfe zu initiieren, zu fördern und zu stützen.⁶⁶¹

- Die Forderung nach "offizieller" (demokratischer) Beteiligung der Betroffenen und Angehörigen an Entscheidungen, die für sie und ihr Leben maßgeblich sind.⁶⁶²

653 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 23 f

654 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985; vgl. NIEHOFF/PICKEL 1987, Seite 78; vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1986 A

655 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.1, Seite 23 ff

656 vgl. SCHILLER 1996, Seite 75 ff

657 vgl. WOLFENBERGER 1986, Seite 47

658 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.5, Seite 61 ff

659 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.3.1, Seite 78 ff; Punkt 2.3.2, Seite 96 f

660 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 568 f

661 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 3.2, Seite 139 ff

662 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 4.4, Seite 185 ff

Diese übergeordneten Positionen sollten der Orientierung zukünftiger Versorgungsentwürfe dienen, Entwürfe, die sich nicht nur auf den psychiatrischen Versorgungssektor beschränken, sondern darüber hinaus den erweiterten Bereich der psychosozialen Versorgung betreffen. Auf die fachdisziplinübergreifende Sichtweise des Verfassers wurde an anderen Stellen vorliegender Arbeit bereits eingegangen. Die versorgungsmäßige Umsetzung dieses Ansatzes soll im folgenden Kapitel vertieft werden.

6. Entwürfe zur Neuorientierung der Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen

6.1 Ethisch-moralische Voraussetzungen zur Neuorientierung

Einer den humanitären Grundsätzen verpflichteten Gesellschaft obliegt die Respektierung all ihrer Mitglieder, der starken ebenso wie der schwachen, der privilegierten wie der randständigen, der souveränen ebenso wie der Personen mit individuellen Stützungsbedarfen. Aus dieser "Respektierung" resultiert in Übereinstimmung mit der Charta der Vereinten Nationen von 1945,⁶⁶³ der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948⁶⁶⁴ und den Grundsätzen der europäischen Menschenrechtskonvention⁶⁶⁵ der Gleichheitsgrundsatz und das Prinzip des sozialen Rechtsstaates, die in der Bundesrepublik Deutschland grundgesetzlich verankert sind.⁶⁶⁶

Eine Gesellschaft, die ihre Identität auf diese verfassungsmäßig verankerten humanitären Grundsätze stützt, ist verpflichtet, die Realisierung dieser Vorgaben ernsthaft zu betreiben. Dies bedeutet die Herstellung von "normalen" Lebensbedingungen gerade auch für Menschen, die zur Bewältigung ihres Lebens bestimmter Hilfen und Unterstützungen bedürfen. "Normalisierung" als *Maxime*⁶⁶⁷ besagt: Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nichtbeeinträchtigten Mitbürgerinnen/Mitbürger entspricht. (In aller Kürze: 'ein Leben so normal wie möglich')⁶⁶⁸ Es genügt nicht - wie in der Vergangenheit geschehen -, diese *Maxime* lediglich zu propagieren, sie grundsätzlich nicht in Zweifel zu ziehen, sie jedoch in der pragmatisch-praktischen Anwendung sozial-, gesundheits-, psychiatrie- und behindertenpolitischer Programme und rechtlicher Bestimmungen zu unterminieren. Es genügt nicht, wenn SCHILLER feststellt: "Die Grenzen der tatsächlichen Umsetzung sind abgesteckt durch die Vorurteile der Gesellschaft, die nicht ausreichend zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen, das ge-

663 vgl. CHARTA DER VEREINTEN NATIONEN 1973

664 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, verkündet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dez. 1948 vgl. UNITED NATIONS 1973, Seite 71 ff

665 vgl. OBERLEITNER 1998, Seite 18, 124 ff

666 vgl. Artikel 20 und 28 GRUNDGESETZ 1995

667 Oder - nach THIMM 1992: "als **Leitvorstellung** für das sozialpolitische, sozialadministrative, soziale und pädagogische Interventionssystem und als **Zielperspektive** dieser Intervention" - vgl. THIMM 1992, Seite 2

668 vgl. THIMM 1992, Seite 2

gliederte System der Sozialen Sicherheit und nicht zuletzt durch die Träger der freien Wohlfahrtspflege, die den Großteil der Einrichtungen ... betreiben."⁶⁶⁹ Die Gesellschaft ist permanent verpflichtet, ihre humanitäre Maxime einzulösen, sie muß stets - und erst recht für die Zukunft über die Jahrtausendwende hinaus - bereit sein, die bisherigen Errungenschaften und Verbesserungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (psychisch Kranke, geistig Behinderte etc.), die sich als Produkte aus Reformbewegungen eingestellt haben, auf dem bisher erreichten Niveau mit zeitgemäßen Analysen, Programmen, Steuerungsmodellen, aber auch: Qualitätskontrollen, Finanzierungen und sozialrechtlichen Bedingungen fortzuführen und gegebenenfalls zu korrigieren. Vorhandene bzw. erst noch entstehende Aufgaben und Herausforderungen aufgrund von aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Veränderungen muß sich die Gesellschaft stellen, wenn sie es ernst meint mit ihren humanitären und ethischen Zielsetzungen.

Unter dieser grundsätzlichen Prämisse folgen Entwürfe und Anregungen zur Neuorientierung der Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen:

6.2 Entwürfe und Anregungen zur Neuorientierung der Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen

Die Gesellschaft wird ihre gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben, Probleme und Herausforderungen nicht mit den Ansätzen und Methoden von gestern bewältigen können. Die anstehenden sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Anforderungen verlangen zeitgemäße und zukunftsweisende Lösungen und Bewältigungsstrategien. Anderenfalls führen "Lösungen" zu unbefriedigenden Ergebnissen der "Stagnation", "Regression" oder "Kontinuität", wie sie in den ersten drei Szenarien des Kapitels 5 vorliegender Arbeit beschrieben wurden. Menschen haben Anspruch auf Förderung des sozialen Fortschritts und einen besseren Lebensstandard in größerer Freiheit.⁶⁷⁰

669 SCHILLER 1996, Seite 76

670 vgl. Präambel zur CHARTA DER VEREINTEN NATIONEN 1973

Um diesen Anspruch einlösen zu können, sind grundlegende Innovationen vonnöten, ist eine Neuorientierung der Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen erforderlich. Diese Neuorientierung sollte beinhalten:

- Die Überwindung des Denkens und Versorgungshandelns innerhalb enger Grenzen der jeweiligen Fachdisziplinen (psychisch Kranke, geistig Behinderte, etc.), hin zu fachdisziplinübergreifenden Ansätzen (siehe hierzu Punkt 6.2.1).
- Die Überwindung der institutionszentrierten Hilfen zu Gunsten personenzentriert ausgerichteter Angebote (siehe hierzu Punkt 6.2.2). Dies beinhaltet in der Umsetzung die verbindliche einheitliche Verwendung von geeigneten Methoden zur Feststellung der jeweiligen individuellen Stützungsbedarfe (siehe hierzu Punkt 6.2.7).
- Die konsequente Einlösung des Normalisierungsprinzips in der Versorgungspraxis, nicht nur im Bereich der geistig Behinderten, sondern fachdisziplinübergreifend (siehe hierzu Punkt 6.2.3).
- Die Überwindung von bisher unterbreiteten Innovationsentwürfen zur Steuerung, Finanzierung, Kooperation und Koordination der Hilfen, die auf Freiwilligkeit und good will basieren, häufig über den Status der Appellation nicht hinausreichen, zu Gunsten institutionalisierter Formen (siehe hierzu Punkt 6.2.4).
- Den Mut zur zielorientierten Verwirklichung in Form und Gestalt bisher nicht unterbreiteter Organisationsstrukturen, auch wenn diese partikulären Besitzstandsinteressen entgegenwirken (siehe hierzu Punkt 6.2.5).
- Eine Qualitätssicherungsgewährleistung, die nicht in erster Linie durch Kosteneinsparungserwägungen bestimmt wird, sondern von den Inhalten tatsächlich geleisteter personenzentrierter Hilfen, getragen von der selbstaufgelegten, verbindlichen Bereitschaft der Qualitätskontrolle nach geeigneten Qualitätsmanagement-Programmen (siehe hierzu Punkt 6.2.6).
- Die Bereitschaft zur Erzielung von soliden Finanzierungsmodalitäten im Sinne von deutlicher Vereinfachung des bisherigen Systems der sozialen Sicherung, das u.a. behaftet ist mit einer unübersehbaren Zersplitterung von unterschiedlichen Zuständigkeitsregelungen (siehe hierzu Punkt 6.2.8).

6.2.1 Die Umsetzung des fachdisziplinübergreifenden Ansatzes

Die gegebene fachliche Differenzierung zwischen "psychisch Kranken", "geistig Behinderten" und anderen psychosozialen "Zielgruppen", sowohl auf wissenschaftstheoretischer Ebene in gesonderte Fachdisziplinen als auch in der Praxis als separate Versorgungsbereiche, kann als Effekt einer historisch bedingten Entwicklung aufgefaßt werden. Daß diese Entwicklung gegenwärtig keinesfalls als abgeschlossen gelten kann, sondern in ihrem derzeitigen Stadium durchaus mit Dynamisierungspotentialen ausgestattet ist, dafür sind stets andauernde allgemeingesellschaftliche Veränderungen ebenso maßgeblich wie Wandlungen in Wissenschaft und Forschung.

Wenn die gegebene fachliche Differenzierung eine Enttabuisierung ihrer Selbstinfragestellung erfährt, könnte es gelingen, "die vorhandene Ordnung" unvor-eingenommen auf den Prüfstand zu stellen. Gründe für eine "Überprüfung" schei-nen gegeben. Sie können in den unterschiedlichsten Versorgungsbereichen, also in der Praxis, benannt und mit Begriffen wie Unterversorgung, Versorgungsgefälle, Institutionszentriertheit, Fehlplatzierung, Finanzierungsschwierigkeiten, etc. be-schrieben werden. Die vorgefundene Praxis gibt auf diese Weise den Anstoß zum Überdenken der "vorhandenen Ordnung" des Systems der gegebenen fachlichen Differenzierung. Und eine kritische Analyse der beobachteten und beschriebenen Defizite und Fehlentwicklungen weist zumindest die Richtung, in die wissen-schaftstheoretische Diskussionen und versorgungspraktische Überlegungen zu-künftig gelenkt werden könnten:

Von der Objekt- zur verstärkten Subjekt-Wahrnehmung, bei der sich die Institutio-nen nach den individuellen Bedarfen von Personen zu richten haben (personen-zentrierte Bedarfsorientierung) - statt wie bisher umgekehrt;⁶⁷¹ hin zur Vernachläs-sigung des institutionsbezogenen Denkens, Planens und Handelns zu Gunsten von integrativem Denken, Planen und Handeln, das funktionsbezogen an den Alltagsbeziehungen der Menschen ansetzt.⁶⁷²

671 vgl. KUNZE 1998, Seite 4; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 61 f

672 vgl. THIMM 1997, Seite 19; vgl. SCHILLER 1996, Seite 91; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 61 f

Ausgehend von diesen Leitgedanken könnte die kritische Frage lauten: Unter welchen Voraussetzungen erfahren Personen mit individuellen Stützungsbedarfen wirkungsvollere und bedarfsgerechtere Hilfen: unter den Bedingungen der gegebenen fachlichen Differenzierung oder - nach Auflösung der Grenzziehungen - im Rahmen fachdisziplinübergreifender Ansätze?

Naturgemäß wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine erschöpfende Antwort auf diese Fragestellung erfolgen können; vielmehr soll mit den folgenden Überlegungen der Absicht des Verfassers Rechnung getragen werden, eine "denkbare" Anregung zu geben, deren Ermutigung sich nach dem Studium der Fachliteratur und den Darlegungen in den vorangegangenen Kapiteln vorliegender Arbeit herleitet. Zur Vermeidung von Wiederholungen sollen an dieser Stelle lediglich in Kurzform die wichtigsten Aspekte zusammengetragen werden, die Anlaß zu fachdisziplinübergreifenden Denkansätzen geben:

- Die einschlägige Fachliteratur verkörpert generell die gegebene fachliche Differenzierung zwischen "psychisch Kranken", "geistig Behinderten" und anderen psychosozialen "Zielgruppen". Nur wenige Publikationen lassen vermuten, daß deren Autoren sich fachdisziplinübergreifend - beispielsweise - mit psychisch Kranken **und** geistig Behinderten auseinandersetzen. Dies erscheint bemerkenswert und verständlich zugleich: **Verständlich** deshalb, wenn die Entwicklungen beider Disziplinen der letzten 30 Jahre rekapituliert werden, im Rahmen derer sich nach BRADL die Heil- und Sonderpädagogik "lange Zeit im Schlepptau der Psychiatrie" befand, sich emanzipierte und in den 70er Jahren die Geistigbehindertenpädagogik als eigenständige Fachdisziplin hervorbrachte.⁶⁷³ **Bemerkenswert** deshalb, weil sich Überschneidungen beider Fachdisziplinen auch in der gegenwärtigen Praxis vielfach als Grauzone darstellen. Mit diesen interdisziplinären Überschneidungen sind einerseits die Unterbringung geistig Behinderter in großen Psychiatrischen Krankenhäusern und die Beschäftigung seelisch Behinderter in Werkstätten für geistig Behinderte gemeint. Andererseits - und hierauf soll das Augenmerk besonders gerichtet werden - sind hiermit auch potentielle "Überschneidungen" im ambulanten Bereich gemeint, die aufgrund der nach Fachdisziplinen getrennten Versorgungsansätze in der gegenwärtigen Praxis kaum wahrgenommen, nach fachdisziplinübergreifender Öffnung des Betrachtungs-

673 vgl. BRADL 1987 A, Seite 23

tungswinkels und Etablierung systemübergreifender Konzeptionen jedoch unmittelbar erkennbar werden. Als "Grauzone" können derartige "Überschneidungen" bezeichnet werden, weil anstehende Fragen, Aufgaben und Probleme aus diesem Bereich bisher weder auf der pragmatischen Versorgungsebene noch auf der Ebene der Wissenschaftstheorie zufriedenstellend gelöst wurden. Die vorhandene Fachliteratur, bei der fachdisziplinübergreifende Auseinandersetzungen vermutet werden dürfen, erweist sich in dieser Hinsicht als sehr zurückhaltend. Dies ist bei den Auseinandersetzungen um die Herauslösung der in der stationären Psychiatrie untergebrachten geistig Behinderten,⁶⁷⁴ in deren Zusammenhang GAEDT 1980 vor einer drohenden "Zweiteilung der Psychiatrie in eine Normalpsychiatrie und eine Behindertenpsychiatrie" warnte⁶⁷⁵ und STÖCKMANN 1982 die Forderung nach einem "Fachkrankenhaus für geistig Behinderte" erhob,⁶⁷⁶ ebenso nachzuweisen wie bezüglich der Beschäftigung seelisch Behinderter in Werkstätten für geistig Behinderte;⁶⁷⁷ aber auch an anderen Stellen werden fachdisziplinübergreifende Diskussionen nur zaghaft geführt. Selbst THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND beziehen sich 1985/86 in ihren Beiträgen zum Normalisierungsprinzip und zur Forderung nach Entflechtung der Versorgung geistig Behinderter aus dem psychiatrischen System 1985/86 ausschließlich auf den Bereich der geistig Behinderten.⁶⁷⁸ Die 1987 erschienenen Beiträge von BRADL und FEUSER sind daher schon als Ausnahme zu bezeichnen:

Für BRADL geht es darum, "inhaltliche Konzepte zugunsten der Geistigbehinderten" zu entwickeln, zu denen "sowohl gemeindepsychiatrische Ansätze wie auch die integrativ-orientierte Behindertenpädagogik wichtige Impulse" liefern könnten. Erst jene Überlegungen und Ansätze könnten als fortschritt-

674 vgl. KULENKAMPFF 1980, Seite 27 ff; vgl. DREYER 1980, Seite 52 ff; vgl. HÖSS/GOLL 1986, Seite 39 ff; vgl. GAEDT 1990, Seite 273 ff; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (032); vgl. NIEHOFF 1987, Seite 44 ff; vgl. HAHN 1987, Seite 66; vgl. HENNICKE 1987, Seite 159 ff; vgl. MAAS 1987, Seite 205, 208; vgl. RICHTER/STEGMANN 1987, Seite 270

HAHN beispielsweise vertritt die Auffassung: "Es geht nicht um eine umfassende Behandlung des Verhältnisses der beiden Disziplinen zueinander. ... Das Verhältnis beider Disziplinen ist inhaltlich gekennzeichnet durch gemeinsam zu bewältigende Aufgabenstellungen, wie sie sich in bestimmten Problemkreisen darstellen. Umreißen wir davon einige im Folgenden, steht dahinter die Bemühung, für Gemeinsamkeiten zu sensibilisieren und gemeinsame Aufgabenstellungen bewußt zu machen. - Die Besinnung auf Gemeinsamkeiten geschieht unter pragmatischem Aspekt: Sie könnte eine gute Basis für aktuell anzupackende Veränderungen abgeben. Mögliche Konfliktpotentiale sollen damit nicht ausgeklammert werden. Die Offenheit der Auseinandersetzung und die kritische gegenseitige Korrektur ist eine wesentliche Voraussetzung für konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit." vgl. HAHN 1987, Seite 50, 53; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 24 f

675 vgl. GAEDT 1980, Seite 36

676 vgl. STÖCKMANN 1982, Seite 269, 271

677 vgl. SEYFRIED 1985, Seite 172 ff; vgl. BUSE 1987, Seite 92 f; vgl. ANDERS 1988, Seite 200 ff; vgl. ZINK 1997, Seite 83 ff; vgl. BÖFFEL/BEISEL 1997, Seite 98 ff

678 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 1, 85 f; vgl. FERBER 1986, Seite 79 ff; vgl. THIMM 1986, Seite 27 ff, 100 ff, 199 ff, 228 ff; vgl. SCHILLER 1986, Seite 171 ff; s. vorliegender Band I der Arbeit, S. 62 ff

lich gelten, die **nicht nur** die "Entlastung" der Psychiatrie von den mißliebigen Geistigbehinderten und organisatorische Notwendigkeiten in den Mittelpunkt stellten.⁶⁷⁹

FEUSER, der von einer "un-heilpädagogischen Verstrickung von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie"⁶⁸⁰ ausgeht, führt die Unterschiede oder Unüberbrückbarkeiten zwischen Pädagogik und Psychiatrie ursächlich auf das jeweils den Disziplinen zugrundeliegende Menschenbild und die sich darauf stützenden divergierenden Therapieansätze zurück.⁶⁸¹ Inhaltlich übereinstimmend mit LEMPP erfolgt jedoch von ihm nicht mehr als eine plakative Verortung der Disziplinen als "geisteswissenschaftlich orientiert" und "medizinisch orientiert".⁶⁸² Die fachdisziplinübergreifenden Ansätze lesen sich bei den Autoren als "Zusammenarbeit", "gemeinsame Bemühung", "gemeinsames Ziel", "neues Verständnis von Behinderung und psychischer Krankheit", "neue Möglichkeiten der Organisation von Hilfen für die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen" (FEUSER) oder als eingenommene Ablehnungshaltung gegenüber einer grundsätzlichen Abgrenzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Pädagogik (LEMPP).⁶⁸³

Bei THIMM und SCHILLER hingegen ist 1996/97 im Kontext der Diskussionen um das Normalisierungsprinzip eine fachdisziplinübergreifende Öffnung des Blickwinkels feststellbar, wenn nicht nur die geistig Behinderten, sondern "Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen" (THIMM) angesprochen sind.⁶⁸⁴ SCHILLER verwendet in seinen Ausführungen stets den Terminus vom Personenkreis der "geistig

679 vgl. BRADL 1987 B, Seite 149

680 FEUSER 1987 A, Seite 74

681 vgl. FEUSER 1987 B, Seite 93 ff

682 vgl. FEUSER 1987 B, Seite 94 f; vgl. LEMPP 1987, Seite 107

683 FEUSER 1987 B, Seite 95: "Eine Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Psychiatrie bedarf des Zwischenschrittes gemeinsamer Bemühungen zwischen 'Demokratischer Psychiatrie', 'Kritischer Psychologie' und 'Behindertenpädagogik', um ein neues Verständnis von Behinderung und psychischer Krankheit und neue Möglichkeiten der Organisation von Hilfen für die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen zu realisieren, die grundsätzlich auf die individuelle Entfaltung ihrer Persönlichkeit angelegt sind und den sozialen Ausschluß vermeiden bzw. aufheben. Gemeinsames Ziel muß die Vermeidung der Zerstörung bzw. die Wiederherstellung der durch den Ausschluß zerstörten gemeinsamen Lebensrealität Behinderter und psychisch Kranker mit Nichtbehinderten sein. Bezogen auf das Individuum bedeutet dies die Wiederherstellung seiner persönlichen Einheit in sozialer Integration."

LEMPP 1987, Seite 123: "Eine grundsätzliche Abgrenzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Pädagogik ist daher nicht nur unmöglich sondern widersinnig, weil wider den Patienten gerichtet. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann nicht ohne Pädagogik arbeiten, der Pädagoge sollte aber auch um die psychodynamischen Kräfte wissen, die neben dem Lernen wesentlich die psychische Entwicklung bestimmen. Nur dann werden beide in die Lage versetzt sein, dem Kinde, das auf ihre Hilfe angewiesen ist, auch wirklich zu helfen."

684 THIMM 1997, Seite 20; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 96 f

behinderter Menschen mit zusätzlichen Mehrfachbehinderungen, die neben körperlichen Einschränkungen vor allem in Form von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Behinderungen auftreten", setzt sich mit "geistiger Behinderung und Psychiatrie" auseinander und fordert einen "Verbund unterschiedlicher Dienste, Hilfen und Einrichtungen" zur Realisierung von "unterschiedlichen Wohnbedürfnissen, einen Wohnortwechsel und die Durchlässigkeit im Wohn- und Arbeitsbereich."⁶⁸⁵

Im Rahmen der Ausführungen zum Forschungsprojekt der Personalbemessungs-Kommission zeigen sich - wie bereits unter Punkt 2.1.5 dargelegt⁶⁸⁶ - fachdisziplinübergreifende Ansätze, die - so wurde bereits ausgeführt - über begründete Aussicht verfügen, "... beispielsweise im Bereich der geistig Behinderten - und möglicherweise darüber hinaus - Gehör zu finden."⁶⁸⁷

685 vgl. SCHILLER 1996, Seite 75 f, 80, 81 ff; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 62 f

686 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 61, 78 ff

687 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 97

- Das in der Geistigbehindertenpädagogik entfaltete Normalisierungsprinzip, auf das bereits unter Kapitel 2 eingegangen wurde, verdient entsprechend Beachtung, wenn es um das zukünftige Verständnis von Normalisierung der Lebensumstände und des Lebens von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen geht. Richtig ist zwar, daß sich in der Bundesrepublik die Etablierung des Normalisierungsprinzips im Bereich der geistig Behinderten vollzogen hat; gleichzeitig gilt jedoch, daß das Modell von seinem theoretischen Ursprung her keineswegs mit dieser eng angelegten Implikation versehen, an den in diesem Lande bestehenden fachlichen Differenzierungen gebunden ist, sondern weiter angelegt, fachdisziplinübergreifende Ansätze in sich birgt. Hierauf ist von verschiedenen Autoren in der Fachliteratur immer wieder hingewiesen worden. So wurde beispielsweise von WOLFENSBERGER 1986 die Auffassung vertreten, das Normalisierungsprinzip nicht nur auf geistig behinderte Menschen, auch nicht nur auf andere behinderte Menschen, sondern darüber hinaus auch auf all jene zu beziehen, die aus anderen Gründen - wie Lebensweise, Nationalität, Rasse, Alter o.ä. - von ihrer Umgebung abgelehnt und abgewertet werden.⁶⁸⁸ Wenngleich eine derartige fachdisziplinübergreifende Öffnung des Betrachtungswinkels vor dem Hintergrund der Gegebenheiten und Einstellungshaltungen in der Praxis - aber auch auf der Ebene theoretischer Fachdiskussionen - eher als Paradoxon anmutet,⁶⁸⁹ erscheint das Überschreiten jener Fakultätsgrenzen und damit die Überwindung bisheriger "Grabenkämpfe" möglich und lohnenswert. Immerhin ist trotz anderenorts vorhandener gegensätzlicher Auffassung - zwar zaghaft, aber unübersehbar - anhand jüngerer fachliterarischer Beiträge eine Tendenz in diese Richtung beobachtbar. So hat beispielsweise SCHILLER 1996 "bewußt" den Ansatz um die mehrfach behinderten Menschen erweitert,⁶⁹⁰ allerdings sind seine Beweggründe weniger wissenschaftstheoretischer, sondern vielmehr pragmatischer Natur, zumal er angibt, daß der Personenkreis der mehrfach behinderten Menschen "immer noch am weitesten ausgegrenzt" lebe und er darüber hinaus annehme, daß gerade bei dieser Population "jede Veränderung anzusetzen" habe.

688 vgl. WOLFENSBERGER 1986, Seite 47; vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 9
siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 61

689 vgl. THIMM 1993, Seite 39 ff

690 SCHILLER 1996, Seite 75 f

Den Beiträgen von THIMM 1987 hingegen ist deutlicher die Entschiedenheit zur fachdisziplinübergreifenden Öffnung des Betrachtungswinkels zu entnehmen; dies belegen u.a. seine weiter oben vorgestellten Ausführungen,⁶⁹¹ aber auch seine Erwidernghaltung gegenüber den Kritikern des Normalisierungsprinzips. Diese Kritik läßt sich folgendermaßen skizzieren.⁶⁹²

1. Das Prinzip bedeute, den behinderten Menschen "normal machen" zu wollen, ihn zu "normalisieren". Die Kritiker wenden sich gegen die vermeintliche Absicht der "Normierung" und sehen in der Verwendung des vielseitigen und subjektiven Begriffs der "Normalität" die Gefahr des Zwangs zur gesellschaftlichen Anpassung und den Versuch der totalen Bevormundung.
2. Ein zweiter Einwand richtet sich gegen die nicht offengelegten theoretischen Implikationen und den damit verbundenen mangelnden theoretischen Bezugsrahmen des Konzepts.
3. Dem Normalisierungsprinzip wird unterstellt, daß es auf die in einer Gesellschaft real existierenden Normen, Werte und Lebensbedingungen abziele. Es wird die Frage gestellt, ob dies die Zielsetzung eines Reformkonzeptes sein könne.
4. Mehrdeutigkeiten, Widersprüchlichkeiten und Kontroversen sind auch im Zusammenhang des eng mit dem Normalisierungsgedanken verbundenen Integrationsprinzips aufgetreten, das die Eingliederung Behinderter in das soziale Gefüge einer Gemeinde zum Ziel hat. So wurde u.a. auf die Grenzen der Integration z. B. bei schwerstgeistig- und mehrfachbehinderten Menschen sowie auf die Probleme der "Integration um jeden Preis" und auf die Gefahr der Isolation Geistigbehinderter bei der Eingliederung in die Gemeinde hingewiesen.

Nun ist jedoch keineswegs davon auszugehen, daß sich die Verfechter des Normalisierungsprinzips mit diesen Kritikpunkten nicht bereits rechtzeitig auseinandergesetzt und dies in ihren Publikationen (1985/86) entsprechend thematisiert hätten;⁶⁹³ dennoch blieb - mit fortschreitender Etablierung des Normalisierungsprinzips - die vor allem von seiten der Großeinrichtungen genährte "Kritikwelle" nicht aus. Insbesondere den 1990 von GAEDT ver-

691 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.1., Seite 21 ff; Punkt 2.1.5, Seite 61 ff

692 Die folgende viergliedrige Zusammenfassung wurde größtenteils entnommen aus: MAAS 1987, Seite 212 f

693 vgl. u.a. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985, Seite 14; vgl. LABRÉGÈRE 1986, Seite 75 f; vgl. FERBER 1986, Seite 89; vgl. SCHILLER 1986, Seite 171 ff

KREBS 1986, Seite 139: "Der Begriff Normalisierung bedeutet nicht Anpassung an eine Norm, sondern vielmehr, für den einzelnen möglichst 'normale' Lebensbedingungen und Lernfelder gemeinsam mit Nichtbehinderten (Integration) zu schaffen. Normalisierung muß ein Ziel für die Gesellschaft sein; hierzu gehört der Abbau von Ängsten, Unsicherheiten und Vorurteilen der Mitmenschen, nicht zuletzt auch der Fachkräfte. ... Normalisierung gilt für jeden Lebensabschnitt behinderter Menschen und ist individuell gemäß den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Behinderten zu verwirklichen: Sie ist nicht gleich Egalisierung. Normalisierung bedeutet also Akzeptanz der jeweils so gegebenen Individualität (*Wolfensberger*). Sie ist Ziel, Integration, Methode und betrifft Individuum und soziales Umfeld. Normalisierung bedeutet, Persönlichkeit, Würde und Anderssein des Behinderten zu erfassen und zu respektieren."

ERICSSON 1986, Seite 38: "Es gibt selbstverständlich viele Möglichkeiten, ein normales Leben zu beschreiben. Ein Beispiel sind die acht Punkte, die *Nirje* aufführte, um die Bedeutung des Normalisierungsprinzips zu beschreiben. Persönlich habe ich herausgefunden, daß die Weiterentwicklung von *Nirjes* Formulierung 'Formen und Bedingungen des täglichen Lebens' eine feinfühlig und konstruktive Möglichkeit ist, die wünschenswerte Lebensform nicht nur für geistig Behinderte, sondern für alle Menschen zu beschreiben."

öffentlichem Einschätzungen⁶⁹⁴ trat THIMM 1992 vehement entgegen:

"Es gilt, die dichotomisierende Gegenüberstellung von Großeinrichtungen und regionalisierten, offenen Angeboten zum Leben in der Gemeinde, die zur Zeit unter umgekehrten Vorzeichen die Diskussion belastet, zu überwinden. Dabei bedürfen nach meiner Einschätzung folgende Fragen einer gründlichen Diskussion:

- Stimmen die gesellschaftsanalytischen Vorannahmen, wenn gesagt wird, Integration geistig behinderter Menschen sei aus 'systemimmanenten' Gegebenheiten 'der sozialen Marktwirtschaft' bzw. unter Bedingungen der 'hochindustrialisierten Leistungsgesellschaft' wegen der automatisch im Lebensalltag 'mobilisierten Entwertungstendenzen' nicht möglich?
- Stimmt die These von der 'entdifferenzierten' Gesellschaft, die alle ihre Mitglieder unter ein für alle gültiges, uniformes Leistungs-, Verhaltens- und Lebensentwurfs-Diktat zwingt?
- Zeichnet es nicht demokratische Gesellschaften wie die unsere, - bei aller Reformbedürftigkeit - aus, daß sie - unter anderem wegen des Verzichtes auf allgemeinverbindliche kollektive Weltanschauungen mit strengen gesellschaftlichen Normierungen des individuellen Handelns Freiräume zur Emanzipation, zur Individualisierung der Lebensentwürfe und -vollzüge bietet wie kaum eine andere Gesellschaft vorher? Wir leben eben nicht in einem geschlossenen System kollektiver Handlungsregelungen. Unsere Identität, das Bei-Uns-Sein durch andere und mit anderen, entfaltet sich in großer Bandbreite in unserer Lebenswelt, die in Gänze, zumindest aber in wesentlichen Teilen, den Charakter einer Nische annehmen kann, oder, um im von Gaedt angeführten Bilde vom Lebensstrom und seinen Nebenläufen und Inseln zu bleiben: Unser Alltagsleben - das der Nichtbehinderten - wird eben nicht vom Hauptstrom allein hingerissen, es vollzieht sich zu einem nicht geringen und nicht unwesentlichen Teil an individuellen Ufern oder auf Inseln zur Ruhepause, zur Identitätsfindung; es entzieht sich dem strengen Zugriff gesellschaftlicher Gleichmacherei und rigidem kollektiven Leistungs- und Normierungsdruck. ...
- Geht man von solchen Beschreibungen unserer gesellschaftlichen Bedingungen und Verfaßtheit aus, dann läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß Teilhabechancen behinderter Menschen an diesen real schon existierenden Lebenswelten - an unseren Lebenswelten - grundsätzlich möglich sein müssen. Das meint Normalisierung. Es ist dann nicht einzusehen, daß sogenannte Großeinrichtungen als durch Organisation gestaltete 'Orte zum Leben' dazu bessere Voraussetzungen liefern sollten. ...⁶⁹⁵

694 Gegenstand der Auseinandersetzung war: "In einer 1987 publizierten Aufsatzsammlung geht GAEDT überhaupt nicht auf vorliegende deutsche Veröffentlichungen, aber auch nicht auf wichtige amerikanische Publikationen zur Entfaltung und Durchsetzung des Normalisierungsgedankens, ein. Global wird Normalisierungsvertretern vorgeworfen: 'Mit anmaßender Selbstverständlichkeit wurde das Leben Nichtbehinderter als Norm gesetzt' (GAEDT 1987, Vorwort). Und später: 'Das Normalisierungsprinzip (orientiert) sich einseitig an vorgegebenen Normen und (proviziert) damit unweigerlich Grenzziehungen und Aussonderung' (GAEDT 1990, 277). Normalisierung ist 'ein falsches Konzept', weil es nicht 'alle Behinderten umfaßt', 'weil es inhumane Betreuungssituationen provoziert', weil es 'neue Formen der Ausgrenzung' schafft (so im Neuerkeroder Memorandum vom 16. August 1990). Richtig verstandene Normalisierung hieße 'die Aufhebung gesellschaftlich bedingter Einschränkungen der individuellen Möglichkeiten zur Aneignung, und Integration heißt, den geistig behinderten Menschen in kooperative Beziehungen zu seiner Umwelt zu bringen. Die Gesellschaft bietet hierfür nicht die notwendigen Voraussetzungen. (...) Notwendig sind also geplante und bewußt gestaltete, differenzierte Gesellschaftliche Ersatzräume' (GAEDT 1987, S. 79; Hervorhebung. W. Th.). Alles dies wird auch im Zusammenhang mit 'neuem Euthanasiedenken' diskutiert, und die Normalisierungsvertreter werden dann in ihrer verblendeten Anmaßung zum Erfüllungsgehilfen einer sich immer mehr ausbreitenden 'neuen Unmenschlichkeit'. - THIMM 1993, Seite 44

695 THIMM 1993, Seite 45 ff

Die vorstehenden Ausführungen belegen einerseits die fachdisziplinübergreifende Öffnung des Normalisierungsprinzips auf wissenschaftstheoretischer Ebene und andererseits die vernehmbaren Widerstände bei dessen Umsetzung innerhalb nur einer Fachdisziplin bei geistig Behinderten. Daß hier fachtheoretischer Anspruch und Praxisrealität weit auseinanderklaffen, ist unverkennbar; dennoch verfügen die - bekannten, partikularen - Widerstände aus der Praxis - so ernst sie ansonsten auch zu nehmen sind - nicht über die erforderliche Sprengkraft, um das theoretische Modell der Normalisierung ernsthaft in Frage zu stellen. Gegenreaktionen - häufig genug von Besitzstandsinteressen geleitet - im Zusammenhang mit der Umsetzung von Innovationen dürfen nicht überraschen, sicherlich auch nicht, wenn der fachdisziplinübergreifende Ansatz der Normalisierung zukünftig deutlicher zur Diskussion gestellt würde.

Eine Vertiefung der Denkansätze über bisherige Fachdisziplinen hinaus, wie in vorangegangenen Kapiteln der Arbeit immer wieder implizit vorgenommen und zuletzt nochmals komprimiert dargestellt, sollte als Option zur Erneuerung, Erweiterung - oder zumindest als Belebung - der wissenschaftstheoretischen Diskussion offengelassen werden, einer Diskussion nicht nur im "Elfenbeinturm", sondern stets praxisbezogen. Daß sich bei diesem Realitätsbezug die Praxis als ideenspendend und inhaltsgestaltend erweisen könnte, dafür existieren Anhaltspunkte, die nachstehend vertieft werden sollen.

6.2.2 Die Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes

Der personenzentrierte Ansatz wurde in den vorangegangenen Kapiteln vorliegender Arbeit - von diversen Ausgangspositionen aus und mit unterschiedlichen Fragestellungen - bereits ausführlich erörtert:

- Ausgehend von der Fragestellung, daß die gegenwärtige Versorgung aus unterschiedlichen Gründen "nur bedingt nutzerorientiert ausgerichtet" (Seite 43) sei, wurde unter Punkt 2.1.3 der alternative personenzentrierte Ansatz vorgestellt.
- Über die Zugänge des Normalisierungsprinzips und der Ansätze der Personalbemessungs-Kommission wurden unter Punkt 2.1.5 (Seite 61 ff) verbindende und trennende Aspekte auf der Ebene der - nach Fachdisziplinen isoliert geführten - wissenschaftstheoretischen Diskussion dargestellt.
- Im Ergebnis dieser Gegenüberstellung wurde aufgrund der vorhandenen Nähe und Überschneidungen "die potentielle Chance der wechselseitigen Einbindung beider Theorieansätze" (Seite 64) gesehen.
- Mit Blick auf die praktische Realisation des hergeleiteten und insoweit modifizierten personenzentrierten Ansatzes wurde einerseits auf zu erwartende Schwierigkeiten ("Risiken") eingegangen, die vor allem darin gesehen wurden, "alle notwendigen Einrichtungen und Dienste zu verbinden und mehr herzustellen als freiwillige Kooperationsvereinbarungen" (Seite 48). Andererseits wurden auch die Vorteile der "Verbindung einer dem personenzentrierten Ansatz verpflichteten 'Umsteuerung' des vorhandenen psychosozialen Systems" beleuchtet (Seite 67 ff).
- Aktuelle Forschungsergebnisse⁶⁹⁶ wurden vor allem bezüglich ihrer für die Praxis entworfenen Vorschläge und Anregungen einer kritischen Analyse unterzogen (Seite 78 ff). Auf die in diesem Zusammenhang ausführlich erfolgte Auseinandersetzung mit den konkreten Praxisentwürfen der Personalbemessungs-Kommission (Punkt 2.3.1) soll unter Punkt 6.2.7 (Feststellung von Bedarfen) noch vertiefend eingegangen werden.

696 Forschungsprojekte der Personalbemessungs-Kommission 1992 bis 1996 und zu Familienentlastenden Diensten 1991 bis 1995; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099); vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80); vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997

-
- Die unter Punkt 2.1.5 aufgeworfenen "**Fragen nach den Konsequenzen in der Organisation sozialer Hilfen**" (Seite 64 f) wurden zwar global dahingehend beantwortet, daß die ihnen zugrundeliegenden Vorstellungen in einem "Verbund unterschiedlicher Dienste, Hilfen und Einrichtungen (unter weitgehender Einbeziehung 'normaler Menschen')" zu realisieren seien (Seite 65); es wurde jedoch bisher auf die Unterbreitung eines für die Praxis anwendbaren Strukturentwurfes, etwa in Form des auf Seite 18 abgebildeten Logos der "Aktion psychisch Kranker", verzichtet. Dies soll an dieser Stelle nachgeholt werden:

6.2.3 Entwurf eines Strukturbildes zukünftiger psychosozialer Versorgung

In dem Bemühen um Erstellung eines dem fachdisziplinübergreifenden Ansatz Rechnung tragenden Strukturbildes zur Organisation von personenzentrierten Hilfen für Menschen mit individuellen Stützungsbedarfen erscheint es sinnvoll, die vorzitierten **"Fragen nach den Konsequenzen in der Organisation sozialer Hilfen"** (Seite 64 f) nochmals aufzulisten:

- ① Wie könnte eine Versorgungslandschaft aussehen, die personenzentrierte Normalisierungsziele für solche Menschen verkörpert, die gegenwärtig unterschiedlichen "Lagern" zugeordnet sind, wie beispielsweise die der psychisch Kranken und geistig Behinderten?
- ② Können Einrichtungen gleicher Art verschiedene Klientengruppen versorgen?
- ③ Was spricht gegen gutnachbarschaftliche Beziehungen zwischen Menschen mit ähnlichen Stützungs- bzw. Hilfebedarfen, einerseits aus einem der geistigen Behinderung und andererseits der seelischen Behinderung zuordbaren Bereich, die beide - personenzentriert - von derselben Institution, vom selben Träger, individuell betreut werden?
- ④ Ist es möglich - diesmal unter anderen Vorzeichen, als seinerzeit im Zusammenhang mit der vergleichbaren Diskussion der Ausgrenzung von seelisch Behinderten aus den Werkstätten für geistig Behinderte -, daß beschützte Arbeitsplätze räumlich wie organisatorisch, jedoch nicht als Großeinrichtung, von geistig und seelisch Behinderten mit jeweils entsprechender individueller Betreuung genutzt werden, beispielsweise in derselben Firma, wobei der Träger der Betreuung nicht institutionsbezogen, sondern jeweils personenbezogen arbeitet?
- ⑤ Ist es denkbar, daß in derselben Firma auch Drogenabhängige einen beschützten Arbeitsplatz finden?
- ⑥ Kann es sinnvoll sein, daß auch sogenannte "Normale" dort beschäftigt sind?
- ⑦ Es bestehen ambulante Beratungsangebote für psychisch Kranke, z.B. in Form der Sozialpsychiatrischen Dienste. Parallel dazu bestehen Familienentlastende Dienste (FED) überwiegend für geistig Behinderte.⁶⁹⁷ Was spricht dagegen, beispielsweise diese Dienste - unter anderen als den bisher gegebenen Voraussetzungen - miteinander zu verbinden und sie organisatorisch, konzeptionell und personell dahingehend auszurichten und auszustatten, daß sie den individuellen Bedarfen unterschiedlicher hilfebedürftiger Personengruppen entsprechen können?
- ⑧ Was verbietet es, die "Zuständigkeit" solcher mobilen Teams um die Zielgruppe gerontopsychiatrischer Patienten zu erweitern, oder um die Aufgabe von Besuchsdiensten für Senioren?
- ⑨ Was spricht dagegen, im Zusammenhang mit den aus Sozialpsychiatrischen Diensten und FED addierten Personalressourcen die Diskussion über organisierte Krisendienste neu zu eröffnen?
- ⑩ Und schließlich: können nicht "Normale", "geistig Behinderte" und "psychisch Kranke" als Nachbarn unter einem Dach wohnen und miteinander in einer Hausgemeinschaft leben? Das Normalisierungsprinzip gebietet doch eher die Orientierung an "normalen" Personen und Familien als die Verbringung in "monokulturelle" Reservate spezifisch behinderter Menschen. Und der personenbezogene Ansatz der Versorgung verlangt doch im Rahmen der Hilfen und Unterstützungen die Bereitstellung von Erfahrungsräumen, in denen geistig oder psychisch Behinderte gefordert, aber auch angenommen werden, in denen die Erprobung der Fähigkeiten in und an "normalen" Umständen möglich ist.

Die beispielhaft, d.h. unvollständig und auch beliebig zusammengestellten Fragen enthalten Angaben zur Struktur eines zukünftigen Versorgungssystems, dessen Darstellung auf drei Ebenen vorgenommen werden kann:

1. Angebots-Ebene

Es geht zur Erreichung von Normalisierungszielen ①

um personenzentrierte ③ ④ Hilfe-, Stützungs- oder Serviceangebote:

- den individuellen Bedarfen entsprechende ambulante Beratungs- und Betreuungsangebote ③ ④ ⑦, als mobile Teams ⑧, mit dem Aufgabenspektrum bisheriger Sozialpsychiatrischer Dienste und Familienentlastende Dienste (FED) ⑦ ⑨, auch konzipiert als organisierter Krisendienst ⑨ und Besuchsdienst für Senioren ⑧
- Arbeitsmöglichkeiten ⑥, auch in Form beschützter Arbeitsplätze ⑤ mit jeweils entsprechender individueller Betreuung ④
- Wohnmöglichkeiten als Hausgemeinschaft unter einem Dach ⑩ und in gutnachbarschaftlicher Beziehungen zueinander ③

2. Adressaten-Ebene

... für Menschen

mit ähnlichen Stützungs- bzw. Hilfebedarfen ③, d.h. verschiedene ④ Klientengruppen ② bzw. unterschiedliche hilfebedürftige Personengruppen ⑦, die gegenwärtig unterschiedlichen "Lagern" zugeordnet sind ①:

- psychisch Kranke ① ⑦ ⑩; seelisch Behinderte ③ ④; geistig Behinderte ① ③ ④ ⑦ ⑩; Drogenabhängige ⑤; gerontopsychiatrischer Patienten ⑧ bzw. Senioren ⑧,

denen teilweise in Gemeinschaft mit sogenannten "Normalen" ⑥⑩ die o.a. ④ Hilfe-, Stützungs- und Serviceangebote unterbreitet werden,

3. Organisations-Ebene

... in Form von:

organisatorisch, konzeptionell, räumlich ④ und personell miteinander verbundener ⑦ Einrichtungen ②, jedoch keine Großeinrichtungen ④, derselben Institution, derselben Firma ④⑤ oder desselben Trägers ③.

Die vorstehende Schematisierung operiert bewußt mit den vertrauten Begriffen der Angebots-, Adressaten- und Organisationsebenen. Dieses erfolgt aus Gründen einer anschaulicheren Transparenz; möglicherweise wäre es jedoch besser, für ein auf diese Weise modifiziertes Versorgungssystem andere Begrifflichkeiten zu verwenden. Auch der Terminus "Versorgungssystem" könnte bei dieser Gelegenheit überdacht werden.

Die vorstehende Zusammenstellung und Zuordnung der aus den Fragen (Seite 64 f, Seite 221) stammenden Kriterien führt dem Leser unweigerlich vor Augen, daß die herkömmlichen Systemgrenzen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen aufgeweicht wurden. In der schematischen Darstellung rangiert die Organisations-Ebene keinesfalls zufällig an letzter Position; auf diese Weise soll der Institutions-zentriertheit symbolisch geringerer Stellenwert zukommen. Angebots-Ebene und Adressaten-Ebene sind im Rahmen der schematischen Hierarchieordnung an sich gleichrangig; die Positionierung der Angebots-Ebene an erster Stelle erfolgte, um dem fälschlichen Eindruck entgegenzuwirken, hier handele es sich an erster Stelle - wie bisher - um bereits feststehende Diagnosegruppen bzw. Personen mit aktenmäßig dokumentierten Etikettierungen, für die es lediglich ein passendes Hilfeangebot zu finden bzw. zu organisieren gelte. Dies würde dem personenzentrierten Ansatz nicht entsprechen; deshalb präferiert die schematische Darstellung die Angebots-Ebene, von der aus unmittelbar deutlich wird, daß die Angebots-Ebene mit den personenzentrierten Bedarfen gleichzusetzen ist.

Zur Angebots-Ebene

Einige mögliche Angebote (vielleicht als Hilfe-, Stützungs- oder Serviceangebote zu bezeichnen) werden in der schematischen Darstellung genannt. Sie resultieren aus Bedarfen, denen in **ambulant** Formen der Beratung, Betreuung, Haushalts-hilfe, Krisenintervention, Besuchsdienste, etc. begegnet wird. Die unterschiedlichen Serviceangebote sollen so konzipiert sein, daß sie - stets personenzentriert - an den entsprechenden Stellen (sowohl geographisch als auch inhaltlich) bedarfsadäquat ansetzen. Dies beinhaltet beispielsweise sowohl die Methoden der aufsuchenden Sozialarbeit (Hausbesuche) wie die Möglichkeiten der aufzusuchenden sozialen Service-Leistungen außerhalb der Wohnung der Betroffenen (Sprechstunden im "Dienstgebäude").

Des weiteren werden in der schematischen Darstellung **Arbeits- und Wohnmöglichkeiten** genannt. Die ihnen stichwortartig hinzugefügten Erläuterungen sollen lediglich einige richtungsweisende Signale setzen; die aus der Praxis resultierenden Anforderungen verlangen bezüglich bedarfszentrierter Ausgestaltungen weit-aus differenziertere Ausformulierungen. Diese sollen hier jedoch bewußt nicht erfolgen, um dem Effekt von Festschreibungen vorzubeugen. Beabsichtigt ist, auf der Angebots-Ebene alle bekannten Formen des Wohnens und Arbeitens zu subsumieren und das jeweils tatsächlich zustandekommende Angebot (von Ort zu Ort variierend) nach den Bedarfen der Menschen zu konzipieren.

Im Vorgriff auf die noch an anderer Stelle zu vertiefenden Aspekte (Punkt 6.2.7) sei bezüglich der Angebots-Ebene darauf hingewiesen, daß es wesentlich darauf ankommt, geeignete Methoden zur Feststellung personenbezogener Bedarfe zu entwickeln.

Zur Adressaten-Ebene

In der schematischen Darstellung werden mit der bekannten Terminologie (die Verwendung neuer Begriffe ist problematisch, einerseits in Ermangelung geeigneter Wortschöpfungen, andererseits, weil die schematische Darstellung dadurch erschwert würde) einige "Zielgruppen" für die auf der Angebots-Ebene beschriebenen Serviceleistungen benannt. Es handelt sich auch hier - bewußt - um keine abschließende Aufzählung. Die Adressaten-Ebene ist eine jederzeit offene Gruppe von Menschen, die in irgendeiner Form über Stützungsbedarfe verfügt. Auch sogenannte "Normale" werden hier benannt, nicht, weil bei ihnen gleichfalls ähnliche Bedarfe vermutet werden, sondern sie werden qua definition erfaßt, weil die Summierung der besonderen "Zielgruppen" als Personen mit individuellen Stützungsbedarfen nur marginale definitorische Unterscheidungen zur Gruppe der sogenannten "Normalen" beinhaltet.

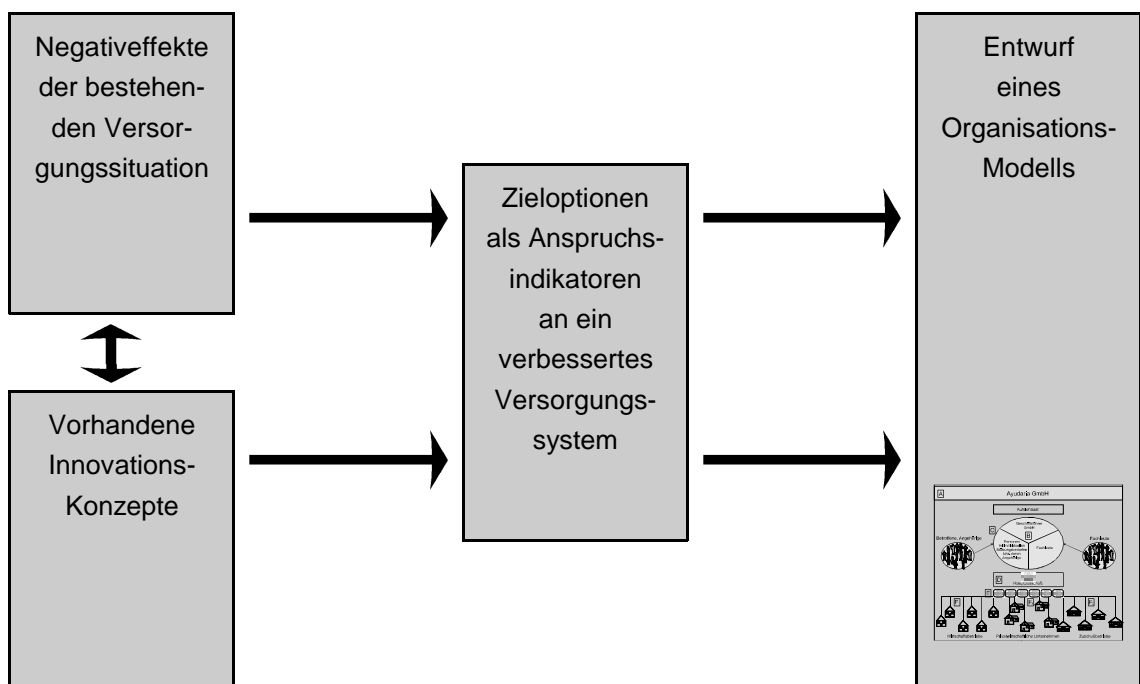
Zur Organisations-Ebene

Das in der schematischen Darstellung beispielhaft skizzierte Organisationsgefüge läßt den herkömmlichen Aufbau eines regionalen Konzerns mit entsprechendem Spitzenmanagement erahnen. Dies ist gerade nicht gemeint; vielmehr ist an kleinere, dezentral operierende Einheiten mit zentraler Verwaltung gedacht, die u.a. Gewähr dafür bietet, daß Nutzer-, Träger- und Fachpersonal-Interessen - möglicherweise drittelparitätisch - vertreten sind. Zu weiteren organisatorischen Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter Punkt 6.2.5 verwiesen.


6.2.4 Veränderungsvorschläge als Konsequenz aus status quo der Versorgung und Kritik an vorhandenen Innovationskonzepten

Um den Anspruch der Gewährleistung einer adäquaten Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen zukünftig einlösen zu können, bedarf es unterschiedener organisatorischer Veränderungen im psychosozialen Bereich. Die erforderlichen Organisationsveränderungen resultieren aus der Beobachtung von Negativeffekten (Versorgungs-, Steuerungs-, Finanzierungsdefiziten etc.) am status quo der Versorgungssituation, wie in den vorangegangenen Kapiteln vorliegender Arbeit vielfach belegt.

Die Absicht des Verfassers zur Unterbreitung von innovativen Entwürfen zu Organisationsveränderungen wird somit einerseits von den beobachteten **Negativeffekten der bestehenden Versorgungssituation** getragen, andererseits sollen gleichzeitig **vorhandene Innovationskonzepte**, Forderungen, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Steuerung, Regelung und Effizienzsteigerung von Hilfestellungen einbezogen werden. Von dieser Basis aus gilt es, **Zieloptionen** als Anspruchsindikatoren an ein verbessertes Versorgungssystem zu formulieren, an die sich der pragmatische Entwurf eines Organisationsmodells anschließt. Zur Illustration nachstehende Skizze:




Die auf dieser und den folgenden Seiten zusammengestellten Übersichten verdeutlichen beispielhaft die systematische Entwicklung von Zieloptionen:

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die bisherige Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen, die separat in unterschiedlichen Versorgungssystemen erfolgt, ist - wie größtenteils in den bisherigen Kapiteln vorliegender Arbeit auch vorgetragenen - vielfach difizitär, institutionszentriert, schwerfällig, unklar und umständlich in der Finanzierung.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfgewährungen	<ul style="list-style-type: none"> - Erst aus jüngster Zeit liegen konzeptionelle Ansätze zu Gunsten personenzentriert ausgerichteter Hilfen⁶⁹⁸ und zurückhaltend formulierte Andeutungen in Richtung fachdisziplinübergreifender Versorgungsbetrachtungen⁶⁹⁹ vor. Konkrete Umsetzungsschritte stehen weitestgehend noch aus. Ein Gesamtkonzept (personenzentriert, fachdisziplinübergreifend), das die Egalisierung vielfach defizitärer Effekte der bisherigen Versorgung sowie schwerfällige, unklare und umständliche Finanzierungen bewirken könnte, wurde bisher nicht unterbreitet.
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Über eine Neustrukturierung der Versorgung sollen die in den unterschiedlichen Versorgungssystemen festgestellten Defizite ausgeglichen werden. Die Versorgungsstruktur ist durchgängig im Sinne einer personenzentrierten Ausrichtung der Hilfen zu organisieren. Die Grundlagen für Finanzierungen sind klarer und einfacher zu gestalten; schwerfällige, unklare und umständliche Finanzierungsmodalitäten dürfen erforderliche Hilfgewährungen nicht verhindern.

698 vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099); vgl. KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995; vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (80)

699 vgl. THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985; vgl. NIEHOFF/PICKEL 1987, S. 78; vgl. WOLFENBERGER 1986, Seite 47; vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1986 A; vgl. SCHILLER 1996, Seite 75 ff

	Status quo der bisherigen Versorgung	- Die gegebene Differenzierung der Versorgung in separate Versorgungssysteme bedingt durch kostenträchtige infrastrukturelle Doppelungen unnötige Ausgabenbelastungen.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	- Nahezu sämtliche gegenwärtig vorliegenden Konzepte zur Konsolidierung oder partiellen Veränderung im psychosozialen Bereich sind auf die gegebene Differenzierung der Versorgung in separate Versorgungssysteme bezogen. Fachdisziplinübergreifende Ausgabeneinsparungsmodelle sind nicht bekannt. Institutionsübergreifende Kostensenkungsentwürfe wurden von Zeit zu Zeit immer wieder vorgestellt, ⁷⁰⁰ ohne daß eine Umsetzung in erwähnenswertem Umfang erfolgte. Die Senkung von Ausgabenbelastungen wurde bisher nahezu ausschließlich auf jeweilige einzelne Institutionen bezogen diskutiert und seit einigen Jahren, ⁷⁰¹ gekoppelt an den Aspekten der Leistungserbringung, der Qualitätssicherung und -kontrolle, auf dem Wege gesetzlicher Bestimmungen auch eingefordert.
	Zieloption	- Die gegebene Differenzierung der Versorgung in separate Versorgungssysteme ist aufzuheben. Dies ist fachlich vertretbar und organisatorisch machbar und vermeidet zudem kostenträchtige infrastrukturelle Doppelungen.

700 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 230 f

701 vgl. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Öffnung von Teilbereichen des psychosozialen Sektors für privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen bewirkt - in Kombination mit unzureichend geführten Qualitätskontrollen - möglicherweise Kosteneinsparungen, zu Lasten tatsächlicher Versorgungsqualität.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> - Beispielsweise RELMAN 1985: "Theoretisch sollte der freie Kapitalmarkt die Effektivität und Qualität im Gesundheitswesen heben. Mit dem Ansporn des Wettbewerbs und dem Korrektiv der Wahl der Verbraucher sollte Privatinitiative den Bedürfnissen eines besseren und breiter gestreuten Leistungsangebots entsprechen können, und dies zu geringeren Kosten als es freie gemeinnützige oder staatliche Einrichtungen vermögen. Große Gesellschaften sollten über ein besseres Management verfügen als öffentliche oder freiwillige Institutionen; sie haben ein größeres Interesse, die Kosten niedrig zu halten, und sie sind in einer günstigen Position bei Tarifverhandlungen. ... Es ist also nur logisch, diese Überzeugungen zu einer Zeit auf den Gesundheitssektor auszudehnen, in der die Kosten außer Kontrolle zu geraten drohen, in der freiwillige Institutionen ins Wanken geraten und die einzige Alternative in mehr staatlicher Reglementierung zu bestehen scheint. So weit jedenfalls die Theorie. Ob allerdings der neue medizinisch-industrielle Komplex auch wirklich Qualität verbessert und Kosten senken kann muß noch erforscht werden. Es gibt keine ausreichenden Untersuchungen zu dieser bedeutsamen Frage, und wir müssen unser abschließendes Urteil zurückstellen, bis derartige brauchbare Daten zur Verfügung stehen. Aber auch ohne diese Informationen gibt es meiner Meinung nach genügend Grund, über die neue Entwicklung im Gesundheitswesen beunruhigt zu sein. ... Können wir wirklich die Gesundheit dem Markt überlassen? Auch wenn wir an den freien Markt als einen wirksamen und gerechten Mechanismus zur Verteilung der meisten Güter und Dienstleistungen glauben, so gibt es doch viele Gründe, über die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung besorgt zu sein."⁷⁰²
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Privatisierungsbestrebungen im psychosozialen Versorgungsbereich - Dumping-Leistungen zu Dumping-Preisen - ist weitestgehend eine Absage zu erteilen. Privatwirtschaftliche Anbieter sind nur dann zuzulassen, wenn sie durch geeignete Qualitätsmanagement-Systeme jederzeit nachprüfbar adäquate Leistungen zu vergleichbaren Preisen gewährleisten.

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die bisher angewandten Qualitätssicherungs- und -kontrollmodelle sind von ihrem Ursprung her nicht dazu geeignet, Versorgungsqualität tatsächlich zu verbessern; sie sollen Kosteneinsparungen bewirken.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> - Beispielsweise SPANCKEN 1997: "Soll Gemeindepsychiatrie als neues Paradigma den Problemen und Bedürfnissen gerecht werden, muß ihr eine ganzheitliche Konzeption von Behandlung und Asyl⁷⁰³ gelingen. Je mehr beide Aspekte auch im Gemeinderahmen als untrennbar erlebt werden und in übergreifender Verantwortung verbleiben, um so größer mag die Qualität des Gesamtsystems sein. Daß die strukturellen Entwicklungen im Gesundheits- und Finanzierungssystem zur Desintegration dieses ganzheitlichen Konzeptes führen können, müssen wir befürchten. Qualitätssicherung, auf die Besonderheiten der Psychiatrie konstruktiv angewandt, könnte dieser Gefahr begegnen. Sie müßte das Gesamtarrangement psychiatrischer Hilfen einer Region oder Gemeinde als Betrachtungsrahmen wählen. Qualitätssicherung müßte nicht nur nach Behandlungsqualität, sondern auch nach der Lebensqualität, den Entwicklungschancen und der Integrationsqualität der chronisch Kranken fragen. Sie müßte danach fragen, ob die Grundhaltungen und Zielsetzungen, die Organisationsformen und die Finanzierungsprinzipien auch den Schwächsten und Hilfsbedürftigsten dazu verhelfen, soviel Autonomie wie möglich und soviel Asyl wie nötig zu bekommen. Es herrscht zur Zeit eine überraschende Ratlosigkeit, den Begriff Qualitätssicherung auf die Psychiatrie anzuwenden. Vielerorts erschöpft sich das Bemühen noch in einer Perfektionierung der Datenbanken."⁷⁰⁴
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Kosteneinsparungen dürfen nicht zu Lasten von Einbußen in der Versorgungsqualität erfolgen. Da die bisher angewandten Qualitätssicherungs- und -kontrollsysteme nicht die Qualität der Versorgung sichern und kontrollieren, sondern die der Kosteneinsparungen, sind sie ungeeignet. Es gilt, geeignetere Qualitätsmanagement-Systeme zu etablieren, die tatsächlich in der Lage sind, die Qualität der Versorgung zu steuern und zu überwachen.

703 Der Begriff "Asyl" wird vom Verfasser SPANCKEN 1997 aus einer 200 Jahre alten Chronik zur Geschichte einer der ersten psychiatrischen Anstalten Deutschlands in Schleswig-Holstein abgeleitet: "Asyl in seiner positiv-menschenfreundlichen Grundbedeutung: Schutzraum, Zufluchtsstätte, Ort der Sicherheit und Akzeptanz auch in seinem Anderssein. Daß sogar ein Anspruch auf ein 'glückliches Leben' damit verknüpft wurde ist bemerkenswert, weil sich ein solcher Begriff auch in modernen Versorgungskonzepten selten findet. Man kann hierin einen früh formulierten Anspruch auf Lebensqualität auch für chronisch psychisch Kranke sehen."
SPANCKEN 1997, Seite 27


704 SPANCKEN 1997, Seite 30

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Auf die derzeit wirkenden Finanzierungsmodalitäten und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Kostenträger wurde an verschiedenen Stellen vorliegender Arbeit bereits eingegangen.⁷⁰⁵ Vorschläge für trägerübergreifende Mischfinanzierungen sind zwar hin und wieder unterbreitet worden; sie konnten sich jedoch bisher in nennenswertem Umfange nicht etablieren.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> - Beispielsweise BOCK 1991: "Vereinzelte Beispiele für die Mischfinanzierung eines Angebots durch verschiedene Kostenträger gibt es auch in der Bundesrepublik: So beteiligten sich in Berlin die Krankenkassen gemeinsam mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger an der Finanzierung von Einrichtungen des betreuten Wohnens - um den vertraglich abgesicherten Preis des Bettenabbaus im klinischen Bereich (Rechtsgrundlage § 193 RVO) - die psychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg werden sogar durch vier Kostenträger finanziert (Land, Kommune, Krankenkasse, Eigenanteil des Trägers - Rechtsgrundlage § 364 RVO). Darüber hinaus hat die Expertenkommission der Bundesregierung ... vorrangig die Einrichtung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes vorgeschlagen, in dem für ein Gebiet von je 100.000 bis 150.000 Einwohnern die Bausteine ambulant-aufsuchender Dienste, Kontaktstellen und Tagesstätte miteinander verbunden werden sollen. Die Organisationsform des Verbundes soll der jeweiligen Ausgangslage und den örtlichen Bedingungen angepaßt variabel gehalten werden. Die enge Verbindung auch von Einrichtungen verschiedener Träger wird vorgeschlagen. Dieser Verbund soll dann Ausgangspunkt für weitere Kooperationsverträge z.B. mit niedergelassenen Nervenärzten sein. Schrittweise soll dann der Verbund um Angebote des betreuten Wohnens erweitert werden und gegebenenfalls auch Angebote der Hauptfürsorgestelle zur Betreuung am Arbeitsplatz integrieren."⁷⁰⁶
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel zukünftiger Finanzierungen psychosozialer Hilfen sollte die Mischfinanzierung sein, d.h. die gesetzlich verbindlich geregelte Zuweisung von Finanzmitteln an einen Pool (im Sinne eines regionalen Budgets), über dessen Verwendung sodann nach vorher festgelegten Modalitäten zu entscheiden ist. Direkte Finanzzuweisungen an einzelne Träger sollten entfallen. Die Finanzierung des psychosozialen Bereiches sollte aus dem Kommunalen Finanzausgleich herausgenommen werden, weil sich die Regelung als ungeeignet erwiesen hat.⁷⁰⁷

705 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 1, Seite 9 ff; Punkt 2.1, Seite 27 ff; Punkt 2.2, Seite 73 ff; Punkt 3.1, Seite 102, 132 ff; Punkt 3.3, Seite 144 ff; Punkt 4.1: Pauschalierte Finanzierung der Stellen eines multiprofessionellen Teams, Seite 157; Betreutes Wohnen, Seite 163 ff; Psychiatrische Krankenpflege, Seite 168 ff

706 BOCK 1991, Seite 549

707 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 3.1, Seite 129, 133

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Auf die derzeit wirkenden Finanzierungsmodalitäten und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Kostenträger wurde an verschiedenen Stellen vorliegender Arbeit bereits eingegangen.⁷⁰⁸ Pauschal- oder Poolfinanzierungen (Mischfinanzierungen) bestimmter psychosozialer Dienste bestehen lediglich in Ausnahmefällen. Die wiederholt im Rahmen der Modellprogramme des Bundes vorgeschlagenen Konzepte gingen weitestgehend ins Leere.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> - Beispielsweise RICHTER 1991: "Pauschal, möglichst im Sinne eines Pools gemeinsam von verschiedenen Kostenträgern finanzierte Dienste mit multiprofessionellen, fest angestellten Teams sollen die erkennbaren Nachteile der psychotherapeutischen Einzelpraxis vermeiden (DGSP 1978 und 1982). ... Die verschiedensten Kostenträger haben, zögerlich genug zwar, meist unkoordiniert und oft in unvernünftigen Formen, so doch immerhin begonnen, ambulante Dienste zu finanzieren. Betrachtet man nun die ursprünglich formulierten Zielsetzungen von der Enquête bis hinunter zu den Gründungskonzeptionen der jeweiligen Dienste, muß man feststellen, daß die überwiegende Mehrzahl der betreffenden Einrichtungen keinen <i>meßbaren</i> Beitrag zur Realisierung dieser Ziele geleistet hat. Mögen 'Begleitforschungen' auch die 'Bewährung' von Diensten konstatieren - sichtbare Erfolge sind nicht nachweisbar."⁷⁰⁹
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel zukünftiger Finanzierungen psychosozialer Hilfen sollte die Mischfinanzierung sein, d.h. die gesetzlich verbindlich geregelte Zuweisung von Finanzmitteln an einen Pool (im Sinne eines regionalen Budgets), über dessen Verwendung sodann nach vorher festgelegten Modalitäten zu entscheiden ist. Direkte Finanzzuweisungen an einzelne Träger sollten entfallen. Die Finanzierung des psychosozialen Bereiches sollte aus dem Kommunalen Finanzausgleich herausgenommen werden, weil sich die Regelung als ungeeignet erwiesen hat.⁷¹⁰

708 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Kapitel 1, Seite 9 ff; Punkt 2.1, Seite 27 ff; Punkt 2.2, Seite 73 ff; Punkt 3.1, Seite 102, 132 ff; Punkt 3.3, Seite 144 ff; Punkt 4.1: Pauschalierte Finanzierung der Stellen eines multiprofessionellen Teams, Seite 157; Betreutes Wohnen, Seite 163 ff; Psychiatrische Krankenpflege, Seite 168 ff

709 RICHTER 1991, Seite 522 f

710 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 3.1, Seite 129, 133

	Status quo der bisherigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die bisher aufgrund des gegliederten Systems der sozialen Sicherung gegebene Zersplitterung in fachliche und kostenmäßige Zuständigkeiten verhindert optimierbare Formen der Kooperation, Koordination und Vernetzung von wirkungsvollen, zielgerichteten Hilfen für Betroffene.
	vorhandene Innovationskonzepte, Vorstellungen und Anregungen zur Verbesserung von Hilfestellungen	<ul style="list-style-type: none"> - Beispielsweise BOCK 1991: "Nach der Idee des regionalen Finanzierungsverbands werden Mittel der verschiedenen Kostenträger einer Region in einer jährlich begrenzten, politisch festgelegten Höhe zusammengefaßt und insgesamt für die bedarfsgerechte Finanzierung kommunaler Psychiatrie verwendet. Das vorhandene Personal wird ohne Rücksicht auf die klassischen Institutionsgrenzen und deren Finanzierungsdynamik ausschließlich nach Bedarf eingesetzt. ... In einigen anderen Ländern gibt es vergleichbare Konstruktionen, in Frankreich das Budget Global (HELD, 1985), in Italien die Unita Sanitaria Locali (GIESE 1984), in den Niederlanden das regionale Institut für psychiatrische und psychosoziale Fürsorge (RIGG).⁷¹¹ - Beispielsweise Niedersächsische Fachkommission Psychiatrie 1993: "Die Kommission hält es für dringend erforderlich, daß die Ausgestaltung des Sozialpsychiatrischen Verbands als gesteuerter bzw. als koordinierter Prozeß erfolgt. Daher ist die Beauftragung einer Koordinationsinstanz und die Zuschreibung von Koordinationsaufgaben in das Aufgabenprofil von Mitarbeitern psychiatrischer Versorgungseinrichtungen unumgänglich. Der Bedarf an Koordination ergibt sich aufgrund der erheblichen institutionsübergreifenden Aufgaben, die zur Förderung und Stabilisierung von Kooperationsbeziehungen nötig sind. Die Koordination für den Sozialpsychiatrischen Verbund sollte auf Stadt- bzw. Landkreisebene erfolgen, um den Erfordernissen einer gemeindeintegrierten Psychiatrie zum Durchbruch zu verhelfen. ... Dies in die Wege zu leiten, muß eine vorrangige Aufgabe der regionalen Koordination sein. Insofern bedarf es, wie von den Experten der Bundesregierung festgestellt, der Einbindung der vor Ort in Dienst- und Fachaufsicht Verantwortlichen (Dezernenten, Direktoren bzw. Geschäftsführer freigemeinnütziger Träger)."⁷¹²
	Zieloption	<ul style="list-style-type: none"> - Gesetzliche Bestimmungen, die die Grundlage des gegliederten Systems der sozialen Sicherung bilden, sind zu modifizieren. Das "Kostenzuständigkeitsgerangel" ist zu beenden, ebenso wie alle unzulänglichen Formen trägerübergreifender Kooperation, Koordination und Vernetzung. Die vorhandene Eigeninteressensvielfalt von unterschiedlichen Trägern verpflichteten Fachkräften verhindert, den Standard an fachlich-inhaltlicher Kooperation, Koordination und Vernetzung - trägerübergreifend - zu erzielen, der notwendig wäre, um die Zielsetzung der wirkungsvollen, zielgerichteten Hilfestellung für Betroffene zu erreichen.

711 BOCK 1991, Seite 548

712 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 43

Zur Verwirklichung der vorstehenden **Zieloptionen** erscheint es erstrebenswert, die Vielfalt der Maßnahmeträger zugunsten nur eines einzigen Maßnahmeträgers (juristischer Trägerverbund) aufzuheben. Hinsichtlich der Vielfalt der Kostenträger und Finanzierungsmodalitäten sind Vereinfachungen, die vornehmlich auf der Ebene der Gesetzesgrundlagen zu erfolgen hätten, dringend angezeigt.

Zugegeben, diese Vorstellungen sind von erheblicher Tragweite, wenn sie auf die gegenwärtige Versorgungsrealität aufsetzen. Es stellen sich unmittelbar Fragen der Umsetzung und der Realisierungsaussichten eines derartigen Unterfangens mit weitreichenden Veränderungskonsequenzen. Diese "realpolitischen Machbarkeitserwägungen" sollen jedoch einstweilen ausgeblendet werden, weil sie an dieser Stelle womöglich bewirken würden, innovationskonzeptionelle Überlegungen im Vorfeld zu blockieren. Aspekte der Realisierung sollen später (unter Punkt 6.3) vertieft werden.

Die aus den Zieloptionen entwickelten Vorstellungen:

- Ein einziger Maßnahmeträger für eine Vielzahl von ambulanten und teilstationären Dienst- und Service-Leistungen;
- Veränderung der Gesetzesgrundlagen zwecks Vereinfachung von Kostenträgerzuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten;

sind als Junktim gedacht, d.h. die Umsetzung nur einer der beiden Vorstellungen unter Vernachlässigung der jeweils anderen würde im Ergebnis zu kaum wahrnehmbaren Verbesserungen führen.

Wird von der Fiktion einer grundsätzlich getroffenen Entscheidung zur Verwirklichung der vorgestellten Zielrichtung ausgegangen, dürften sich bei der allmählichen Umsetzung - im Vergleich zu den gegenwärtigen Voraussetzungen - einige systembedingte Erleichterungen ergeben:

- Alle bekannten Nachteile, Reibungsverluste und Unwägbarkeiten im Zusammenhang mit trägerübergreifenden Regelungen würden entfallen. Insbesondere arbeitsinhaltliche Kooperationen und Koordinationen wären "unter dem Dach eines Trägers" institutionalisiert und damit wesentlich unproblematisch.

tischer. Der vielfach eingeforderte⁷¹³ und derzeit kaum irgendwo effizient vorhandene⁷¹⁴ "Gemeindepsychiatrische Verbund"⁷¹⁵ bzw. "Sozialpsychiatrische Verbund"⁷¹⁶ könnte quasi - mit unvergleichlich geringerem Aufwand - "im Hause" realisiert werden.

- Personalplanungen und Personaleinsätze wären flexibler und effizienter möglich. Schwankende Arbeitsbelastungen sowie urlaubs- und krankheitsbedingte Engpässe könnten rasch "innerhalb des Hauses" ausgeglichen werden. Der Realisierung personalintensiver Projekte, wie beispielsweise ein Kriseninterventionsdienst außerhalb der üblichen Dienstzeiten, immer wieder deutlich eingefordert, jedoch kaum verwirklicht, könnten gute Aussichts-chancen bestätigt werden.
- Die Verwaltungsinfrastruktur einer Region würde vereinfacht werden: Derzeit gibt es möglicherweise 24 unterschiedliche Träger psychosozialer Aufgaben in einer Region. Dies bedeutet 24 Buchhaltungen, 24 Personal- und Gehaltsabrechnungsabteilungen, 24 Haushaltsplanungen, 24 Kostenabrechnungsstellen, 24 Personaleinsatzplanungen, Urlaubslisten, Krankheitsvertretungsregelungen etc. "Unter dem Dach eines einzigen Trägers" könnten - in diesem Beispiel - jeweils 23 von 24 "Abteilungen" zugunsten jeweils einer (etwas größeren) "Abteilung" entfallen.
- Es würden sich erstmals wirkungsvolle Möglichkeiten zur Konzeptualisierung, Steuerung, Qualitätssicherung und -kontrolle von Hilfe- und Service-Angeboten ergeben, deren Verwirklichung unter den Bedingungen der gegenwärtigen Organisation der Versorgung nicht möglich wäre.⁷¹⁷

713 Beispielsweise SCHILLER 1996: "Verbund unterschiedlicher Dienste, Hilfen und Einrichtungen" zur Realisierung von "unterschiedlichen Wohnbedürfnissen, einen Wohnortwechsel und die Durchlässigkeit im Wohn- und Arbeitsbereich." - vgl. SCHILLER 1996, Seite 75 ff;

Auch die "Personalbemessungs-Kommission" stützt sich auf den "Gemeindepsychiatrischen Verbund" und schlägt zunächst eine fachlich-inhaltliche Erweiterung dieses Konzeptes um fünf "Funktionsbereiche" vor.
vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 50; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 53 f, 90, 119, 125, 138

714 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/2191, Seite 3f; vgl. DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 E, S. 35; vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1996, S. 1 ff

715 Expertenkommission der Bundesregierung 1988:
vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 295 ff, 321 ff, 325
vgl. BOCK 1991, Seite 549; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 53, 114 ff

716 § 8 Nds.PsychKG 1997; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 43
siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 50, 53, 91, 124 ff, 134 f, 148 f

717 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.1.4, Seite 49 ff

- Das bestehende insgesamt äußerst komplizierte Finanzierungsgeflecht auf der Grundlage des Systems der sozialen Sicherung könnte erheblich vereinfacht werden, zumal ein Großteil psychosozialer Dienst- und Service-Leistungen "in einer Hand" und nicht mehr auf eine Vielzahl unterschiedlicher kommunaler, privater oder sonstiger Träger zersplittert wäre. Notwendige, z.T. auch substantielle Gesetzesänderungen könnten wegen des "Vereinfachungseffektes" (nur ein Träger anstelle von Trägervielfalt) relativ einfach und rasch verabschiedet werden.

Die beispielhaft angeführten Erleichterungen, die sich als Effekte aus der Umsetzung obengenannter Zieloptionen ergeben könnten, setzen eine veränderte Organisationsstruktur im psychosozialen Bereich (nur ein Träger anstelle von Trägervielfalt) voraus, die u.a. Gewähr für nachstehende Anforderungen leisten müßte:

- Es muß **fachdisziplinübergreifend** möglich sein, Dienste, Angebote bzw. Hilfen, organisatorisch, sachlich und personell zusammenzufassen.
- Es muß möglich sein, daß derzeit **in kommunaler Trägerschaft** befindliche Dienste (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste) ohne besondere Schwierigkeiten, beispielsweise wegen der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben,⁷¹⁸ verlagert werden können.
- Es muß prinzipiell möglich sein, **vielfältige ambulante und teilstationäre Dienste** und Service-Angebote (Pflegedienste, betreutes Wohnen, psychiatrische Krankenpflege, Familientlastender Dienst, Psychosozialer Dienst, Familienberatungsstelle, Suchtberatung, Werkstatt für Behinderte, Patientenklub, Tagesstätten, Kriseninterventionsdienst, Sonderkindergarten, Sorgentelefon, Seniorentreff etc.) "unter einem Dach" zu vereinen.
- Es muß möglich sein, die **Koordination** der Service-Angebote personenzentriert "im Hause" durchzuführen und **Kooperationen** mit Dritten konzeptionell als wesentliche Bestandteile von Hilfeplänen zu verankern.

718 z.B. Schutzmaßnahmen nach §§ 12 ff Nds.PsychKG 1997; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 103 ff; siehe Band II der Arbeit, Seite 243 ff

- Es muß zur Erhöhung der Effizienz möglich sein, **regionale Entscheidungskompetenzen** für Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung der Versorgung **institutionalisiert** zu verorten.
- Es muß möglich sein, **Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung** in eine Hand zu geben.
- Es muß möglich sein, die Chance zur Aufhebung der Trennung zwischen medizinischen und sozialen Diensten zu nutzen und zur Aufhebung der Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich.
- Es muß möglich sein, entsprechend qualifiziertes **Personal** unterschiedlicher Professionen in ausreichender Anzahl unter akzeptablen arbeitsrechtlichen Bedingungen, vorwiegend als **muliprofessionelles Team**, zu beschäftigen.
- Es muß möglich sein, Finanzierungsmodalitäten zu erzielen, die Planungs- und Kostenübernahmesicherheiten beinhalten und sich nicht zu Lasten inhaltlicher Arbeit auswirken. Nur auf dieser Basis lassen sich solide **Versorgungsaufträge** stützen.

Zur Umsetzung vorstehender Zieloptionen und Anforderungen soll auf den folgenden Seiten ein Organisationsmodell vorgestellt werden, das von seiner Grundstruktur her nicht unbedingt ein Novum darstellt,⁷¹⁹ das jedoch von seiner Ausgestaltung und Intention her (konsequente Anwendung im psychosozialen Bereich, fachdisziplinübergreifender Ansatz, personenzentrierte Aufgabenwahrnehmungen, echtes Mitspracherecht der Betroffenen und Einbeziehung in Entscheidungsprozesse etc.) weit über alle bisher vorliegenden Konzepte hinausgeht:

719 So hat beispielsweise die Personalbemessungs-Kommission 1998 die Rechtsform des von ihr favorisierten "Gemeindepsychiatrischen Verbundes" als Zweckverband, gGmbH oder Körperschaft des öffentlichen Rechts bzw. als "vertragliche Kooperationsvereinbarung" vorgeschlagen. - vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 60 ff; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 54

Auch STAHLKOPF spricht 1995 von einer "rechtsfähigen Form", z.B. als "Verein der Vereine".
vgl. STAHLKOPF 1995, Seite 127; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 93

6.2.5 Ein neues Modell zur zukünftigen Organisation psychosozialer Versorgung

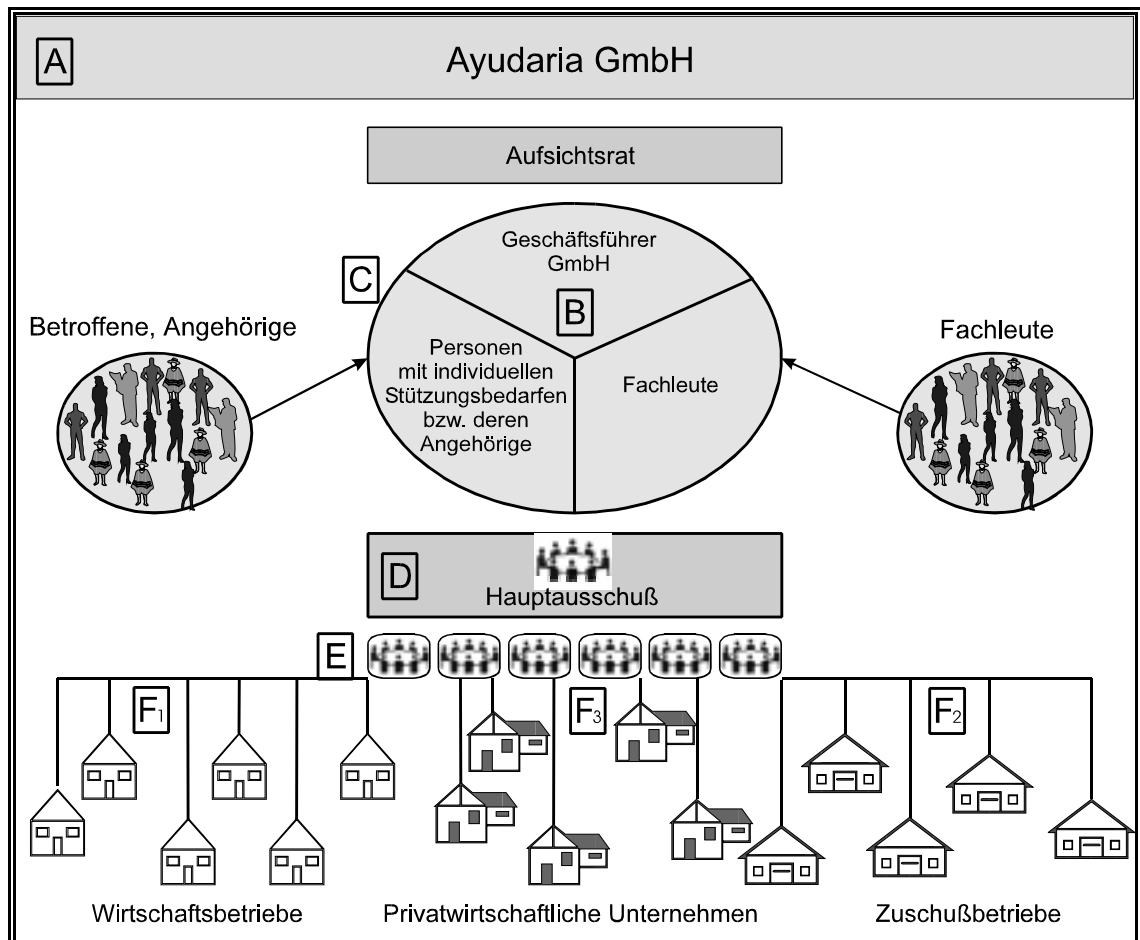
Der folgende Entwurf eines Organisationsmodells zur Gestaltung des psychosozialen Bereiches wurde als Konsequenz aus den bisherigen Ausführungen vorliegender Arbeit entwickelt. Die entworfene Organisationsstruktur soll anhand nachstehender Punkte beschrieben werden:

- 6.2.5.1 Modellskizze
- 6.2.5.2 Geographische und inhaltliche Abgrenzungen
- 6.2.5.3 Räumliche Organisation (Gebäude)
- 6.2.5.4 Organisatorische und konzeptionelle Arbeit
- 6.2.5.5 Personelle Ausstattung
- 6.2.5.6 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle
- 6.2.5.7 Feststellung von Bedarfen
- 6.2.5.8 Finanzierung

6.2.5.1 Modellskizze "Ayudaria"

Die nachstehende Modellskizze stellt einen vom Verfasser vorliegender Arbeit entwickelten Entwurf zur zukünftigen Organisation des psychosozialen Bereiches dar. Hierbei handelt es sich in erster Linie um ein Denkmodell, das die Realisierung möglichst zahlreicher zuvor dargelegter Zieloptionen (siehe Punkt 6.2.4) in sich vereinigt, bei dem jedoch gleichzeitig Aspekte der unmittelbaren Umsetzbarkeit, der Praxistauglichkeit, einstweilen ausgeblendet werden.⁷²⁰ In formaler Hinsicht erfolgt die Darstellung der modellhaften Organisationsstruktur recht konkret, in seiner Detailgliederung hingegen will das Modell unverbindlicher bleiben und weniger mit konkreten Festlegungen operieren; es ist offen und verlangt auf diese Weise nach kreativen Ausgestaltungen:

720 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.3, Seite 269 ff



Die vorstehende Modellskizze stellt ein Organisationsmodell für den psychosozialen Bereich dar, dem der Phantasiename "Ayudaria GmbH" verliehen wurde. Ayudaria-Organisationen sollten jeweils für Bevölkerungseinheiten von 100.000 bis 150.000 Einwohner konzipiert sein. Die wesentlichen Merkmale der Organisationsstruktur lassen sich wie folgt beschreiben:

- Als Rechtsform wurde die GmbH gewählt. Dies beinhaltet all jene rechtlichen Vorgaben, die sich nach geltenden gesetzlichen Bestimmungen für eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung ergeben. Vor allem greifen die Bestimmungen bezüglich der Rechte und Pflichten der Gesellschafter.⁷²¹
- Eine GmbH hat mindestens zwei notwendige Organe: die **Gesamtheit der Gesellschafter** und einen oder mehrere Geschäftsführer. Die Gesamtheit der Gesellschafter ist das oberste Organ der GmbH. Ihre Zuständigkeit er-

streckt sich, soweit nicht Gesetz oder Satzung (Gesellschaftervertrag) etwas anderes bestimmen, auf alle Angelegenheiten.⁷²²

- Die **Geschäftsführer** sind das Geschäftsführungs- und Vertretungsorgan.⁷²³ Sie sind im Rahmen von Gesetz und Satzung den Weisungen der Gesellschafter unterworfen. Ihre Bestellung erfolgt durch die Satzung oder einen Beschluß der Gesellschafter.⁷²⁴ Die Zeitdauer der Bestellung ist nicht begrenzt. Ihre Abberufung ist jederzeit zulässig. Geschäftsführer kann nur eine natürliche, unbeschränkt geschäftsfähige Person sein.⁷²⁵

- Ein **Aufsichtsrat** ist für die GmbH, die meist nur wenige Gesellschafter hat, nicht allgemein vorgeschrieben. Doch kann die Satzung einen Aufsichtsrat vorsehen und seine Aufgaben festlegen.⁷²⁶ Nur wenn eine GmbH mehr als 500 Arbeitnehmer beschäftigt, muß sie nach dem Betriebsverfassungsgesetz⁷²⁷ einen Aufsichtsrat haben, dessen Mitglieder zu einem Drittel Arbeitnehmersvertreter sein müssen. Es bietet sich an, für **Ayudaria-Organisationen** stets einen Aufsichtsrat vorzusehen, dessen Aufgabe in der Überwachung der Geschäftsführung besteht.⁷²⁸ Auf diese Weise erscheint es möglich und sinnvoll, insbesondere den kommunalpolitischen Vertretern aus den jeweiligen Regionen Einfluß- und Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Einzelheiten zur Zusammensetzung und zu den Aufgaben und Rechten des Aufsichtsrates sind in der Satzung zu regeln, soweit gesetzliche Bestimmungen nicht entgegenstehen.⁷²⁹

- Als Gesellschafter im Sinne des GmbH-Gesetzes sollen für **Ayudaria-Organisationen** in der Regel nur juristische Personen in Betracht kommen: einerseits die Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bund, Land, Kommunen des Einzugsbereiches etc.), andererseits die bisherigen

722 vgl. §§ 3, 45 GmbH-Gesetz 1991

723 vgl. § 35 GmbH-Gesetz 1991

724 vgl. § 46 Nr. 5 GmbH-Gesetz 1991

725 vgl. § 6 Abs. 2 Satz 1 GmbH-Gesetz 1991









726 vgl. § 52 GmbH-Gesetz 1991

727 vgl. § 77 BETRIEBSVERFASSUNGSGESETZ 1988

728 vgl. § 52 GmbH-Gesetz 1991 i.V.m. § 111 AKTIENGESETZ 1998

729 vgl. § 90 Abs. 3, 4, 5 Satz 1 und 2, § 95 Satz 1, § 100 Abs. 1 und 2 Nr. 2, § 101 Abs. 1 Satz 1, § 103 Abs. 1 Satz 1 und 2, §§ 105, 110 bis 114, 116 i.V.m. § 93 Abs. 1 und 2, §§ 170, 171, 337 AKTIENGESETZ 1998

Maßnahmeträger, sobald eine Aufgabenübertragung an eine Ayudaria-Organisation erfolgt ist.⁷³⁰ Weitere Einzelheiten - z.B. zur Bestimmung der Gesellschaftsanteile (= Stimmanteile⁷³¹) - sind als Grundvoraussetzung einheitlich für sämtliche Ayudaria-Organisation im Gesellschaftervertrag festzulegen.

- Für die wichtigen Entscheidungen in inhaltlichen, wirtschaftlichen, organisatorischen und fachlichen Angelegenheiten ist ein **Entscheidungs- und Kontrollgremium**  vorgesehen (Gesellschaftervertrag), das drittelparitätisch vom Träger, von den in der Organisation tätigen Fachkräften sowie von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen bzw. deren Angehörigen zu besetzen ist.
- Unterhalb der Ebene des Entscheidungs- und Kontrollgremiums befindet sich der **Hauptausschuß** , dessen Aufgabe vornehmlich darin bestehen soll, über bestimmte, nicht anderen Gremien vorbehaltenen inhaltliche, wirtschaftliche, organisatorische und fachliche Angelegenheiten zu entscheiden.
- Unterhalb des Hauptausschusses ist eine unbestimmte Anzahl von **Fachausschüssen**  vorgesehen, deren Anzahl und Zuständigkeiten sich nach den jeweiligen Erfordernissen der Organisation und deren Aufgabenwahrnehmungen richten.
- Wesentliches Merkmal aller Entscheidungsinstanzen ist deren durchgängig vorhandene **drittelparitätische Besetzung**, allerdings mit den gesetzlich festgelegten Ausnahmen von Gesamtheit der Gesellschafter und Geschäftsführer.
- Auf der **Service-Ebene** sind Einheiten (Häuser) angesiedelt, die teils als **Wirtschaftsbetriebe**,  d.h. mit finanziellen Einnahmen (zum Beispiel WfB), unter Umständen selbsttragend, agieren, teils als **Zuschußbetriebe**  arbeiten, da von ihnen keine Einnahmen erwartet werden dürfen. Die "Einheiten" sind in der Regel feste Bestandteile der GmbH  , allerdings ist für **privatwirtschaftliche Unternehmen** von außerhalb  die Möglichkeit einer kooptierenden Betätigung vorgesehen, unter gewissen Voraussetzungen und für bestimmte Aufgabenwahrnehmungen.

730 Dies schließt auch private Firmen ein, sofern das Kriterium der juristischen Person erfüllt ist. - Abgrenzungsprobleme dürften auftreten, wenn beispielsweise Kostenträger und Maßnahmeträger in juristischer Personalunion auftreten oder wenn die juristische Person des Maßnahmeträgers umstritten ist, z.B. bei Kommunen, die Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises wahrnehmen. - Diese Detailfragen sollen an dieser Stelle jedoch nicht weiter erörtert werden.

731 vgl. § 47 GmbH-Gesetz 1991

6.2.5.2 Geographische und inhaltliche Abgrenzungen

Bezüglich des **geographischen** "Einzugsbereiches" bestehen Vorstellungen, die aus regionalen Gegebenheiten hergeleitet werden:

In der psychiatrischen Fachliteratur wurde 1975 von "Standardversorgungsgebieten" in der Größenordnung von ca. 150.000 bis 350.000 Einwohnern und einer "erreichbaren Nähe" innerhalb eines Radius von 25 km ausgegangen;⁷³² 1988 lauteten die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung auf Größenordnungen von 100.000 bis 150.000 Einwohnern, die nicht überschritten werden sollten, es empfehle sich - mit Einschränkungen - die "Einzugsbereiche" an die Größenordnungen der bestehenden Landkreise und kreisfreien Städte zu orientieren.⁷³³

Die Größe der "Einzugsbereiche" der Ayudaria-Organisationen sollte sich in etwa an diesen Vorgaben orientieren; allerdings sollten auch die - unterschiedlich ausgerichteten - Aufgabenausrichtungen berücksichtigt werden: Die Errichtung und Aufrechterhaltung eines Kriseninterventionsdienstes in einer - im Gegensatz zum städtischen Ballungsgebiet - dünn besiedelten ländlichen Region verlangt nach einem nicht zu klein bemessenen "Einzugsgebiet".

Dem Ayudaria-Organisationskonzept liegt die Vorstellung (Vision) einer sukzessiven Umgestaltung des gesamten psychosozialen Bereichs zugrunde. Ayudaria-Organisationen sollen bisherige Strukturen ersetzen, nicht ergänzen. Das Konzept ist auf grundlegende Umsetzungen angelegt; mit punktuellen "Miniatur-Verwirklichungen" lassen sich kaum Versorgungsverbesserungen erreichen.

Bezüglich der **inhaltlichen Abgrenzungen** sehen die modellhaften Vorstellungen grundsätzlich keine Einschränkungen bezüglich Art und Umfang der wahrzunehmenden Aufgaben vor. Sämtliche Personen mit individuellen Stützungsbedarfen aus dem "Einzugsbereich" sollen entsprechende Service-Angebote erhalten. Über ihre Bedarfe bestimmen sich Art und Umfang der Aufgabenwahrnehmungen.

732 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 28, 204

733 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, Seite 134; siehe hierzu auch: KRUCKENBERG 1990, Seite 174

6.2.5.3 Räumliche Organisation (Gebäude)

Die personenzentrierten Service-Angebote sollen - je nach Art und Ausrichtung - unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten innerhalb von Räumlichkeiten erfolgen, die von der Lage und Ausstattung her günstige Voraussetzungen bieten. Zu vermeiden sind Großeinrichtungen oder größere Einheiten in den Fällen, wo auch kleinere Einheiten möglich wären. Eine zentrale Lage der Gebäude ist zugunsten dezentraler, gut erreichbarer Räumlichkeiten zu vermeiden. Die baulichen Voraussetzungen sollten so beschaffen sein, daß sie keine unnötigen Schwellenängste verursachen.

6.2.5.4 Organisatorische und konzeptionelle Arbeit

Zur Umsetzung der inhaltlichen Arbeit bedarf es der Erarbeitung von verbindlichen Konzepten. Auch organisatorische Regelungsabläufe sind festzuschreiben. In der Anfangsphase wird man sich mit Rahmenkonzepten begnügen müssen, die aus der praktischen Arbeit in Form von dynamischen Erprobungsverfahren verfeinert und vervollständigt werden sollten. Verbindlichkeiten für das beschäftigte Fachpersonal sind in Form von Arbeitsverträgen, klaren Aufgabenzuweisungen, Arbeitszeitregelungen und Festlegungen von Leistungsfunktionen vorzunehmen.

6.2.5.5 Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung von Ayudaria-Organisationen sollte in quantitativer und qualitativer Hinsicht den Aufgabenerfordernissen entsprechen. Hierzu liegen Erfahrungswerte und Meßzahlen aus den unterschiedlichen Bereichen vor: PsychPV, FED-Projekt, Modellverbund, Modellprogramme des BMJFG, Niedersächsische Fachkommission Psychiatrie, eigene empirische Erhebung zu Sozialpsychiatrischen Diensten, Personalbemessungs-Kommission, etc. Die Personalbedarfszahlen müßten für jede regionale Ayudaria-Einheit separat ermittelt werden. Eine Begrenzung ist sicherlich durch die Möglichkeiten der Finanzierung gegeben; es wird jedoch wegen eines effizienteren Personaleinsatzes erwartet, daß die Personalkosten insgesamt geringer ausfallen als in den bisherigen separaten Hilfe- und Betreuungssystemen.

6.2.5.6 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle

Um insgesamt bessere Ergebnisse und eine zufriedenstellendere Versorgungssituation für Menschen mit individuellen Stützungsbedarfen als in den bisherigen separaten Hilfe- und Betreuungssystemen zu erzielen, wird die grundlegende Einführung von geeigneten Methoden der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle unverzichtbar sein. Hierauf soll unter 6.2.6 vertiefend eingegangen werden.

6.2.5.7 Feststellung von Bedarfen

Zur Feststellung von Bedarfen wird auf die vertiefenden Ausführungen unter Punkt 6.2.7 verwiesen.

6.2.5.8 Finanzierung

Zu den vielfältigen Aspekten der Finanzierung wird auf die vertiefenden Ausführungen unter Punkt 6.2.8 verwiesen.

6.2.6 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle

Die in der letzten Zeit verstärkt geführten Auseinandersetzungen mit Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im psychosozialen Bereich resultieren nicht so sehr aus einem Bewußtsein gesteigener Qualitätsanforderungen an bestimmte Dienst- oder Service-Leistungen, sondern erfolgen vielmehr aufgrund und infolge der Verknappung finanzieller Mittel,⁷³⁴ bei denen ungeprüft unterstellt oder zumindest implizit suggeriert wird, daß die bisherigen unzureichenden Qualitätsleistungen den bereitgestellten Finanzmitteleinsatz nicht rechtfertigen und aus diesen Gründen eine Reduzierung des Finanzvolumens vorzunehmen sei.

Wenn dies zutrifft, so können einerseits die "**vermeintlich notgedrungenen**" Qualitätssicherungsdiskussionen wegen ihres Ursprungs als fragwürdig deklariert werden, zumal sie "unter dem Mäntelchen eines heuchlerischen Etikettenschwindels" vorgeben, es gehe um inhaltlich-qualitative Aspekte, in Wahrheit jedoch interessensgesteuerte Praktiken zur Kaschierung und Legitimierung von Finanzmittelkürzungen darstellen.⁷³⁵ Als "**notgedrungenen**" können sie gelten, weil die Qualitätsfragen nicht aus eigenem inhaltlich begründeten Erkenntnisinteresse gestellt, sondern aufgrund gesetzter finanzieller Rahmenbedingungen - fremdbestimmt - ausgelöst werden und diese Fremdbestimmung gleichzeitig leugnen. Auf diese Weise wird dem Einfluß monetärer Gegebenheiten - offenbar widerspruchslos - grundlegende Definitionsgewalt im inhaltlich-qualitativen Bereich zuteil. Und als "**vermeintlich notgedrungenen**" können die Qualitätssicherungsdiskussionen gelten, weil keine überzeugenden Argumente erkennbar sind, die monetären Gegebenheiten ausschließlich als Konstante aufzufassen.

Andererseits kann Auseinandersetzungen mit Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle nicht bereits aus den vorstehenden Erwägungen die grundsätzliche Berechtigung abgesprochen werden. Wird positiv unterstellt, daß monetäre Interessen nicht im Vordergrund stehen, erscheinen Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollsysteme sowohl im Sinne der Nutzer von Service- bzw. Dienstleistungsangeboten als auch des leistungserbringenden Personals als ernstzunehmende, diskutierwürdige bzw. - nach sorgfältiger Auswahl - als geeignete Instrumentarien zur Steuerung und Kontrolle von Dienst- und Service-Leistungen, die zudem - sofern sie hierfür konzipiert

734 vgl. SCHUBERT/ZINK 1997, Seite 1 ff

735 vgl. FINK 1997, Seite 32 ff

wurden und sich in dieser Hinsicht als tauglich erweisen - dazu beitragen könnten, personenbezogene Bedarfe zu analysieren⁷³⁶ und deren darauf ausgerichtete Dienst- und Service-Leistungen zu überwachen. Sollten sich auf diese Weise zudem Kosteneinsparungseffekte ergeben, wäre dies nicht verwerflich; wichtig erscheint hingegen, daß Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollsysteme auch das sind, was sie zu sein vorgeben und nicht als Kostenreduzierungsinstrumente zu Lasten von Qualität inhaltlicher Arbeit zu enttarnen sind.

In der psychosozialen Fachwelt besteht ein großes Mißtrauen gegenüber den Instrumentarien der Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und des Qualitätsmanagements. Dies beruht weniger auf konkret vorhandene negative Erfahrungswerte, sondern resultiert aus der dominierenden Einschätzung, daß das Engagement der Mitarbeiter im Sinne von "Gutes tun wollen" bzw. "Gutes zu tun" Konzepten und Methoden einer Qualitätssicherung und -kontrolle nicht zugänglich sei.⁷³⁷ Überdies wird eine drohende Einführung von Qualitätssicherungssystemen assoziativ als einseitiges Erfassen und Dokumentieren von Daten durch Mitarbeiter eher als störend und belastend empfunden.⁷³⁸ Mitunter löst bereits die Thematisierung von Qualitätssicherungsfragen starke Abwehrreaktionen aus. Auf die 1995 in Form von - auch an die betroffenen Verbände gerichteten - persönlichen Anschreiben und durch Zeitschriftenveröffentlichung⁷³⁹ von der Redaktion "Sozialpsychiatrische Informationen" (der unter anderem auch Psychiater angehören) formulierten fünf Fragen zur Qualitätssicherung⁷⁴⁰ wurde u.a. mit Enttäuschung und Verärgerung reagiert. TROTHA schrieb für den "Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.", Berlin:

"Ihr Brief bestätigt unsere Befürchtung, daß die scheinbar so progressive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen nichts als eine neue Verkleidung für die alte, im Kern vollkommen unangetastete, Psychiatrie darstellt. ... Es erscheint uns als geradezu klischeehaft typisches Zeugnis für genau die herablassende joviale Attitüde von Sozialpsychiatern gegenüber Psychiatrie-Betroffenen, die wir inzwischen für diskriminierender halten als die Borniertheit der klassischen Anstaltspsychiater."⁷⁴¹

736 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.2.7, Seite 261 ff

737 "Anders als in angelsächsischen Ländern (vgl. z.B. Bradley, Schalock, Wolfensberger) haben Systeme der Qualitätssicherung und -kontrolle in pädagogischen Feldern bei uns keine Tradition. Pädagogische Berufsgruppen neig(t)en häufig zu einer Auffassung, daß die Qualität pädagogischer Arbeit letztlich nicht objektiv meß- und überprüfbar sei, Konzepte der Evaluation pädagogischen Handelns eher einseitigen Kontrollinteressen der Träger dienen." FRÜHAUF 1997, Seite 9

738 vgl. NOUVERTNÉ/NOUVERTNÉ 1996, Seite 13

739 vgl. REDAKTION SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1995 A, Seite 44

740 1. Was verstehen Sie unter Qualität in der Psychiatrie? - 2. Wie kann die erfaßt werden? - 3. Wie könnte sie gesichert werden? - 4. Was fehlt für die Durchführung einer qualitativ guten Psychiatrie? - 5. Was ist überflüssig in der jetzigen Psychiatrie?

741 PATIENTEN, ANGEHÖRIGE UND ANDERE EXPERTEN 1995, Seite 6

"Skeptisch wird man auch dann, wenn sich insbesondere Universitätspsychiater zu Experten der Qualitätssicherung aufschwingen, die eines chronisch schizophrenen Patienten ... selten oder nie ansichtig wurden."⁷⁴²

Die unter 6.2.5 vorgestellten Ayudaria-Organisationen sind u.a. auf ein geeignetes, gut funktionierendes Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollsystem angewiesen. Dies erscheint wegen der Spezifität des Organisationsmodells, der personenzentrierten Aufgabenausrichtungen und zur Vermeidung von bisher aufgetretenen Versorgungs- und Personaldefiziten in den derzeit üblichen getrennten Versorgungssystemen unabdingbar. Es ist naheliegend, daß das vom Verfasser geforderte Qualitätssicherungs- und -kontrollsystem, für die speziellen Anforderungen der Ayudaria-Organisationen geeignet, bisher nicht existiert; es müßte neu entwickelt werden:

- Dies bedeutet jedoch nicht, daß zu diesem Zweck "das Rad neu erfunden" werden müßte. Einerseits gibt es eine Reihe von Qualitätssicherungssystemen, die in verschiedenen Praxisfeldern seit langem angewendet werden,⁷⁴³ andererseits legen u.a. die bisherigen Ausführungen in der vorliegenden Arbeit an verschiedenen Stellen anhand festgestellter Defizite die Notwendigkeit zur Einführung derartiger Systeme nahe. Und nicht zuletzt weisen die Forschungsergebnisse der Personalbemessungs-Kommission (siehe Punkte 2.1.3 bis 2.1.5 und 2.3.1) grundsätzlich in dieselbe Richtung.
- Es bedeutet nicht, daß die in anderen Praxisfeldern - vor allem in Industrie und Marktwirtschaft - angewendeten Qualitätssicherungssysteme unmodifiziert und unreflektiert auf den psychosozialen Bereich übertragbar wären. Dies wäre ein falscher Schritt mit fatalen Folgen, vor dem insbesondere deshalb gewarnt werden muß, weil sich dieser Fehlschritt in der Praxis bereits bemerkbar macht: "Auf Tagungen zur Qualitätssicherung wird deutlich, wie sehr die unterschiedlichen Gruppen (Ärzte, Patienten, Angehörige) aneinander vorbeireden, wenn sie sich darüber zu verständigen versuchen, was

742 REDAKTION SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1995 B, Seite 2

743 Eine 1994 vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen durchgeführte Bestandsaufnahme über Maßnahmen der "medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland" listet 77 ausgewählte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf, davon 38 (entspricht 49 %) in der stationären Versorgung, 24 Projekte in der ambulanten Versorgung und 15 Projekte die stationäre und ambulante Versorgung übergreifend. Die Projekte im stationären Sektor konzentrieren sich besonders auf die Fachgebiete der Chirurgie (9 Projekte), Krankenpflege (6 Projekte), Anästhesiologie (3 Projekte) und Frauenheilkunde/Geburtshilfe (3 Projekte). Die ambulanten Projekte sind überwiegend fachgebietsübergreifend (11 Projekte) oder beziehen sich auf die Allgemeinmedizin (6 Projekte) und die Zahnheilkunde (5 Projekte). - vgl. SPÖHRING 1996, Seite 34

Qualität ist. Kennzeichnend für die Expertensicht ist eine professionelle Verengung der Perspektive, wobei die medizinische Wirksamkeit (und Wirtschaftlichkeit) im Vordergrund steht, während Patienten und Angehörigen eher psychosoziale Aspekte wichtig sind."⁷⁴⁴

- Es bedeutet nicht, sich auf irgendein halbwegs modifiziertes entliehenes System zu verständigen, das den Anforderungen der Praxis - vor allem der Praxis der Personen mit individuellen Stützungsbedarfen - nicht gerecht wird und letzten Endes faktisch doch dazu dient, Kostenreduzierungen zu Lasten von Arbeitsqualität zu erzielen. Schließlich ist nicht außer Acht zu lassen, daß mit Qualitätssicherungssystemen u.a. individuelle personenbezogene Bedarfe festgestellt werden sollen,⁷⁴⁵ die wichtige Eckdaten für die Finanzierung abgeben. Ist das gewählte Qualitätssicherungssystem zu ungenau, etwa weil es auf formale Kriterien der Qualitätssicherung abstellt oder nur einige formale, leicht operationalisierbare Merkmale benennt, wäre zu befürchten, daß notwendige Gelder ausbleiben. Dies hätte zur Folge, daß die erforderliche qualitative Arbeit - mangels Bezahlung - nicht geleistet werden könnte - ein Zustand, der gegenüber dem gegenwärtigen - in unterschiedlichen Systemen stattfindenden kostenreduzierenden Verdrängungswettbewerb⁷⁴⁶ - keine Verbesserung bedeuten würde.

Um zu umschreiben, welche Anforderungen an ein Qualitätssicherungssystem für Ayudaria-Organisationen gestellt werden, erscheint ein kurzer Überblick über vorhandene Systeme sinnvoll:

Die Literatur zu Qualitätssicherungssystemen ist inzwischen kaum noch überschaubar. Im wesentlichen existieren jedoch drei unterschiedliche Ansätze:

744 MÖLLER-LEIMKÜHLER 1998, Seite 11

745 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.2.7, Seite 261 ff

746 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 39, 50 f, 57 ff, 90 f

6.2.6.1 Die Normenreihe ISO EN DIN 9000 ff

Das Qualitätssicherungssystem ISO EN DIN 9000 ff wurde von der Internationalen Dachorganisation für Normen (International Organization for Standardization = ISO) mit Sitz in Genf 1987 nach achtjähriger Vorarbeit verabschiedet und wird mittlerweile in mehr als 50 Ländern angewandt.⁷⁴⁷ Es wird alle fünf Jahre überprüft, also bestätigt oder angepaßt. Die bekanntesten Normen tragen die Nummern ISO 9000 bis ISO 9004, deshalb die abgekürzte Wiedergabe "ISO 9000 ff".⁷⁴⁸ Da diese Normen europaweit gelten, werden sie häufig mit dem Zusatz "EN" für europäische Normen sowie dem jeweiligen nationalen Normenkürzel (für Deutschland: DIN = Deutsche Industrienorm) aufgeführt.

ISO EN DIN 9000 ff gibt Normen und Regeln vor, nach denen ein System zur Sicherung von Qualität aufgebaut werden kann. Nach ISO 9402 wird ab 1992 der Oberbegriff "Qualitätssicherung" durch "Qualitätsmanagement" ersetzt.⁷⁴⁹ Das ändert zwar nichts am Charakter von ISO 9000 ff, soll aber eine Öffnung in Richtung von TQM-Ansätzen verdeutlichen.⁷⁵⁰ In ISO 9001 sind Normen für Entwicklung, Konstruktion, Produktion, Montage und Kundendienst vorgegeben. Ursprünglich wurden diese Regelungen für die klassische industrielle Produktion entwickelt, insbesondere die Elektroindustrie und den Maschinenbau. Die ISO 9004-2 stellt einen Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagements und von Elementen eines Qualitätssicherungssystems für Dienstleistungsbetriebe dar;⁷⁵¹ nach den Normen ISO 9000 bis 9003 kann dessen Funktionsfähigkeit zertifiziert werden. "Eine Zertifizierung kann nur von einem akkreditierten Zertifizierungsunternehmen durchgeführt werden. Das Zertifikat bescheinigt, daß die Qualitätselemente, die in dem zugrunde gelegten Normenbündel (z.B. DIN ISO 9001 bis 9003) niedergelegt sind, in dem die Zertifizierung anstrebenden Unternehmen in ausreichendem

747 vgl. SPÖHRING 1996, Seite 35

748 vgl. DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG/AUSSCHUß QUALITÄTSSICHERUNG UND ANGEWANDTE STATISTIK 1992

749 "Qualitätsmanagement umfaßt 'alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.' Als Ziele des Qualitätsmanagements werden genannt: Kundenzufriedenheit, Rentabilität, Umweltverträglichkeit und Gesetzeskonformität; als Instrumente: Führungsaufgabe Qualität, Qualitätssicherung, Rechnerunterstützung, Mitarbeiterengagement, Verfahren und Techniken sowie Qualitätspolitik."

vgl. G. F. Kamiske & J.-P. Brauer: Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, München, Wien, C. Hanser Verlag, 2. Auflage 1995, Stichwort "Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung", S. 1148 ff

vgl. SPÖHRING 1996, Seite 35

750 TQM = Total Quality Management, siehe hierzu vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.2.6.2, Seite 252 ff

751 vgl. QUALITÄT UND ZUVERLÄSSIGKEIT (QZ) 1993, Seite 217 ff

Maß eingerichtet sind und angewendet werden, d.h. ob ein Qualitätssicherungssystem eingeführt wurde und praktisch umgesetzt wird.⁷⁵² Oder knapper: Zertifizieren ist eine Konformitätsbestätigung über die Übereinstimmung eines Ist-Zustandes mit einem Sollwert bzw. einer Vorgabe (z.B. technische Produktnorm, Norm, für Ausbildungssysteme oder auch für Qualitätsmanagementsysteme).⁷⁵³ Die ISO-Normen beziehen sich nicht direkt auf die Qualität einer Dienstleistung; sie verlangen nur, daß ein Betrieb ein Qualitätssicherungssystem entsprechend den Normenvorgaben aufrechterhält und dokumentiert. "Überspitzt formuliert, ließe sich ein wohnbezogener Dienst für behinderte Menschen nach DIN ISO 9000 ff. auch dann zertifizieren, wenn er extrem entindividualisierend, integrationshemmend und normalisierungsresistent wirken würde, dafür aber in der Lage wäre, diese 'Leistungen' anhand klar operationalisierter Zielkataloge und Verfahrensregelungen zu explizieren."⁷⁵⁴

Eine Gefahr des ISO-Modells ist daher in dessen Schematismus zu sehen, wenn ein Betrieb seine Arbeitsabläufe in das Normenschema zu pressen versucht. Ein weiteres Problem dürften die erheblichen Kosten sein, die mit der Einführung und Zertifizierung eines solchen Qualitätsmanagement-Systems verbunden sind.⁷⁵⁵

Befürchtet wird schließlich eine nicht enden wollende "Zertifizierungsspirale". Zu sehen ist dies z.B. in der Automobilzulieferindustrie, wo das Zertifikat inzwischen zum festen Bestandteil eines jeden Unternehmens gehört. Ein Wettbewerbsvorteil ist damit nicht mehr gegeben. So wurde jetzt, ausgehend von drei großen amerikanischen Automobilherstellern, eine weitere Norm geboren: "Quality System Requirements - QS 9000", um ein neues Unterscheidungskriterium in der Zulieferbranche einzuführen.⁷⁵⁶

752 vgl. E. Pinter, H. Stürwolt et al.: DIN ISO 9004 Teil II als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: *Krankenhausumschau* Nr. 3, 1995, Special Nr. 2: "Qualitätssicherung", S. 2 ff, hier: S. 5

753 vgl. H.-U. Mittmann: Akkreditierung und Zertifizierung - ein europäisches System der Qualitätssicherung, in: G. F. Kamiske (Hg.): *Die Hohe Schule des Total Quality Management*, Berlin, Heidelberg etc., Springer 1994, S. 255 ff; zitiert nach SPÖHRING 1996, Seite 34

754 SCHWARTE/OBERSTE-UFER 1997, Seite 71

755 SCHUBERT 1997, Seite 140: "Die erstmalige Zertifizierung sowie die im dreijährigen Abstand stattfindende Wiederholungszertifizierung kosten ... je nach Größe zwischen ca. 20.000,- DM und 30.000,- DM. Zudem findet jährlich ein Überprüfungsaudit statt, für das etwa 8.000,- DM eingeplant werden muß. Eingerechnet sind hierbei jeweils schon die Kosten für Handbuchprüfung, Registrierungsgebühren des Zertifikats und Spesen der Auditoren. Ein optionales Voraudit, d.h. ein eintägiger 'Besuch' eines Auditors zur Vorbereitung ..., ist noch nicht enthalten. Rechnet man die Kosten für externe Berater hinzu, so ergibt sich für die erstmalige Zertifizierung ... ein durchschnittlicher Betrag von ca. 70.000,- DM ohne Berücksichtigung interner Kosten für die Freistellung von Mitarbeitern. Bei der Aufrechterhaltung der Zertifizierung muß von etwa 10.000,- DM jährlich (Gebühren für Überprüfungsaudit, Schulungen) ausgegangen werden, ebenfalls ohne Einbeziehung der Kosten für die Freistellung von Mitarbeitern."

756 vgl. BURMEISTER/LEHNERER 1996, Seite 41

Das Qualitätsmanagement-System ISO EN DIN 9000 ff erscheint einerseits zu abstrakt formuliert (in seiner Allgemeinheit ohne eine Normierung von fachlichen Standards), blendet andererseits wichtige Aspekte wie z.B. die "Kundenzufriedenheit" aus, so daß seine allgemeine Übertragbarkeit auf den psychosozialen Bereich skeptisch beurteilt werden muß. Fraglich ist, ob in diesem Normensystem die wichtigste Qualität wohl jeglicher psychosozialen Dienstleistung, die fachlich wie menschlich zugleich geprägte Beziehung zwischen der betreuenden (behandelnden) und der betreuten (behandelten) Person, zureichend abgebildet werden kann.⁷⁵⁷ Verschiedene Autoren rücken in letzter Zeit in ihren Beiträgen von einer Empfehlung des ISO-Modells zur Anwendung im psychosozialen Bereich ab.⁷⁵⁸ So weist u.a. HEKKING 1997 darauf hin, daß die standardisierten Verfahren zur Qualitätssicherung im wesentlichen von vier Schwächen gekennzeichnet seien:⁷⁵⁹

1. Da sie zu statischen Qualitätsvorgaben neigten, behinderten sie damit dynamische, kontinuierliche und innovative Verbesserungen der Service-Qualität, die im sozialen Dienstleistungssektor dringend notwendig sei.
2. Sie begünstigten durch eine starke Formalisierung und Bürokratisierung Regel- und Zuständigkeitsdenken der Mitarbeiter, anstatt Flexibilität, Kreativität und ganzheitliches Denken zu motivieren.
3. Sie förderten Standardisierung und Nivellierung und wirkten damit der gerade im sozialen Dienstleistungssektor so wichtigen Individualisierung und Differenzierung entgegen.
4. Sie würden Gefahr laufen, Qualität auf dem Papier zu produzieren, die als Alibi für praktische Verbesserung der Service-Qualität am Kunden instrumentalisiert werden kann.

HOLLERITH und RAU vertreten ebenfalls die Auffassung, daß das ISO-Modell 9000 ff für die Anwendung im Bereich bestimmter sozialer Einrichtungen (z.B. Behindertenhilfe) unzureichend sei. Sie sprechen sich für umfassendere Qualitätskonzepte auf der Basis internationaler Qualitätspreise (z.B. European Quality Award) aus⁷⁶⁰ - bzw. für umfassendere Qualitätsmanagement-Systeme - und halten das Modell der europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM), in dem z.B. ein wesentlich umfangreicherer Kriterienkatalog verwendet wird als bei der ISO EN DIN 9000 ff, für geeigneter, zumal dieses Modell zwischen Gestaltungsfaktoren (betriebliche Politik und Strategie, die Mitarbeiterorientierung, das Management der Ressourcen und die Prozesse) und Ergebnisse (neben dem

757 vgl. SPÖHRING 1996, Seite 36

758 vgl. RAU 1997, Seite 112; vgl. SELBMANN 1997, Seite 192; vgl. HEKKING 1997, Seite 208; vgl. HOLLERITH 1997, Seite 224

759 vgl. HEKKING 1997, Seite 208

760 vgl. RAU 1997, Seite 112

finanziellen Geschäftsergebnis die Kundenzufriedenheit, die Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung) unterscheidet. Dies scheine - so beispielsweise HOLLERITH 1997 - für soziale Dienstleistungsunternehmen eine bessere Orientierung zu bieten als die ISO EN DIN 9000 ff.⁷⁶¹ Lediglich SELBMANN gelangt zu der Auffassung:

"Keines der derzeit bekannten Modelle für Bewertungsverfahren (... Zertifizierung nach ISO9001 und European Quality Award/Malcolm Baldrige National Quality Award) erfüllen alle Qualitätsmerkmale zur vollsten Zufriedenheit. Sieht man von der Anschlußfähigkeit einmal ab, bei der alle Modelle wegen des großen Ressourcenbedarfs Schwierigkeiten haben, schneiden der European Quality Award bzw. der Malcolm Baldrige National Quality Award noch am besten ab."⁷⁶²

761 vgl. HOLLERITH 1997, Seite 224

762 SELBMANN 1997, Seite 192

6.2.6.2 Umfassendes Qualitätsmanagement (Total Quality Management - TQM)

Erweiterte Ansätze von Qualitätsmanagement beinhalten über die Normanforderungen beispielsweise des Systems ISO EN DIN 9000 ff hinaus weitere Aspekte zur systematischen Qualitätsverbesserung. Zu den charakteristischen Elementen derartiger Qualitätskonzepte zählen insbesondere die Kunden-, Mitarbeiter- und Prozeßorientierung. Hierzu hat es auch bei der International Organization for Standardization = ISO entsprechende Überlegungen gegeben, die eine inhaltliche Beschreibung des umfassenden Qualitätsbegriffes lieferten. Diese liegen in Form der ISO EN DIN 8402 vor:

"Auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt."⁷⁶³

Nach ZINK 1997 greift jedoch die Reduzierung auf eine "Führungsmethode" zu kurz, "obwohl diese Definition des Total Quality Management (TQM) eine Reihe von 'richtigen' Elementen enthält."⁷⁶⁴ Nach seiner Meinung müsse eine "unternehmensspezifische Qualitätsphilosophie" formuliert werden, um allen Mitgliedern einer Organisation Qualität als Handlungsziel zu verdeutlichen. Der Qualitätsbegriff dürfe dabei nicht länger nur eindimensional und ergebnisorientiert verstanden werden, vielmehr sei er insbesondere um eine prozeßorientierte Sichtweise zu erweitern. Schließlich müsse ein TQM-Konzept integraler Bestandteil der Unternehmensstrategie sein, wenn es nicht zu einem "kurzlebigen" Programm "verkommen" solle.⁷⁶⁵ Nach ZINK komme bei den Aktivitäten zur Qualitätsförderung auf europäischer Ebene dem neugeschaffenen European Quality Award (EQA), der erstmals 1992 verliehen wurde, eine besondere Rolle zu. Mit diesem Preis sollen Unternehmen ausgezeichnet werden, die bei der innerbetrieblichen Umsetzung von TQM Hervorragendes geleistet haben und als Vorbild andere Unternehmen zur Umsetzung umfassender Qualitätskonzepte anregen können.

Der European Quality Award (EQA) steht unter der Federführung der European Foundation for Quality Management (EFQM); der offizielle Name des EFQM-Modells lautet "The European Model for Total Quality Management".⁷⁶⁶ Das Modell

763 ISO EN DIN 8402, zitiert nach ZINK 1997, Seite 91

764 vgl. ZINK 1997, Seite 91; siehe auch: ZINK 1995

765 vgl. ZINK 1997, Seite 91 f

766 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995

umfaßt neun Kriterien, davon fünf Organisations- und vier Ergebniskriterien. Die neun Kriterien sind weiter unterteilt. Zu dem Modell gehört ein Bewertungssystem, mit dem das Qualitätsniveau einer Organisation auf einer Skala von 0 bis 100 ermittelt werden kann. Stärker als an den Ursprungsorten, in Japan und den USA, akzentuiert das europäische Beurteilungsmodell die Kriterien der Mitarbeiterzufriedenheit, der gesellschaftlichen Verantwortung, der Lebensqualität, des Umweltschutzes und des Ressourcenschutzes. Die neun Hauptkriterien mit ihren Spezifikationen und dem Gewichtungsschlüssel sind nachstehend abgebildet.⁷⁶⁷

Nr.	Kriterium	Spezifikation	max. Punkte
1.	Führung (Leadership)	Der Beitrag aller Führungskräfte zur Realisierung des Ziels Total Quality	100
2.	Unternehmenspolitik Strategie	Die Unternehmenskultur, die Ziele und strategische Ausrichtung	80
3.	Mitarbeiterorientierung	Personalführung, Schulung und Motivation	90
4.	Ressourcen	Der Umgang mit finanziellen, informativischen und technologischen Ressourcen	90
5.	Wertschöpfungsprozesse	Das Management aller wertschöpfenden Prozesse im Unternehmen	140
6.	Kundenzufriedenheit	Die Meinung, die externen Kunden über das Unternehmen und dessen Produkte und Dienstleistungen haben	200
7.	Mitarbeiterzufriedenheit	Erfüllung der Anforderungen und Wünsche der Mitarbeiter	90
8.	Gesellschaftliche Verantwortung/öffentliches Image	Die öffentliche Meinung über die Haltung des Unternehmens zu Fragen der Lebensqualität, des Umweltschutzes und der Ressourcenschonung	60
9.	Geschäftsergebnisse	Erreichte Ergebnisse in Relation zu den gesteckten Zielen	150

Dem EFQM-Konzept, das auf der Philosophie des umfassenden oder integralen Qualitätsmanagements beruht, liegen folgende Annahmen zugrunde:

767 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 11 ff

- Integrales Qualitätsmanagement bedeutet, daß die gesamte Organisation Qualität anstrebt. Das heißt, daß sowohl die Produkte und Dienstleistungen als auch die Organisation selbst von ihren Kunden, ihrem Personal und von der Gesellschaft positiv bewertet werden.
- Das Management einer solchen Organisation kann dies durch eine ausgewogene Politik, eine deutliche Strategie und eine abgewogene Steuerung des Personal-, Ressourcen- und Prozeßmanagements erreichen.
- Umfassendes Qualitätsmanagement führt zu guten Ergebnissen oder zu "business excellence".⁷⁶⁸

Vorläufer des EFQM-Modells ist der Baldrige Award (MBNQA),⁷⁶⁹ bei der die gleichen Annahmen die Basis bilden.

Das EFQM-Modell bietet den Rahmen für eine Diagnose des Qualitätsmanagements einer Organisation. Eine derartige Diagnose kann in unterschiedlicher Form gestellt werden. Eine der vielversprechendsten Formen ist die Selbstevaluation oder das "self-assessment". "Die Selbstbewertung ist eine umfassende, regelmäßige und systematische Überprüfung von Tätigkeiten und Ergebnissen einer Organisation anhand eines Modells für hervorragende Geschäftsergebnisse. ... Der Selbstbewertungsprozeß ermöglicht es der Organisation, ihre Stärken und Verbesserungsbereiche eindeutig festzustellen und führt letztendlich zur Planung von Verbesserungsmaßnahmen, deren Fortschritte überwacht werden."⁷⁷⁰ Um eine Selbstevaluation durchführen zu können, bietet EFQM den interessierten Organisationen verschiedene Methoden an, z.B. Selbstbewertung durch die Simulation einer Bewerbung um den "European Quality Award", durch Standardformulare,⁷⁷¹ Matrixdiagramme,⁷⁷² Workshops⁷⁷³ und durch Fragebögen.⁷⁷⁴ In der von der EFQM

768 vgl. NABITZ/WALBURG 1996, Seite 15

769 **Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)**: wird seit 1988 durch den Präsidenten der USA verliehen und fokussiert stark auf Kundenzufriedenheit als dem wesentlichen Qualitätsmerkmal und enthält mit der Betonung von Wettbewerbsvergleichen (Benchmarking) ein starkes Konkurrenzelement.
vgl. SPÖHRING 1996, Seite 35

770 EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 9

771 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 40 f

772 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 42 f

773 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 44 ff

774 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 48

herausgegebenen Selbstbewertungs-Broschüre werden die einzelnen Methoden der Selbstbewertung selbstkritisch beleuchtet;⁷⁷⁵ das Selbstbewertungs-Verfahren wird zusammenfassend wie folgt beurteilt: "Letztendlich ist die Selbstbewertung ein leistungsfähiger Mechanismus zur Einführung und Unterstützung von Verbesserungsmaßnahmen innerhalb der Organisation. Die Untersuchungen werden jedoch keine nutzbringenden Veränderungen hervorrufen, solange keine praktischen Verbesserungspläne festgelegt und umgesetzt werden, die eine vollständige und andauernde Unterstützung des betreffenden Führungsteams besitzen."⁷⁷⁶

Einer 1996 herausgegebenen Broschüre des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe ist zu entnehmen, daß das EFQM-Modell beispielsweise im "Jellinek-Zentrum", einer Einrichtung des Gesundheitswesens in Amsterdam,⁷⁷⁷ angewandt wird. In ambulanten Einrichtungen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe in Düsseldorf, Mainz, Frankfurt, Hamburg und Münster sind konkrete Schritte zur Anwendung eingeleitet worden⁷⁷⁸ sowie im Bereich des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger.⁷⁷⁹

6.2.6.3 Diverse Einzelkonzepte für spezielle Aufgabenbereiche

Neben den vorstehend skizzierten Qualitätsmanagement-Modellen - ISO 9000 ff und TQM - haben sich in jüngster Zeit in speziellen, eng begrenzten Teilbereichen der psychosozialen Versorgung eigenständige Qualitätssicherungssysteme etabliert. Hier sollen beispielhaft das von der Bundesvereinigung Lebenshilfe z.B. für die Werkstätten entwickelte "Instrumentarium zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (QS-WFB)" und für das Feld Wohnen das LEWO-Konzept ("Lebens- und Wohnqualität erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung - LEWO") angeführt werden:

775 vgl. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 50-55

776 EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995, Seite 49

777 vgl. LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1996, Seite 7-44

778 vgl. LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1996, Seite 47 ff, 67 ff, 81 ff, 95 ff, 101 ff

779 vgl. LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1996, Seite 55 ff

QS-WfB

"Die inhaltliche Ausführung von Qualitätsdimensionen und die Ableitung von Prüffragen entstanden vor dem Hintergrund, Lebenshilfe-Werkstätten eine inhaltliche Orientierung im Sinne eines 'Lebenshilfe Gütesiegels' zu geben. 'Gute' Arbeit in Werkstätten wird damit im Sinne der Lebenshilfe-Philosophie beschreibbar und damit auch gezielt herstellbar. Basis für die Inhalte dieses Instrumentes waren verbandliche Aussagen zur Arbeit der Werkstätten sowie wesentliche arbeitswissenschaftliche sowie arbeits- und organisationspsychologische Prinzipien.

In einem ersten Teil werden ausführlich Aufgaben, Entwicklungsziele und Qualitätsansprüche an die Arbeit der Werkstätten vorgegeben, ergänzt um eine Auflistung von Gestaltungsmitteln, die den Werkstätten zur Verfügung stehen sollten, um diese Ansprüche auch erfüllen zu können (Soll-Beschreibung). Im zweiten Teil wird im QS-WfB ein Fragebogen aufgenommen, mit dem das Ausmaß der Erfüllung unterschiedlichster Qualitätsanforderungen in der Praxis möglichst objektiv einzuschätzen ist (Ermittlung des Zielerreichungsgrades; Ist-Analyse).

Das QS-WfB ist in erster Linie ein verbandspolitisches Instrument zu Förderung der in den Werkstätten der Lebenshilfe angebotenen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen."⁷⁸⁰

Das LEWO-Konzept

"Bei LEWO handelt es sich um ein Konzept der Selbstkontrolle. Ausgehend von Leitlinien des professionellen Handelns, so z.B. Bedürfnisorientierung, Individualisierung, Selbstbestimmung, Förderung des Ansehens, Förderung von Kompetenz und Entwicklungsorientierung werden Aufgabenfelder beschrieben, so z.B. Einrichtung und Gestaltung des Wohnraumes, Zusammenleben, Alltagsstrukturen und nichtprofessionelle Beziehungen sowie Netzwerke, um hieraus ca. 40 konkrete Gegenstandsbereiche abzuleiten, die wiederum durch eine Vielzahl von Items Alltagsrealität beschreibbar machen."⁷⁸¹

780 FRÜHAUF 1997, Seite 14 f

781 FRÜHAUF 1997, Seite 20

Die vorstehenden speziellen Qualitätssicherungssysteme sind vor allem aufgrund gesetzliche Neuregelungen⁷⁸² zustande gekommen. Unter Bezugnahme auf die Eingangsbemerkungen zu Punkt 6.2.6 sei hier einerseits an die kritische Reflexion der Gründe für deren Zustandekommen erinnert. Andererseits fördern unterschiedliche spezielle Qualitätssicherungssysteme eine "Babilonisierung der Qualitätsdiskussion"; sie sind zudem mit dem Makel behaftet, daß sie kaum vergleichende Betrachtungen zulassen. Im Rahmen der Fachdiskussion werden jedoch sowohl das LEWO-Konzept als auch das QS-WfB recht positiv beurteilt. Mit dem LEWO-Konzept wird der Anspruch verbunden, der Qualitätsprüfung im Rahmen des § 93 BSHG damit entsprechen zu können.⁷⁸³ Positiv werden beide Konzepte deshalb beurteilt, weil sie konzeptionell beinhalten, daß im Vorgang der Qualitätsprüfung die behinderten Menschen selbst zu befragen sind.⁷⁸⁴

6.2.6.4 Qualitätsmanagement in Ayudaria-Organisationen

Die vorgenommenen Darstellungen unterschiedlicher Qualitätsmanagementsysteme legen nach kritischer Würdigung den Schluß nahe, daß das Total Quality Management (TQM), also das EFQM-Modell, am ehesten für die Ansprüche der Ayudaria-Organisationen geeignet erscheint. Es sei jedoch nochmals darauf hingewiesen - wie bereits eingangs vermerkt - daß es einer Fehleinschätzung gleichkäme, von der Existenz eines rezeptual auf Ayudaria-Organisationen anwendbaren Qualitätsmanagementsystems auszugehen; in jedem Falle sind prozeßhafte Modifikationen erforderlich, unabhängig davon, welches Qualitätsmanagement-Modell als Grundlage hierfür dienen mag. Dies trifft somit also auch auf das EFQM-Modell zu.

Nach Abwägung der vorgestellten Qualitätsmanagementmodelle erfolgt die Votierung des Verfassers vorliegender Arbeit vor allem aus folgenden Gründen entschieden zu Gunsten des EFQM-Modells:⁷⁸⁵

782 Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurde in § 80 SGB XI Qualitätssicherung zur Auflage gemacht. Für Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe trat durch die Neufassung der §§ 93, 94 BSHG zum Juli 1994 eine grundsätzliche Umorientierung des Abrechnungsverfahrens zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern der Behindertenhilfe in Kraft.

783 vgl. FRÜHAUF 1997, Seite 21 f

784 vgl. FRÜHAUF 1997, Seite 23 ff

785 vgl. NABITZ/WALBURG 1996, Seite 12 ff

1. Der Qualitätsansatz des EFQM-Modells ist breitangelegt und geht im Gegensatz zu der stark schematisch ausgeprägten Form bei ISO EN DIN 9000 ff von einer breitgefächerten Wahrnehmung, Erhebung und Steuerung aus. Das Bild eines Hauses der Qualität entsteht, in dem verschiedene Abteilungen mit ihren Anforderungen an Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ihren Platz finden. Dieser breitgefächerte Ansatz von EFQM kommt den Ansprüchen und Bedürfnissen der Ayudaria-Organisationen entgegen, wenn sie es ernst meinen mit ihren inhaltlichen Ansätzen der personenzentrierten Hilfen für Menschen mit individuellen Stützungsbedarfen.
2. Ein weiterer Grund, sich für das EFQM-Modell zu entscheiden, ist dessen Übersichtlichkeit und Plausibilität. Dies mag für den Leser momentan noch recht wenig nachvollziehbar sein, würde jedoch verständlich werden, sobald eine weitere Vertiefung mit dem EFQM-Modell und den dem Verfasser vorliegenden Materialien hierzu erfolgen würde. An dieser Stelle mangelt es an einer detailmäßigen Vertiefung - die gleichsam für alle vorgestellten Modelle vorgenommen werden müßte - was im Rahmen vorliegender Arbeit aus Gründen quantitativer Selbstbeschränkung nicht geleistet werden kann. Aus dem Jellinek-Zentrum in Amsterdam, das nach dem EFQM-Modell arbeitet, liegt beispielsweise die Einschätzung vor, daß die Leitung des Zentrums, nachdem sie das EFQM-Modell kennengelernt hatte, davon überzeugt war, daß dieses als diagnostisches Instrument für die gesamte Organisation angewendet werden kann: "Die Dimensionen des Modells sprechen das Vorstellungsvermögen an und sind einfach zu erklären. Dadurch eignet sich das EFQM-Modell hervorragend dazu, die Qualitätspolitik innerhalb der gesamten Organisation zu vermitteln und umzusetzen."⁷⁸⁶
3. Das EFQM-Modell beinhaltet - im Gegensatz zu ISO EN DIN 9000 ff - Organisations- und Leistungsdimensionen. Hierdurch erfolgt die Aufhebung der Eindimensionalität: sowohl das Qualitätssystem als auch die Leistung der Einrichtung finden Beachtung.
4. Ein Erfahrungswert aus dem Jellinek-Zentrum lautet: "Messen ist wissen" lautet der Grundsatz des Qualitätsansatzes der EFQM. Ergebnisse müssen mit Fakten untermauert werden, Deutlichkeit und Klarheit stehen an erster

Stelle der Anforderungen. Letztendlich soll auf der Basis von Messungen verglichen und verbessert werden. Das EFQM bildet einen guten Rahmen, um intern und extern das Funktionieren und die Leistungen der Einrichtung zu vergleichen. Hiermit wird durch das EFQM-Modell die Basis für Benchmarking geschaffen. Das ist für das Jellinek-Zentrum mit seinen selbständigen Programmen und Abteilungen und dem hohen Dezentralisierungsgrad ein wichtiges Argument."⁷⁸⁷

5. EIKE führte hierzu - aus dem Blickwinkel der geistig Behinderten - 1996 allgemein aus: "Das Normalisierungskonzept und die Konzepte zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bedingen einander und sind nicht unabhängig voneinander umzusetzen. Sie müssen im Einklang miteinander weiterentwickelt und kontinuierlich umgesetzt werden. Die Wohlfahrtsverbände müssen sich ihrer Verantwortung stellen, Konzepte zu entwickeln und Umsetzungsmöglichkeiten aufzeigen. Das vorrangige Ziel kann dabei nicht die Festigung der Institutionen sein, sondern es bedarf einer grundsätzlichen systemischen Sichtweise von den institutionellen Vorgaben und Rahmenbedingungen als Ursache und Wirkung für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität der KlientInnen. Der Leistungsfähigkeit, der Fähigkeit, Konzepte umzusetzen, den Möglichkeiten zur Mitbestimmung und Mitwirkung etc. der MitarbeiterInnen muß vom Träger mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Sie sind es, die die gesetzlichen und konzeptionellen Vorgaben und Bedingungen mit den KlientInnen gemeinsam umsetzen müssen."⁷⁸⁸

6. Zum Kostenaspekt führt MEYER 1993 aus: "Einer verbreiteten Meinung zufolge verursachen Maßnahmen zur Erreichung hoher Qualität zwangsläufig hohe Kosten. Daß dies generell so nicht richtig ist, zeigt jedoch die neuere Qualitätsdiskussion in der Betriebswirtschaftslehre, die stets mit dem Begriff **Total Quality Management (TQM)** verbunden ist. TQM ist 'ein langfristiges, integriertes Konzept, um die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in Entwicklung, Konstruktion, Fertigung und Kundendienst durch Mitwirkung aller Mitarbeiter zu günstigen Kosten kontinuierlich zu gewährleisten und zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten zu ermöglichen' (Oess 1989, S. 81). Insbesondere japa-

787 NABITZ/WALBURG 1996, Seite 13

788 EIKE 1996, Seite 114 f

nische Erfahrungen zeigen, daß z.B. Produktionskosten zur Erreichung eines bestimmten Qualitätsniveaus mit TQM niedriger sind als in einer Produktion, bei der die einzige Qualitätskontrolle am Ende der Fertigung erfolgt (u.U. mit der Notwendigkeit, ein Erzeugnis wieder vollständig zerlegen zu müssen, um ein schadhaftes Teil auszutauschen). Und entsprechend gilt: bei gleichem Kostenniveau kann mit TQM eine höhere Qualität erzeugt werden als in herkömmlichen Produktionsverhältnissen. Ganz wesentlich für das Gelingen von TQM ist allerdings die Motivierung aller Mitarbeiter zu qualitätsbewußtem Verhalten. Notwendige Voraussetzung dafür sind partizipative Führungskonzeptionen."⁷⁸⁹

7. Sollte das EFQM-Modell - in einer modifizierten Form - Einzug in die Ayudaria-Organisationen halten, wären auf diese Weise Erfahrungsaustausche und Qualitätsvergleiche unterhalb aller Ayudaria-Organisationen möglich.

Aufgrund der vorstehenden Aspekte ist der Verfasser vorliegender Arbeit zu der Ansicht gelangt, daß es sich im Rahmen der Diskussion um Fragen des Qualitätsmanagements bei Ayudaria-Organisationen lohnen würde, sich mit dem EFQM-Modell weiter zu befassen. Die hieran ansetzenden notwendigen Vertiefungen können sicherlich in der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden, sondern würden ggfls. im Rahmen von Forschungsprojekten erarbeitet werden müssen.

789 MEYER 1993, Seite 2 f - Zur Vertiefung des Aspektes "Kosten, Nutzen, Effizienz" wird auf die Beiträge verschiedener Autoren in dem von Viethen und Maier 1996 unter dem Titel "Qualität rechnet sich - Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus" herausgegebenen Werk verwiesen: VIETHEN/MAIER 1996, Kapitel 7, Seite 127 ff

6.2.7 Feststellung von Bedarfen

Auf die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und das Forschungsprojekt der Personalbemessungs-Kommission wurde an anderen Stellen vorliegender Arbeit bereits ausführlich eingegangen.⁷⁹⁰ An die kritischen Ausführungen des Verfassers zu den Manualen und Planungsbögen⁷⁹¹ sei hier erinnert, ebenfalls an die "Systemübergreifende Bedeutung der Ergebnisse des Forschungsprojektes der Personalbemessungs-Kommission"⁷⁹² und die Ergebnisse des FED-Projektes zu Familienentlastenden Diensten.⁷⁹³

Für die Bereiche der psychisch Kranken und geistig Behinderten stellten sich - fachdisziplinübergreifend - Anforderung zur Ermittlung personenzentrierter Bedarfe. Dies geht aus Situationsbeschreibungen beider Projekte hervor. Zunächst ein Auszug aus dem Abschlußbericht des FED-Projektes:

"Es war auch nicht ersichtlich, worin der spezifische Hilfebedarf in den Familien lag und wie er ermittelt werden sollte. Was war das speziell Neue an diesen entlastenden Hilfen für die Familien, was nicht durch bestehende andere Dienstleistungsangebote hätte auch abgedeckt werden können? Sind FED als ergänzende oder als alternative Angebote aufzufassen? Inwieweit beruhen die Angebote auf dem tatsächlichen Hilfeersuchen einer Familie, oder warben die entstandenen FED mit einem bestehenden Hilfeangebot um Klienten?"⁷⁹⁴

Aus den Forschungsberichten der Personalbemessungs-Kommission kann folgendes zitiert werden:

"Für die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im ambulanten Bereich gibt es bis heute keine Definition, die allgemeine Gültigkeit hat. Dies hat die Diskussionen bis heute immer wieder ins Stocken geraten lassen. Nun hat die Kommission 'Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung' im Rahmen eines Forschungsauftrages des Bundesministeriums für Gesundheit Ergebnisse vorgelegt, die entscheidend zur Klärung dieser Frage beitragen."⁷⁹⁵ "Nach dem Ansatz der Kommission wird der Hilfebedarf personenzentriert ermittelt. Auf einer davon getrennten Ebene geht es dann um die Frage, wie diese Hilfen personell und organisatorisch realisiert werden können. Und wieder auf einer anderen Ebene muß geklärt werden, welche Hilfekomponenten oder Hilfeabschnitte welchen Leistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Pflegekasse) zuzuordnen sind."⁷⁹⁶ "Unter Berücksichtigung der

790 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkte 2.1.3 bis 2.1.5 und 2.3.1, Seite 43 ff, 49 ff, 61 ff, 78 ff

791 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.3.1, Seite 78 ff

792 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 2.3.2, Seite 96 ff

793 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkte 2.1 bis 2.3, Seite 18 ff, 71 ff, 78 ff

794 THIMM 1997, Seite 16

795 BERGMANN-POHL 1997, Seite 13

796 KUNZE 1997, Seite 21

Vorgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sollen möglichst gemeinsam mit dem Klienten zunächst die (angestrebte) Wohnform und die Hilfeziele festgelegt werden. Wünschenswert wäre es auch, wenn wichtige, vertrauenswürdige Bezugspersonen an diesem Prozeß teilnehmen würden bzw. auch die gesetzlichen Vertreter (z.B. Betreuer). Dies soll als Grundlage zu einer differenzierten Kenntnis des Klienten und der komplexen Abstimmung der Hilfeziele auch mit dem Klienten dienen.⁷⁹⁷

Es kann somit festgestellt werden, daß aus den Versorgungsbereichen der geistig Behinderten und psychisch Kranken Anforderungen bzw. Entwicklungsplanungen zur Ermittlung personenbezogener Bedarfe herrühren. Gleichzeitig existieren Überlegungen zur Sicherung und Kontrolle der Qualität psychosozialer Arbeit. GROMANN führte hierzu unter Bezugnahme auf den "integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan" der Personalbemessungs-Kommission folgendes aus:

"Unser vorgelegtes Instrumentarium läßt sich dabei sowohl für interne (z.B. Qualitätszirkel, Fortbildung, Dokumentation von Verläufen/Selbstevaluation, Kollegiale Beratung, Supervision und Arbeitsgruppe zu fachlichen 'Routinen'/Standards nutzen. Es ermöglicht aber auch die Aggregation von Daten, die Aufsichtsbehörden, Kommunen/Kreise, Sozialleistungsträger, Unternehmensberatung/Organisationsentwicklung, Betroffenenorganisationen zur Wahrnehmung von externen Qualitätssicherungsaufgaben benötigen. Sowohl in den gebräuchlichen Qualitätsdimensionen (Prozeß- und Ergebnisqualität/Donabedian) können Ergebnisse ausgewertet wie auch die Anforderungen des Verfahrens als Strukturqualitätsparameter übersetzt werden. (Hierzu liegt ein Ergänzungsbogen vor). Auch ein prozeßorientiertes Vorgehen (TQM) von Qualitätssicherung liegt bei unserem handlungsbezogenen Vorgehen nahe."⁷⁹⁸

In ähnlicher Weise wird dies auch von der Personalbemessungs-Kommission gesehen:

"Qualitätssicherung dient der bestmöglichen Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen im Sinne optimaler Leistungserbringung. Umfassendes Qualitätsmanagement ist gerade in einer Situation steigender Anforderungen - wie in der sozialpsychiatrischen Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen - und knapper Mittel von großer Bedeutung. Interne und externe Qualitätssicherung müssen sich gegenseitig ergänzen. Das vorgelegte Instrumentarium zur Erarbeitung eines Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans und zur Personalbemessung kann sowohl im Sinne der internen als auch der externen Qualitätssicherung genutzt werden, wenn die im Arbeitsprozeß ausgefüllten Bögen gezielt ausgewertet werden."⁷⁹⁹

Anhand der vorstehenden Zitate wird deutlich, daß sich der Entwicklungsstand zur personenzentrierten Bedarfsanalyse, gekoppelt mit Aspekten der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle, exakt auf dem Level befindet, wo seitens des Verfassers vorliegender Arbeit Vorstellungen und Forderungen zum Qualitätsmanage-

797 CROME 1995, Seite 110

798 GROMANN 1997, Seite 44

799 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998, Seite 46

ment in Ayudaria-Organisationen artikuliert wurden.⁸⁰⁰ Diese Beobachtung zeigt, daß zumindest in punkto Qualitätsanspruch von unterschiedlichen Ausgangspositionen aus in dieselbe Richtung gedacht wird.

Es ist deshalb naheliegend, eine enge inhaltliche Verbindung zwischen dem TQM-Modell der EFQM⁸⁰¹ und den Arbeitsergebnissen der Personalbemessungs-Kommission⁸⁰² herzustellen. Hieraus könnten sich neue Arbeitsaufträge ergeben:

- Prüfung der Kompatibilität beider Verfahren
- Modifizierung der Manuale und Planungsbögen
- Entwicklung eines Qualitätsmanagement- und Bedarfsermittlungs-Verfahrens⁸⁰³ in Ayudaria-Organisationen.

800 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.2.6, Seite 244 ff

801 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Punkt 6.2.6.2 , Seite 252 ff

802 vgl. KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997; vgl. KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

803 ... das auch Möglichkeiten der Personalbemessung beinhaltet

6.2.8 Finanzierung

Zum Aspekt der Finanzierung von Ayudaria-Organisationen kann an dieser Stelle naturgemäß kein kohärentes Finanzierungsmodell vorgestellt werden, zumal aus derzeitigem Blickwinkel das Ayudaria-Modell noch zu unkonkrete, mit diversen Variablen behaftete Formen aufweist. Diese Unkonkretheit ist - wie an anderen Stellen bereits begründet - durchaus beabsichtigt. Aus dieser Situation ergibt sich, daß hinsichtlich der Finanzierung für die Ayudaria-Organisationen lediglich grundsätzliche Vorstellungen und Anregungen unterbreitet werden können:

1. Die Finanzierung von Ayudaria-Organisationen soll in Form von **Mischfinanzierungen** erfolgen. Dies ergibt sich bereits aus dem Umstand, daß die Finanzmittel aus unterschiedlichen Kostenträgerhaushalten zufließen, z.B. Bund, Land, Kommunen, Sozialversicherungsträger und - in besonderen Fällen - durch Selbstbeteiligungen der Personen mit besonderen Stützungsbedarfen und ihrer Angehörigen. Dieser auch gegenwärtig gültige Finanzierungsgrundsatz wird in seiner Grundstruktur erhalten bleiben.
2. Der vorgenannte Finanzierungsgrundsatz, der gegenwärtig sowohl an personenbezogene Voraussetzungen als auch an institutionsbedingte Gegebenheiten gekoppelt ist, würde zur Finanzierung von Ayudaria-Organisationen um den Aspekt der Institutionsvoraussetzungen "**erleichtert**" werden, da in diesem Falle vor der Gewährung bzw. Bewilligung von Geldern eine grundsätzliche Institutionsprüfung entfallen würde.
3. Finanzaufweisungen von unterschiedlichen Trägern an die jeweiligen Ayudaria-Organisationen könnten erfolgen, sobald der Nachweis über die Notwendigkeit bestimmter **Finanzbedarfe** erbracht würde. Diese Nachweise könnten über die Darlegung von Aufgabenwahrnehmungen für Personen mit besonderen Stützungsbedarfen erfolgen. Hierzu könnten die in den Ayudaria-Organisationen wirksamen Qualitätsmanagementssysteme (EFQM-Modell, siehe Punkt 6.2.6) bzw. spezielle Bedarfsanalyseverfahren (siehe Punkt 6.2.7) die erforderlichen Daten liefern. Eine "monetäre Bewertung von Versorgungskombinationen" oder dergleichen, wie sie beispielsweise 1986 im Rahmen von Modellerprobungen zum "Regionalen Psychriatriebudget" vorgeschlagen wurde,⁸⁰⁴ wäre entbehrlich.

4. Wenn es über das in den Ayudaria-Organisationen vorhandene Qualitätsmanagement-System (ggfls. über ergänzende Evaluationsverfahren; siehe hierzu Punkt 6.2.7) gelingen könnte, den jeweiligen Finanzbedarf einer Ayudaria-Organisation darzulegen, könnte - spätestens, nachdem konkrete Erfahrungswerte hierzu vorliegen - eine **Proporzfestschreibung** hinsichtlich der anteiligen Beteiligung unterschiedlicher Kostenträger erfolgen, die dann für einen längeren Zeitraum gelten könnte. In diesem Zusammenhang wären sicherlich auch gesetzliche Veränderungen notwendig, beispielsweise in der derzeit geltenden Aufteilung der Kostenzuständigkeiten des örtlichen Trägers der Sozialhilfe versus überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Daß ein derartiger Vorschlag keineswegs in den Bereich der Utopie gehört, beweist beispielsweise die bereits heute im Bundesland Schleswig-Holstein geltende Regelung der gegenseitigen Kostenbeteiligung zwischen dem Land als überörtlichen Träger der Sozialhilfe auf der einen Seite und den Kreisen und kreisfreien Städten als örtliche Träger der Sozialhilfe auf der anderen Seite. Diese Regelung sieht im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleiches vor, daß der örtliche Träger der Sozialhilfe mit 61 % an den Kosten für die Aufgaben des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe beteiligt wird, während der überörtliche Träger 39 % der Kosten übernimmt.⁸⁰⁵
5. Zusätzliche Erleichterungen in der Finanzierung von personenbezogenen Maßnahmen, die durch Ayudaria-Organisationen geleistet werden, würden dadurch erfolgen können, daß in bestimmten im einzelnen noch exakt festzulegenden Bereichen **Globalfinanzierungen** vorgesehen werden.
6. Art und Umfang der Finanzaufweisungen an Ayudaria-Organisationen korrespondieren mit Größe, Ausrichtung der Organisationen sowie mit Art und Umfang der personenbezogenen Aufgabenwahrnehmungen. Da hier eine große Bandbreite an Variationsmöglichkeiten gegeben ist, können an dieser Stelle kaum weitere **Detailregelungen** angegeben werden; es erscheint deshalb der Hinweis nicht unbedeutend, daß diese Detailarbeit an anderer Stelle in Form fundierter Konzeptarbeit zu leisten ist, sofern die vom Verfasser vorliegende Arbeit vorgeschlagene Zielrichtung angestrebt werden sollte.

805 vgl. § 6 a des Gesetzes zur Änderung des Finanzausgleichgesetzes: SCHLESWIG-HOLSTEINER LANDTAG 1990, Seite 621; siehe auch SCHLESWIG-HOLSTEINER LANDTAG 1989

Derartige Vorstellungen und Anregungen sind nicht grundlegend neu; in der einschlägigen Literatur sind teilweise recht weitreichende, differenzierte Überlegungen zu finden. So haben beispielsweise NOWAK/WEBER hierzu 1985 u.a. folgendes ausgeführt:

"Kennzeichnend für die o.g. Vorschläge zur Umwandlung der Organisationsstruktur und Reform der Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist, daß sie ohne weitreichende Änderungen der geltenden sozialrechtlichen Bestimmungen umsetzbar sind. Grundsätzlich ist jedoch davon eine Strukturreform zu unterscheiden, die erforderlich ist, um insbesondere die notwendige Flexibilität der Sozialleistungsträger im Bereich der Investitions- und Betriebskosten herzustellen. Anzuknüpfen ist hier an die bereits in den 50er Jahren von Auerbach entwickelte Konzeption der Sozialgemeinde,⁸⁰⁶ die in Form einer Selbstverwaltungskörperschaft alle an der Gesundheitsicherung und Gesundheitsversorgung beteiligten Träger umfaßt. Bei dieser Modellvorstellung⁸⁰⁷ geht es um eine horizontale und vertikale Integration der Kostenträger und z.T. auch der Leistungsanbieter auf regionaler Ebene unter Aufrechterhaltung zentraler Elemente des Sozialversicherungssystems. Die Sozialgemeinde verfügt über regionale Entscheidungskompetenzen für Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung der Versorgung. Für die Betroffenen sichert sie die Durchsetzung des Final-Prinzips vor Ort: Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung liegen in einer Hand. Die Sozialgemeinde bietet die Chance der Aufhebung der Trennung zwischen medizinischen und sozialen Diensten und der Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Sie ist darüber hinaus als Selbstverwaltungsorganisation konzipiert und eröffnet durch entsprechende Modifizierung auch Möglichkeiten der Mitbestimmung von Beteiligten und Betroffenen auf regionaler Ebene.⁸⁰⁸ Bei der Sozialgemeinde handelt es sich um eine 'Mischverwaltung' der Sozialversicherungsträger, deren Realisierung vermutlich eine Änderung des Grundgesetzes voraussetzt. ... Hinsichtlich der Realisierungschance solcher Reformvorschläge,

806 siehe: Auerbach, W. u.a.: Sozialplan für Deutschland, Berlin, Hannover 1957, Seite 60 f, Seite 146 ff

807 Auerbach, W. u.a.: Sozialplan für Deutschland, a.a.O., Seite 146 ff: "... sollen die Selbstverwaltungsorgane aller einzelnen Sozialleistungszweige örtlich und bezirklich (...) Vertreter in die 'Sozialgemeinden' entsenden (...) auch die Kommunalausschüsse für Sozialangelegenheiten und für Gesundheitsfragen sowie die Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände (...) wird örtlich und bezirklich ein Bewußtsein gemeinsamer Gesamtverantwortung für die Soziale Sicherung entstehen und damit die Voraussetzungen für sinnvoll aufeinander abgestimmte Tätigkeit geschaffen. Notwendig ist die Zusammenfassung aller Leistungsträger der Gesundheitssicherung in örtlichen und bezirklichen 'Kassenverbänden'. Die Geschäftsführung der Kassenverbände, der Arbeitsämter und Gebietskörperschaften sollten mit der Geschäftsführung der Träger der Rentenversicherung (...) einen 'Gemeinsamen Ausschuß' bilden, der (...) der Sozialgemeinde zu unterstellen ist. (...) ist die Schaffung neuer Einrichtungen gemeinsam zu überwachen. (...) Wenn gesundheits- oder berufsfördernde soziale Leistungen von persönlichen Voraussetzungen abhängig zu machen sind, muß allgemein das Ergebnis der Prüfung durch einen Sozialleistungsträger für alle übrigen Sozialleistungsträger verbindlich sein".

808 siehe dazu: Nowak, M.; Schaper, K.: Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: WSI-Mitteilungen 5/1981, Seite 307 - 316

so weitreichend sie auch auf den ersten Blick sein mögen, sind durchaus einige programmatische Vorstellungen von Verbänden und Parteien zu finden, die in diese Richtung zielen. Im sozialpolitischen Programm des DGB wird z.B. die Schaffung von 'Arbeitsgemeinschaften für Gemeinschaftsaufgaben der Sozialversicherung' gefordert, die die 'Formulierung von Zielvorgaben auf regionaler und örtlicher Ebene' übernehmen und über eine 'gewisse finanzielle Autonomie' verfügen sollten.⁸⁰⁹ Die GRÜNEN ziehen die Einrichtung von 'Kommunalen Gesundheitsbudgets' (unter Einbeziehung von Steuermitteln und Beitragsmitteln) sowie die Institutionalisierung von 'Gemeinschaftlichen Gesundheitsräten' (bestehend aus Nutzern, Professionellen, Leistungsanbietern und Kostenträgern) in Erwägung. Für den psychosozialen Bereich wird ein 'mischfinanzierter Verbund' gefordert.⁸¹⁰ Die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) strebt als Möglichkeit für die Schaffung eines einheitlichen Finanzierungssystems die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften und Zweckverbänden an. Langfristig sollen die Sozialversicherungsträger zu Sozialgemeinden zusammengeführt werden.⁸¹¹ Das sind immerhin bemerkenswerte Ansätze, wenngleich die Realisierungschancen kaum mit ungebrochenem Optimismus beurteilt werden können. Es dürfen aber Tendenzen nicht übersehen werden, die eine politische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zunehmend erforderlich machen ...⁸¹²

RICHTER stellte 1987 für die Weiterexistenz der geförderten Einrichtungen in der "Modellregion Eilbek" einen konkreten Finanzierungsentwurf, das "Ambulanzbudget" vor. "Die Idee eines 'regionalen Finanzierungsverbundes' stand als Zukunftsperspektive für die Region Eilbek im Raum. Dieses Finanzierungssystem soll folgende Kriterien entsprechen:

- die Finanzierung erfolgt **für eine Region**; die beteiligten Dienste und Einrichtungen, die finanziert werden sollen, sind für die Bewohner dieser Region zuständig.

809 vgl. DGB: Sozialpolitisches Programm, Seite 37

810 vgl. Projektgruppe "Nationale Strategie Gesundheit 2000", Fuß, R.; Göppel, E.; Huber, E.E.; Opielka, M.; Schubert I.; Trojan A. (Hrsg.) im Auftrag der GRÜNEN im Bundestag: Gesund 2000. Wege und Vorschläge, Berlin 1984, Seite 64 f

811 vgl. Bundesvorstand der ASG: Leitlinien zur psychosozialen Orientierung der Prävention und Behandlung psychiatrischer Krankheiten. Beschlossen vom Bundesvorstand der ASG am 05.10.1984, Seite 25 ff

812 NOWAK/WEBER 1985, Seite 79 ff

- Die Finanzierung einzelner Einrichtungen bzw Mitarbeiter erfolgt **pauschal**; bezahlt werden nicht einzelne Leistungen (wie z.B. bei der Abrechnung über Krankenscheine), sondern Planstellen, deren Inhaber für die Erfüllung bestimmter Aufgaben und die Erbringung bestimmter Leistungen zuständig sind.
- Die Finanzierung erfolgt nicht durch einen einzelnen Kostenträger pro Einrichtung oder Planstelle; da die Mitarbeiter aller Dienste Aufgaben erfüllen, die verschiedenen Kostenträgern zugeordnet werden können bzw. bei denen die Kostenträger-Zuordnung unklar ist, ist eine **Mischfinanzierung** durch alle in Frage kommenden Kostenträger nach jeweils festzulegenden Prozentanteilen nötig.
- Die Finanzierung wird nicht für jede Einrichtung getrennt geregelt mit der Folge der Konkurrenz und des Gegeneinander-Ausspielens sowie des fehlenden Überblicks über die insgesamt für alle Einrichtungen der Region im regionalen **Finanzierungsverbund**.⁸¹³

KULENKAMPFF berichtete 1992: "Mit sehr viel .. Erfolg, um noch ein abschließendes Beispiel zu nennen, und einem enormen Phantasieaufwand, ist die psychiatrische Versorgungssystematik in Wien, ausgesprochen von oben her auf den Boden gebracht worden. Die Erfindung der gemeinnützigen Stiftung 'Kuratorium für psychosoziale Dienste' in Wien, dessen einer Geschäftsführung zugleich die Funktion des Psychiatriebefragten der Stadt Wien ausübt, gleicht einer Art psychiatrischer Machtergreifung in diesem Millionengebilde. Durch die personelle Verklammerung sind die in acht städtischen Gebieten regionalisierten ambulanten Dienste und Wohnangebote mit einem rehabilitativem Zentrum sowie dem großen zentral gelegenen psychiatrischen Krankenhaus Baumgartnerhöhe unter einem Trägerdach und einer einheitlichen Zuständigkeit zusammengeknüpft. Ich brauche nicht auszumalen, welche phantastischen Steuerungsmöglichkeiten sich in einem solchen System ergeben."⁸¹⁴

813 RICHTER 1987, Seite 41

814 KULENKAMPFF 1992, Seite 13

6.3 Umsetzungsvorstellungen und Realisierungsaussichten der Entwürfe zur Neuorientierung

Die Umstrukturierung der psychosozialen Landschaft in die vom Verfasser vorliegender Arbeit vorgeschlagene Zielrichtung würde - sofern diese denn eingeschlagen werden sollte - erhebliche Zeit beanspruchen. Zeit würde benötigt werden:

- Für fachliche und fachpolitische Diskussionen;
- für den politischen Entscheidungsfindungsprozeß;
- für die Erarbeitung von Gesetzesvorlagen und deren Verabschiedung;
- für die wissenschaftliche Erarbeitung eines Qualitätsmanagement- und Bedarfsermittlungsverfahrens wie unter Punkt 6.2.7 vorgestellt;
- für die Aktivierung von regionalen Initiativen zur Vorbereitung von Ayudaria-Organisationen;
- für die Erstellung von einheitlichen GmbH-Satzungen (Mustersatzung);
- für die Gründung von GmbHs und der darauf unmittelbar zu erfolgenden Übernahme erster Teilaufgaben;
- für die Schaffung rechtlicher und vertraglicher Voraussetzungen zur sukzessiven Übernahme weiterer psychosozialer Aufgaben.

Sollte tatsächlich ab etwa 1999 die Umstrukturierung der psychosozialen Landschaft in der vorskizzierten Weise ihren Ausgangspunkt nehmen, könnte - realistisch eingeschätzt - frühestens etwa im Jahre 2005 von der Gründung der ersten Ayudaria-GmbH ausgegangen werden, möglicherweise auch nur als Pilotprojekt. Eine flächendeckende Ayudaria-Struktur des psychosozialen Bereiches könnte vor 2015 kaum erwartet werden. - Anhand dieser Zeitvorgaben wird deutlich, daß die vorgestellten Entwürfe zur Neuorientierung der psychosozialen Versorgung jedenfalls weitaus mehr erfordern als an Zeitdimensionen von Legislaturperioden gekoppelte Denk- und Handlungsansätze.

6.3.1 Zur Umsetzung der Entwürfe

Die im Sinne der vorgeschlagenen Zielrichtung erforderliche Umstrukturierung der psychosozialen Versorgung verlangt - sofern diese denn angestrebt werden sollte - nach aktivem Engagement, nach tatkräftigen Einsätzen. Es dürfte sich als unzureichend erweisen, wenn sich ausschließlich auf den regionalen Ebenen einige Personen (Betroffene, Angehörige, einige Fachleute und Politiker etc.) in diesem Sinne zusammenschließen, um sich für die Verwirklichung der Umsetzung einzusetzen. Hier ist ein breiterer Konsens, eine von mehreren gesellschaftlichen Ebenen getragene aktive Unterstützung notwendig: von den Kommunen, den Kostenträgern, den Fachleuten, den Vertretern der Kirchen und Wohlfahrtsverbände, den Wissenschaftlern, den Ärzten, den Kommunal-, Landes- und Bundespolitikern, etc.

Sollte dieser - sicherlich von zahlreichen Kontroversen begleitete - Erneuerungsprozeß in Gang kommen, stände tatsächlich auf der pragmatischen Ebene der Gründung von Ayudaria-Organisationen in allzu ferner Zukunft kaum etwas entgegen.

6.3.2 Erwartete Widerstände und tatsächliche Realisierungschancen

Die selbstkritische Einschätzung des Verfassers vorliegender Arbeit zu den Aussichten der Umsetzung der Entwürfe läßt jedoch ein eher düsteres Bild entstehen. Dies resultiert aus folgenden Erwägungen:

- Der den Entwürfen zugrundeliegende **fachdisziplinübergreifender Ansatz** mag - wie dargestellt - auf wissenschaftstheoretischer Ebene machbar sein; in der Alltagsrealität sind jedoch erheblich stärkere Widerstände zu erwarten.
- **Personenzentrierte Versorgungsansätze** befinden sich derzeit noch in der Anfangsdiskussion. Diese fachdisziplinübergreifend als Standard zu generalisieren, erscheint verfrüht. Darüber hinaus stellt der personenzentrierte Ansatz eine **Abkehr von der Institutionszentriertheit** dar und damit ein Unterfangen, das gegen die Interessen der Institutionen gerichtet ist oder zumindest als solches wahrgenommen wird. KRUCKENBERG führte hierzu 1997 aus:

"Unser Versorgungssystem hat, nicht nur im psychiatrischen Bereich, Züge, die bei Außenstehenden durchaus Assoziationen an Schilda aufkommen lassen. Vielleicht handelt es sich um eine besondere Variante des Schildbürgertums. So sind gerade in der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen Defizite offensichtlich, häufig beschrieben und anerkannt. Die gegenwärtig hauptsächlich genutzten Steuerungsinstrumente auf der individuellen, der institutionellen wie auf der Kostenträger- und politischen Ebene sind

- 1.: das Geradeausgebot oder das Festhalten am eingeschlagenen Kurs.
Stichwort: 'Das haben wir immer so gemacht'.
- 2.: das Verzögerungsgebot oder die Bremse.
Stichwort: 'Der Antrag wird noch bearbeitet', und
- 3.: das Aussteigen. Stichwort: 'Wir sind nicht zuständig'.

Da weitere Steuerungsinstrumente kaum bekannt sind, tritt ein evtl. vorhandener Gestaltungswille dabei, vorsichtig formuliert, sehr in den Hintergrund. Die institutionszentrierten Strukturen in der Versorgung und in den Köpfen sind anscheinend so zementiert, daß ein Paradigmawechsel zu einem personenzentrierten Hilfesystem von nicht wenigen als völlig unrealistisch, ja vielleicht naiv hinsichtlich der Umsetzungschancen angesehen wird, nicht selten verbunden mit einem Lächeln, das zugleich Überheblichkeit und Hilflosigkeit widerspiegelt."⁸¹⁵

Die Absicht zur Verlagerung verschiedener Hilfe- und Service-Leistungen an Ayudaria-Organisationen dürfte daher schärfste Proteste der bisherigen Maßnahmeträger erzeugen. Es kann davon ausgegangen werden, daß sich sämtliche **Wohlfahrtsverbände und andere "bedrohte" private Träger** bisheriger psychosozialer Angebote unisono gegen das Ayudaria-Modell aussprechen werden. Die ablehnenden Haltungen würden fachinhaltlich oder finanzpolitisch begründet werden, verbandspolitische Argumente würden eher seltener benannt.

- Von verschiedenen Seiten ist die Erhebung des Vorwurfes einer **Monopolstellung** von Ayudaria-Organisationen zu erwarten, ein Argument, das angesichts der tatsächlichen Entwürfe zu Unrecht im Rahmen polemischer Auseinandersetzungen vorgetragen würde, das jedoch dazu beitragen könnte, Umsetzungsbestrebungen zu behindern bzw. zu verhindern.
- In ähnlicher Weise dürfte sich für polemische Auseinandersetzungen der Umstand eignen, daß einerseits mit dem Ayudaria-Modell eine **Absage an privatwirtschaftlich organisierte Institutionen** im psychosozialen Bereich einhergeht und für sie bestenfalls "die Möglichkeit einer kooptierenden Betätigung"⁸¹⁶ unter dem "Dach von Ayudaria" vorgesehen ist. Andererseits sind

815 KRUCKENBERG 1997, Seite 91

816 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 240

die Ayudaria-Organisationen selbst **privatrechtliche Kapitalgesellschaften**. Auch wenn dieser Gegensatz nur vermeintlich als solcher existiert, zumal als Gesellschafter ausschließlich "öffentlich-rechtliche" juristische Personen vorgesehen sind,⁸¹⁷ dürfte sich hieraus Konfliktstoff ergeben.

- Das Argument der **Finanzierung** eignet sich vortrefflich, bereits im Vorfeld und ohne daß gesicherte Erkenntnisse vorliegen, dazu benutzt zu werden, um gegen Innovationen zu polemisieren. Dem Ayudaria-Modell würde dies sicher nicht erspart bleiben.
- Von den **kommunalen Gebietskörperschaften** werden weniger Widerstände erwartet, zumal sie bei der Verlagerung einiger psychosozialer Dienste an Ayudaria-Organisationen kostenmäßige Entlastungen erwarten könnten, da die bisherigen Refinanzierungen (z.B. Kommunalen Finanzausgleich) recht ungenügend sind.
- Für die **ärztlichen Landesorganisationen** dürfte von entscheidender Bedeutung sein, in welcher Weise Ärzte in die Ayudaria-Organisationen eingebunden werden sollen. Diese Fragen gilt es noch zu diskutieren. Zu befürchten sind konkurrierende Haltungen zwischen niedergelassenen Nervenärzten und ihren Kollegen in Ayudaria-Organisationen, vergleichbar den Auseinandersetzungen zu Zeiten der Entstehung Sozialpsychiatrischer Dienste.⁸¹⁸ Auch nach der Novellierung des Nds.PsychKG 1997 sind derartige Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund vernehmbar. PRAHM beleuchtet beide Positionen:

"Bei den niedergelassenen Nervenärzten war in den letzten Jahren ein bescheidener sozialpsychiatrischer Handlungsspielraum durch die sozialpsychiatrischen Ziffern (830, 835, 836) geschaffen worden, die dann in der bisher gültigen Fassung der Gebührenordnung durch die Ziffern 14 und 15 ersetzt wurden. Diese sind seit 1. Januar 1998 durch fachlich unsinnige Anforderungen (fünf Kontakte im Quartal, mindestens ein Hausbesuch) für Nervenärzte praktisch nicht mehr abrechenbar; dies gilt insbesondere für die unmittelbare und fernmündliche Kommunikation mit den verschiedenen Hilfebeteiligten. Dazu kommt die Einschränkung durch die Budgetierung. Somit sind sozialpsychiatrische, naturgemäß zeitaufwendige Aktivitäten aus der niedergelassenen Praxis oder gar Beteiligung an Kooperationsbesprechungen, Hilfeplankonferenzen u.ä. in der kassenärztlichen Versorgung nicht mehr vorgesehen. ...

817 siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 239 ff

818 vgl. PRAHM 1983, Seite 186; siehe vorliegender Band I der Arbeit, Seite 103 ff

Demgegenüber haben Institutionen mit Ambulanzcharakter (Institutsambulanz, sozialpsychiatrische Dienste) eine umfassende ärztliche Behandlungsberechtigung (§ 11 Psych-KG). Dieser Institutionstyp kann zusätzlich zu den kassenärztlich abrechenbaren Leistungen aufgrund der Fallpauschalen bzw. anderweitiger Finanzierung zusätzliche qualifizierte Mitarbeiter einsetzen, wodurch die sozialpsychiatrische Kooperation im Verbund möglich wird. Diese Dienste sind für Schwerkranken und sonst nicht zu behandelnde Patienten gedacht. Sie können sicher nicht wie bei den niedergelassenen Nervenärzten flächendeckend eingerichtet werden. In den größeren Städten kann dies jedoch zu Konkurrenzproblemen führen. ...

Sozialpsychiatrischer Verbund bedeutet eine Vielzahl von Kooperationspartnern und zeitraubende Aktivitäten, für die den Ärzten bisher die Möglichkeiten fehlen. Daraus resultiert Konfliktpotential. Den niedergelassenen Ärzten wird sozialpsychiatrische Aktivität durch die Gebührenordnung und das Arztrecht verweigert, andererseits wird aber im System der institutionellen Ambulanzen mit hohen Fallpauschalen gerade diese Aktivität aus dem Honorarvolumen für den ambulanten Sicherstellungsauftrag bezahlt."⁸¹⁹

- Es wurde bereits angedeutet, daß der **Gesetzgeber** für die Erarbeitung von Gesetzesvorlagen und deren Verabschiedung erheblichen Zeitaufwand benötigt. Ebenso entscheidend ist jedoch, daß entsprechende Gesetzesinitiativen überhaupt initiiert werden. Dies ist - in parlamentaristischen Demokratien - bekanntlich von den Initiativen der gewählten Volksvertreter abhängig. Ob und inwieweit es gelingen kann, **Politiker** von den mit Ayudaria-Organisationen verbundenen Strukturveränderungen zu überzeugen, ist derzeit nicht einschätzbar.
- Die **Wissenschaftler** - an den Universitäten, Instituten, Psychiatrischen Kliniken - sie haben ihren "wissenschaftlichen Alltag", ihre Rahmenbedingungen, ihre Vorgaben und Vorlieben in Forschung und Lehre, ihre Schwerpunkte, ihr Deputat. Psychosoziale Versorgung - Sozialpsychiatrie? Ist diese "Disziplin" nicht der Gefahr der Randständigkeit ausgesetzt? In welcher Fakultät, an welcher Universität finden fachdisziplinübergreifende Ansätze zur Verwirklichung personenzentrierter Stützungsbedarfe hinreichende Voraussetzungen zur Weiterentwicklung?
- Last but not least: Von den **Angehörigen-Organisationen** werden bezüglich der "Entwürfe zur Neuorientierung der Versorgung von Personen mit individuellen Stützungsbedarfen" zumindest keine deutlichen Proteste erwartet, zumal die Vorschläge Elemente einer "echten" Partizipation enthalten. Daß Angehörige mit einer "natürlichen Skepsis" auf organisatorische Vorschläge

"von oben" reagieren, ist naheliegend. Sie tun recht daran, äußerst kritisch auf "neue theoretische Entwürfe" zu reagieren, zumal die Erfahrung ihnen gezeigt hat, daß vielfach "über" sie entschieden wurde, anstatt "mit" ihnen.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen können aus Sicht des Verfassers vorliegender Arbeit den Entwürfen zur Neuorientierung der psychosozialen Versorgung kaum günstige Realisierungschancen bescheinigt werden. Dies wirft unmittelbar die grundsätzliche Frage nach der Wirklichkeitsfremdheit der Entwürfe auf. Sind die vorgestellten Ansätze und Überlegungen ausschließlich dem Bereich realitätsferner Utopien zuzuordnen? Basieren die Entwürfe auf irrational zusammengetragene Annahmen und vermeintliche Fakten, die sich tatsächlich ganz anders darstellen? Wurden sachfremde und theoretisch kaum nachvollziehbare Beobachtungen zugrundegelegt und daraus unzulässige Ableitungen hergeleitet?

Die vorgestellten Entwürfe zur Neuorientierung der psychosozialen Versorgung - sind sie reine Utopie? - Und wenn diese Frage zu bejahen wäre: Können sie dennoch Anlaß zu vertiefenden fachlichen oder wissenschaftstheoretischen Diskussionen bieten?

Abschließend hierzu noch folgendes Zitat von Robert JUNGK: "Die soziale Phantasie benutzt heute Utopien nicht mehr als Träume, sondern als Richtwerte, die in gelebten Entwürfen hier und heute an der Wirklichkeit erprobt werden. Viele von diesen Versuchen scheitern, müssen scheitern. Die Teilnehmer sind zu wenig vorbereitet, das Experiment nicht genug durchdacht, die Geldmittel reichen nicht, und der Druck der 'normalen', sich gleichgültig oder gar feindlich gebärdenden Umwelt wird zu stark. Diese Fehlschläge interpretieren diejenigen, die lieber theoretisieren als experimentieren, als schlüssigen Beweis für die Wertlosigkeit solcher Unternehmungen. Meiner Ansicht nach sind jedoch auch mißlungene soziale Versuche von Nutzen, ja oft gerade sie! Denn wir wissen aus der Geschichte der Naturforschung, daß kühne Experimente, die nicht gelingen, viel aufschlußreicher sein können, als vorsichtige und einigermaßen erfolgreiche, weil man aus Fehlschlägen mehr lernen kann."⁸²⁰

Fazit und Ausblick

Vorliegende Arbeit ist ein Versuch, Ansätze zur Überwindung tradierter Fachdisziplingrenzen in der psychosozialen Versorgung zu erarbeiten und einen Beitrag zur sozialpsychiatrischen, behindertenpädagogischen, sozialrechtlichen, gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion zu leisten.

Die vorgestellten Ansätze zur Neuorientierung wurden einerseits unter Auswertung der verwendeten Fachliteratur auf theoretischer Ebene hergeleitet und vertieft. Andererseits wurde die Beobachtung der Versorgungswirklichkeit, sowohl rückwärts gewendet, insbesondere auf psychiatrie-historische und geistigbehindertenpädagogische Entwicklungen fokussiert, als auch auf die gegenwärtige Versorgungssituation gerichtet, zum ideenspendenden Auslöser für Gedanken, Visionen, Entwürfe. Stets wurde dabei der Hilfebedürftige, der Betroffene, der Kranke, der Behinderte, die Person mit individuellen Stützungsbedarfen in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt.

Sozialpsychiatrische Versorgung - Quo vadis? - lautet die Überschrift zum 5. Kapitel dieser Arbeit, besser formuliert müßte es heißen: Psychosoziale Versorgung - Quo vadis? - Denn was im Rahmen von vier Szenarien skizziert wurde, hat im übertragenen Sinne Gültigkeit für den gesamten psychosozialen Sektor.

Eine nochmalige Vergegenwärtigung der möglichen zukünftigen Entwicklungen im psychosozialen Bereich - wohin könnten sie führen? Wie könnte die Gesellschaft etwa in den 30er Jahren des folgenden Jahrhunderts aussehen, welchen Umgang könnte sie mit psychisch Kranken, geistig Behinderten, Personen mit individuellen Stützungsbedarfen pflegen? Welche Weichenstellungen sind heute, in der Gegenwart möglich und notwendig, um ungünstige Entwicklungen zu verhindern? Welche Konsequenzen sind zu befürchten, wenn es nicht gelingt, Theoretiker und Praktiker aus verschiedenen Versorgungssystemen zwecks Gestaltung gemeinsamer fachdisziplinübergreifender Versorgungsansätze zusammenzubringen?

Literaturverzeichnis

ACKERKNECHT, ERWIN H. 1985

Kurze Geschichte der Psychiatrie
3. Auflage, Stuttgart 1985

ACKERKNECHT, ERWIN H. 1986

Geschichte der Medizin
5. Auflage, Stuttgart 1986

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983

Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen - 5jährige Erfahrungen mit dem Nds.PsychKG
Sonderdruck aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt - Referate einer Veranstaltung der Akademie für
Sozialmedizin in Hannover e.V. vom 13. August 1983
Hannover 1983

AKTIENGESETZ 1998

Aktiengesetz vom 06.09.1965, BGBl. I S. 1089, zuletzt geändert am 16.07.1998, BGBl. I S. 1842
Bonn 1998

ALEXANDER/SELESNICK 1969

Geschichte der Psychiatrie - Ein kritischer Abriß der psychiatrischen Theorie und
Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart
Zürich 1969

AMMON, GÜNTER (Hg.) 1979

Handbuch der dynamischen Psychiatrie 1
München 1979

ANDERS, DIETRICH 1988

Aus aktuellem Anlaß: Befinden sich die Werkstätten für Behinderte in einer Krise?
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1988, Seite 200 ff
Marburg 1988

ARBEITSFÖRDERUNGSGESETZ (AFG) 1997

Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969, BGBl. I S. 582, zuletzt geändert am 29.04.1997, BGBl. I S. 968
Bonn 1997

**ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER
IN NIEDERSACHSEN UND BREMEN (AANB) e.V. 1987 A**

Angehörigengemeinschaft Niedersachsen/Bremen - Pressemitteilung
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 3/1987, Seite 16
Bonn 1987

**ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER
IN NIEDERSACHSEN UND BREMEN (AANB) e.V. 1987 B**

Angehörige in Niedersachsen - Pressemitteilung
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1987, Seite 21 f
Bonn 1987

**ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER
IN NIEDERSACHSEN UND BREMEN (AANB) e.V. 1987 C**

Angehörigengemeinschaft Niedersachsen/Bremen - Pressemitteilung
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1987, Seite 27
Bonn 1987

**ARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER
IN NIEDERSACHSEN UND BREMEN (AANB) e.V. 1989**

Mitteilung über die Gründungsversammlung am 7. Oktober 1989
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 3/1989, Seite 26
Bonn 1989

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1994 A

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft zum Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Drs. 12/6270
in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1994
Hannover, 03.06.1994

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1994 B

Richtlinienentwurf über die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung von Wohngemeinschaften für seelisch und/oder geistig behinderte Volljährige, die nicht bzw. nicht mehr heimpflegebedürftig sind
Hannover, 15.07.1994

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1996

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft zum Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
an den Landtagsausschuß für Sozial- und Gesundheitswesen vom 7. März 1996
Hannover, 07.03.1996

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1981

Das AMDP-System - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde
4. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1981

ARCHIV FÜR WISSENSCHAFT UND PRAXIS DER SOZIALEN ARBEIT 1982

Band 13, H. 3, Jahrgang 1982
Frankfurt 1982

AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN 1981

Ausgrenzen ist leichter - Alltag in der Gemeindepsychiatrie - Ein Lesebuch
Psychiatrie Verlag, 1981

BASAGLIA, FRANCO (Hg.) 1974

Was ist Psychiatrie?
Frankfurt 1974

BAUER, MANFRED/ENGFER, RENATE 1990

Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 413 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

BAUER, MANFRED/ENGFER, RENATE 1991

Psychiatrie ohne Anstalt - Wege der Auflösung
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 509-521
Psychiatrie Verlag, 1991

BAUER, MANFRED/HASELBECK, HELMUT 1983

Eine Stadt und ihre ambulanten Dienste - Materialien zur Arbeit sozialpsychiatrischer Dienste in Hannover
in: BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 19 ff
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983

BAUER, MANFRED/ROSE, HANS K./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1981

Ambulante Dienste für psychisch Kranke. Tagungsbericht Band 6
Köln 1981

BAUMANN, KAY SUSANNE/LÜRßEN, MARITA 1991

Lebensraum Familie - Situation von Angehörigen
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 173-195
Psychiatrie Verlag, 1991

BECK, IRIS 1992

Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen:
Zielperspektiven und Bewertungsfragen
Frankfurt, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien 1992

BECK, IRIS/DÜE, WILLI/WIELAND, HEINZ (Hg.) 1996

Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes
Heidelberg 1996

BEHINDERTENSOZIALVERSICHERUNGSGESETZ 1981

Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 07.05.1975, BGBl. I S. 1061,
geändert am 04.12.1981, BGBl. I S. 1225
Bonn 1981

BELLEBAUM, ALFRED/BRAUN, HANS (Hg.) 1974

Reader Soziale Probleme. Band I: Empirische Befunde
Frankfurt, New York 1974

BENNETT, DOUGLAS 1975

Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien
in: DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4201, Seite 797 ff
Bonn 1975

BERGMANN-POHL, SABINE 1997

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit
in: KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997, Seite 13 ff
Köln 1997

BETRIEBSVERFASSUNGSGESETZ 1988

Betriebsverfassungsgesetz vom 15.01.1972, BGBl. I S. 13; i.d.F. vom 23.12.1988,
BGBl. I S. 2312, BGBl. I 1989 S. 1, berichtigt: BGBl. I 1989 S. 902
Bonn 1988

BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1997

Schreiben der Bezirksregierung Weser-Ems an alle kreisfreien Städte und Landkreise im Regierungsbezirk
Weser-Ems vom 01.08.1997 - Az.: 108.1-41544/1 - zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutz-
maßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16.06.1997 - Nds.GVBl. S. 272 - Hinweise und Erläute-
rungen zur Novellierung des NPsychKG
Oldenburg, 01.08.1997

BLANKE, UWE (Hg.) 1995

Der Weg entsteht beim Gehen: Sozialarbeit in der Psychiatrie
Psychiatrie Verlag, 1995

BLASIUS, DIRK 1980

Der verwaltete Wahnsinn - Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses
Frankfurt 1980

BLASIUS, DIRK 1986

Umgang mit Unheilbarem - Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie
Psychiatrie Verlag, 1986

BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE

Fachzeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland, herausgegeben vom
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart, in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Paritätischen
Wohlfahrtsverband - Hefte 02/1981, 10/1986, 09/1991, 09/1992
Stuttgart 1981-1992

BLEULER, EUGEN 1943

Lehrbuch der Psychiatrie
7. Auflage, Berlin 1943

BOCHNIK, HANS-JOACHIM/KOCH, H. 1990

Die Nervenarztstudie: Praxen, Kompetenzen, Patienten
Köln 1990

BOCK, THOMAS 1991

Strukturen der Psychiatrie, ihre Mängel und deren Überwindung
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 539-557
Psychiatrie Verlag, 1991

BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991

Hand-werks-buch Psychiatrie
Psychiatrie Verlag, 1991

BÖFFEL, STEFAN/BEISEL, MARC 1997

Zertifizierung nach DIN EN ISO 9002 -
Erfahrungen aus dem Umsetzungsprojekt mit rheinland-pfälzischen Werkstätten für Behinderte
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 98 ff
Neuwied 1997

BOPP, DOROTHEE 1985

Organisation und Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Bereich der Bezirksregierung Weser-Ems
Düsseldorf 1985

BOPP, JÖRG 1982

Antipsychiatrie - Theorien, Therapien, Politik
2. Auflage, Frankfurt 1982

BOSCH, G./FEHR, WOLFGANG 1985

Vorwort
in: BOSCH/FEHR/HUTTER/BUNDESVEREINIGUNG F. SEELISCHE GESUNDHEIT (Hg.) 1985, Seite 7 ff
Hamburg 1985

BOSCH/FEHR/HUTTER/BUNDESVEREINIGUNG FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT (Hg.) 1985

Was können psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zur Förderung seelischer Gesundheit tun?
Tagungsbericht der Bundesvereinigung für seelische Gesundheit
Hamburg 1985

BOSCH, G./KULENKAMPFF, CASPAR/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1985

Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten. Tagungsbericht Band 11
Köln 1985

BOSCH, G./VELTIN, ALEXANDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1983

Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Band 9
Köln 1983

BRADL, CHRISTIAN 1987 A

Geistigbehinderte und Psychiatrie. Zur Literatur und neueren Diskussion über ein unbewältigtes Problem
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 9 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

BRADL, CHRISTIAN 1987 B

Das Bild Geistigbehinderter in der Geschichte der Psychiatrie. Idiotisch, asozial,
zu keiner Entwicklung fähig und in Anstalten zu bewahren
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 125 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

BRADL, CHRISTIAN/SCHÄDLER, BRUNO 1986

Die Situation geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 B, Seite 243
Marburg 1986

BREME, ROLAND 1991

Psychisch behinderte Menschen im Arbeitsleben. Unterstützungsmöglichkeiten der
Hauptfürsorgestellen durch begleitende Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz
in: BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE, Heft 09/1991, Seite 226
Stuttgart 1991

BREMEN: PSYCHKG HB 1979

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 09.04.1979, GBl. 1979, S. 123
Bremen 1979

BRILL, KARL-ERNST (Hg.) 1990

Zum Wohle der Betreuten:

Beiträge zur Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts: Betreuungsgesetz
Psychiatrie Verlag, 1990

BRILL, KARL-ERNST 1993

Was brächte die Pflegeversicherung - wenn sie endlich käme?

in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 3/1993, Seite 6 ff

Bonn 1993

BRILL KARL-ERNST 1994

Bonn schnallt Behinderten den Gürtel noch enger - Karl-Ernst Brill über Kürzungen im AFG und BSHG

in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1994, Seite 19

Bonn 1994

BRILL, KARL-ERNST/FABIAN, AGNES 1995

Erprobung der Bögen zur Ermittlung des klientenbezogenen Hilfebedarfs - Zusammenfassung der Ergebnisse

in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 239 ff

2. Auflage, Bonn 1995

BRILL/FEHRE/MAHNKOPF/PELZER/SCHOTT-MILDE/WIDMAIER 1982

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften -

Eine Bewertung aus der Sicht des DGSP-Fachausschusses "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften"

in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 68/69 1982, Seite 59 ff

Psychiatrie Verlag, 1982

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1994

Anordnung des Verwaltungsrats der Bundesanstalt für Arbeit zur Förderung der Arbeitsaufnahme (A FdA)

vom 19. Mai 1989, zuletzt geändert durch Artikel 2 der 4. Änderungsverordnung vom 25.11.1994

Bonn 1994

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (032)

Wege der Eingliederung geistig behinderter Menschen aus Psychiatrischen Kliniken in ein Leben so normal wie möglich. Abschlußbericht der Begleitforschung zur Eingliederung geistig behinderter Menschen aus Psychiatrischen Kliniken, Heilpädagogischen Heimen und Einrichtungen in Hessen und Rheinland

Baden-Baden 1994

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (080)

Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter Familienentlastender Dienste (FED) - Abschlußbericht -

Baden-Baden 1997

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (082)

Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten - Synopse der Modellerprobungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Modellverbund "Psychiatrie"

Baden-Baden 1997

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (099)

Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung

Baden-Baden 1998

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1991

Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen 30.5.1991

Bonn 1991

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":

Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt, Projekt: Hannover

Band 163, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Psychosoziale Versorgung auf dem Lande, Projekt: Varell
Band 164, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Sozialpsychiatrische Dienste - in einer ländlichen Region, Projekt: Uelzen - in einer Großstadt, Projekt: Köln
Band 165, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Psychosoziale Versorgung und Kooperation, Projekt: Gießen
Band 166, Stuttgart 1986

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J.

Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD) 1979,
9. Revision, Band I, Systematisches Verzeichnis
Consulting-Verlag, Wuppertal, o.J.

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Projekt: Beratungszentrum Brakel - Projekt: Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Steinburg
Band 169, Stuttgart 1988

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (181)

Modellprogramm Psychiatrie: Regionales Psychiatriebudget
Band 181, Stuttgart 1986

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (222)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Sozialpsychiatrisches Zentrum "Die Brücke" in Lübeck.
Erfahrungsbericht über die Modellerprobung 1982-1985
Band 222, Stuttgart 1988

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung
im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich
auf der Grundlage des Modellprogramms der Bundesregierung
Bonn 1988

BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1976

Bundessozialhilfegesetz vom 13.02.1976, BGBl. I S. 289, berichtigt am 03.05.1976, BGBl. I S. 1150
Bonn 1976

BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1984

Bundessozialhilfegesetz vom 13.02.1976, BGBl. I S. 289, berichtigt am 03.05.1976, BGBl. I S. 1150,
geändert am 22.12.1983, BGBl. I S. 1532
Bonn 1984

BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1994

Bundessozialhilfegesetz vom 13.02.1976, BGBl. I S. 289, berichtigt am 03.05.1976, BGBl. I S. 1150,
geändert am 21.12.1993, BGBl. I S. 2374 (mit Rechtskraft ab 1994)
Bonn 1994

BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1996

Bundessozialhilfegesetz vom 13.02.1976, BGBl. I S. 289, berichtigt am 03.05.1976, BGBl. I S. 1150,
geändert am 23.07.1996, BGBl. I S. 1088
Bonn 1996

BUNDESVERBAND DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V. 1989

Notfalldienste entlasten Familien und psychisch Kranke
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1989, Seite 12 f
Bonn 1989

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1982 1983 1987 1988 1989
Fachzeitschriften "Geistige Behinderung", Vierteljahreshefte, 21.-22. Jahrgang, 1982 bis 1983;
Fachzeitschriften "Geistige Behinderung", Vierteljahreshefte, 26.-28. Jahrgang, 1987 bis 1989
Marburg 1982-1983, 1987-1989

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A
Normalisierung - eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung Bericht des Ersten Europäischen
Kongresses der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung
Große Schriftenreihe Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e.V., Band 14
Marburg 1986

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 B
Fachzeitschrift "Geistige Behinderung", Vierteljahreshefte, 25. Jahrgang, 1986
Marburg 1986

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1989
Lebensrecht niemals in Frage stellen.
Eklat um das geplante Bioethik-Symposium der Bundesvereinigung Lebenshilfe
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 240 ff
Marburg 1989

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1993
Rehabilitation und Eingliederung Behinderter (SGB IX) - Entwurf eines Sozialgesetzbuchs - Neuntes Buch
in: RECHTSDIENST DER LEBENSHILFE 2/93, Seite 10 f
Marburg 1993

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE 1995
BSHG-Novelle 95: Dunkle Wolken über der Behindertenhilfe.
Gesetzentwurf der Bundesregierung führt zu weiterem Leistungsabbau
in: RECHTSDIENST DER LEBENSHILFE 3/95, Seite 3 ff
Marburg 1995

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1994 A
Zum Begriff der Einrichtung nach Paragraph 100 BSHG: BVerwG, Urteil vom 24.02.1994 - Az: 5 C 13.91
Berlin 1994

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1994 B
Zum Begriff der Einrichtung nach Paragraph 100 BSHG: BVerwG, Urteil vom 24.02.1994 - Az: 5 C 17.91
Berlin 1994

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1994 C
Zum Begriff der Einrichtung nach Paragraph 100 BSHG: BVerwG, Urteil vom 24.02.1994 - Az: 5 C 42.91
Berlin 1994

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1994 D
Zum Begriff der Einrichtung nach Paragraph 100 BSHG: BVerwG, Urteil vom 24.02.1994 - Az: 5 C 24.92
Berlin 1994

BURMEISTER, JÜRGEN/LEHNERER, CLAUDIA 1996
Qualitätsmanagement in der Jugendverbandsarbeit: Qualitätsmanagement
am Beispiel der Zentralstelle Jugendhaus Düsseldorf e.V. in Abgrenzung zu ISO 9000 ff
Bonn 1996

BUSE, BRIGITTA 1987
Eingliederung und Wiedereingliederung psychisch behinderter Menschen -
bietet die Werkstatt für Behinderte eine Chance?
in: DER SOZIALARBEITER 1987, Seite 92 f
Essen 1987

CASTEL, ROBERT 1983
Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens
Frankfurt 1983

CHARTA DER VEREINTEN NATIONEN 1973

Charta der Vereinten Nationen vom 26.06.1945, geändert durch Beschluß der Generalversammlung vom 17.12.1963, für die Bundesrepublik in Kraft getreten am 18.09.1973, BGBl. II S. 430
Bonn 1973

CIOMPI, LUC/BERNASCONI, R. 1986

"Soteria Bern" - Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthherapie für akute Schizophrenie
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1986, Seite 172 ff
Stuttgart, New York 1986

CLAUßEN, HANS-JÜRGEN 1997

Perspektive Trialog - Ergebnisse einer Studie
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1997, Seite 33 f
Bonn 1997

CROME, ANDREAS 1995

Personenzentrierte Ermittlung des Hilfsbedarfs (Klienten/innen-Profile)
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 108 ff
2. Auflage, Bonn 1995

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1987

Enttäuschung in Wolfsburg
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1987, Seite 18
Bonn 1987

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 A

Der Bund trägt weiter Verantwortung für die Verhältnisse in der Psychiatrie -
Große Anfrage der SPD-Fraktion über die Situation der psychisch Kranken
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1992, Seite 14
Bonn 1992

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 B

In Bonn muß gehandelt werden - Gemeinsame Stellungnahme
von Dachverband und Angehörigenverband zur SPD-Anfrage
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1992, Seite 11
Bonn 1992

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1992 C

Niedersachsen: Kommunen sollen Psychiatrie-Beauftragte benennen
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1992, Seite 49
Bonn 1992

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1993

Niedersachsen: Entwicklungsrückstände erfordern grundlegende Neugestaltung
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1993, Seite 42
Bonn 1993

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 A

Vor leeren Bänken: Lage der psychisch Kranken im Bundestag:
nur für eine "qualifizierte" Minderheit von Interesse?
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1994, Seite 1
Bonn 1994

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 B

Pflegeversicherung gibt psychisch Kranken eine Chance -
Entscheidend sind die Durchführungsbestimmungen
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1994, Seite 7-10
Bonn 1994

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 C

Wer tut was mit welchem Ziel im ambulanten Sektor? - Personalbemessung
im komplementären Bereich: Tagung der Aktion psychisch Kranke in Bonn
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1994, Seite 22-24
Bonn 1994

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 D

Niedersachsen: Landesfachbeirat Psychiatrie berufen
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1994, Seite 35
Bonn 1994

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1994 E

Niedersachsen: Sozialpsychiatrischer Verbund
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1994, Seite 35
Bonn 1994

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 B

Niedersachsen/Bremen: Hoffnung auf "sanfte" Psychiatrie
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1996, Seite 18
Bonn 1996

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 D

Das Recht chronisch psychisch kranker Menschen auf notwendige Hilfen verwirklichen.
Expertenkommission entwickelt Leitfaden für personenbezogene Hilfen
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1996, Seite 12-20
Bonn 1996

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1996 E

Niedersachsen: Förderung des Betreuten Wohnens
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1996, Seite 30
Bonn 1996

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1997

Niedersachsen: Zukunft des Betreuten Wohnens
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1997, Seite 36
Bonn 1997

DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN 1998

Bioethik-Konvention - Entscheidung im Bundestag erst 1999
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1998, Seite 23
Bonn 1998

DAUB, WALTER/EBERSTEIN, HANS H. 1985

Kommentar zur Verdingungsordnung für Leistungen - ausgenommen Bauleistungen:
VOL Teil A - Allgemeine Bestimmungen für die Vergabe von Leistungen
3. Auflage, Düsseldorf 1985

DAY, KENNETH A. 1993

Psychische Störungen und geistige Behinderung - Sind spezielle psychiatrische Dienste notwendig?
in: GAEDT/BOTHE/MICHELS (Hg.) 1993, Seite 79 ff
Dortmund 1993

DEGER-ERLENMAIER, HEINZ 1990

Angehörige psychisch Kranker auf dem Weg zur Selbsthilfe
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 349 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

DEGKWITZ, RUDOLF 1976

Fortschritt? - Rückschritt?
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 35/36 1976, Seite 48 ff
Psychiatrie Verlag, 1976

DEGKWITZ, RUDOLF/SCHULTE, P.W. 1974

Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik.
Bisherige Entwicklung - Status quo - Vorschläge zur Verbesserung
in: BELLEBAUM/BRAUN (Hg.) 1974, Seite 140-163
Frankfurt, New York 1974

DEGKWITZ/HELMCHEN/KOCKOTT/MOMBOUR 1979

Diagnosenschlüssel und Glossar psychischer Krankheiten - 9. Revision der ICD
5. Auflage, Berlin 1979

DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1993 A

Entwurf einer Stellungnahme des Paritätischen zum Bericht der Fachkommission Psychiatrie
als Diskussionsgrundlage zu TOP 4 der Fachbereichsversammlung am 20.04.1993
Nienburg, 20.04.1993

DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1993 B

Fachbereich Hilfen für seelisch Behinderte, Fachbereichs-Info, Heft IV/1993
Nienburg 1993

DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1995 A

Fachbereich Hilfen für seelisch Behinderte, Fachbereichs-Info, Heft VI/1995
Nienburg 1995

DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1995 B

Stellungnahme des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Reform des Sozialhilferechts vom 22.05.1995
in: DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1995 A,
Heft VI/1995, Seite 13 ff
Nienburg 1995

DER SOZIALARBEITER 1987

Zeitschrift des Deutschen Berufsverbandes der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen e.V.
Essen 1987

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE (DGVT) 1988

Gesundheits-Reformgesetz - Wie ein Gesetz notwendige Reformen verhindert -
Analysen und Stellungnahmen
Tübingen 1988

DEUTSCHER BUNDESRAT Drs. 336/85

Gesetzesentwurf des Landes Nordrhein-Westfalen: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung und
Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (PsychVWG) - Farthmann-Papier
Bonn 1985

DEUTSCHER BUNDESTAG 1990

Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz - BtG)
vom 12.09.1990, BGBl. I. S. 2001
Bonn 1990

DEUTSCHER BUNDESTAG (STENOGRAPHISCHER BERICHT) 13.02.1992

Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht "Empfehlungen der Expertenkommission der Bundes-
regierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen
Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung
76. Sitzung vom 13.02.1992, TOP 13, Seite 6370 ff
Bonn 1992

DEUTSCHER BUNDESTAG 1993 A

Erstes Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (1. SKWPG)
vom 21.12.1993, BGBl. I S. 2353
Bonn 1993

DEUTSCHER BUNDESTAG 1993 B

Zweites Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (2. SKWPG)
vom 21.12.1993, BGBl. I S. 2374
Bonn 1993

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Bonn 1975

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4201

Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Bonn 1975

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 8/2565

Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Bonn 1979

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 10/1233

Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vom 04.04.1988
Bonn 1988

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 10/3882

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker (PsychVVG)
Bonn 1985

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 11/2237

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 03.05.1988
Bonn 1988

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 11/8494

Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht "Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" - auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung
Bonn 1990

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 12/2019

Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland:
Große Anfrage der Fraktion der SPD vom 30.01.1992
Bonn 1992

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 12/4016

Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD - Drucksache 12/2019 vom 18.12.1992
Bonn 1992

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 13/5435

Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über den Verhandlungsstand des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin (früher: Bioethik-Konvention)
Bonn, 21.08.1996

**DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG/AUSSCHUß QUALITÄTSSICHERUNG
UND ANGEWANDTE STATISTIK 1992**

DIN ISO 9000 - Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement
Sonderdruck, Stand April 1992 - Berlin 1992

DIE GRÜNEN 1985

Menschenunwürdige Verhältnisse in der Psychiatrie überwunden -
Landesregierung legt Leistungsbilanz vor - Heftige Kritik von den GRÜNEN
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1985, Seite 590-592
Hannover 1985

DIE KERBE, Hefte 2/1988; 1/1998 bis 3/1998

Magazin für die Begegnung mit Menschen in seelischer Not und Krankheit,
Hefte 2/1988; 1/1998; 2/1998; 3/1998
Stuttgart 1988; 1998

DILLING, HORST 1993 A

Zur Geschichte nosologischer Klassifikationen in der Psychiatrie
in: SCHNEIDER/FREYBERGER/MUHS/SCHÜßLER (Hg.) 1993, Seite 15 ff
Göttingen, Zürich 1993

DILLING, HORST (Hg.) 1993 B

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kap. V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien
2. Auflage, Bern 1993

DÖHNER, K. 1983

Verwirklichung des Nds.PsychKG im Landkreis Cuxhaven
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 40 ff
Hannover 1983

DOKUMENTE DES PARITÄTISCHEN 1994

Fachbereich Soziale Psychiatrie - Fachbereichsinformationen V/94
Hannover 1994

DÖRNER, KLAUS 1974

Wie werde ich Patient oder: Sozialisation zum Patienten.
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 23/1974, Seite 3 ff
Psychiatrie Verlag, 1974

DÖRNER, KLAUS/PLOG, URSULA 1978

Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie
Psychiatrie Verlag, 1978

DÖRNER, KLAUS 1979

Wie sehen wir die Psychiatrie-Enquête und was machen wir damit?
in: FINZEN/SCHÄDLE-DEININGER 1979, Seite 223 ff
Psychiatrie Verlag, 1979

DÖRNER, KLAUS (Hg.) 1980

Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Nach "Holocaust": Erkennen, Trauern, Begegnen
Psychiatrie Verlag, 1980

DÖRNER, KLAUS/EGETMEYER, ALBRECHT/KOENNING, KONSTANZE 1982

Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen
von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen
Psychiatrie Verlag, 1982

DÖRNER, KLAUS 1984

Bürger und Irre - Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie
Überarbeitete Neuauflage, Frankfurt 1984

DÖRNER, KLAUS (Hg.) 1990

Jetzt wird's ernst - die Psychiatrie-Reform beginnt! - Wie setzen wir die "Empfehlungen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung" in die Praxis um?
Gütersloh 1990

DREES, ALFRED 1990

Motivations- und Entwicklungsräume: Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 180 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

DREHER, WALTHER/HOFMANN, THEODOR/BRADL, CHRISTIAN (Hg.) 1987

Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie
Psychiatrie Verlag, 1987

DREYER, L. 1980

Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung - Aus der Sicht des Pädagogen
in: KULENKAMPFF/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1980, Seite 52 ff
Köln 1980

DROST, BERND-ULRICH 1981

Rechtliche und finanzielle Bedingungen, Einschränkungen und Möglichkeiten
in: BAUER/ROSE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1981, Seite 189 ff
Köln 1981

DUNCKER, HEINFRIED/KULHANEK, F. (Hg.) 1982

Syndromatik der Psychosen und Neurosen
München 1982

EIKE, WERNER 1996

Normalisierung und Qualitätsentwicklung - Wege zur Unterstützung und Förderung
von Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten
in: BECK/DÜE/WIELAND (Hg.) 1996, Seite 96 ff
Heidelberg 1996

EINGLIEDERUNGSHILFE-VERORDNUNG 1996

Verordnung nach Paragraph 47 des Bundessozialhilfegesetzes (Eingliederungshilfe-Verordnung)
in der Fassung vom 01.02.1975, BGBl. I S. 434, geändert durch Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts
vom 23.07.1996, BGBl. I S. 1088
Bonn 1996

ELGETI, HERMANN 1987

Ein Jahr Stationsarbeit in der sektorierten Psychiatrie
in: HAUG/PFEFFERER-WOLF (Hg.) 1987, Seite 75 ff
Berlin, Hamburg 1987

ELGETI, HERMANN 1995

Der regionale und bevölkerungsbezogene Ansatz in der gemeindepsychiatrischen Versorgungsplanung
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1995, Seite 6 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

ERDMANN, WERNER 1984

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter im Lande NRW
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 172 ff
Stuttgart, New York 1984

ERICSSON, KENT 1986

Der Normalisierungsgedanke: Entstehung und Erfahrungen in skandinavischen Ländern
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 33 ff
Marburg 1986

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) 1995

Selbstbewertung 1996 - Richtlinien für den Öffentlichen Sektor: Gesundheitswesen
Brüssel 1995

EVANGELISCHE AKADEMIE BADEN (Hg.) 1985

Psychiatrische Versorgung zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Hilfe
Bad Herrenalb 1985

EVANGELISCHE AKADEMIE OLDENBURG 1982

Der psychisch Kranke im ländlichen Raum - Studientagung am 29./30. Januar 1982 in Rastede
Oldenburg 1982

**FACHAUSSCHUß GEISTIG BEHINDERTE IN DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE 1982**

Mit geistig Behinderten leben - Aus der Anstalt in die Gemeinde - Tagungsbericht -
Köln 1982

FERBER, CHRISTIAN VON 1986

Normalisierung als gesellschaftspolitische Leitidee

in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 79 ff
Marburg 1986**FERBER, CHRISTIAN VON/WEDEKIND, RAINER 1984**

Familie, Selbsthilfe und Sozialpolitik. Hilfebedürftigkeit zwingt zu einer Neuorientierung sozialer Hilfen

in: SOZIALE WELT 1984, Seite 502 ff
Bamberg 1984**FEUSER, GEORG 1987 A**

Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie

in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 74 ff
Psychiatrie Verlag, 1987**FEUSER, GEORG 1987 B**

Thesen zu den Stichworten "Pädagogik, Heil- und Sonderpädagogik und Psychiatrie"

in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 93 ff
Psychiatrie Verlag, 1987**FINK, FRANZ 1997**Aufgaben der Qualitätssicherung und -förderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe -
Qualitätsmanagement mit einem Blick über die Institution hinausin: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 32 ff
Neuwied 1997**FINZEN, ASMUS 1976**

Was sagt die Enquête zum Psychiatrischen Krankenhaus? -

Vortrag auf einer Tagung der Aktion Psychisch Kranke am 01.12.1976 in Andernach
Vervielfältigtes Manuskript, Andernach 1976**FINZEN, ASMUS/SCHÄDLE-DEININGER, HILDE 1979**

"Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen" - Die Psychiatrie-Enquête

Psychiatrie Verlag, 1979

FINZEN, ASMUS 1993

Perspektiven der Sozialpsychiatrie

in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1993, Seite 2 ff
Psychiatrie Verlag, 1993**FISCHER, DIETER 1989**

Menschenbilder in der Arbeit mit (geistig) behinderten Menschen -

Versuch einer kritischen Standortbestimmung

in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 267 ff
Marburg 1989**FOUCAULT, MICHEL 1981**

Wahnsinn und Gesellschaft

4. Auflage, Frankfurt 1981

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 1989

Endbericht über die Krisenambulanz Berlin-Wedding vom 1. Januar 1987 bis 1. Januar 1989

Berlin 1989

FRÜHAUF, THEO 1997Chancen und Risiken neuerer gesetzlicher Entwicklungen für die Qualität der Dienstleistung
in Einrichtungen der Behindertenhilfein: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 9 ff
Neuwied 1997

GAEDT, CHRISTIAN 1980

Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung - Aus der Sicht des Arztes
in: KULENKAMPFF/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1980, Seite 35 ff
Köln 1980

GAEDT, CHRISTIAN 1990

Das Leben mit geistig Behinderten. Aus der Isolation in die Gleichheit?
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 273 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

GAEDT, CHRISTIAN/BOTHE, SABINE/MICHELS, HENNING (Hg.) 1993

Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Vorträge der internationalen Arbeitstagung vom 6./7. März 1992 in Braunschweig/Königslutter
Dortmund 1993

GAERTNER, IRMGARD 1983

Die Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbandes Rheinland - Geschichte, Konzeption, Perspektiven
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1983, Seite 130
Marburg 1983

GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE 1987, 1988

GwG-Info-Hefte 66 bis 73
Köln 1987, 1988

GESETZ ZUR REFORM DES SOZIALHILFERECHTS 1996

Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts vom 23.07.1996, BGBl. I S. 1088
Bonn 1996

GESETZ ZUR UMSETZUNG DES FÖDERALEN KONSOLIDIERUNGSPROGRAMMS - FKPG 1993

Gesetz über Maßnahmen zur Bewältigung der finanziellen Erblasten im Zusammenhang mit der Herstellung der Einheit Deutschlands, zur langfristigen Sicherung des Aufbaus in den neuen Ländern, zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleichs und zur Entlastung der öffentlichen Haushalte
vom 23.06.1993, BGBl. I S. 944
Bonn 1993

GESUNDHEITS-REFORMGESETZ (GRG) 1988

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)
vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477
Bonn 1988

GLASER, KURT 1960

Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat -
Ein Beitrag zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens
Stuttgart 1960

GMBH-GESETZ 1991

Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHG)
vom 20.04.1892, RGBl. S. 477, zuletzt geändert am 18.12.1991, BGBl. I S. 2206
Bonn 1991

GOFFMAN, ERVING 1973

Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen
(Original: Asylum Essays on the social situation of mental patients and other inmates 1961)
Frankfurt 1973

GROMANN, PETRA 1997

Der "Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan" als Arbeitsmethode
und Instrument zur Qualitätssicherung
in: KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997, Seite 38 ff
Köln 1997

GROTH, RENATE 1978

Sozialarbeit in der Kriseninterventions-Tagesklinik der Universitätsklinik HH-Eppendorf
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 06/1978, Seite 84 ff
Psychiatrie Verlag, 1978

GRUNDGESETZ 1995

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949,
zuletzt geändert am 03.11.1995, BGBl. I S. 1492
Bonn 1976

HAASE, UDO-FRANK/REUMSCHÜSSEL-WIENERT, CHRISTIAN/KIEL, WOLFGANG 1993

Die Einbeziehung der vorrangigen Kostenträger in die ambulante Rehabilitation
psychisch kranker alter Menschen - Ein Diskussionspapier des DPWV Hamburg
Hamburg 1993

HAHN, MARTIN 1987

Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 50 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

HALBIERUNGSERLASS 1942

Halbierungserlaß von 1942, Reichsarbeitsblatt 1942, Seite 572
Berlin 1942

HANESCH, WALTER/PFANNENDÖRFER, GERHARD 1991

Materielle Grundsicherung als Voraussetzung für ein eigenständiges Leben.
Praxis und Problematik der Sozialhilfe - Zukunftsmodelle einer adäquaten sozialen Grundsicherung
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 61-85
Psychiatrie Verlag, 1991

HASELBECK, HELMUT 1981

Gemeindepsychiatrie als Alternative zur Ausgrenzung der schizophrenen Menschen
in: KRÜGER 1981 A, Seite 211 ff
Stuttgart 1981

HASELBECK, HELMUT 1985

Zur Sozialgeschichte der "offenen Irrenfürsorge" - Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1985, Seite 171 ff
Stuttgart, New York 1985

HASELBECK, HELMUT 1987 A

Ambulante Dienste als Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus? -
Ergebnisse der ambulanten Langzeitbetreuung chronisch schizophrener Menschen
Stuttgart 1987

HASELBECK, HELMUT 1987 B

Psychiatrische Dienste und Einrichtungen
in: KISKER/FREYBERGER/ROSE/WULFF (Hg.) 1987, Seite 399-411
4. Auflage, Stuttgart, New York 1987

HASELBECK, HELMUT/MACHLEIDT, WIELANT 1987

Die ambulanten Dienste an der psychiatrischen Klinik. Universitäts-Poliklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst
in: HASELBECK/MACHLEIDT/STOFFELS/TROSTDORF (Hg.) 1987, Seite 70 ff
Stuttgart 1987

HASELBECK/MACHLEIDT/STOFFELS/TROSTDORF (Hg.) 1987

Psychiatrie in Hannover - Strukturwandel und therapeutische Praxis
in einem gemeindenahen Versorgungssystem
Stuttgart 1987

HASELBECK, HELMUT 1990

Sozialpsychiatrie und das biologische Krankheitsmodell - Von der Konfrontation zur Integration
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 13 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

HASELBECK, HELMUT 1993

Wieviel Theorie braucht die Sozialpsychiatrie
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1993, Seite 5 ff
Psychiatrie Verlag, 1993

HAUG/PFEFFERER-WOLF (Hg.) 1987

Fremde Nähe - Festschrift für Erich Wulff - Argument-Sonderband AS 152
Berlin, Hamburg 1987

HAUSHALTSBEGLEITGESETZ 1984

Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984) vom 22.12.1983, BGBl. I S. 1532
Bonn 1983

HAUSS, FRIEDRICH 1989

Von der Zwangsjacke zur Fördergruppe: Geistig Behinderte in der Geschichte der Psychiatrie: medizinhistorische Untersuchung über das sich wandelnde Krankheitsverständnis anhand von Psychiatrielehrbüchern ab 1850
Frankfurt, Bern, New York, Paris 1989

HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984

Dokumentation des Bildungsurlaubsseminars "Sozialpsychiatrie als öffentliche Dienstleistung" vom 30.05. bis 03.06.1983
Eigendruck, Goslar 1984

HEINZE, HANS/SCHACK, ULRICH VON 1983 A

Erfahrungen und Probleme mit dem Niedersächsischen PsychKG
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 7-15
Hannover 1983

HEINZE, HANS/SCHACK, ULRICH VON 1983 B

Erfahrungen und Probleme mit dem Niedersächsischen PsychKG
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1983, Seite 796 ff
Hannover 1983

HEKING, KLAUS 1997

Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen -
Modegag oder ein Weg zu mehr Servicequalität?
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 207 ff
Neuwied 1997

HENNICKE, KLAUS 1987

Ist "die Psychiatrie" an allem schuld? - Überlegungen zu einer alternativen Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 154 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

HESSE, ELISABETH/KÖHL, ALBRECHT 1985

Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften
in: BOSCH/FEHR/HUTTER/BUNDESVEREINIGUNG F. SEELISCHE GESUNDHEIT (Hg.) 1985, Seite 27 ff
Hamburg 1985

HOFFMANN, PETER/TIGGEMANN, H.-G. 1991

Der sozialpsychiatrische Dienst als Baustein gemeindepsychiatrischer Versorgung
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN, Sonderheft März 1991, Seite 254-259
Stuttgart 1991

HOLLER, GERHARD 1989

Sozialarbeit und Beschäftigungstherapie in Praxen niedergelassener Nervenärzte
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1989, Seite 11 ff
Psychiatrie Verlag, 1989

HOLLERITH, ERICH 1997

Qualitätssicherung und -förderung als Aufgaben des Trägers von sozialen Einrichtungen
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 219 ff
Neuwied 1997

HOLLINGSHEAD, AUGUST B./REDLICH, FREDRICK C. 1975

Der Sozialcharakter psychischer Störungen - Eine sozialpsychiatrische Untersuchung
Originalausgabe: Social Class and Mental Illness; A Community Study, New York, London, Sydney 1958
Frankfurt 1975

HÖSS, HERBERT/GOLL, HARALD 1986

Ausgliederung geistig Behinderter aus einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus - Ein Erfahrungsbericht
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 B, Seite 39 ff
Marburg 1986

HUPASCH-LABOEHM, MONIKA/MEYNER, CHRISTEL 1996

Familienentlastende Dienste (FED) - Zwischen Alltagsorientierung und Pflegeversicherung
in: BECK/DÜE/WIELAND (Hg.) 1996, Seite 116 ff
Heidelberg 1996

HUTTER, ADALBERT 1985 A

Wer kann, soll oder muß bezahlen? - Zum besseren Verständnis der Diskussion
um die Finanzierung psychosozialer Versorgung
in: EVANGELISCHE AKADEMIE BADEN (Hg.) 1985, Seite 101 ff
Bad Herrenalb 1985

HUTTER, ADALBERT 1985 B

Wie eine Tagung entsteht, verläuft und wie sie bewertet werden kann
in: BOSCH/FEHR/HUTTER/BUNDESVEREINIGUNG F. SEELISCHE GESUNDHEIT (Hg.) 1985, S. 107 ff
Hamburg 1985

HUTTER, ADALBERT 1986

Der Modellverbund Psychiatrie - Zwischen Reformanspruch und Wirklichkeit
in: BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE, Heft 10/1986, Seite 225 ff
Stuttgart 1986

HUTTER, ADALBERT 1988

Streng vertraulich - Die "Nervenarztstudie"
in: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE 1988,
GwG-Info 73, Seite 30 f
Köln 1988

HUTTER, ADALBERT 1991

Psychotherapie und Psychosoziale Versorgung
Köln 1991

INGENSTAU, HEINZ/KORBION, HERMANN 1996

Kommentar zur Verdingungsordnung von Bauleistungen: VOB Teil A - Allgemeine Bestimmungen für die
Vergabe von Bauleistungen - DIN 1960 - Fassung 1996 und VOB Teil B - Allgemeine Vertragsbestimmungen
für die Ausführung von Bauleistungen - DIN 1961 - Fassung 1996
13. Auflage, Düsseldorf 1996

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A

Ergebnisse einer Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen (Stand November 1991)
in: NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Anhang, Band 1, Seiten 1 bis 20
Hannover 1993

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 B

Ergebnisse der Umfrage zur Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der psychiatrischen
Versorgung im Land Niedersachsen
in: NIEDERSÄCHSISCHE PSYCHIATRIEKOMMISSION 1991 F, a.a.O.
Hannover 1991

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 C

Vermerk über eine Sitzung des Zielgruppenforums "Sozialpsychiatrische Dienste" am 3. Dezember 1991
in: NIEDERSÄCHSISCHE PSYCHIATRIEKOMMISSION 1991 F, a.a.O.
Hannover 1991

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992

Ergebnisse der Umfrage über die Beteiligung von Nervenarztpraxen an der psychiatrischen Versorgung
im Land Niedersachsen (Stand Februar 1992)
in: NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Anhang, Band 2, Seiten 1 bis 37
Hannover 1993

JETTER, DIETER 1981

Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses
Darmstadt 1981

JUNGK, ROBERT 1976

Der Jahrtausendmensch -Bericht aus den Werkstätten der neuen Gesellschaft
Reinbek 1976

KAMPITS, P. 1990

Philosophisch-anthropologische Aspekte des Krankheitsbegriffes (Zusammenfassung)
in: SIMHANDL/BERNER/LUCCIONI/ALF (Hg.) 1990, Seite 51 ff
Wien, Berlin 1990

KARDORFF, ERNST VON 1984

Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der BRD
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1984, Seite 18-36
Psychiatrie Verlag, 1984

KARDORFF, ERNST VON 1985

Psychiatriereform über Modellprogramme. Anmerkungen zur Geschichte einer Reformillusion
in: KARDORFF (Hg.) 1985, Seite 13 ff
Psychiatrie Verlag, 1985

KARDORFF, ERNST VON (Hg.) 1985

Das Modellprogramm und die Folgen - Die Psychiatrie auf Reformkurs
Psychiatrie Verlag, 1985

KAUDER, VOLKER/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1998

Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung
2. Auflage, Psychiatrie-Verlag, 1998

KEMPLER, WALTER 1975

Grundzüge der Gestalt-Familientherapie
Stuttgart 1975

KEUPP, HEINRICH 1972

Psychische Störungen als abweichendes Verhalten: zur Soziogenese psychischer Störungen
München, Berlin, Wien 1972

KEUPP, HEINRICH 1983

Alternativen zum Ausschluß - Perspektiven einer Psychiatriereform
in: VERHALTENSTHERAPIE UND PSYCHOSOZIALE PRAXIS 1983, Heft 4/1983, Seite 460
Tübingen 1983

KISKER/FREYBERGER/ROSE/WULFF (Hg.) 1987

Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie
4. Auflage, Stuttgart, New York 1987

KISKER/MEYER/MÜLLER/STRÖMGREN 1975

Psychiatrie der Gegenwart - Forschung und Praxis Band III: Soziale und angewandte Psychiatrie
2. Auflage, Springer-Verlag 1975

KISKER/MEYER/MÜLLER/STRÖMGREN 1979-80

Psychiatrie der Gegenwart - Forschung und Praxis
Band I, Teil 1 und 2: Grundlagen und Methoden der Psychiatrie
2. Auflage, Springer-Verlag 1979-80

KITZIG, HANS PETER 1984

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück. Zusammenarbeit zwischen stationären und teilstationären Einrichtungen (Krankenhaus - Wohnheime - Tagesstätten)
in: HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984, Seite 29-31
Eigendruck, Goslar 1984

KLEE, ERNST 1974

Behinderten-Report
Frankfurt 1974

KLEE, ERNST 1976

Behinderten-Report II - "Wir lassen uns nicht abschieben"
Frankfurt 1976

KLEE, ERNST 1978

Psychiatrie-Report
Frankfurt 1978

KLOCKMANN, MARGRET 1982

Der "Lotse" in Wilhelmsburg - Evaluation und Überprüfung von Krisenintervention
in einer Psychosozialen Kontaktstelle
Psychiatrie Verlag, 1982

KLOSINSKI, GUNTHER 1998

Die Diagnose und ihre Auswirkungen auf Identität und Lebensqualität.
Kinder- und jugendpsychiatrische Anmerkungen
in: DIE KERBE, Heft 2/1998, Seite 13 ff
Stuttgart 1998

KNOCHE, MONIKA 1997

Die Psychiatrie hat keine Lobby
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1997, Seite 38 ff
Psychiatrie Verlag, 1997

KOEHLER, KARL 1984

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III (übersetzt nach der
3. Auflage der diagnostic and statistical manual of mental disorders d. American Psychiatric Assoc.)
3. Auflage, Weinheim 1984

KOLB, GUSTAV 1927

Die Aufgaben der Fürsorge
in: BLANKE, UWE (Hg.) 1995, Seite 186 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

KOMMISSION ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KOMPLEMENTÄREN BEREICH 1993

Anschreiben zwecks Erprobung der Manuale und Planungsbögen (Pretest)
nebst Projektinformation und Vordrucken (Stand Oktober 1993) in der Anlage
Bonn 1993

KOMMISSION ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KOMPLEMENTÄREN BEREICH 1996

Planungsbögen und Manuale - Stand Juni 1996 -
Bonn 1996

KÖPPELMANN-BAILLIEU, MARIANNE 1979

Gemeindepsychiatrie - Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich
Frankfurt, New York 1979

KÖTTGEN, CHARLOTTE 1988

Hilfen im Alltag statt Psychiatrisierung. Spektrum für Neurologie und Psychiatrie 6/1988, Seite 257-263
in: DIE KERBE, Heft 2/1998, Seite 13 ff
Stuttgart 1998

KRAEPELIN, EMIL 1909

Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte - Band 1: Allgemeine Psychiatrie
8. Auflage, Leipzig 1909

KRAEPELIN, EMIL 1910

Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte - Band 2: Klinische Psychiatrie, 1. Teil
8. Auflage, Leipzig 1910

KRAEPELIN, EMIL 1913

Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte - Band 3: Klinische Psychiatrie, 2. Teil
8. Auflage, Leipzig 1913

KRAEPELIN, EMIL 1915

Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte - Band 4: Klinische Psychiatrie, 3. Teil
8. Auflage, Leipzig 1915

KRAHMER, UTZ 1994

Gesetzesmaterialien zum Pflege-Versicherungsgesetz. Eine systematische Zusammenstellung, Band 1 u. 2
Frankfurt 1994

KRANKENHAUSDRUCKE-VERLAG (Hg.) 1985

Diagnoseschlüssel gemäß § 16 Abs. 4 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Bundespfllegesatzverordnung - BpflV) vom 21. August 1985
Herne 1985

KRANKENPFLEGE 1984

Zeitschrift des Deutschen Berufsverbandes der Pflegeberufe, Heft 4/1984
Frankfurt 1984

KREBS, HEINZ 1986

Zusammenfassung der Arbeitsgruppen - Ergebnisse zum Themenschwerpunkt 1
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 139 ff
Marburg 1986

KRISEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B.) 1987

Selbstdarstellung
Berlin 1987

KRUCKENBERG, PETER/GROMANN, PETRA 1987

Aus der Langzeitpsychiatrie in den Stadtteil - Gemeindeorientierte Perspektiven am Beispiel Bremens
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 247 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

KRUCKENBERG, PETER 1990

Personalfinanzierung im Verbund
in: DÖRNER (Hg.) 1990, Seite 173 ff
Gütersloh 1990

KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995

Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung
und Rehabilitation. Informationstagung der Aktion Psychisch Kranke
am 27./28.04.1994 in Bonn-Bad Godesberg
2. Auflage, Bonn 1995

KRUCKENBERG, PETER 1997

Die Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf regionaler und Landesebene
in: KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997, Seite 91 ff
Köln 1997

KRUCKENBERG, PETER/KUNZE, HEINRICH/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997

Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Band 24
Köln 1997

KRÜGER, HELMUT 1981 A

Die Schizophrenien - Herausforderung für eine Psychiatrie diesseits der Wissenschaftsschranken
Stuttgart 1981

KRÜGER, HELMUT 1981 B

Zum Stand der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Ostfriesland (Emden - Aurich - Leer)
in: BAUER/ROSE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1981, Seite 157 ff
Köln 1981

KRÜGER, HELMUT 1991 A

Zur Situation der Versorgung psychisch Kranker - Umfassende Angebotserweiterungen erforderlich
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1991, Seite 13-18
Hannover 1991

KRÜGER, HELMUT 1991 B

Empfehlungen der Experten-Kommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker und die Situation in Niedersachsen
in: OLDENBURGER VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT e.V. 1991, Seite 27 ff
Oldenburg 1991

KRUSE, GUNTHER 1979

Ein Jahr Psych-KG in Niedersachsen
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 12/1979, Seite 39 ff
Psychiatrie Verlag, 1979

KUHSE, HELGA/SINGER, PETER 1993

Muß dieses Kind am Leben bleiben? - Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener
Erlangen 1993

KULENKAMPFF, CASPAR 1980

Die Ausgliederung geistig Behinderter aus der psychiatrischen Krankenhausversorgung
in: KULENKAMPFF/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1980, Seite 27 ff
Köln 1980

KULENKAMPFF, CASPAR/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1980

Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter. Tagungsbericht Band 4
Köln 1980

KULENKAMPFF, CASPAR 1992

Systematik und Phantasie
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1992, Seite 11 ff
Psychiatrie Verlag, 1992

KUNZE, HEINRICH 1992

Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem
und das Problem der sogenannten Enthospitalisierung
in: PICARD/REIMER/AKTION PSYCHISCH KRANKE/ARBEITSKREIS DER ÄRZTL. LEITER ... 1992, S. 43 ff
Köln 1992

KUNZE, HEINRICH 1995

Personenzentrierte Orientierung der Hilfen
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 95 ff
2. Auflage, Bonn 1995

KUNZE, HEINRICH 1997

Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten
hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund
in: KRUCKENBERG/KUNZE/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997, Seite 17 ff
Köln 1997

KUNZE, HEINRICH 1998

Psychiatrie-Reform '98 und danach: Personenzentrierter Ansatz
und andere Tendenzen in der Sozialpsychiatrie
in: DIE KERBE, Heft 1/1998, Seite 4 ff
Stuttgart 1998

KÜTTNER, ENNO/WIGBERS, WINFRIED 1980

Psychosoziale Beratungsgruppe Varel - Kritische Begleitung eines Modellversuches
Diplomarbeit, Universität Oldenburg 1980

LABRÉGÈRE, AIMÉ 1986

Die Entwicklung des Normalisierungsgedankens in Europa
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 63 ff
Marburg 1986

LANDESGEMEINSCHAFT FREIE WOHLFAHRTSPFLEGE NIEDERSACHSEN 1994

Stellungnahme der LAG-FW zu den "Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in
Niedersachsen" der Fachkommission Psychiatrie an den Landtagsausschuß für Sozial- und
Gesundheitswesen vom 8. Juni 1994
in: DOKUMENTE DES PARITÄTISCHEN 1994, Seite 81-91
Hannover 1994

LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1989

Zuwendungen des Landes Niedersachsen zu den Personalkosten in Wohngemeinschaften für seelisch
und/oder geistig behinderte Volljährige, die nicht bzw. nicht mehr heimbedürftig sind. -
Rundschreiben Nr. 9/1989 vom 05.07.1989, GültL-Nr. 4311/43
Hildesheim 1989

LANDESSOZIALAMT NIEDERSACHSEN 1990

Zuwendungen des Landes Niedersachsen zu den Personalkosten in Wohngemeinschaften für seelisch
und/oder geistig behinderte Volljährige, die nicht bzw. nicht mehr heimbedürftig sind. -
Rundschreiben Nr. 11/1990 vom 10.08.1990, GültL-Nr. 4311/47
Hildesheim 1990

LANDKREIS FRIESLAND 1994

Stellungnahme an den Niedersächsischen Landkreistag zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der
Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und
Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - LT-Drs. 12/6270 - vom 7. Juni 1994 - Az. III/30 -
Jever, 07.06.1994

LANDKREIS HANNOVER 1997

Schreiben des Landkreises Hannover an die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Novellierung
des Nds.PsychKG; hier: vorläufige Einweisung gem. § 16 - Nds. Landtag: Beschlussempfehlung des Aus-
schusses für Sozial- und Gesundheitswesen vom 21.5.1997; Drucksache 13/2929
Hannover, 27.06.1997

LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1996

Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe -
Dokumentation - Heek-Nienborg, 21.-23.06.1995
2. Auflage, Münster 1996

LEMP, REINHART 1987

Pädagogik, Heilpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Kinder und Jugendliche zwischen Psychiatrie und Pädagogik
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 107 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

LOER, REINHARD 1991

Rechtliche, administrative und organisatorische Probleme und Entwicklungsperspektiven
von psychiatrischen Institutsambulanzen
in: SPRENGLER, ANDREAS (Hg.) 1991, Seite 84 ff
Göttingen 1991

LUBECKI, PAUL 1995

Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 173 ff
2. Auflage, Bonn 1995

LUHMANN, NIKLAS 1993

Soziologische Aufklärung 5 - Konstruktivistische Perspektiven
2. Auflage, Opladen 1993

MAAS, OLAF 1987

Wege aus der psychiatrischen Versorgung. Zur aktuellen Diskussion um die Ausgliederung Geistigbehinderter
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 205 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

MACHLEIDT, WIELANT/ELGETI, HERMANN 1991

Hat sich die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bewährt?
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1991, Seite 52 ff
Psychiatrie Verlag, 1991

MAEDER, CHRISTEL 1984

Zur Geschichte der Psychiatrie: Umgang mit psychisch Kranken - gestern und heute
in: KRANKENPFLEGE 1984, Heft 4/84, Seite 115 ff
Frankfurt 1984

MANN, FRIDO 1979

Zur Konzeption und Wirklichkeit einer kommunalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
in: NEUE PRAXIS 1979, Seite 196 ff
Neuwied 1979

MARSCHNER, ROLF 1990

Das Unterbringungsrecht der Bundesländer
in: BRILL, KARL-ERNST (Hg.) 1990, Seite 91
Psychiatrie Verlag, 1990

MAß, ERNST 1995

Ein Beitrag zum Thema Datenschutz
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 189 ff
2. Auflage, Bonn 1995

MATTHESIUS, ROLF-GERD (Hg.) 1995

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
Berlin 1995

MEYER, MANFRED 1993

Qualitätsmanagement im Krankenhaus.
Methodische Anmerkungen zu Qualitätswirkungen zweier Aspekte eines realen Falls
Universität Erlangen-Nürnberg 1993

MITSCHERLICH, ALEXANDER 1973

Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft
10. Auflage, München 1973

MÖLLER-LEIMKÜHLER 1998

Thesen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
in: DIE KERBE, Heft 3/1998, Seite 11 f
Stuttgart 1998

MROZYNSKI, PETER 1994

Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes auf Einrichtungen
und Dienste der Behindertenhilfe - Gutachten -
München 1994

MÜHLICH, WOLFGANG 1981

Soziale Kompetenz - Die Planungsgruppe Ulm über Ziel und Grundzüge der Rehabilitationsarbeit
in: BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE, Heft 02/1981, Seite 51 ff
Stuttgart 1981

NABITZ, UDO W./WALBURG, JAN A. 1996

Das EFQM-Modell "Jellinek" - Ein Instrument zur strukturierten und systematischen Selbstbewertung
des Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Gesundheitswesens
in: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1996, Seite 7-44
2. Auflage, Münster 1996

NACHRICHTENDIENST DES DEUTSCHEN VEREINS FÜR ÖFFENTLICHE U. PRIVATE FÜRSORGE 1986

Jahrgang 1986
Frankfurt 1986

NAENDRUP, PETER-HUBERT 1985

Psychiatrie im Wandel - aber Beharrung im Leistungsrecht?
in: EVANGELISCHE AKADEMIE BADEN (Hg.) 1985, Seite 114 ff
Bad Herrenalb 1985

NARR, WOLF-DIETER 1991

Psychiatrie und Sozialpolitik - Zu Rechtfertigung, Zielen und Hebeln der Sozialpsychiatrie
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 47-57
Psychiatrie Verlag, 1991

NDS.PSYCHKG 1978

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG),
vom 30. Mai 1978 Nds.GVBl. 1978, Seite 443
Hannover 1978

NDS.PSYCHKG 1997

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG),
vom 16. Juni 1997 Nds.GVBl. 1997, Seite 272
Hannover 1997

NEUE PRAXIS 1979

Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Jahrgang: 1979
Neuwied 1979

NEUE PRESSE HANNOVER, 30.05.1985

170 Fragen der Grünen zum Psychiatriebericht
Hannover 1985

NEUE WESTFÄLISCHE, 20.06.1998

Psychiatrie braucht neue Regeln. Bemühen um Schadensbegrenzung nach Mißbrauchsvorfall in Fachklinik
Bielefeld 1998

NIEDERSÄCHSISCHE KOMMISSION GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1992

Gesundheit 2000 - Neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen
Hannover 1992

NIEDERSÄCHSISCHE LANDESREGIERUNG 1990

Koalitionsvereinbarung vom 19. Juni 1990 - Der Landesverband Niedersachsen der SOZIALDEMOKRATI-
SCHEN PARTEI DEUTSCHLANDS und der Landesverband DIE GRÜNEN Niedersachsen schließen für die
12. Wahlperiode des niedersächsischen Landtages
die nachfolgende Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition
Hannover 1990

NIEDERSÄCHSISCHE PSYCHIATRIEKOMMISSION 1991 D

Niedersächsische Psychiatriekommission - Bestandsaufnahme - Erhebungsbogen zur Ermittlung der Be-
teiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der psychiatrischen Versorgung im Land Niedersachsen
(mit Anschreiben des IES vom 01.10.1991)
Hannover 1991

NIEDERSÄCHSISCHE PSYCHIATRIEKOMMISSION 1991 F

Materialien zum Zielgruppenforum Sozialpsychiatrische Dienste am 03.12.1991 über komplementäre Einrichtungen in Niedersachsen und Bremen, zum Referat über den öffentlichen Gesundheitsdienst und über Umfrageergebnisse zur Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der psychiatrischen Versorgung (mit Schreiben des IES vom 13.01.1992)
Hannover 1991

NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1994

Schreiben des Niedersächsischen Landkreistages vom 14. Juni 1994 an die Landkreise Hannover, Peine, Celle und Friesland zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Az. 516-05 - Wä/Gro -
Hannover, 14.06.1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1997 A

Rundschreiben des Niedersächsischen Landkreistages zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16.6.1997 (Nds. GVBl. S. 272);
hier: Vorläufige Einweisung nach § 18 NPsychKG - Rundschreiben Nr. 478/1997 -
Hannover, 11.07.1997

NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1997 B

Rundschreiben des Niedersächsischen Landkreistages zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16.6.1997 (Nds. GVBl. S. 272);
hier: Hinweise und Erläuterungen zur Novellierung des NPsychKG durch das Niedersächsische Sozialministerium - Rundschreiben Nr. 533/1997 -
Hannover, 24.07.1997

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1981 B

Stenographischer Bericht über die Plenarsitzung am 24. Juni 1981, Spalte 8592 ff
Hannover 1981

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1985

Stenographischer Bericht über die Plenarsitzung am 11. Juli 1985 zu Punkt 11 der Tagesordnung: Große Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen, LT-Drs. 10/4429; Stenographischer Bericht 1985, Spalte 8187 ff
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG - STENOGRAPHISCHER BERICHT 1994

Stenographischer Bericht über die Plenarsitzung am 18. Mai 1994: Erste Beratung: Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs 12/6270
Hannover 1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

Niedersächsisches Ausführungsgesetz zum Betreuungsgesetz (Nds.AGBtG) vom 17. Dezember 1991, Nds.GVBl. 1991, Seite 366
Hannover, 17.12.1991

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1994

Tagesordnung für den 41. Tagungsabschnitt des Niedersächsischen Landtages - Beginn der 105. Sitzung am Mittwoch, dem 18. Mai 1994, 10.15 Uhr - Mitteilungen des Präsidenten
Hannover 1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 7/2450

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Nds.PsychKG)
Hannover, 16.01.1974

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
Hannover, 17.03.1975

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/3673

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
Hannover, 12.04.1978

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/1921

Antwort auf eine Kleine Anfrage zum Weiterbestehen von psychiatrischen Modellversuchen in Uelzen und Varel
Hannover, 08.10.1980

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069

Antworten der Landesregierung auf Beschlüsse des Landtages der Achten Wahlperiode - hier: Antwort der Landesregierung vom 23.12.1981 zum Beschluß vom 10.05.1981 - Drs. 8/3749 - Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
Hannover, 23.12.1981

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4429

Große Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen
Hannover, 28.05.1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4639

Antwort auf eine Große Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen
Hannover, 11.07.1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/5477

Erster Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen für die Zeit vom 1. Oktober 1983 bis 31. Dezember 1984
Hannover, 10.07.1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469

Zweiter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1985
Hannover, 22.12.1986

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1930

Dritter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1986
Hannover, 16.12.1987

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/2930

Vierter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1987
Hannover, 29.08.1988

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/3013

Kleine Anfrage des Abgeordneten Adam zur Psychiatrischen Versorgung in Wilhelmshaven
Hannover, 21.09.1988

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/3234

Antwort auf eine Kleine Anfrage des Abgeordneten Adam zur Psychiatrischen Versorgung in Wilhelmshaven
Hannover, 29.11.1988

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/4116

Fünfter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1988
Hannover, 05.07.1989

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/100

Sechster Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1989

Hannover, 14.08.1990

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/2191

Siebenter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1990

Hannover, 16.10.1991

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/4230

Achter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1991

Hannover, 20.01.1993

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/5460

Neunter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1992

Hannover, 18.10.1993

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/6270

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 3. Mai 1994

Hannover, 03.05.1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/120

Zehnter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit im Jahre 1993

Hannover, 03.08.1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/200

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 7. September 1994

Hannover, 07.09.1994

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/1379

Elfte Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit im Jahre 1994

Hannover, 29.11.1995

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2065

Zwölfter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit im Jahre 1995

Hannover, 01.11.1996

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/2929

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) - Beschlußempfehlung des Landtagsausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen vom 21. Mai 1997

Hannover, 21.05.1997

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 13/3200

Dreizehnter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit im Jahre 1996

Hannover, 30.06.1997

NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1980 1983 1985 1991

Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung und Ärztekammer Niedersachsen - Jahrgänge 1980, 1983, 1985, 1991
Hannover 1980, 1983, 1985, 1991

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 17/87

Schnipkoweit: Auch psychisch Kranke haben ein Recht auf Heimat in ihrer gewohnten Umgebung - Sozialminister setzt sich für Aufbau der familiennahen Versorgung ein
Hannover, 29.01.1987

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 55/88

Schnipkoweit: Vor- und Nachsorge für psychisch Kranke weiter verbessern - Fortschritte auf dem Weg zur gemeindenahen Psychiatrie
Hannover, 11.04.1988

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM - PRESSEMITTEILUNG 94/88

Schnipkoweit: Seelisch und psychisch Kranke gehören in unsere Mitte - Appell des Sozialministers zum "Tag der Psychiatrie"
Hannover, 09.06.1988

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A

Hinweise und Empfehlungen für die Durchführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes - Nichtveröffentlichter Runderlaß des MS vom 17.07.1980
Hannover 1980

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 B

Verordnung über den Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und über die Besuchskommissionen vom 17.04.1980 - Nds.GVBl. 1980, Seite 140
Hannover 1980

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1981 A

Stand des sozialpsychiatrischen Dienstes - Az. 406-56/20/3 PsychKG(3)
Hannover, 12.03.1981

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1983 A

Stand des sozialpsychiatrischen Dienstes; Erhebung über Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke und -gefährdete - Runderlaß des MS vom 22.03.1983, Az. 406-41544/11 -
Hannover, 22.03.1983

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A

Psychiatrie in Niedersachsen - Programm und Bericht der Landesregierung
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1986 E

Stand des sozialpsychiatrischen Dienstes in Niedersachsen - Referat zur Sitzung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung am 05.03.1986 im Sozialministerium - Az.: 406.2-41544/213 -
Hannover, 05.03.1986

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

Niedersächsische Fachkommission Psychiatrie: Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen
Hannover 1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 B

Leitlinien und Empfehlungen zur Behindertenpolitik in Niedersachsen - Berichte der Fachkommission Behinderte -
Hannover, Januar 1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 C

Sozialleistungsrecht für ältere Menschen - Überblick über das Sozialleistungsrecht im Bereich Prävention, Rehabilitation, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung für ältere Menschen - Berichte zur Altenpflege -
Hannover, September 1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 E

Orientierungsrahmen und Empfehlungen zur Altenpflegepolitik in Niedersachsen
- Bericht der Fachkommission Altenpflege -
Hannover, März 1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 F

Selbstbestimmung und Lebensqualität: Rot-grüne Sozialpolitik im Spiegel der Fachkommissionsergebnisse -
Rede des niedersächsischen Sozialministers Walter Hiller
Hannover, 30.08.1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 G

Selbstbestimmung und Lebensqualität - Stellungnahme zu den Berichten der Fachkommission
Altenpflege, Behinderte, Gesundheitsförderung, Psychiatrie
Hannover 1993

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1994 A

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen
für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen - mit Begründung -
Hannover 1994

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1994 B

Richtlinienentwurf vom 19.04.1994, Az.: 103-431 15/3, über die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung
von Wohngemeinschaften für seelisch und/oder geistig behinderte Volljährige, die nicht bzw. nicht mehr
heimpflegebedürftig sind
Hannover 1994

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1996

Stellungnahme zum 12. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen
im Jahre 1995; Landtagsdrucksache 13/2065
Hannover, 01.11.1996

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1997 B

Umsetzung des novellierten NPsychKG - hier: Vorläufige Einweisungen nach § 18 NPsychKG -
Erlaß vom 15.07.1997, Az.: 406.1-41544/01-
Hannover, 15.07.1997

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1997 C

Umsetzung des novellierten NPsychKG - hier: Verfahrensweise bei vorläufige Einweisungen nach § 18 -
Erlaß vom 21.07.1997, Az.: 406.1-41544/01-1
Hannover, 21.07.1997

NIEHOFF, ULRICH 1987

Behindertenpädagogische Arbeit im Psychiatrischen Krankenhaus. Problemfelder und Perspektiven
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 34 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

NIEHOFF, ULRICH/PICKEL, HARALD 1987

Situation geistig Behinderter in psychiatrischen Einrichtungen - Eingliederung in die Gemeinde
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1987, Seite 75
Marburg 1987

NORDRHEIN-WESTFALEN: PSYCHKG NRW 1969

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 02.12.1969,
GV NW 1969, S. 872, geändert: 18.12.1984, GV NW 1985, S. 2128
Düsseldorf 1969

NORDWEST ZEITUNG, 18.08.1997

Bei Sozialhilfe zur Arbeit verpflichten - Politiker appellieren an die Kommunen
Oldenburg 1997

NOUVERTNÉ, UDO/NOUVERTNÉ, KLAUS 1996

Qualitätssicherung im ambulanten/komplementären Bereich psychiatrischer Arbeit
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1996, Seite 13 ff
Psychiatrie Verlag, 1996

NOWAK, MEINOLF/WEBER, CHRISTIAN 1985

Benachteiligung psychisch Kranker als Problem sozialversicherungsrechtlicher Ausgrenzung
in: KARDORFF (Hg.) 1985, Seite 53 ff
Psychiatrie Verlag, 1985

NOWAK, MEINOLF/SCHOLTEN, BERNHARD 1988

Die psychiatrische Versorgung im Gesundheits-Reformgesetz - enttäuschend
in: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE (DGVT) 1988, Seite 47-55
Tübingen 1988

NOWAK, MEINOLF 1989

Hoffnung auf bessere Versorgung psychisch Kranker bitter enttäuscht - Gesundheitsreformgesetz (GRG)
hat Kernprobleme der Psychiatrie nicht gelöst
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1989, Seite 3-8
Bonn 1989

OBERLEITNER, GERD 1998

Menschenrechtsschutz durch Staatenberichte
Dissertation, Frankfurt 1998

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984

Monatsschrift für Präventivmedizin und Rehabilitation, für Sozialhygiene und öffentliche Gesundheit,
Jahrgang 1984
Stuttgart, New York 1984

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN, SONDERHEFT AUG./SEPT. 1990

Monatsschrift für Präventivmedizin und Rehabilitation, für Sozialhygiene und öffentliche Gesundheit,
Sonderheft Aug./Sept. 1990
Stuttgart 1990

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN, SONDERHEFT MÄRZ 1991

Monatsschrift für Präventivmedizin und Rehabilitation, für Sozialhygiene und öffentliche Gesundheit,
Sonderheft März 1991
Stuttgart 1991

OLDENBURGER VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT e.V. 1991

Tagungsbericht: Psychisch Kranke in der Gemeinde - Perspektiven und Verwirklichung gemeindenaher
Versorgung im Anschluß an den Expertenbericht der Bundesregierung vom November 1988
Oldenburg 1991

PANSE, FRIEDRICH 1964

Das psychiatrische Krankenhauswesen - Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft
Stuttgart 1964

PATIENTEN, ANGEHÖRIGE UND ANDERE EXPERTEN 1995

Stellungnahmen zur Qualitätssicherung
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1995, Seite 5-34 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1983 B

Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie -
Band II: Zeit bis Kraepelin und Freud
Hürtgenwald 1983

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1986 A

Endogene Psychosen als Zeitstörungen: Zur Grundlegung einer personalen Psychiatrie
unter Berücksichtigung historischer Entwicklung
Hürtgenwald 1986

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1986 B

Ideologie und Mord: Euthanasie bei "lebensunwerten" Menschen
Hürtgenwald 1986

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1987 A

Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie -
Band III: Die Zeit vor und nach 1900
Hürtgenwald 1987

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1987 B

Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie -
Band IV: Die Zeit bis zur Gegenwart
Hürtgenwald 1987

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1989

Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie -
Erster Ergänzungsband: Partnerschaft im Wandel der Zeit:
Kritische Geschichte der Sympathie, Freundschaft und Liebe
Hürtgenwald 1989

PAULEIKHOFF, BERNHARD 1990

Das Menschenbild im Wandel der Zeit: Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie -
Zweiter Ergänzungsband I: Zeit und Sein - Zur Geschichte der menschlichen Existenz und ihrer Zukunft I:
Geist und Zeit - Zur Geschichte der menschlichen Existenz
Hürtgenwald 1990

**PICARD, WALTER/REIMER, FRITZ/AKTION PSYCHISCH KRANKE/ARBEITSKREIS DER ÄRZTLICHEN
LEITER ÖFFENTLICHER PSYCHIATRISCHER KRANKENHÄUSER UND ABTEILUNGEN
IN DER BUNDESREPUBLIK (Hg.) 1992**

Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der
Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht Band 19
Köln 1992

PÖRKSEN, NILS 1974

Kommunale Psychiatrie - Das Mannheimer Modell
Reinbek 1974

PRAHM, HEYO 1980

Erste Erfahrungen mit dem sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt Oldenburg
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1980, Seite 579-582
Hannover 1980

PRAHM, HEYO 1983

Sozialpsychiatrische Dienste als öffentliche Aufgabe
in: SPEKTRUM DER PSYCHIATRIE UND NERVENHEILKUNDE 1983, Heft 5/83, Seite 186 ff
Köln 1983

PRAHM, HEYO 1984

Psychiatrische Schutzmaßnahmen zwischen Realität und therapeutischem Anspruch
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 87-90
Stuttgart, New York 1984

PRAHM, HEYO 1998

Der sozialpsychiatrische Verbund aus Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1998, Seite 14 f
Bonn 1998

PROGNOS AG (Hg.) 1986

Modellprogramm Psychiatrie - Abschlußberichte Bände 1 und 2,
erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit
Köln 1986

PSCHYREMBEL, WILLIBALD 1977

Klinisches Wörterbuch
253. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1977

PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV) 1990

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
(Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)
Bonn 1990

PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1985-1986

Zeitschrift, Jahrgänge 1985-1986
Stuttgart 1985-86

PSYCHOSOZIALE UMSCHAU

Vierteljahreshefte - Zeitschrift/Mitgliedsblatt des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen
und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker
Sämtliche Jahrgänge von 1985 bis 1998
Bonn 1987-1990

PURSCHE/STANGE/KRUCKENBERG/SCHLEEF 1996

Reintegration forensisch psychiatrischer Patienten in eine mit komplementären
Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region - Abschlußbericht
Hannover, Moringen 1996

QUALITÄT UND ZUVERLÄSSIGKEIT (QZ) 1993

Zeitschrift, Heft 4/1993
München 1993

RAHMANN, BERND/WELSCH, JOHANN (Hg.) 1982

Wohlfahrtsstaat im Defizit
Köln 1982

RAU, JOACHIM 1997

Öko-Audit - Neue Anforderungen für Werkstätten für Behinderte
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 113 ff
Neuwied 1997

REBSCHER, HERBERT 1995

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation -
eine Standortbestimmung aus Sicht der Leistungsträger
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 48 ff
2. Auflage, Bonn 1995

RECHTSDIENST DER LEBENSHILFE 2/1993 und 3/1995

Vierteljahresheft der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.,
Hefte 2/1993, 3/1995
Marburg 1993 1995

REDAKTION "GEISTIGE BEHINDERUNG" 1989

Das Recht auf Leben ist unantastbar - gehen wir einer neuen Behindertenfeindlichkeit entgegen?
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 237 ff
Marburg 1989

REDAKTION SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1995 A

In eigener Sache
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1995, Seite 44 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

REDAKTION SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1995 B

Editorial
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1995, Seite 2 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

REDEL, CHRISTIANE 1995

Die Ziele der Kommission aus der Sicht des Bundes
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 16 ff
2. Auflage, Bonn 1995

REHABILITATIONSANGLEICHUNGSGESETZ (REHAANGLG) 1996

Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 07.08.1974, BGBl. I S. 1881,
zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Behandlung von einmalig gezahltem
Arbeitsentgelt vom 12.12.1996, BGBl. I S. 1859
Bonn 1996

REICHVERSICHERUNGSORDNUNG (RVO) 1987

Reichsversicherungsordnung vom 19.07.1911, RGBl. S. 509,
zuletzt geändert am 14.12.1987, BGBl. I S. 2602
Bonn 1987

REIMER, FRITZ (Hg.) 1981

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Krankenhauspsychiatrie
Weinsberg 1981

REIMER, FRITZ 1988

Entwicklung und Tendenzen in der Psychiatrie
in: DIE KERBE, Heft 2/1988, Seite 6 ff
Stuttgart 1988

RELMAN, ARNOLD S. 1985

Der neue medizinisch-industrielle Komplex
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1985, Seite 42 ff
Psychiatrie Verlag, 1985

RICHTER, HORST EBERHARD/STROTZKA, HANS/WILLI, JÜRIG (Hg.) 1976

Familie und seelische Krankheit - Eine neue Perspektive der psychologischen Medizin und der Sozialtherapie
Reinbek 1976

RICHTER, PETRA/STEGMANN, ELENA 1987

Integration schwergeistigbehinderter Menschen - am Beispiel des Dürener "Hexenhäuschen-Projekts"
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 270 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

RICHTER, STEFAN 1987

Das Ambulanzbudget - Ein konkreter Finanzierungsentwurf
in: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE 1987,
GwG-Info 66, Seite 41 f
Köln 1987

RICHTER, STEPHAN 1991

Wider den Hospitalismus ambulanter Dienste oder: Vorschlag, wie es vielleicht doch möglich sei,
ambulante Dienste einzurichten, die einen erkennbaren Nutzen hätten
in: BOCK, THOMAS/WEIGAND, HILDEGARD (Hg.) 1991, Seite 522-538
Psychiatrie Verlag, 1991

RÖHLING, GERD 1979

Geschichte der dynamischen Psychiatrie
in: AMMON (Hg.) 1979, Seite 12-46
München 1979

ROSENAU, WOLFGANG 1983

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen:
Bei einem niedergelassenen Arzt - am Beispiel Celle
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 35-39
Hannover 1983

RÜEGG, WALTER 1969

Soziologie - Funk-Kolleg, Band 6
Frankfurt 1969

RÜTHER, NORBERT 1994

Bewegt die kommunale Psychiatrie die Kommunalpolitik?
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1994, Seite 36 ff
Psychiatrie Verlag, 1994

SACHS, MICHAEL CH. 1993

Praktiziertes Qualitätsmanagement für Dienstleistungen - Tugend oder Vision?
in: QUALITÄT UND ZUVERLÄSSIGKEIT (QZ) 1993, Seite 217 ff
München 1993

SACHSSE, CHRISTOPH/TENNSTEDT, FLORIAN 1980

Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland
Stuttgart 1980

SCHÄFER, CLAUS 1982

Wiedergewinnung der Vollbeschäftigung durch qualitatives Wachstum
in: RAHMANN/WELSCH (Hg.) 1982, Seite 133 ff
Köln 1982

SCHEFF, THOMAS J. 1973

Das Etikett "Geisteskrankheit" - Soziale Interaktion und psychische Störung
Frankfurt 1973

SCHELLHORN/JIRASEK/SEIPP 1997

Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz
15. Auflage, Neuwied 1997

SCHERNUS, RENATE 1998

Sichert die Qualitätssicherung die Qualität?
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 2/1998, Seite 4 ff
Bonn 1998

SCHILLER, BURKHARD 1986

Zusammenfassung der Arbeitsgruppen - Ergebnisse zum Themenschwerpunkt 2
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 171 ff
Marburg 1986

SCHILLER, BURKHARD 1996

Normalisierung und Qualitätsentwicklung - Wege zur Unterstützung und Förderung
von Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten
in: BECK/DÜE/WIELAND (Hg.) 1996, Seite 75 ff
Heidelberg 1996

SCHLESWIG-HOLSTEINER LANDTAG 1989

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Finanzausgleiches, der Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes
und des Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes
Kiel 1989

SCHLESWIG-HOLSTEINER LANDTAG 1990

Gesetz zur Änderung des Finanzausgleiches, des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes und des
Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes vom 12.12.1990, GVOBl. Schl.H. 1990, S. 615
Kiel 1990

SCHNEIDER, WOLFGANG/FREYBERGER, HARALD/MUHS, ARIBERT/SCHÜßLER, GERHARD (Hg.) 1993

Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V
Göttingen, Zürich 1993

SCHRENK, MARTIN 1973

Über den Umgang mit Geisteskranken
Berlin, Heidelberg, New York 1973

SCHUBERT, HANS-JOACHIM 1997

Von Leistungs- und Prüfvereinbarungen zur Umsetzung umfassender Qualitätsmanagementkonzepte
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 131 ff
Neuwied 1997

SCHUBERT, HANS-JOACHIM/ZINK, KLAUS J. (Hg.) 1997

Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen
Neuwied 1997

SCHUBERT, HANS-JOACHIM/ZINK, KLAUS J. 1997

Eine Einführung in das Werk: Zur Qualität sozialer Dienstleistungen
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 1 ff
Neuwied 1997

SCHULTE, WALTER/TÖLLE, RAINER 1977

Psychiatrie
4. Auflage, Berlin, New York 1977

SCHÜTT, HILDGUNT 1990

Angehörige fordern Bonn zum Handeln auf - Gesetzgeber soll Konsequenzen aus dem Bericht der Expertenkommission ziehen
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1990, Seite 40
Bonn 1990

SCHWARTE, NORBERT/OBERSTE-UFER, RALF 1997

Qualitätssicherung und -entwicklung in der sozialen Rehabilitation Behinderter:
Anforderungen an Prüfverfahren und Instrumente
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 56 ff
Neuwied 1997

SCHWARTZ, FRIEDRICH WILHELM 1989

Anmerkungen zu "Nervenarzt-Studie" des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1989, Seite 2 ff
Psychiatrie Verlag, 1989

SCHWENDY, ARND 1990

Die Rolle des Gesundheitsamtes und seine Aufgaben bei der Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN, Sonderheft Aug./Sept. 1990
Stuttgart 1990

SCHWERBEHINDERTENGESETZ (SCHWBG) 1997

Schwerbehindertengesetz vom 26.08.1986, BGBl. I S. 1421, berichtigt S. 1550,
zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.03.1997, BGBl. I S. 603
Bonn 1997

SECKENDORFF, CHRISTOPH VON 1997

Fünf Jahre Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V.
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1997, Seite 34
Bonn 1997

SEIDEL, RALF 1987

Notwendige Sorge, fragwürdiges Tun: Die Hannoversche Psychiatrie als moralische Veranstaltung betrachtet
in: HASSELBECK/MACHLEIDT/STOFFELS/TROSTDORF (Hg.) 1987, Seite 240-244
Stuttgart 1987

SEIDLER, EDUARD 1972

Geschichte der Pflege des kranken Menschen
3. Auflage, Stuttgart, Berlin 1972

SELBMANN, HANS-KONRAD 1997

Verknüpfung externer und interner qualitätssichernder Maßnahmen im Krankenhaus
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 183 ff
Neuwied 1997

SEYFRIED, ERWIN 1985

Selbsthilfefirmen und Werkstätten für seelisch Behinderte - ein Vergleich
in: BOSCH/KULENKAMPFF/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1985, Seite 172 ff
Köln 1985

SHORTER, EDWARD 1997

A History of Psychiatry - From the Era of the Asylum to the Age of Prozac
New York 1997

SIEBENTES GESETZ ZUR ÄNDERUNG DES FINANZAUSGLEICHSGESETZES 1981

Siebentes Gesetz zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes, Nds.GVBl. 1981, Seite 182
Hannover 1981

SIEMEN, HANS-LUDWIG 1986

Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik - Ein historisches Lehrstück
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1986, Seite 70-80
Psychiatrie Verlag, 1986

SIMHANDL/BERNER/LUCCIONI/ALF (Hg.) 1990

Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie
Wien, Berlin 1990

SIMON, FRITZ 1992

Über die Nützlichkeit der sozialpsychiatrischen Theoriearmut
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1992, Seite 2 ff
Psychiatrie Verlag, 1992

SIMSON, ARNOLD 1986

Ambulante psychiatrische Krankenpflege durch Sozialstationen -
Ein Modellversuch in Nordrhein-Westfalen -
in: NACHRICHTENDIENST DES DEUTSCHEN VEREINS FÜR ÖFFENTLICHE
UND PRIVATE FÜRSORGE 1986, Seite 232-235
Frankfurt 1986

SINGER, PETER 1984

Praktische Ethik
Stuttgart 1984

SINGER, PETER 1996

Wie sollen wir leben? - Ethik in einer egoistischen Zeit
Erlangen 1996

SOZIALBERUFE 7/85

Nordrhein-Westfalen will gesetzliche Regelung - Heft 7/85, Seite 7
Düsseldorf 1985

SOZIALBERUFE 9/85

Initiative aus Düsseldorf: Sozialpsychiatrie gesetzlich absichern - Heft 9/85, Seite 4
Düsseldorf 1985

SOZIALE WELT 1984

Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis - Jahrgang 1984 -
Bamberg 1984

SOZIALGESETZBUCH - ERSTES BUCH (SGB I) 1997

Sozialgesetzbuch (SGB I) vom 11.12.1975, BGBl. I S. 3015,
zuletzt geändert durch das Rentenreformgesetz 1999 vom 16.12.1997, BGBl. I S. 2994
Bonn 1997

SOZIALGESETZBUCH - FÜNFTES BUCH (SGB V) 1997

Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477,
zuletzt geändert durch Gesetz vom 24.03.1997, BGBl. I S. 603
Bonn 1997

SOZIALGESETZBUCH - SECHSTES BUCH (SGB VI) 1997

Sozialgesetzbuch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - vom 18.12.1989, BGBl. I S. 2661; BGBl. I 1990, S. 1337; zuletzt geändert durch Gesetz vom 29.04.1997, BGBl. I S. 0968
Bonn 1997

SOZIALGESETZBUCH - ACHTES BUCH (SGB VIII) 1996

Sozialgesetzbuch (SGB VIII) - Kinder- und Jugendhilfe, vom 26.06.1990, BGBl. I S. 1163, 1166, zuletzt geändert durch Gesetz vom 29.07.1996, BGBl. I S. 1094
Bonn 1996

SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1997

Sozialgesetzbuch (SGB X) vom 18.08.1980, BGBl. I S. 1469, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18.06.1997, BGBl. I S. 1430
Bonn 1997

SOZIALGESETZBUCH - ELFTES BUCH (SGB XI) 1996

Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung - vom 28.05.1994, BGBl. I S. 1014; zuletzt geändert durch Gesetz vom 12.12.1996, BGBl. I S. 1859
Bonn 1996

SOZIALISTISCHES PATIENTENKOLLEKTIV HEIDELBERG 1973

Aus der Krankheit eine Waffe machen. Eine Agitationsschrift des sozialistischen Patientenkollektivs an der Universität Heidelberg, mit einem Vorwort von Jean-Paul Sartre
3. Auflage, München 1973

SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN

Vierteljahreshefte des Psychiatrie-Verlages, Bonn
Hefte: 23/1974; 35/36 1976; 06/1978; 12/1979; 68/69 1982; 02/1984; 01/1985; 04/1985; 01/1986;
Jahrgänge 1988 bis 1998: sämtliche Hefte
Psychiatrie Verlag, 1974-1998

SPANCKEN, ELMAR 1997

Asyl und Qualitätssicherung
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1997, Seite 27 ff
Psychiatrie Verlag, 1997

SPEKTRUM DER PSYCHIATRIE UND NERVENHEILKUNDE 1983

Mitteilungsblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, des Ständigen Ausschusses für Krankenhausfragen in der DGPN und den Landesverbänden sowie dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Heft 5/1983
Köln 1983

SPENGLER, ANDREAS (Hg.) 1991

Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung
Göttingen 1991

SPÖHRING, WALTER 1996

Zertifizierung der Qualität von psychiatrischen Krankenhäusern
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1996, Seite 34 ff
Psychiatrie Verlag, 1996

STAHLKOPF, DIETER 1995

Personenzentrierte Hilfen - Verordnung, Koordination und Steuerung
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 121 ff
2. Auflage, Bonn 1995

STARK, WOLFGANG 1986

Veränderung der Psychiatrie durch Verdoppelung? - Zum Scheitern der Psychiatriereform in der BRD -
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1986, Seite 33 ff
Psychiatrie Verlag, 1986

STEFFANI, WINFRIED 1979

Parlamentarische und präsidentielle Demokratie
Opladen 1979

STEGEMERTEN, BERNHARD 1988

Reale Bedingungen einer (nicht) alltäglichen Sozialarbeit
in den Sozialpsychiatrischen Diensten Niedersachsens
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 01/1988, Seite 29 ff
Psychiatrie Verlag, 1988

STEGEMERTEN, BERNHARD 1994

Stellungnahme zum Entwurf zur Novellierung des Nds.PsychKG - LT-Drs. 12/6270
Unveröffentlichtes Manuskript, Oldenburg 1994

STEGEMERTEN, BERNHARD 1995

Psychiatrie auf dem Lande - Ein Suchspiel
in: BLANKE, UWE (Hg.) 1995, Seite 87 ff
Psychiatrie Verlag, 1995

STEGEMERTEN, BERNHARD/KÜPERS, HERMANN/LIEFLÄNDER, JÜRGEN 1990

Aspekte psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund
psychiatrie-historischer Entwicklungen einiger ausgewählter europäischer Länder
Diplomarbeit, Universität Oldenburg 1990

STEINHILBER, HORST 1995

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation -
eine Standortbestimmung aus Sicht der Einrichtungsträger
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 38 ff
2. Auflage, Bonn 1995

STÖCKMANN, FRITZ 1982

Ausgliederung geistig Behinderter aus der Psychiatrie
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1982, Seite 264
Marburg 1982

STROTZKA, HANS 1981

Einführung in die Sozialpsychiatrie
2. Auflage, Opladen 1981

SZASZ, THOMAS STEPHEN 1975

Geisteskrankheit - Ein moderner Mythos. Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens
Übers. "The myth of mental illness", Thomas S. Szasz, aus dem Amerikanischen von Thomas M. Höpfner
München 1975

TAMM, PEER 1985

Die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und ihr Verhältnis zu den freien Wohlfahrtsverbänden
in: BOSCH/FEHR/HUTTER/BUNDESVEREINIGUNG FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT (Hg.) 1985, Seite 57 ff
Hamburg 1985

TEASDALE, K. 1987

Stigma and Psychiatric day care. Journal of Advanced Nursing 12 (3): 339-346 (1987)
in: KLOSINSKI 1998, Seite 15 ff
Stuttgart 1998

THAMM, DIETER 1985

Das "Psychiatriegesetz" im Bundestag
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1985, Seite 90-93
Psychiatrie Verlag, 1985

THESING, THEODOR 1993

Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit einer geistigen Behinderung
2. Auflage, Freiburg 1993

THEUNISSEN, GEORG 1987

Behindertenpädagogisch-therapeutische Arbeit mit schwerkognitiv- und mehrfachbehinderten Erwachsenen
aus der Perspektive Rheinischer Heilpädagogischer Heime
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 174 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

THEUNISSEN, GEORG 1989

Zur "Neuen Behindertenfeindlichkeit" in der Bundesrepublik Deutschland
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 247 ff
Marburg 1989

THIMM/FERBER/SCHILLER/WEDEKIND 1985

Ein Leben so normal wie möglich führen ... Zum Normalisierungskonzept
in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark
Große Schriftenreihe Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e.V., Band 11
Marburg 1985

THIMM, WALTER 1986

Normalisierung und alltägliche Lebensbedingungen
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 100 ff
Marburg 1986

THIMM, WALTER 1992

Normalisierung in der Bundesrepublik - Versuch einer Bestandsaufnahme.
Referat auf der Internationalen Arbeitstagung "Psychisch krank und geistig behindert"
Braunschweig/Königsutter, 6. März 1992

THIMM, WALTER 1993

Normalisierung in der Bundesrepublik - Versuch einer Bestandsaufnahme
in: GAEDT/BOTHE/MICHELS (Hg.) 1993, Seite 38 ff
Dortmund 1993

THIMM, WALTER 1997

Familienentlastende Dienste - Überblick über das Praxis- und Forschungsfeld.
FED - eine neue Hilfeform entwickelt sich
in: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (080), Seite 15 ff
Baden-Baden 1997

THOM, ACHIM 1990

Ethische Werte und moralische Normen sozialpsychiatrischen Handelns
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 115 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

THOM, ACHIM/WULFF, ERICH (Hg.) 1990

Psychiatrie im Wandel - Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West
Psychiatrie Verlag, 1990

THOM, ACHIM (Hg.) 1984

Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert
Berlin 1984

TIETJEN, HEINZ 1987

Ein Weg nach draußen. Rheinische Heilpädagogische Heime
in: DREHER/HOFMANN/BRADL (Hg.) 1987, Seite 261 ff
Psychiatrie Verlag, 1987

TITZE, ELKE 1993

Seehofer macht sich stark für das Psychotherapeuten-Gesetz -
Horror-Entwurf entschärft: Aber immer noch Kritik an Selbstbeteiligung
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 4/1993, Seite 5
Bonn 1993

TRENCKMANN, ULRICH 1992

Zwei Psychiatrien in einem Land? Gemeinsames und Trennendes in der psychiatrischen Kultur
in Deutschland-West und Deutschland-Ost
in: PICARD/REIMER/AKTION PSYCHISCH KRANKE/ARBEITSKREIS DER ÄRZTL. LEITER ... 1992,
Seite 169 ff
Köln 1992

UNITED NATIONS 1973

Die Charta der Vereinten Nationen: mit Völkerbundsatzung, IGH-Statut und drei UNO-Resolutionen
6. Auflage, München 1973

VELTIN, ALEXANDER 1990

"Die Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen" - Chronisch psychisch Kranke:
Was hat sich im Umgang mit ihnen verändert?
in: THOM/WULFF (Hg.) 1990, Seite 215 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

**VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER,
ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GEMEINSCHAFTSAUFGABEN o.J.**

Gemeinsamer einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung - gültig
ab 01.01.1992, erstellt nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD - 9. Revision 1979)
2. Auflage, Frankfurt o.J.

VERDINGUNGSORDNUNG FÜR LEISTUNGEN (VOL/B) 1985

Allgemeine Bestimmungen für die Ausführung von Leistungen - ausgenommen Bauleistungen: VOL Teil B
Düsseldorf 1985

VEREIN ZUR FÖRDERUNG EINER TAGESSTÄTTE FÜR PSYCHISCH KRANKE e.V. 1993

Konzept der Tagesstätte "Balance" in Garbsen
in: DER PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND - LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN 1993 B,
Heft IV/93, Seite 19 ff
Nienburg 1993

VERHALTENSTHERAPIE UND PSYCHOSOZIALE PRAXIS 1983

Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Heft 4/1983
Tübingen 1983

VIETHEN, GREGOR/MAIER, IRENE (Hg.) 1996

Qualität rechnet sich: Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus
Stuttgart, New York 1996

VOGEL, HANS-CHRISTOPH 1992

Controlling in sozialen Organisationen. Mehr als die alte Kontrolle im neuen Gewand? -
Wer andere beobachtet, muß immer auch sich selbst im Auge haben
in: BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE, Heft 09/1992, Seite 231
Stuttgart 1992

VOß, KARL-DIETER 1992

Finanzierungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung
in: PICARD/REIMER/AKTION PSYCHISCH KRANKE/ARBEITSKREIS DER ÄRZTLICHEN LEITER ... 1992,
Seite 145 ff
Köln 1992

VOß, KARL-DIETER 1995

Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung
in: KRUCKENBERG/JAGODA/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1995, Seite 177 ff
2. Auflage, Bonn 1995

WEBER, DORIS 1989

Wer nicht paßt, muß sterben - Gesundheit im Jahr 2000 und Techno-Faschismus
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 243 ff
Marburg 1989

WEDEKIND, RAINER 1982

Zu Unterschieden in der Bedeutung von "Selbsthilfe" und "Selbsthilfeorganisationen" für die Sozialpolitik
in der Bundesrepublik Deutschland und Dänemark
in: ARCHIV FÜR WISSENSCHAFT UND PRAXIS DER SOZIALEN ARBEIT 1982, Seite 157-171
Frankfurt 1982

WEDEL-PARLOW, URSULA VON 1981

Gemeindenaher Psychiatrie: Bearbeitung und Transformation eines sozialen Problems
Frankfurt 1981

WEIK, TETJE 1987

Umschichtungen, Erfolge und Mißerfolge der Gemeindepsychiatrie
München 1987

WEISE, KLAUS 1990

Bewahrenswertes in der Psychiatrie der DDR
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1990, Seite 3 ff
Psychiatrie Verlag, 1990

WEISE, KLAUS 1997

Zur Ambivalenz des Machbaren - Psychiatriereform zwischen Ideologie und Ökonomie
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 04/1997, Seite 14 ff
Psychiatrie Verlag, 1997

WENDELER, JÜRGEN/GODDE, HEIDI 1989

Geistige Behinderung: Ein Begriff und seine Bedeutung für die Betroffenen
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1989, Seite 306 ff
Marburg 1989

WIDMAIER-BERTHOLD/LOCHMANN/STOLZ 1998

Beschwerdekommission für Psychiatrie-Patienten -
Überlegungen zum Aufbau und Erfahrungen mit der Partizipation von Betroffenen
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1998, Seite 28 ff
Psychiatrie Verlag, 1998

WIENBERG, GÜNTHER (Hg.) 1993

Bevor es zu spät ist ... - Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie -
Standards und Modelle
Psychiatrie Verlag, 1993

WINDORFER, ADOLF 1991

Gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker
in: OLDENBURGER VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT e.V. 1991, Seite 58 ff
Oldenburg 1991

WOLFENSBERGER, WOLF 1986

Die Entwicklung des Normalisierungsgedankens in den USA und in Kanada
in: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR GEISTIG BEHINDERTE (Hg.) 1986 A, Seite 45 ff
Marburg 1986

WOLFSBURGER NACHRICHTEN VOM 17.12.1987

Seit Dezember rund um die Uhr erreichbar: Vier Sozialarbeiter helfen in Lebenskrise.
Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Königslutter
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 1/1988, Seite 36
Bonn 1988

WOLFSBURGER NACHRICHTEN VOM 19.08.1989

Jeder hat Anspruch auf Hilfe
in: PSYCHOSOZIALE UMSCHAU, Heft 3/1989, Seite 36
Bonn 1989

WOLTER-HENSELER, DIRK 1993

Von der Nutzlosigkeit polemischer Begriffsschlamperei oder In Memoriam Sozialpsychiatrie
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 03/1993, Seite 18 ff
Psychiatrie Verlag, 1993

WUNDER, MICHAEL/NEUER-MIEBACH, THERESE (Hg.) 1998

Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin
Psychiatrie Verlag, 1998

WUNDERLICH, GESA 1981

Krankheits- und Therapiekonzepte am Anfang der deutschen Psychiatrie
Husum 1981

ZENKER, JOCHEN 1985

Der "kleine Modellverbund" - Alibi für die ausgebliebene Psychiatriereform?
in: KARDORFF (Hg.) 1985, Seite 87 ff
Psychiatrie Verlag, 1985

ZINK, KLAUS J. 1995

TQM als integratives Managementkonzept - Das Europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung
München, Wien 1995

ZINK, KLAUS J. 1997

Qualitätsmanagement - Relevanz in Werkstätten für Behinderte
in: SCHUBERT/ZINK (Hg.) 1997, Seite 83 ff
Neuwied 1997

Sozialpsychiatrie - 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête

Erfordernisse einer qualifizierten psychosozialen Versorgung der Bevölkerung

Band II

**Dokumentation und Auswertung einer empirischen Erhebung
über Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen**

Vom Fachbereich 1 (Pädagogik) der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
angenommene Dissertation

von

Bernhard Stegemerten

geb. am 21. Juli 1953 in Holt und Haar, jetzt Bad Bentheim

Vorsitzender des

Promotionsausschusses: Professor Dr. Walter Thimm, Oldenburg

Erstreferent: Professor Dr. Walter Thimm, Oldenburg

Korreferent: Professor Dr. Helmut Haselbeck, Bremen

Tag der Disputation: 21. Juli 1999

Abkürzungsverzeichnis

AAPK	Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
AANB	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker Niedersachsen Bremen e.V.
Abs.	Absatz
ArbZVO	Arbeitszeitverordnung
ASS	Aufsuchende Sozialarbeit für drogenabhängige Straftäter (Modellprojekt)
ÄTV	Änderungstarifvertrag
AUR	Landkreis Aurich
AZO	Arbeitszeitordnung
AZV	Arbeitszeitverordnung
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BBG	Bundesbeamtengesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMI	Bundesminister des Inneren
BRA	Landkreis Wesermarsch
BRRG	Beamtenrechtsrahmengesetz
BS	Stadt Braunschweig
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtG	Betreuungsgesetz
CDU	Christlich Demokratische Union
CE	Landkreis Celle
CLP	Landkreis Cloppenburg
CUX	Landkreis Cuxhaven
DAN	Landkreis Lüchow-Dannenberg
DEL	Stadt Delmenhorst
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DH	Landkreis Diepholz
EL	Landkreis Emsland
EMD	Stadt Emden
F.D.P.	Freie Demokratische Partei
FRI	Landkreis Friesland
GF	Landkreis Gifhorn
GÖ	Landkreis Göttingen
GS	Landkreis Goslar
H	Stadt Hannover
H-L	Landkreis Hannover
HEL	Landkreis Helmstedt
HI	Landkreis Hildesheim
HM	Landkreis Hameln-Pyrmont
HOL	Landkreis Holzminden

i.d.F.	in der Fassung
i.V.m.	in Verbindung mit
IES	Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung, Uni Hannover
JVA	Justizvollzugsanstalt
k.A.	keine Angaben
LER	Landkreis Leer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V.
LG	Landkreis Lüneburg
LT-Drs.	Landtags-Drucksache
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
NBG	Niedersächsisches Beamtengesetz
Nds.AGBtG	Niedersächsisches Ausführungsgesetz zum Betreuungsgesetz
Nds.GVBl.	Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt
Nds.MBl.	Niedersächsisches Ministerialblatt
Nds.PersVG	Niedersächsisches Personalvertretungsgesetz
Nds.PsychKG 1978	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1978
Nds.PsychKG 1997	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke 1997
NGO	Niedersächsische Gemeindeordnung
NI	Landkreis Nienburg
NLO	Niedersächsische Landkreisordnung
NOH	Landkreis Grafschaft Bentheim
NOM	Landkreis Northeim
OHA	Landkreis Osterode
OHZ	Landkreis Osterholz
OLL	Landkreis Oldenburg
OLS	Stadt Oldenburg
OSL	Landkreis Osnabrück
OSS	Stadt Osnabrück
PE	Landkreis Peine
pp.	perge perge
RehaAngG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
ROW	Landkreis Rotenburg
s. S.	siehe Seite
Schwbg	Schwerbehindertengesetz
SFA	Landkreis Soltau-Fallingb.ostel
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Landkreis Schaumburg
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZH	Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung an der MHH
STD	Landkreis Stade

SZ	Stadt Salzgitter
UEL	Landkreis Uelzen
Unterabs.	Unterabsatz
VEC	Landkreis Vechta
VER	Landkreis Verden
vgl.	vergleiche
Vorbem.	Vorbemerkung
WF	Landkreis Wolfenbüttel
WHV	Stadt Wilhelmshaven
WL	Landkreis Harburg
WOB	Stadt Wolfsburg
WST	Landkreis Ammerland
WTM	Landkreis Wittmund
z.B.	zum Beispiel

Vorbemerkung

Vorliegender Band II der Arbeit soll als Materialienband einen Eindruck über die sozialpsychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen vermitteln. Er beinhaltet Daten und Analysen aufgrund einer vom Verfasser im Jahre 1985 durchgeführten empirischen Erhebung zu den Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen. Die Wahl der getrennten Präsentation von Dissertation und Materialienband wird durch die umfangreiche Darstellung einer eigenen Erhebung vorbestimmt, die in diesem Band ausführlich dargestellt wird, ohne den argumentativen und inhaltliche Zusammenhang der Dissertation stören zu müssen.

Die jeweils für die Darstellung in Band I der Arbeit relevanten Teilergebnisse der Erhebung und der hinzugezogenen anderen empirischen Quellen der letzten Jahre sind kenntlich gemacht und werden dort unter Verweis auf diesen Materialienband zitiert.

Kapitel 1 - Design und Durchführung der empirischen Erhebung

Ausgangsfragestellungen für die Erhebung

Mit der Einführung des Niedersächsischen Gesetzes über die Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen im Jahre 1978 (Nds.PsychKG) wurde die Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste bei den kommunalen Gesundheitsämtern zu einer Verantwortung und Pflichtaufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte.¹

Die Erhebung bei den zum Zeitpunkt der Befragung bestehenden Sozialpsychiatrischen Diensten in kommunaler, frei-gemeinnütziger bzw. konfessioneller Trägerschaft im Bundesland Niedersachsen hatte zum Ziel, die Dichte der tatsächlich erreichten Versorgung bis zum Jahre 1985 zu erkunden, die Arbeitsschwerpunkte der Dienste nach der Phase der Einrichtung und Konsolidierung festzustellen und die Effekte nachzuzeichnen, die sich insgesamt durch die Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung ergeben haben.²

Die Qualitätsbeurteilung der von Sozialpsychiatrischen Diensten erbrachten Leistungen war ebenfalls ein Gegenstand der Erhebung, wobei hier schon wegen der gewählten Methode (zum Teil schriftliche Befragung mit Mailing, zum Teil Interview mit Ausfüllen des standardisierten Instrumentes durch in der Regel nichtärztliche Mitarbeiter) der Schwerpunkt auf der Abbildung struktureller Versorgungsmerkmale und -qualität lag. Persönliches und im Detail fachliches Handeln der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen war nicht Gegenstand der Erhebung.

Der in Kapitel 2 dieses Bandes jeweils abschnittsweise abgebildete Fragebogen wurde durch die "Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V." (LAG)³ und die Medizinische Hochschule Hannover - Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie - (MHH) gemeinsam entwickelt und eingesetzt.

An der Erhebung beteiligte Institutionen

Die Erhebung in den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gebietskörperschaften Niedersachsens wurde von einer Koalition verschiedener institutioneller und individueller Träger und interessierter Ein-

1 Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG 1978) vom 30.5.1978, Nds.GVBl. 1978, S. 443 ff

2 Zur Funktion der Sozialpsychiatrischen Dienste im Kontext der "Psychiatriereform" seit 1974: siehe Band I der Arbeit

3 Die Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V. (LAG) wurde im November 1985 gegründet.

zelpersonen ermöglicht. Die wesentlichen Träger der Erhebung waren die

Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V. (LAG)

und ihre Mitglieder, die zu einem großen Teil als Beschäftigte in der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung fachlichen und persönlichen Hintergrund in die Arbeit mit einbrachten. Die Entwicklung des Fragebogens und des Erhebungsdesigns wurde im Jahre 1985/86 durch den Autor der Arbeit, der zu der Zeit auch der LAG vorstand, verantwortet. Die

Medizinische Hochschule (MHH) - Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie -

nahm aus eigenem Forschungsinteresse und im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit für Sozialpsychiatrische Beratungsstellen an der Befragung teil.

Zeitraum der Erhebung

Die Erhebung fand in der Zeit von Ende 1986 bis Anfang 1988 statt. Als Erhebungsjahr wurde 1985 festgelegt; für längere Beobachtungen wurde als Erhebungszeitraum der 1. Juli 1978 (Zeitpunkt des Inkrafttretens des Nds.PsychKG 1978) bis 31. Dezember 1985 gewählt. In Ausnahmefällen wurde bei einzelnen Fragen auf andere Erhebungszeiträume abgestellt, auf dessen Notwendigkeit jedoch an entsprechenden Stellen hingewiesen wird.

Befragte Einrichtungen

Erfaßt wurden in der Erhebung alle Sozialpsychiatrischen Dienste der Gebietskörperschaften im Bundesland Niedersachsen. Für die Städte oder Landkreise, in denen die Anschrift eines Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht zu ermitteln war, wurden die kommunalen Gesundheitsämter als die laut Nds. PsychKG 1978 zuständige Behörden für die Errichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes angeschrieben.

In den Gebietskörperschaften, auf deren Zuständigkeitsgebiet die Aufgaben des Nds.PsychKG 1978 durch öffentlich-rechtlichen Vertrag oder andere Regelungen auf frei-gemeinnützige oder konfessionelle Träger übertragen worden sind, wurden diese Träger, soweit bekannt, direkt angesprochen. Soweit

die Träger nicht bekannt waren, wurden die zuständigen Gesundheitsämter ebenfalls um Auskunft bzw. Weiterleitung des Fragebogens gebeten.

Vorhandene Datenquellen zum Explorationsobjekt

Die methodische Erfassung von Sozialpsychiatrischen Diensten und ihrer Leistungen ist eine relativ junge Teildisziplin der Medizin- oder Versorgungsforschung in Deutschland. Dies beruht ganz wesentlich auf der Tatsache, daß die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Einrichtungen flächendeckend erst nach 1974 in Westdeutschland und Westberlin stattfand, in der Folge der "Psychiatriereform" und auf der Grundlage der landesspezifischen Gesetze über die Hilfen für psychisch Kranke⁴.

Die beim Niedersächsischen Sozialministerium gesammelten Daten über die Arbeit der kommunalen Gesundheitsbehörden bzw. der Sozialpsychiatrischen Dienste mußten und müssen aufgrund der Struktur der (amtsinternen) Berichterstattung⁵ als insuffizient eingeschätzt werden. Die LAG, die zu einem wesentlichen Teil ihre Mitglieder aus den Reihen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Versorgungsinstitutionen rekrutierte, hat diesen Umstand im Jahre 1986 dem Land Niedersachsen und den zuständigen Bezirksregierungen zur Kenntnis gebracht.

Für die Entwicklung der Fragestellung herangezogen werden konnte die Arbeit von GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT über die "Psychiatrische Versorgung durch kommunale Gesundheitsämter"⁶ aus dem Jahre 1981.

Die defizitäre Datenlage zur Beurteilung der Arbeit und Versorgungsqualität von Sozialpsychiatrischen Diensten hat schließlich dazu geführt, daß sich die LAG im Zusammenhang mit der MHH, die ihrerseits am Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie selber Versorgungsforschung betreibt und Träger von zwei Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Modellregion Hannover⁷ ist, zur Durchführung einer spezifischen Erhebung entschlossen haben.

4 Zur psychiatriehistorischen Einordnung und der Entwicklung der Gesetzgebung siehe Band I der Arbeit.

5 Die schon in den einzelnen Ämtern bzw. Diensten hoch aggregierten Daten ermöglichen eine Analyse über Klientel, Behandlungs- bzw. Betreuungsformen und -inhalte sowie über die Qualität des Leistungsprozesses nicht. Zudem erfolgten und erfolgen die Erhebungen des Sozialministeriums nicht regelmäßig und differenzieren z.B. nicht zwischen ländlicher und städtischer Versorgungssituation. Schließlich ist die einheitliche Anwendung eines Klassifizierungssystems für Erkrankungen (z.B. ICD-9) nicht gewährleistet gewesen. Ganz aktuell ist jetzt die Harmonisierung der Anwendung des ICD-10 in allen Einrichtungen eine noch nicht gelöste Aufgabe bei der Berichterstattung.

6 vgl. GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981

7 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1983)

Bekannte andere Erhebungen zum Thema

Für Niedersachsen relevante Erhebungen waren, mit Ausnahme der genannten, methodisch und systematisch insuffizienten Dokumentationen des Sozialministeriums, zum Zeitpunkt der hier dargestellten Erhebung nicht bekannt.

Seit dem Zeitpunkt dieser Erhebung wurde im Rahmen der Arbeit der "Fachkommission Psychiatrie" für das Niedersächsische Sozialministerium eine Erhebung durchgeführt, die die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahre 1991 dokumentiert.⁸ Diese Erhebung wird im Verlauf der Darstellung wiederholt zur Beurteilung der Daten und Ergebnisse herangezogen und zitiert werden (Kurzform: IES-ERHEBUNG 1991 A). Dabei sei schon jetzt auf das unterschiedliche Erkenntnisinteresse und die methodisch-systematisch andere Vorgehensweise der IES-ERHEBUNG 1991 A hingewiesen. Leider kann eine detaillierte Diskussion dieser Unterschiede nicht geleistet werden, weil Instrument, Design und Durchführung der IES-ERHEBUNG 1991 A nicht dokumentiert wurden. Ein wesentlicher Unterschied bei der hier vorgestellten Arbeit und der IES-ERHEBUNG 1991 A liegt sicher in der Tatsache begründet, daß letztere vom Sozialministerium in Auftrag gegeben worden ist und unterstützt wurde, während die hier diskutierte empirische Arbeit, wie weiter unten noch deutlich werden wird, letztlich nicht nur ohne, sondern gegen das bekundete Interesse des Sozialministeriums stattfinden mußte.

Design des Fragebogens

Der verwendete Fragebogen ist das Kernstück der Erhebung. Er berücksichtigt neben quantitativen auch qualitative Merkmale, stellt den Sozialpsychiatrischen Dienst in den Mittelpunkt des Erkundungsinteresses, fragt jedoch auch nach dem unmittelbaren Umfeld und den Beziehungen des ambulanten Dienstes.

Im **Fragenkomplex 1** werden Art und Umfang der seit der Verabschiedung des Nds.PsychKG 1978 neu geschaffenen ambulanten Hilfen untersucht. Der Grad der Umsetzung bzw. Erfüllung der Vorgaben des Gesetzes und der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête wird erkundet.

Von Interesse ist, welche Kommunen Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet haben und in welcher Weise dieses geschehen ist. Des weiteren wird erkundet, in wievielen und in welchen Fällen Aufgaben

oder Teilaufgaben des Nds.PsychKG 1978 von den Kommunen nach dem Subsidiaritätsprinzip durch öffentlich-rechtlichen Vertrag an andere Träger delegiert wurden und in welchem Umfang diese dafür finanzielle Zuwendungen erhalten. Desgleichen soll ein Überblick darüber gewonnen werden, inwieweit Institutionen außerhalb kommunaler Trägerschaft die Aufgaben des Nds.PsychKG 1978 de facto, jedoch nicht aufgrund einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung, wahrnehmen und in welchem Umfang diese dafür finanzielle Zuwendungen erhalten.

Der **Fragenkomplex 2** beleuchtet die institutionelle Struktur der ambulanten Dienste und hinterfragt insbesondere die Einbettung der Dienste in die Organisation der öffentlichen Verwaltung. Es werden Aussagen über das Ausmaß an Reibungsverlusten beim Auf- und Ausbau einzelner Dienste sowie hinsichtlich der Aufgabenerfüllung nach dem Nds.PsychKG 1978 erbeten.

In **Fragenkomplex 3** wird einerseits eine Analyse des Ist-Zustandes der Personalstruktur der ambulanten Dienste vorgenommen. Andererseits werden inhaltliche Merkmale der zu verrichtenden praktischen Arbeit der Bediensteten erörtert (faktische Aufgabenwahrnehmung, Bürgernähe, konzeptionelle Arbeitsgrundlagen, Ausbildungsstand des Personals). Ziel dieser Untersuchung ist die Bestimmung einer Ausprägungsbandbreite struktureller und personeller Leistungsmerkmale der Dienste.

Dabei dienen die Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums aus dem Jahre 1981 als Anhaltspunkte für genügende bzw. ungenügende Ausstattungsqualität.⁹

Im **Fragekomplex 4** werden die von den Sozialpsychiatrischen Diensten geleisteten unterschiedlichen Hilfen einer genaueren Analyse unterzogen. Insbesondere wird mit den Fragen 405 bis 408 ermittelt, inwieweit die Dienste präventive Arbeit leisten. Hierbei erfolgt eine Differenzierung des Präventionsbegriffes, einerseits nach dem Selbstverständnis der Befragten, andererseits nach übereinstimmender fachlicher Definition. Dieser Ansatz wird getragen von der Absicht zur Feststellung der tatsächlich, und nicht der vermeintlich geleisteten Präventionsarbeit. Darüber hinaus werden in Fragenkomplex 4 diverse Klientendaten abgefragt, um auf diese Weise Prävalenzraten¹⁰ zur Inanspruchnahme der Dienste ermitteln zu können. Ferner wird der Versuch unternommen, Aussagen über mögliche Ausgrenzungstendenzen

9 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069

10 Der Begriff "Prävalenzrate" umfaßt hier die behandelte bzw. administrativ wahrgenommene Prävalenz; vgl. hierzu u.a. HOLLINGSHEAD/REDLICH 1975, Seite 133 ff; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 65 ff

bestimmter Problemgruppen innerhalb der Klientel zu formulieren.

Der **Fragenkomplex 5** befaßt sich mit den Schutzmaßnahmen, die das Nds.PsychKG 1978 für psychisch Kranke bzw. die Gesellschaft definiert. Es wird zunächst das quantitative Niveau der angeordneten bzw. durchgeführten Zwangsmaßnahmen nach dem Nds.PsychKG 1978 erfaßt und mit den Verhältnissen vor Inkrafttreten des Gesetzes abgeglichen. In gleicher Weise wird die Quote der Wiederholungseinweisungen sowie der Entmündigungen und Wiederbemündigungen beleuchtet.

Bei den Schutzmaßnahmen wird die organisatorische Abwicklung erfaßt und hinterfragt, ob und in welcher Weise Sozialpsychiatrische Dienste daran beteiligt werden. Darüber hinaus besteht das Ziel der Befragung in der Einschätzung, ob leistungsfähige Sozialpsychiatrische Dienste bei entsprechend früher Einbeziehung in das Krisengeschehen signifikante Erfolge bei der Vermeidung stationärer (Zwangs-) Einweisungen verzeichnen und von welcher Beschaffenheit die geeigneten Hilfen für die Klientel sein müssen.

Der **Fragekomplex 6** konzentriert sich auf die Bedingungen des psychosozialen Versorgungssystems, unter denen Kooperationen mit den Sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen. Es werden Form, Intensität und Niveau kooperativer Beziehungen ermittelt. Insbesondere erfolgt eine Fokussierung auf die Kooperationen zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und stationärer Psychiatrie. Es soll festgestellt werden, ob es gelungen ist, ein verzahntes und verbindliches Verbundsystem der stationären und ambulanten Hilfeleistungen herzustellen. Darüber hinaus wird über die Ermittlung der häufigsten Kooperationspartner Sozialpsychiatrischer Dienste eine Einschätzung des Qualitätsniveaus der Kooperationen vorgenommen.

Das Erhebungsinstrumentarium umfaßt 75 Hauptfragen mit 24 Teilfragen und ist 27 DIN-A-4- Seiten lang. Insgesamt können 275 Zahlenangaben in den Fragebogen eingetragen werden. Darüber hinaus kann in 245 Fällen eine Beantwortung der Fragen durch Ankreuzen erfolgen. Bei 65 fest markierten Feldern ist die Eingabe von Text erbeten. Optisch und inhaltlich ist die Unterteilung in sechs Fragenkomplexe innerhalb des Instrumentes evident.

Pretest

Der Fragebogen durchlief nach der Phase seiner Konzeptionierung einen Pretest, bevor er zur eigentlichen Datenerhebung eingesetzt wurde. Hierzu erfolgte per Zufallsauswahl eine Befragung bei fünf Sozialpsychiatrischen Diensten im Regierungsbezirk Weser-Ems.

Nach Auswertung der Testbefragungen erfolgten deutliche Veränderungen am Erhebungsinstrumentarium. Diese bezogen sich auf folgende Aspekte:

- a) Am Design des Fragebogens wurden einige Veränderungen vorgenommen, ebenfalls erfolgten an zahlreichen Stellen Modifizierungen der Fragestellung. Die Fragen wurden konkreter und gezielter formuliert.
- b) Die Durchführung einer Sonderbefragung zu den Frage 501 bis 505 und die Verwendung weiterer Informationsquellen bei den Fragen 106, 107 und 508 ergab sich aus dem Pretest wegen folgender Überlegungen:

Zu den Fragen 501 bis 505 (Einweisungsziffern) stellte sich heraus, daß die Führung der Statistik über die durchgeführten Schutzmaßnahmen jeweils den kommunalen Ordnungsämtern und nicht den Sozialpsychiatrischen Diensten obliegt. Es wurde zur Ermittlung dieser "harten" Daten festgelegt, ausnahmslos die Ordnungsämter in einem gesonderten schriftlichen Verfahren zu befragen.¹¹

Zur Frage 508 (Entmündigungen/Wiederbemündigungen) wurde bezüglich der zu ermittelnden Anzahl entmündigter und wiederbemündigter Personen im Zeitraum 1970 bis 1985 (Teil 1 der Frage 508) bei den Sozialpsychiatrischen Diensten auf eine Datenerhebung verzichtet, weil unterstellt wurde, daß diesbezüglich kein entsprechendes Datenmaterial vorhanden sei. Diese Annahme wurde durch die Aussagen von Mitgliedern der LAG gestützt, die als Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen angaben, daß derartige Daten über längere Zeiträume nicht in den Diensten zur Verfügung ständen.

Es wurde für sinnvoll erachtet, die entsprechenden Angaben aus den Unterlagen des Bundeszentralregisters in Berlin abzufragen. Auf Angaben zu ent- bzw. wiederbemündigten Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste für das Jahr 1985 (Teil 2 der Frage 508) wurde hingegen bei der Befragung vor Ort nicht verzichtet. Da sich durch die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechtes zu Beginn der 90er Jahre (Verabschiedung des Bundesbetreuungsgesetzes¹²) die Situation in diesem Bereich grundlegend gewandelt hat und damit die erhobenen Daten nicht mehr relevant sind, erfolgen keine weiteren Auswertungen.

Zu den Fragen 106 und 107 (Niedergelassene Nervenärzte bzw. Therapeuten) wurde aus Gründen der Validitätsicherung festgelegt, zusätzlich zur Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste als weitere Informationsquellen den "Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

11 Die Statistik über durchgeführte Schutzmaßnahmen wird auch in den Kommunen bei den Ordnungsämtern geführt, deren Sozialpsychiatrische Dienste sich in nichtkommunaler Trägerschaft befinden.

12 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1990; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

für die ambulante ärztliche Versorgung - Stand: 31.12.1986"¹³ sowie die Ärzteverzeichnisse der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen einzubeziehen. Auf diese Weise wurde dem Umstand recht differenzierter und in den unterschiedlichen Quellen voneinander abweichender Bewertungen einzelner Niederlassungen, Ermächtigungen und Sonderregelungen bestimmter Ärzte Rechnung getragen.

Im Rahmen der Vorbereitung der Erhebung ergaben sich weitere Hinweise auf die Bedingungen, unter denen die Erhebung durchzuführen war. Zwecks Gewinnung des Datenmaterials über den Weg der direkten Befragung vor Ort wurden entsprechende Vorbereitungen getroffen: So wurden im Mai 1986 mit Unterstützung der Medizinischen Hochschule Hannover als Ankündigung des geplanten Vorhabens Rundschreiben an die einzelnen Kommunen versandt. Zeitlich parallel dazu wurde die Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens brieflich über die beabsichtigte Bestandsaufnahme informiert. Das Niedersächsische Sozialministerium wurde bereits im Juni 1985 anlässlich einer dortigen Besprechung über das Vorhaben unterrichtet. Ab Mitte Mai 1986 wurden fernmündlich die ersten Termine zum Ausfüllen der Fragebögen mit den Kommunen vereinbart.

Im Juli 1986 lehnten die "Kommunalen Spitzenverbände" ihre Unterstützung für das Vorhaben ab.¹⁴ Im August 1986 wandte sich der Niedersächsische Landkreistag in seinem Rundschreiben Nr. 227/1986 an alle kommunalen Gebietskörperschaften mit der Aufforderung, das geplante Forschungsvorhaben nicht zu unterstützen. Als Begründung lautete es darin: "Maßgeblich war hierfür unter anderem, daß der niedersächsische Sozialminister in den vergangenen Jahren mehrfach, zuletzt im Jahre 1983 Umfragen bei den kommunalen Gebietskörperschaften zum Stand und zum Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste durchgeführt hat."¹⁵

Die Auswirkungen dieser Intervention wurden deutlich spürbar. Bereits vereinbarte Termine vor Ort wurden kurzfristig mit Hinweis auf das Rundschreiben des Niedersächsischen Landkreistages abgesagt. Dennoch ignorierten einige Kommunen die Empfehlung ihres Spitzenverbandes und erklärten sich zu einem Gesprächstermin bereit. Die ursprüngliche Zielsetzung einer regionalen Totalerhebung war somit nicht mehr zu erreichen. Angesichts der sehr schlechten Informationslage über das Versorgungshandeln und die Versorgungsqualität der Sozialpsychiatrischen Dienste entschlossen sich LAG und MHH dennoch,

13 vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN 1986, a.a.O.

14 vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1986

15 NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1986, Rundschreiben Nr. 227/1986 vom August 1986

die Erhebung durchzuführen und auch den absehbaren Nachteil unvollständiger Datenerhebung hinzunehmen. Da die Umfrage im Design und in der Fragestellung primär auf eine qualitative Beurteilung der Arbeit und Beziehungsgestaltung von Sozialpsychiatrischen Diensten in den jeweiligen kommunalen Versorgungsregionen abstellt, konnte die Nichteinlösbarkeit des Repräsentativitätsanspruchs durch Vollerhebung als minderer Mangel hingenommen werden.

Kapitel 2 - Auswertung der empirischen Erhebung

Rücklauf

Von 1986 bis 1988 wurden in Niedersachsen insgesamt 27 Befragungen vor Ort durchgeführt. Mit der gewählten Methode wurde der Rücklauf vollständig ausgefüllter Fragebögen weitgehend sichergestellt. Fünf ausgefüllte Fragebögen konnten aus folgenden Gründen in die Auswertungen nicht einbezogen werden:

Zwei vor Ort in der Stadt Wilhelmshaven durchgeführte Befragungen (Stadtverwaltung Wilhelmshaven, 25.08.1988; Suchtberatung des Diakonischen Werkes, 03.11.1986) führten zwar zu einigen aufschlußreichen Informationen aus dem Gesamtspektrum der psychosozialen Versorgung, mangelten jedoch an dem entscheidenden Umstand, daß die Stadt Wilhelmshaven bis zum Befragungszeitpunkt keinen Sozialpsychiatrischen Dienst eingerichtet hatte.

In der Landeshauptstadt Hannover bestehen insgesamt fünf stadtteilbezogene sozialpsychiatrische Beratungsstellen. Der Umstand, daß von diesen fünf Diensten nur drei Fragebögen gewonnen werden konnten, warf Schwierigkeiten auf, fundierte Aussagen über die gesamte Kommune, Landeshauptstadt Hannover, zu formulieren. Aus diesem Grunde wurde darauf verzichtet, die Angaben für die Stadt Hannover zu verwenden.

Somit kamen die 22 Fragebögen aus den Landkreisen Aurich, Celle, Emsland, Gifhorn, Goslar, Grafschaft Bentheim, Hannover, Helmstedt, Hildesheim, Lüchow-Dannenberg, Göttingen, Osterholz, Osterode, Rotenburg, Schaumburg, Uelzen, Verden sowie den Städten Braunschweig, Emden, Osnabrück, Salzgitter und Wolfsburg zur Auswertung.

Die aufgrund des vorhandenen Datenmaterials zu formulierenden Aussagen beziehen sich damit auf einen Anteil von 46,8 % aller niedersächsischen Kommunen. Legt man jedoch die Einwohnerzahlen der befragten 22 Kommunen nach dem Bevölkerungsstand am 31.12.1985 zugrunde, so repräsentiert das Datenmaterial nahezu 50 % der niedersächsischen Gesamtbevölkerung.¹⁶ Ohne Berücksichtigung der Daten für die Stadt Hannover konnte mit der Erhebung somit knapp die Hälfte aller Kommunen erfaßt werden.

16 Bevölkerungszahl in Niedersachsen am 30. Juni 1985: 7.203.471 Einwohner; Bevölkerungszahl der genannten Gebietskörperschaften: 3.588.096 Einwohner; das entspricht einem Anteil von 49,8 %
Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERTWALTUNGSAMT 1986a, a.a.O.

Die Rücklaufquote der an die Ordnungsämter gerichteten Sonderbefragung (Fragen 501 bis 505) betrug zwar 87 % (41 von 47 Kommunen), jedoch konnten wegen der vielfach nicht oder nicht vollständig beantworteten Fragen lediglich die Angaben von 32 Kommunen (Frage 503), 26 Kommunen (Frage 502), 22 Kommunen (Frage 504), 21 Kommunen (Frage 505) bzw. 19 Kommunen (Frage 501) in die Auswertung einbezogen werden.

Die Daten zum Fragenkomplex Entmündigung, Wiederbemündigung werden nicht mehr dargestellt (siehe Angaben zum Pre-Test).

Schließlich erfuhr das Datenmaterial eine Ergänzung aus zwei weiteren Quellen: "Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für die ambulante ärztliche Versorgung - Stand: 31.12.1986"¹⁷ und die Ärzteverzeichnisse der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Damit konnte eine umfassende Auswertung der Fragen 106 und 107 des Fragebogens bezüglich der niedergelassenen Nervenärzte und Therapeuten (N=47) durchgeführt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Material, das sich aus der Erhebung ergeben hat, von seiner Qualität und Verfügbarkeit ausreicht, um aus der detaillierten Analyse Folgerungen und Aussagen über das Versorgungshandeln und die Versorgungsqualität der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen zu begründen. Im Rahmen eines qualitativ orientierten Ansatzes werden die einzelnen Ergebnisse im Verlauf der Diskussion auf ihren Erklärungsgehalt hin überprüft.

Auswertungsmethodik

Die anschließend vorgestellten Untersuchungsergebnisse finden ihren Niederschlag in einer größeren Anzahl von Abbildungen und Tabellen. Zur Orientierung des Lesers sei hier ein Überblick über den Aufbau der Auswertung gegeben:

17 vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN 1986, a.a.O.

204 Wie ist die Dienstzeit der Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst geregelt?	Gleitende Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>
	Feste Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>
	Nur 40-Stunden-Limit	<input type="checkbox"/>
	Freie Arbeitszeitgestaltung	<input type="checkbox"/>

Zur besseren Orientierung ist jedem Abschnitt die betreffende Einzelfrage (Fragen 101 bis 608) in der Originaldarstellung des Fragebogens beigegeben.

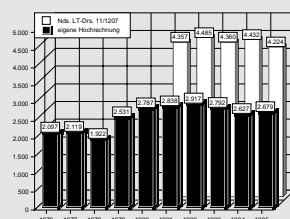
Forschungsinteresse

Danach erfolgt unter der Überschrift "Forschungsinteresse" eine Beschreibung des konkreten Fragehintergrundes und des Erkenntnisinteresses, das der jeweiligen Einzelfrage unterliegt.

Bewertungsparameter

Unter der Überschrift "Bewertungsparameter" wird jeweils bei den Einzelfragen dargelegt, nach welchen Kriterien die erwarteten Befragungsdaten beurteilt werden sollen. Die Herleitung und Begründung der Kriterien bedeutet eine entscheidende Festlegung für die spätere Interpretation der gefundenen Ergebnisse. Die Festlegung der Kriterien erfolgte, bevor die Daten von den Fragebögen in die Tabellen übertragen wurden, so daß nicht etwa von den bereits vorliegenden Ergebnissen deduktiv auf die "objektiv" im Rahmen des Untersuchungsdesigns schon bestimmten Kriterien geschlossen werden konnte.

Datenanalyse



Danach erfolgt zunächst die Präsentation der einzelnen Befragungsergebnisse in jeweils geeigneter Form (Tabelle, Text, Grafik, Zusammenfassung), um sodann bestimmte Aussagen zu formulieren.

Ergebnis

Unter dem Titel "Ergebnis" wird das Resultat der Analyse der einzelnen Frage kurz zusammengefaßt. Sofern dieses Ergebnis in der Argumentation der Dissertation von expliziter Bedeutung ist, bezieht sich diese auf den Ergebnisteil der Analyse.

Die niedrigen absoluten Zahlen bei einer Grundgesamtheit von N=22 machen prozentuale Angaben in dieser Untersuchung nur begrenzt aussagekräftig, insbesondere die unkritische Übertragung der Prozentangaben auf andere als die hier untersuchten, explizit benannten Gegenstandsfelder und Da-

tenbasen ist zu vermeiden. Wenn hier dennoch Schaubilder und Zahlenangaben ausgewiesen werden, die Prozentangaben enthalten, ist dies grundsätzlich mit der genannten Einschränkung geschehen. Vor Übernahme der Daten in andere Diskussionszusammenhänge sollten diese Daten jeweils wieder mit den absoluten Zahlenangaben gekoppelt werden. Die Datenangaben in dieser Auswertung beziehen sich im Text, in Tabellen und in Schaubildern auf die hier zu diskutierende Erhebung. Abweichende Quellen werden jeweils kenntlich gemacht.

Vergleichend berücksichtige Erhebungen

Die bereits erwähnte Erhebung des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforchung, Hannover (IES), aus dem Jahre 1993¹⁸ wird bei der Analyse jeweils ergänzend hinzugezogen. Die hierbei zitierten Ergebnisse des IES-ERHEBUNG 1991 A¹⁹ können jedoch nicht uneingeschränkt verwendet werden.²⁰ Dennoch sollen hier die bekannten Rahmenbedingungen dieser Studie kurz umrissen werden:

Die Erhebung wurde im Jahre 1991 im Auftrag und mit Unterstützung des Niedersächsischen Sozialministeriums im Rahmen der Arbeit der "Fachkommission Psychiatrie" durchgeführt. Alle 47 kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste konnten in der Erhebung erreicht werden. In der Differenzierung ergaben sich 15 städtische Dienste (versorgte Einwohnerzahl über 100.000) und 32 ländliche Dienste. Die Erhebung fragte nach Trägerschaft, personeller Ausstattung und Aufgabenprofil, nach Klientenmerkmalen und Kooperation in der jeweiligen Region. Darüber hinaus wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste (in der Regel die Leiter der Dienste) gebeten, die psychiatrische Versorgungssituation in der Region insgesamt zu beurteilen.

Nach dem Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit und den Fragestellungen und der Zielgruppe der IES-ERHEBUNG 1991 A ergibt sich aus der mitlaufenden Analyse der Erhebung des IES für diese Arbeit eine gute Möglichkeit, die Validität der Daten zu prüfen.

18 Stand der Erkundung 1991; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, a.a.O.

19 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, a.a.O.

20 Hierzu tragen die methodischen und praktischen Umstände der Erhebung wesentlich bei. Wie an anderer Stelle schon genannt, sind die Mängel der Studie und die Umstände der Datengewinnung derart, daß über die Validität und Reliabilität keine gesicherte Auskunft gegeben werden kann.

Aus derselben Quelle stammen auch Daten zur Beteiligung von Nervenärzten an der psychiatrischen Versorgung im Lande Niedersachsen mit dem Stand vom Februar 1992.²¹ Soweit diese Daten, die die Angaben von insgesamt 47,4 % der zum Zeitpunkt in Niedersachsen niedergelassenen Nervenärzte zusammenfassen, das Anliegen dieser Arbeit berühren, wird diese Studie ebenfalls hinzugezogen. Die methodische Beurteilung der Validität und Erklärungstiefe der Daten entzieht sich bei beiden Studien aufgrund der mangelnden Dokumentation dem Zugriff dieser Arbeit.

Da die Rohdaten oder interpretiertes Material aus der statistischen Erfassung sozialpsychiatrischer Dienste (die seit Jahren durchgeführt wird) durch die Landesregierung nicht kontinuierlich zugänglich gemacht wird und wurde, stand die empirische Untersuchung, die außerhalb des niedersächsischen Sozialministeriums oder des Landessozialamtes in Hildesheim erfolgte, vor dem Problem, nur in geringem Umfang über "offizielle Daten" verfügen zu können und diese immer im Zusammenhang ihres Entstehens bzw. ihrer Veröffentlichung interpretieren zu müssen, z.B. im Kontext parlamentarischer Äußerungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß für die hier vorliegende Studie Daten aus anderen Quellen nur in geringem Umfang herangezogen werden konnten, mit der ergänzenden Einschränkung, die Genese dieser Daten methodologisch nicht immer aufklären zu können.

Die Bezugnahme auf externe Datensammlungen wird jeweils deutlich gemacht.

21 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, a.a.O

Auswertung der einzelnen Fragenkomplexe

101 Im Jahre 1978 ist das Nieders. PsychKG verabschiedet worden. Wann wurde in Ihrem Zuständigkeitsbereich mit der Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes begonnen?	1978	<input type="checkbox"/>	1982	<input type="checkbox"/>
	1979	<input type="checkbox"/>	1983	<input type="checkbox"/>
	1980	<input type="checkbox"/>	1984	<input type="checkbox"/>
	1981	<input type="checkbox"/>	1985	<input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

Mit der Frage 101 soll erkundet werden, in welchem Jahr die niedersächsischen Kommunen Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet haben. Hierbei ist zwischen der formaljuristischen und faktischen Ebene des Einrichtens zu differenzieren.²² Die Befragung ist auf Ermittlung des Zeitpunktes ausgerichtet, zu dem das Dienstleistungsangebot Sozialpsychiatrischer Dienst tatsächlich geschaffen wurde. Als Indiz hierfür soll die Errichtung und Besetzung von mindestens einer Vollzeit-Planstelle für diesen Bereich gelten. Bei Durchführung der Befragung ist vor Ort auf die Eingrenzung der Begrifflichkeit hinzuweisen.

Bewertungsparameter

Zunächst muß festgestellt werden, daß es den Kommunen im Jahre 1978 bestenfalls über Nachtragshaushalte möglich war, die personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste zu schaffen. Daher werden jene Kommunen, die angeben, schon im Jahre 1978 einen derartigen Dienst eingerichtet zu haben, einer besonderen Betrachtung zu unterziehen sein. In der Regel wird es sich dabei um Gebietskörperschaften handeln, die auch bereits vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 ein entsprechendes ambulantes Hilfeangebot - das im übrigen nicht mit der "Psychohygienischen Sprechstunde"²³ verwechselt werden darf - vorhielten. Die Vermutung, daß manche Kommunen vor Inkrafttreten des Gesetzes die Notwendigkeit eines derartigen Angebotes erkannt und realisiert haben könnten, muß nicht überraschen, da ihnen vor dem Hintergrund bundesweit seit Beginn der 70er Jahre in der Diskussion befindlicher psychiatrischer Fragen deutliche Signale gegeben wurden und ihnen entsprechende Informationen und notwendiges Zahlenmaterial zur Verfügung standen. Umgekehrt kann schwerlich von den Kommunen, die faktisch erst zu einem späteren

22 Durch den Umstand, daß mit Erlangung der Rechtskraft des Nds.PsychKG (1. Juli 1978) mehrere Bestimmungen des Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds.SOG) außer Kraft traten, ergibt sich die Notwendigkeit der sofortigen Anwendung des Nds.PsychKG 1978, mindestens bezüglich der im SOG aufgehobenen Passagen: (§ 10 Nds.SOG Anordnung der Unterbringung; § 11 Nds.SOG Anordnung der Entlassung; § 12 Nds.SOG Anwendung der Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG). Den Übergangsbestimmungen des Gesetzes (§ 43 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978) ist zu entnehmen, daß die Verwaltungsbehörden die nach § 6 Nds.PsychKG 1978 erforderlichen Dienstkräfte spätestens bis zum Ablauf des Jahres 1978 bereitzustellen haben. Aus dem zweiten Teil des Nds.PsychKG 1978 (Hilfen) ergibt sich keine konkrete zeitliche Fixierung. Das Gesetz sieht in § 4 Abs. 2 vor, daß "zur Leistung der Hilfen.. die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst unter Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ein(richten)." Diese Rechtsverpflichtung begann unmittelbar mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Juli 1978. Ab diesem Zeitpunkt darf seitens der Kommunen - wenigstens in Erfüllung jener formaljuristischen Verpflichtung und ungeachtet jeglicher inhaltlichen Ausgestaltung - ein sich steigerndes Interesse daran unterstellt werden, den Nachweis über bereits eingerichtete Sozialpsychiatrische Dienste zu erbringen. Aus diesen Gründen ist bei Verwendung des Terminus "Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes" zwischen der formaljuristischen Ebene (Der Dienst ist offiziell errichtet, weil das Gesetz dies so verlangt.) und der faktischen Ebene (Der Dienst steht in räumlicher, personeller und konzeptioneller Hinsicht als funktionsfähiges Dienstleistungsangebot zur Verfügung.) zu differenzieren. (vgl. Nds.PsychKG 1978, a.a.O.; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978, a.a.O.; vgl. FREIWILLIGES RICHTSBARKEITSGESETZ (FGG) 1898, a.a.O.; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 522 ff)

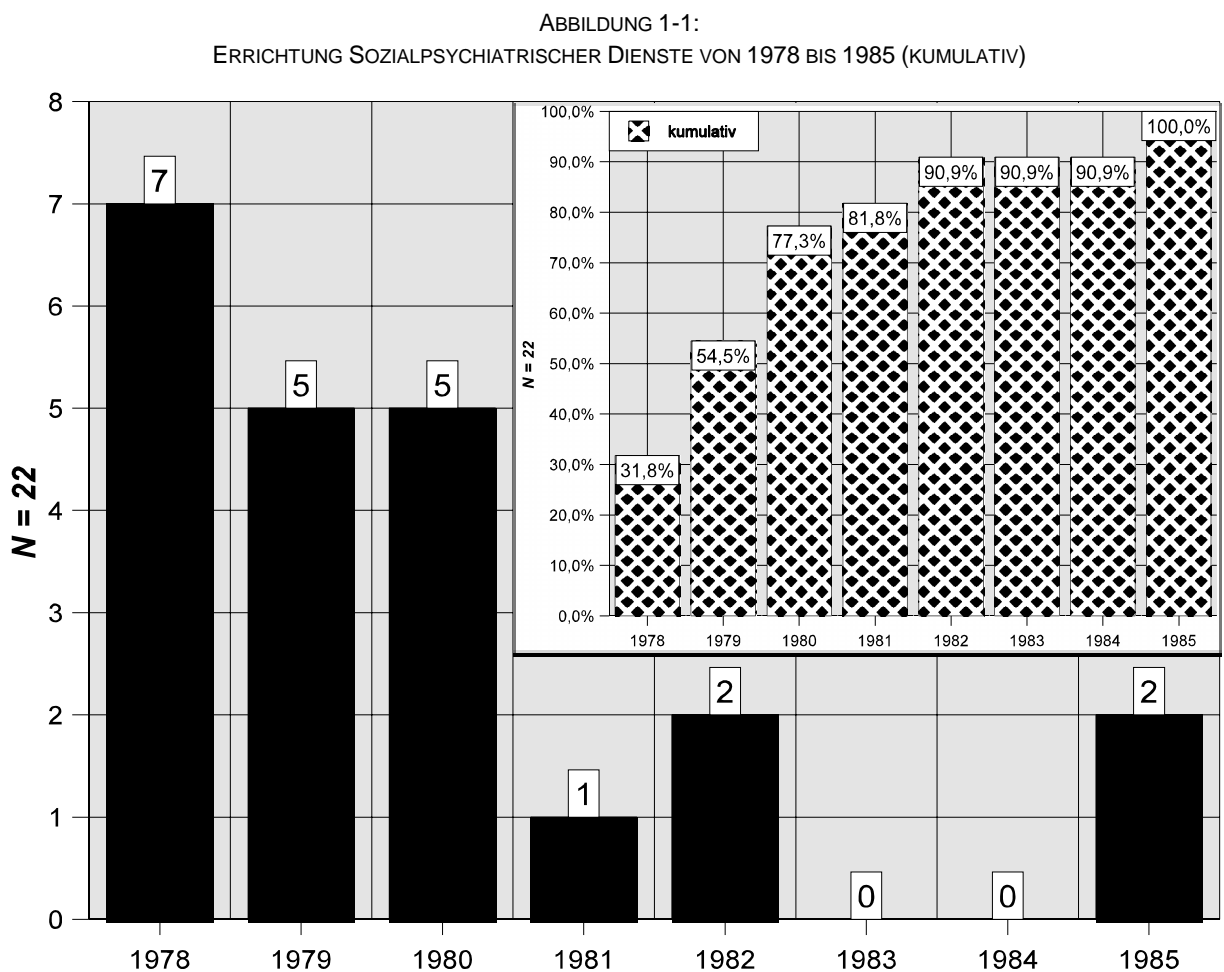
23 Bis zum Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 fanden an den Gesundheitsämtern "Psychohygienische Sprechstunden" statt. Grundlage dafür bildete ein Runderlaß des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 04.04.1955 (Az.: IV/16 Nr. 56/20/2 Psychohygienische Sprechstunde am Gesundheitsamt - Tätigkeit der Beratungsstellen für psychische Hygiene). Die Sprechstunden führte ein psychiatrisch vor- oder ausgebildeter Arzt des Gesundheitsamtes oder ein Nervenarzt bzw. Psychiater des nächstgelegenen Landeskrankenhauses durch. vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1955; vgl. BOPP 1985, Seite 2 f

Zeitpunkt, d.h. zu Beginn bzw. zur Mitte der 80er Jahre, die Errichtung Sozialpsychiatrischer Dienste vorgenommen haben, dies mit der Argumentation begründet werden, sie hätten früher nur über unzureichende Möglichkeiten zum Erkennen eines Handlungsbedarfes in diesem speziellen Bereich verfügt.

Datenanalyse

Aus der Analyse wird ersichtlich, daß von den 22 befragten Kommunen sieben Sozialpsychiatrische Dienste im Jahre 1978 eingerichtet haben. In den darauf folgenden Jahren 1979 und 1980 wurden jeweils fünf der Dienste geschaffen. Das ergibt in der Summe mehr als drei Viertel (77,3 %) eingerichtete Dienste innerhalb eines Zeitraumes von etwa zweieinhalb Jahren nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978. Drei (13,6 %) Kommunen ließen sich bis zu drei Jahre (eine) bzw. vier Jahre (zwei), weitere zwei (9,1%) Kommunen bis zu sieben Jahre Zeit, um Sozialpsychiatrische Dienste einzurichten.

Die Abbildung 1-1 dokumentiert das jeweilige Einrichtungsjahr der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen in kumulativer und prozentualer Darstellung:



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

Am deutlichsten wird anhand der vorliegenden Informationen aus dem Landkreis Hannover, wie sich das bislang vorhandene Dienstleistungsangebot der Abteilung "Psychohygiene", das 1978 bereits relativ gut ausgebaut war und durchaus Elemente sozialpsychiatrischer Versorgung (z.B. auch Tätigkeit von Sozialarbeitern) enthielt, funktional bruchlos in einen Sozialpsychiatrischen Dienst gemäß Nds.PsychKG 1978 überführen ließ.

In der Übergangsphase nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 wurde in zahlreichen Diensten die "Sprechstunde" des LKH-Arztes - nunmehr jedoch unter anderen Vorzeichen - beibehalten. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür liegt aus dem Landkreis Grafschaft Bentheim vor, wo jene "Sprechstunde" bis zur Errichtung einer Psychiatrischen Abteilung am dortigen Kreiskrankenhaus im Juli 1984²⁴ vom Direktor des Landeskrankenhauses Osnabrück geleistet wurde. Sie ging dann auf den Leiter der Psychiatrischen Abteilung über.

Die auf der Basis von 22 befragten Kommunen vorliegenden Ergebnisse der Frage 101 geben deutliche Hinweise auf Entwicklungen dieses Bereiches in Niedersachsen innerhalb eines Zeitraumes von etwa acht Jahren. Der Entwicklungstrend hierbei ist unverkennbar.

Dennoch darf bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse (Übertragung auf 47 Kommunen des Landes) zweierlei nicht außer acht gelassen werden:

1. Die Datenerhebung hat zu der Erkenntnis geführt, daß in zwei der angesprochenen Kommunen auch im Jahre 1986 noch kein Sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet worden war. Dies betrifft den Landkreis Cloppenburg sowie die Stadt Wilhelmshaven. Insofern konnten die Daten in die Untersuchung nicht einbezogen werden.²⁵
2. Es sei an dieser Stelle an das Kriterium erinnert, das zur Feststellung der Existenz der Sozialpsychiatrischen Dienste zugrunde gelegt wurde: "Errichtung und Besetzung von mindestens einer Vollzeit-Planstelle". Mit diesem Kriterium wird zwar der Fragestellung Genüge getan ("Wann wurde ... mit der Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes begonnen?"); die Befragungsergebnisse sagen jedoch noch nichts darüber aus, inwieweit die Dienste als funktionstüchtig im Sinne der Psychiatrie-Enquête, des Nds.PsychKG 1978 oder der Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁶ angesehen werden können. Daß in dieser Hinsicht Standards nicht erfüllt werden, geht auch aus Veröffentlichungen des Niedersächsischen Sozialministeriums, beispielsweise aus dem Jahre 1985,²⁷ sowie aus den Tätigkeitsberichten des "Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung" noch aus den Jahren 1987 bis 1989, hervor.²⁸ Im weiteren Verlauf der Datenauswertungen zu dieser Befragung soll insbesondere das Augenmerk auf die Funktionstüchtigkeit der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste gerichtet werden.

24 vgl. GRAFSCHAFTER NACHRICHTEN vom 26.06., 04.07. und 26.07.1984

25 siehe auch: Dritter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1930, Seite 14

26 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, Seite 1 ff

27 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 42

28 vgl. Berichte des "Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung" gemäß § 37 Nds.PsychKG 1978: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/2930, Seite 14 f; Drs. 11/4116, Seite 12 f; Drs. 12/100, Seite 14 f

Ergebnis

Zum Zeitpunkt der Befragung (1985) hatten von den erfaßten 25 Kommunen zwei keine Sozialpsychiatrischen Dienste gemäß Nds.PsychKG 1978 eingerichtet. Bei den 22 in der Auswertung berücksichtigten Kommunen dauerte die Einrichtung der Dienste überwiegend bis ca. 2,5 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, einzelne Kommunen haben diesen Stand erst nach 7 Jahren erreicht.

Die Umsetzung fachlich gebotener Kriterien für die Funktionsfähigkeit und die Versorgungsqualität ist bis heute (1991) nicht Gegenstand gesetzlicher Aufträge und unterliegt weitestgehend nicht der Kontrolle. Selbst die eigene Einschätzung der Versorgungsqualität der primären Zielgruppe Sozialpsychiatrischer Dienste (der Gruppe der chronisch psychisch kranken Erwachsenen) fällt im Jahre 1991 deprimierend aus: 85,2 % der Dienste (N=47) schätzen die ambulante Versorgung dieser Menschen als defizitär ein.²⁹

102 In welcher Trägerschaft befindet sich der Sozialpsychiatrische Dienst?	in kommunaler Trägerschaft <input type="checkbox"/> in Freier Trägerschaft <input type="checkbox"/>
---	--

Forschungsinteresse

Frage 102 basiert auf folgender Bestimmung aus dem § 4 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978: "Soweit Einrichtungen und Personen ... bereit und in der Lage sind, Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes wahrzunehmen, soll ihnen der Landkreis oder die kreisfreie Stadt diese Aufgaben überlassen. Die Einzelheiten sind durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zu vereinbaren. Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt bleibt für die Wahrnehmung der Aufgaben im übrigen verantwortlich." Von Interesse ist nun, wie häufig von dieser Delegationsmöglichkeit der Gesamtaufgaben (im Gegensatz zu Teilaufgaben, was nach dem Nds.PsychKG 1978 ebenfalls möglich ist - siehe hierzu Frage 108) des Sozialpsychiatrischen Dienstes Gebrauch gemacht wurde. Mit der Feststellung von "kommunalen" und "freien" Trägerschaften von Sozialpsychiatrischen Diensten ist die Absicht einer vergleichenden Gegenüberstellung der Auskünfte aus anderen Fragen dieser Erhebung verbunden.

Bewertungsparameter

Da sich Frage 102 ausschließlich auf die Erfassung der tatsächlichen Regelung der Trägerschaft beschränkt, verbietet sich an dieser Stelle zunächst jede weitergehende Bewertung der Daten.

Datenanalyse

Aus den Daten geht hervor, daß sich 20 von 22 befragten Diensten in kommunaler Trägerschaft befinden. Dies entspricht einem Anteil von etwa 91 %. Im Landkreis Celle hat das Diakonische Werk des ev.-luth. Kirchenkreises die Trägerschaft für den dortigen Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen; im Landkreis Uelzen wird der Dienst von dem Verein "Die Brücke e.V." getragen.³⁰

Das deutliche Überwiegen der in direkter kommunaler Trägerschaft organisierten Sozialpsychiatrischen Dienste wird in der vom Niedersächsischen Sozialministerium in Auftrag gegebenen IES-ERHEBUNG 1991 A eindrucksvoll bestätigt: Zum Befragungszeitraum war in allen 47 Gebietskörperschaften des Landes Niedersachsen ein Sozialpsychiatrischer Dienst gemäß Nds.PsychKG 1978 eingerichtet, 44 dieser Dienste (93,6 %) befanden sich in kommunaler Trägerschaft, nur drei (6,4 %) wurden von freigemeinnützigen bzw. konfessionellen Trägern vorgehalten.³¹

Ergebnis

Festzuhalten bleibt, daß mehr als 9/10 aller Dienste in kommunaler Trägerschaft geführt werden und die Gebietskörperschaften die Verantwortung der sozialpsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung damit ganz überwiegend in eigener Handlungs- und Durchführungsverantwortung übernommen haben.

30 vgl. ROSENAU 1983, Seite 35 f; vgl. ROSENAU 1984 B, Seite 62; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 148 ff; vgl. AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN 1981, Seiten 367 ff u. 390 ff.

31 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 1

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen (und damit gesellschaftlichen) Interessen, die in Gesetzen wie dem Nds.PsychKG 1978 wirksam werden, kann es kaum verwundern, daß die Kommunen in direktem Verständnis ordnungsrechtlicher Intentionen des Gesetzes ganz überwiegend selber zu Trägern des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurden. In der Regel in das Gesundheitsamt integriert (siehe Frage 103), sind die Dienste mehrheitlich nicht in der Lage gewesen, Handlungsperspektiven und Initiativen sozialpsychiatrischer Versorgungsplanung und -gestaltung außerhalb der behördlichen Aktionsfelder zu ergreifen. Dies ist neben den in dieser Arbeit aufgeführten verschiedenen organisatorischen Einschränkungen wesentlich auf die andauernd unzureichende Personalausstattung zurückzuführen. Welches Erneuerungs- und Entwicklungspotential³² in der Übernahme der sozialpsychiatrischen Versorgung durch andere, nichtkommunale Träger gelegen hätte, kann durch diese Arbeit auf der Basis der Daten nicht erhellt werden. Zwei freigemeinnützige bzw. konfessionelle Träger reichen nicht aus, um Alternativen beschreiben oder bewerten zu können.

32 Zu den (eventuell verlorenen) Potentialen wird auf den Hauptteil der Arbeit verwiesen.

<p>103 Falls der Dienst sich in kommunaler Trägerschaft befindet:</p> <p>Wie ist die Einbettung in die Verwaltungshierarchie erfolgt?</p>	<p>Anbindung an Gesundheitsamt <input type="checkbox"/></p> <p>Anbindung an Krankenhaus <input type="checkbox"/></p> <p>Anbindung an Sozial-/Jugendamt <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Anbindung: <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>
---	---

Forschungsinteresse

Die Frage 103 befaßt sich mit den formalorganisatorischen Bedingungen der Sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb der Kommunalverwaltungen. Es soll herausgefunden werden, welche typischen Regelungen vorhanden sind und in welchem Umfang Ausnahmen hiervon existieren. Die Antwortvorgaben stellen auf die wahrscheinlichen Regelungen ab, die sich aus der allgemeinen Kenntnis der Versorgungssituation abzeichnen.

Bewertungsparameter

Der vom Gesetzgeber formulierte Auftrag zur Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste in Niedersachsen beinhaltet weder eine Vorschrift darüber, den Sozialpsychiatrischen Dienst in eigener Trägerschaft zu errichten (Frage 102), noch zwingende Vorschriften über die organisatorische Anbindung der Dienste, sondern überläßt dies der Geschäftsverteilungshoheit der Stadt- bzw. Oberkreisdirektoren.³³ Die gesetzlichen Vorschriften beschränken sich darauf, in § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978 den Landkreisen und kreisfreien Städten die Einrichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes "beim Gesundheitsamt"³⁴ aufzuerlegen.

Die in der Realität vorhandenen unterschiedlichen formalorganisatorischen Rahmenbedingungen der Dienste lassen keine unmittelbaren Aussagen über die Qualität der geleisteten Arbeit bzw. der Versorgung zu. Denkbar ist, daß sämtliche in der Fragestellung vorgegebenen Organisationsformen prinzipiell annähernd gleiche günstige Voraussetzungen zur Erzielung zufriedenstellender Arbeitsergebnisse beinhalten.

Datenanalyse

Von den 22 befragten Diensten befinden sich nach den Ergebnissen aus Frage 102 die Dienste der Landkreise Celle und Uelzen in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes bzw. eines eingetragenen Vereines. Sie sind daher bei der Auswertung der Ergebnisse zu Frage 103 nicht mehr zu berücksichtigen.

Von den 20 in kommunaler Trägerschaft befindlichen Sozialpsychiatrischen Diensten bestehen ausnahmslos organisatorische Anbindungen "beim Gesundheitsamt". Eine Besonderheit ist bezüglich des Dienstes der Stadt Emden zu verzeichnen, der räumlich und organisatorisch in der Fachpsychiatrischen Abteilung des dortigen

33 vgl. § 62 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. § 57 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

34 Diese Formulierung rechtfertigt nicht die Annahme, der Dienst sei nicht Teil des Gesundheitsamtes, sondern von diesem getrennt zu halten, betont das Niedersächsische Sozialministerium und geht dabei davon aus, daß der Sozialpsychiatrische Dienst im öffentlichen Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinne. - vgl. SCHACK 1984, Seite 47

Allgemeinkrankenhauses integriert ist, während stellenplanmäßig und dienstrechtlich eine Zugehörigkeit zum Gesundheitsamt besteht.

Ergebnis

Alle Sozialpsychiatrischen Dienste der befragten Kommunen sind - soweit in kommunaler Trägerschaft - organisatorisch und stellenplanmäßig bei den jeweiligen Gesundheitsämtern angebunden, in einem Fall besteht zusätzlich eine enge Verbindung mit der regional zuständigen psychiatrischen Akutklinik.

Die IES-ERHEBUNG 1991 A relativiert dieses Bild etwas: Danach sind von 47 Sozialpsychiatrischen Diensten 37 (78,7 %) in die jeweiligen Gesundheitsämter integriert, 8 Dienste (17 %) bestehen in enger Kooperation mit dem jeweiligen Gesundheitsamt und 2 Dienste (4,3 %) haben nur lockeren Kontakt mit dem Gesundheitsamt. Es bleibt aber eine ganz überwiegende Organisation im Rahmen der zuständigen Gesundheitsämter festzuhalten, die die Existenz und die Arbeit der Dienste kennzeichnet.³⁵

<p>104 Welche sonstigen Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Versorgung wurden seit 1975 in Ihrem Zuständigkeitsbereich neu geschaffen?</p>	<p>Drogenberatungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>Erziehungsberatungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>Tagesklinik <input type="checkbox"/></p> <p>Pro Familia <input type="checkbox"/></p> <p>Tagesstätte f. Psy- Kranke <input type="checkbox"/></p> <p>Teestube f. Patienten <input type="checkbox"/></p> <p>Beratungsstelle für Ehe, Jugend und Familie <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige <input type="checkbox"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Für Frage 104 gilt, daß die Gesamterhebung nicht nur auf die Sozialpsychiatrischen Dienste beschränkt, sondern weiter gefaßt, d.h. auf das Umfeld der Dienste ausgedehnt werden sollte. Mit dem Umfeld der Dienste sind zunächst solche Einrichtungen der psychosozialen Versorgung gemeint, wie sie in den Antwortmöglichkeiten der Frage aufgelistet sind. Eine Erhellung des Umfeldes kann jedoch durch das verwendete Erhebungsinstrumentarium nur in begrenztem Umfange erfolgen. Unter dieser Prämisse sind Frage 104, aber auch die folgenden Fragen 105 bis 111, die weitere ergänzende Informationen aus dem Umfeld der Sozialpsychiatrischen Dienste liefern sollen, zu verstehen.

Bewertungsparameter

Allgemeingültige Aussagen zur gesamten psychosozialen Versorgungssituation einer jeweiligen Region sind nur bei Würdigung einer Vielzahl von Faktoren und unter Berücksichtigung möglichst aller Versorgungseinrichtungen möglich. Dies kann zwar die vorliegende Untersuchung nicht leisten; sie kann jedoch den regionalen Kontext, in dem die Sozialpsychiatrischen Dienste operieren, erhellen. Auf diese Weise soll Fehleinschätzungen vorgebeugt werden. Bei der Auswertung wird ein Zeitraum von 10 Jahren berücksichtigt. Das Kriterium "seit 1975" signalisiert das Jahr, in dem die Psychiatrie-Enquête vorgelegt wurde. Die erhobenen Daten sollen zumindest indirekt Aufschluß darüber geben, in welchem Ausmaß sich die Auswirkungen der "Psychiatrie-Reform" in der jeweiligen Region bemerkbar gemacht haben. Zur Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb der psychosozialen Versorgung einer Region bietet die Band I der Arbeit einen ausführlicheren Einblick. Auf der empirischen Ebene geht es darum, die strukturellen Anknüpfungspunkte und die tatsächlich vorhandenen Kooperationspartner in der Region zu erkunden.

Datenanalyse

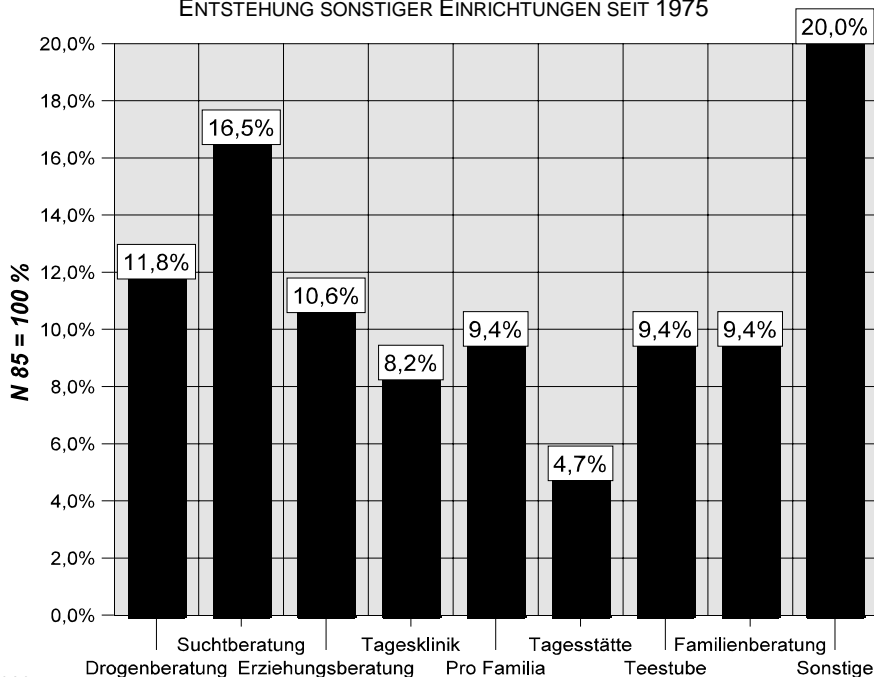
In den 22 befragten Kommunen sind in Zeitraum seit 1975 insgesamt 85 Einrichtungen im Bereich der psychosozialen Versorgung entstanden. Mehr als ein Viertel dieser Einrichtungen sind in der ambulanten Sucht- und Drogenberatung angesiedelt (16,5 % Suchtberatung; 11,8 % Drogenberatung). Weitere 10,6 % entfallen auf Erziehungsberatungsstellen. Familienberatungsstellen, Teestuben und Beratungsstellen zur Schwangerschaftskonfliktberatung ("Pro Familia") machen 9,4 % der entstandenen Angebote aus. Der Anteil eingerichteter Tageskliniken liegt bei 8,2 %, der von Tagesstätten bei 4,7 %. Bei dem verbleibenden Rest von insgesamt 20 % (17) "Sonstige Einrichtungen" wurden angegeben: Selbsthilfegruppen im Suchtbereich, Gesprächskreise für Psychisch Kranke, "Saftladen" (alkoholfreie Begegnungsstätte), Patientenclubs, Schulpsychologische Beratungsstellen, Arbeitslosentreffs, Frauenhausinitiativen, §-218-Beratungsstellen, Beratungszentren und Beratung durch Suchtkrankenhelfer. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, wurden die genannten Einrichtungen jeweils nur einmal erwähnt.

Nach den Daten wurden die meisten Einrichtungen (7) im Landkreis Helmstedt (HEL) geschaffen, gefolgt vom Landkreis Aurich (AUR)³⁶ mit 6 Einrichtungen. Danach folgen sechs Kommunen mit je 5 neugeschaffenen Einrichtungen: Landkreise Graftschaft Bentheim (NOH), Hildesheim (HI), Gifhorn (GF) und Städte Emden (EMD), Osnabrück (OSS) und Braunschweig (BS). Die Landkreise Uelzen (UEL) und Goslar (GS) sowie die Stadt Wolfsburg (WOB) haben je 4 neue Einrichtungen geschaffen. Acht Kommunen haben je 3 Einrichtungen geschaffen; es sind die Landkreise Hannover (H-L), Verden (VER), Emsland (EL), Osterholz (OHZ), Schaumburg (SHG), Osterode (OHA), Göttingen (GÖ) und die Stadt Salzgitter (SZ). Mit jeweils nur 2 neu geschaffenen Einrichtungen sind die drei Landkreise Celle (CE), Lüchow-Dannenberg (DAN) und Rotenburg (ROW) zu nennen.

Die Abbildungen 1-2 und 1-3 zeigen die Verteilung der 85 neugeschaffenen Einrichtungen seit 1975 nach Einrichtungstyp und verteilt auf die unterschiedlichen Körperschaften:

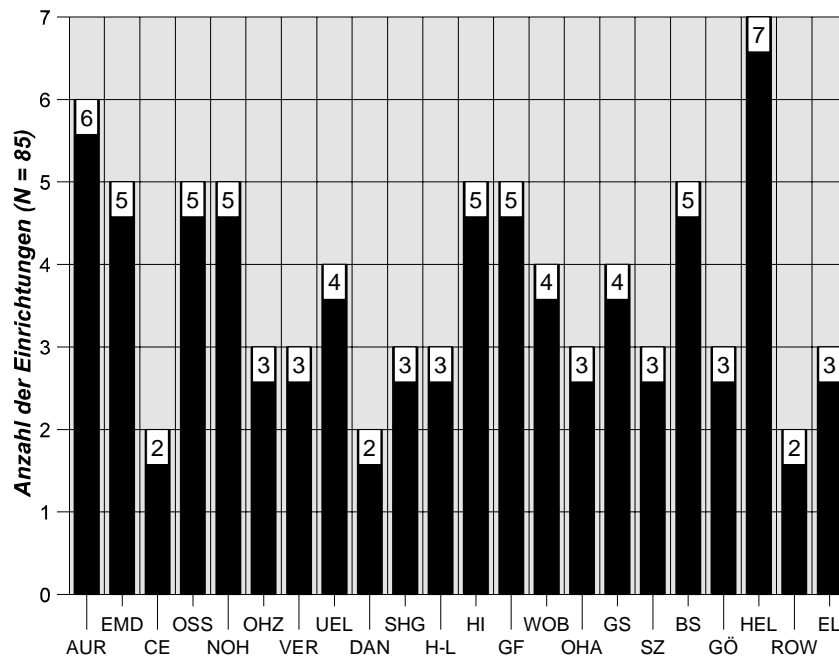
36 Aus Gründen einer übersichtlicheren Darstellung werden - von einigen Ausnahmen abgesehen - die Gebietskörperschaften fortan in den Tabellen, Abbildungen und Übersichten entsprechend ihrer Automobilkurzzeichen gekennzeichnet. Siehe hierzu auch das Abkürzungsverzeichnis (vorn).

ABBILDUNG 1-2:
ENTSTEHUNG SONSTIGER EINRICHTUNGEN SEIT 1975



Quelle: eigene Erhebungen

ABBILDUNG 1-3:
ENTSTEHUNG SONSTIGER EINRICHTUNGEN SEIT 1975 - NACH KOMMUNEN GEGLIEDERT



Quelle: eigene Berechnungen

Ergebnis

In allen befragten Gebietskörperschaften entstanden psychosoziale Angebote. Die Versorgungsdichte und -qualität wird im Zusammenhang der nächsten Fragen des Erhebungsinstrumentes diskutiert werden.

<p>105 Bitte geben Sie an, in welchem Jahr welche Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Versorgung in Ihrem Zuständigkeitsbereich eingerichtet wurden.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Drogenberatungsstelle</td> <td style="text-align: center; width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Suchtberatungsstelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Erziehungsberatungsstelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tagesklinik</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pro Familia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tagesstätte f. Psy-Kranke</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Teestube f. Psy-Patienten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Beratungsstelle für Ehe, Jugend und Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	Suchtberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	Pro Familia	<input type="checkbox"/>	Tagesstätte f. Psy-Kranke	<input type="checkbox"/>	Teestube f. Psy-Patienten	<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle für Ehe, Jugend und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>																		
Suchtberatungsstelle	<input type="checkbox"/>																		
Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>																		
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>																		
Pro Familia	<input type="checkbox"/>																		
Tagesstätte f. Psy-Kranke	<input type="checkbox"/>																		
Teestube f. Psy-Patienten	<input type="checkbox"/>																		
Beratungsstelle für Ehe, Jugend und Familie	<input type="checkbox"/>																		
.....	<input type="checkbox"/>																		

Forschungsinteresse

Frage 105 soll zunächst eine Übersicht hinsichtlich der Entstehungszeitpunkte der vielfältigen Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Versorgung verschaffen. Darüber hinaus soll die Anzahl der insgesamt vorhandenen bzw. den Sozialpsychiatrischen Diensten bekannten Einrichtungen ermittelt werden.

Durch differenzierende Betrachtung des Befragungsergebnisses soll die Anzahl der geschaffenen Einrichtungen vor dem Jahre 1975 gegenüber der Anzahl der neu entstandenen Einrichtungen nach 1975 festgestellt werden. Der Zeitraum zwischen 1975 (Psychiatrie-Enquête) und 1978 (Verabschiedung des Nds. PsychKG 1978) soll gesondert betrachtet werden, um eventuelle Tendenzen hinsichtlich des Einflusses der Psychiatrie-Enquête und des Nds. PsychKG 1978 festzustellen.

Bewertungsparameter

Die Befragungsangaben sind in Tabelle 1-1 zusammengefaßt. Die zunächst ausschließlich zahlenmäßige Auswertung erlaubt, regionalspezifische Versorgungsdichten und -ausrichtungen zu benennen. Hierzu wird die Anzahl der spezifischen Einrichtungen mit der Zahl der Wohnbevölkerung (Stand: 20. Juni 1985) in Beziehung gesetzt, um weitere Vergleiche zu ermöglichen. Schließlich werden die Daten nach Entstehungsjahr differenziert ausgewiesen.

Datenanalyse

TABELLE 1-1:
ENTSTEHUNGSJAHR SONSTIGER EINRICHTUNGEN DER AMBULANTEN PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

Kommune Einrichtung	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
Drogenberatung	☐	⊗	☐	☐	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	⊗	⊗	☐	⊗	☐	⊗	☐	12
Suchtberatung	☐	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	12
Erziehungs- beratung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	⊗	☐	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	☐	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	16
Tagesklinik	☐	☐	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	☐	⊗	⊗	⊗	7
Pro Familia	⊗	☐	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	☐	☐	☐	⊗	☐	⊗	⊗	8
Tagesstätte	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	☐	☐	⊗	⊗	4
Teestube	⊗	☐	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	☐	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	☐	⊗	☐	⊗	⊗	8
Familienberatung	☐	⊗	☐	☐	☐	⊗	☐	☐	⊗	☐	☐	☐	☐	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	☐	13
Geprächskreis	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	4
Suchtbereich	⊗	☐	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	5
Saftladen	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Patienten-Club	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	3
Schulpsycho- logische Beratung	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Arbeitslosen-Treff	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Frauenhaus- Initiative	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
§ 218-Beratung	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Beratungszentrum	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	1
Suchtkranken- Helfer	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Einrichtung ohne Bezeichnung	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	☐	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	1
Bevölkerung in Tausend	170	50	165	153	116	94	113	94	49	152	547	279	127	122	89	165	107	251	263	96	140	247	3588
vor 1975 entstanden	⊗	1	2	4	⊗	⊗	⊗	2	⊗	2	⊗	2	⊗	4	⊗	⊗	2	2	⊗	⊗	⊗	1	22
von 1975-78 und später entstanden	6	5	2	5	5	3	3	4	2	3	3	5	5	4	3	4	3	5	3	7	2	3	85
Summe der Einrichtungen	6	6	4	9	5	3	3	6	2	5	3	7	5	8	3	4	5	7	3	7	2	4	107
Versorgungsdichte je Tausend Einwohner	28	8	41	17	23	31	38	16	25	30	182	40	25	15	30	41	21	36	88	14	70	62	33,5

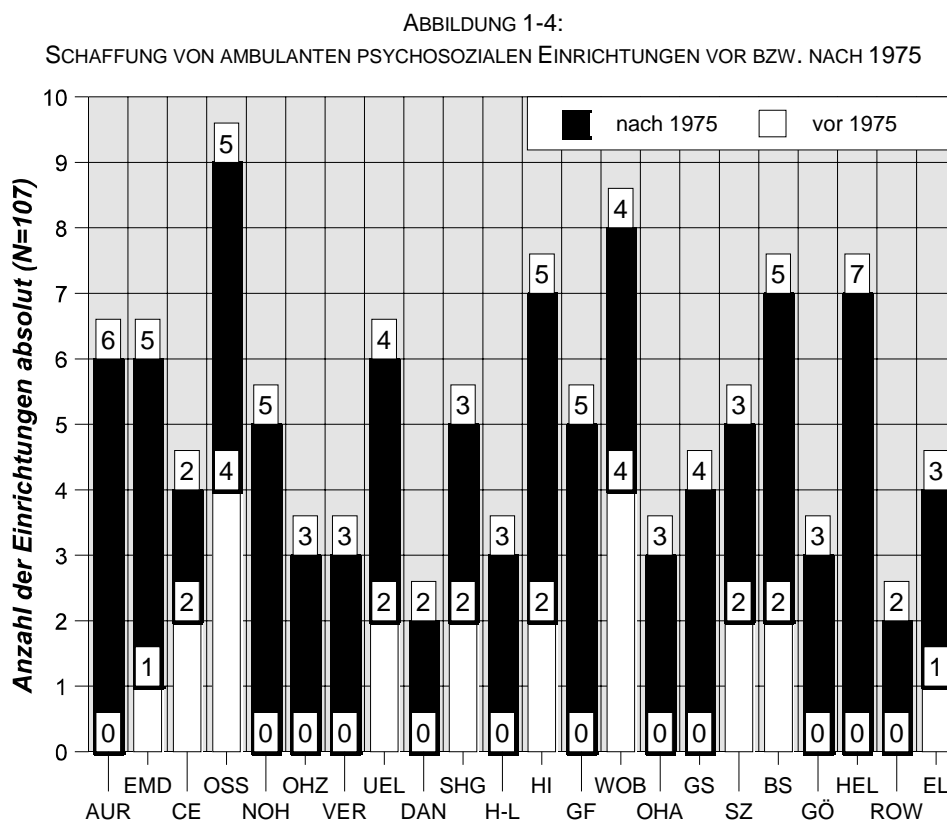
⊗ = keine Angaben; Einrichtung nicht vorhanden oder nicht bekannt
 ☐ = Einrichtung wurde vor 1975 geschaffen
 ☐ = Einrichtung wurde zwischen 1975 und 1978 geschaffen
 ☐ = Einrichtung wurde nach 1975 bzw. 1978 geschaffen

Quelle: eigene Erhebungen

Tabelle 1-1 gibt eine Übersicht bezüglich der Entstehungsjahre von Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Versorgung. Die Angaben umfassen einen Zeitraum von 1959 (Errichtung einer Beratungsstelle für Ehe, Jugend und Familie in der Stadt Osnabrück) bis 1986 (Errichtung einer Teestube im Landkreis Goslar). In-

nerhalb dieser 27 Jahre entstanden im Einzugsbereich der 22 befragten Kommunen insgesamt 107 ambulante Einrichtungen der psychosozialen Versorgung. Die differenzierende Betrachtung macht deutlich - auch im Vergleich zu den Ergebnissen von Frage 104 -, daß von den 107 Einrichtungen 22 vor dem Jahre 1975, also innerhalb eines Zeitraumes von 16 Jahren, entstanden sind. 85 Einrichtungen sind nach 1975, also während eines Zeitraumes von 11 Jahren, entstanden. Hierdurch wird deutlich, daß zu Zeiten vor der Psychiatrie-Enquête im Einzugsbereich der 22 befragten Dienste rechnerisch durchschnittlich jährlich 1,3 Einrichtungen geschaffen wurden. Während der 11 Jahre nach Verabschiedung des Nds.PsychKG 1978 waren es jährlich durchschnittlich 7,7 Einrichtungen bzw. Angebote ohne die Sozialpsychiatrischen Dienste selber. Rechnet man diese als eigenständige Angebote hinzu, ergibt sich jährlich eine durchschnittliche Zahl von neuen Angeboten von 9,7. Eine weitere Differenzierung der Gründungsjahre konnte aus dem Datenmaterial nicht herausgearbeitet werden.

Die Abbildung 1-4 zeigt die Verteilung der 107 Einrichtungen auf die 22 befragten Kommunen. Dabei wird nach den Entstehungszeiträumen vor 1975 und nach 1975 unterschieden:

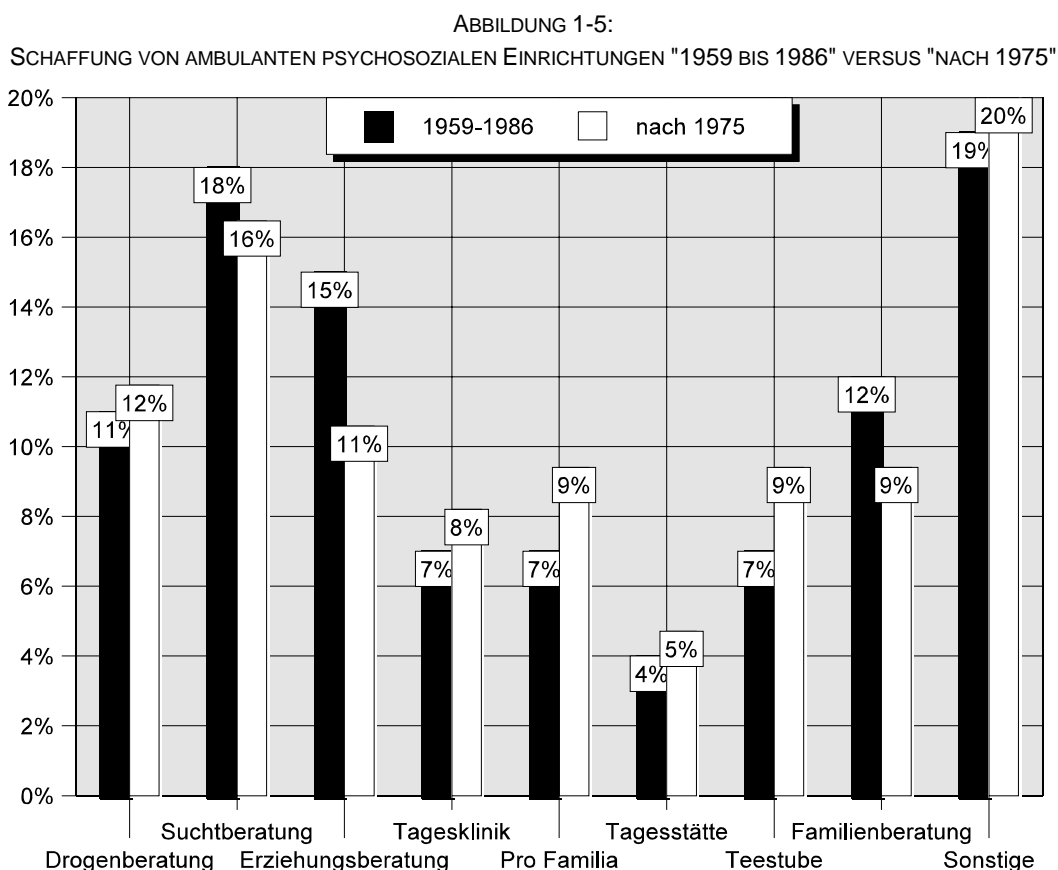


Quelle: eigene Erhebungen

Es wird deutlich, daß in den Städten Osnabrück und Wolfsburg auch vor dem Jahre 1975 jeweils 4 Einrichtungen der psychosozialen Versorgung zur Verfügung standen. Nach 1975 sind in Osnabrück 5 und in Wolfsburg 4 Einrichtungen hinzugekommen, so daß beide Städte im Vergleich der 22 befragten Kommunen Spitzenpositionen einnehmen. Die Abstände zu den Landkreisen Hildesheim und Helmstedt sowie der Stadt Braunschweig mit insgesamt jeweils 7 neuerrichteten Einrichtungen ist jedoch nur gering. Dagegen sind die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Rotenburg mit jeweils 2 nach 1975 geschaffenen Einrichtungen als besonders gering expandierend einzuschätzen. Auch hier ist der Abstand zu den Regionen, die 3 Einrichtungen nach 1975

geschaffen haben, nur recht gering. Dies trifft auf die Landkreise Osterholz, Verden, Hannover, Osterode und Göttingen zu. Die letztgenannten fünf Kommunen hatten den Befragungsergebnissen nach vor 1975 keine einzige Einrichtung der ambulanten psychosozialen Versorgung vorzuweisen, ebensowenig die Landkreise Aurich, Grafschaft Bentheim, Gifhorn, Goslar, Helmstedt und Göttingen.

Ein Blick auf die schwerpunktmäßig neugeschaffenen Einrichtungen läßt auch hier eine deutliche Akzentuierung in der Sucht- und Drogenberatung erkennen: 17,8 % Suchtberatung, 11,2 % Drogenberatung. 15,0 % entfallen auf Erziehungsberatungsstellen, 12,1 % auf Einrichtungen der Familienberatung. Mit annähernd 7 % liegen Beratungseinrichtungen von "Pro Familia", Teestuben und Tageskliniken etwa gleichauf. Den geringsten Anteil haben die Tagesstätten mit 3,7 Prozentpunkten zu verzeichnen. Bei dem verbleibenden Rest von insgesamt 18,7 % (20 sonstige Einrichtungen) wurde angegeben: Selbsthilfegruppen im Suchtbereich, Gesprächskreise für psychisch Kranke, "Saftladen", Patientenclubs, Schulpsychologische Beratungsstellen, Arbeitslosentreffs, Frauenhausinitiativen, Paragraph-218-Beratungsstellen, Beratungszentren und Beratung durch Suchtkrankenhelfer. Von 3 Ausnahmen abgesehen, wurden die genannten Einrichtungen jeweils nur einmal erwähnt. Die Ausnahmen bilden: Selbsthilfegruppen im Suchtbereich mit 5 Nennungen; Gesprächskreise für psychisch Kranke mit 4 Nennungen und Patientenclub mit 3 Nennungen.



Quelle: eigene Erhebungen

Die Gegenüberstellung in Abbildung 1-5 weist für den Zeitraum nach 1975 in 6 von 9 betrachteten spezifischen Angebotsbereichen gegenüber dem Zeitraum vor 1975 einen prozentualen Zuwachs an den insgesamt bestehenden Diensten aus. Lediglich im Suchtbereich, und im Bereich der Erziehungsberatungs- und Familienbera-

tungsstellen hat es nach 1975 prozentual Rückgänge an den insgesamt entstehenden/entstandenen Diensten gegeben.

Ergebnis

Aus den Angaben der Umfrage lassen sich Hinweise gewinnen, daß mit dem Beginn der "Psychiatrie-Reform" ab 1975 die Dichte der Versorgung der Bevölkerung deutlich zugenommen hat. Eine große Anzahl von Diensten wurde gegründet und differenzierte Angebote wurden in das psychosoziale Versorgungsnetz aufgenommen. Mit der Versechs- bzw. mehr als Versiebenfachung der Rate an Angebotsgründungen durchschnittlich je Jahr ist der beträchtliche Entwicklungsschub für die psychosoziale Versorgung deutlich belegt. Die absolute Zahl von Angeboten ist vom Jahre 1974 (22 Angebote) bis zum Jahre 1986 (107 Angebote bzw. 129 Angebote einschließlich der Sozialpsychiatrischen Dienste) in den befragten Regionen um nahezu 500 % bzw. 600 %³⁷ gestiegen.

Die regionalen Versorgungskennzahlen³⁸ differieren dabei von einem psychosozialen Angebot je 182.000 Einwohner im Landkreis Hannover (wobei bei dieser Zahl sicherlich die sehr hohe Wohnbevölkerung des Landkreises und die Tatsache eine Rolle spielen, daß sich die Mehrzahl der Angebote für die Region in der in dieser Auswertung nicht berücksichtigten Landeshauptstadt Hannover befinden) und einem Angebot je 8.000 Einwohner in der Versorgungsregion Emden um den Faktor 22 (die Einwohnerzahlen der beiden am weitesten voneinander unterschiedenen Regionen differieren dagegen um den Faktor 11). Bei den geschaffenen Einrichtungen der Jahre nach 1975 ergeben sich sehr weitgehende Fortsetzungen der auch schon früher praktizierten Schwerpunktsetzung für psychosoziale Einrichtungen. Genuin sozialpsychiatrische Angebote sind, mit Ausnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste selber, flächendeckend nicht entstanden.

37 exakte Werte: 486 % und 586 %

38 Hier bezogen auf alle den Sozialpsychiatrischen Diensten bekannten Einrichtungen je tausend Personen Wohnbevölkerung, vgl. Tabelle 1-1.

<p>106 Wieviel niedergelassene Nervenärzte gibt es in Ihrem Zuständigkeitsbereich?</p>	<p>Anzahl: <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte (der Begriff "Nervenärzte" steht hier als Synonym für die unterschiedlichen Gebietsbezeichnungen: "Arzt für Neurologie"; "Arzt für Psychiatrie"; "Arzt für Neurologie und Psychiatrie"; "Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie", einschließlich in manchen Fällen erworbener Qualifikationen mit den Zusätzen "Psychotherapie" und/oder "Psychoanalyse" bzw. "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut") ist zur Beurteilung der sozialpsychiatrischen Versorgung einer Region ein wesentliches Datum. Niedergelassene Nervenärzte - um bei diesem Begriff zu bleiben - gehören zum Umfeld der Sozialpsychiatrischen Dienste und stellen nach der Psychiatrie-Enquête "das Rückgrat der ambulanten ärztlichen Behandlung" dar.³⁹ Mit der Frage ist beabsichtigt, die Dichte des nervenärztlichen Versorgungsnetzes in Niedersachsen in Erfahrung zu bringen. Dabei sollen regionale Versorgungsunterschiede, soweit vorhanden, erkennbar werden. Zur Beleuchtung der Versorgungssituation werden nachstehende Informationsquellen herangezogen:

- ⇒ Befragung von Bediensteten Sozialpsychiatrischer Dienste;
- ⇒ "Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für die ambulante ärztliche Versorgung, Stand: 31.12.1986";⁴⁰
- ⇒ Ärzteverzeichnisse der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen;⁴¹
- ⇒ IES-ERHEBUNG 1992 (Niedergelassene Nervenärzte in Niedersachsen).⁴²

Bewertungsparameter

Bei dieser Erhebung werden quantitative Auswertungsverfahren angewandt. Die Verwendung von unterschiedlichen Informationsquellen soll zu einer erhöhten Genauigkeit der Analyse zur Versorgungsstruktur im Lande Niedersachsen führen. Nachdem Durchschnittszahlen aus den unterschiedlichen Informationsquellen gebildet wurden, sollen Aussagen darüber formuliert werden, welche Kommunen günstige bzw. ungünstige nervenärzt-

39 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 207 ff; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 47

40 Der "Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für die ambulante ärztliche Versorgung", Stand 31.12.1986" enthält u.a. für jeden einzelnen kassenärztlichen Planungsbereich die Kriterien "Statistisches Soll", "Bereinigtes Ist" und "Fehlende Ärzte". In den Vorbemerkungen des Bedarfsplanes heißt es hierzu folgendermaßen: "Das 'Statistische Soll' ergibt sich aus dem Vergleich der Meßzahl mit der Einwohnerzahl. Als Kriterium zur Feststellung einer ausreichenden Versorgung sagen die Meßzahlen aus, für wieviele Einwohner ein Kassenarzt einer bestimmten Arztgruppe benötigt wird."

"Das 'Bereinigte Ist' (...) weist den Stand der kassenärztlichen Versorgung zum Stichtag 31. 12. 1986 aus. Die Bereinigung bezieht sich auf die unterschiedliche Leistungsanrechnung (Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie Praxisstruktur) einzelner Rechtsformen kassenärztlicher Tätigkeit, wie Zulassung, Beteiligung und Ermächtigung."

"Die ausgewiesene Zahl 'fehlender' Ärzte je Planungsbereich ergibt sich nicht aus der rechnerischen Differenz zwischen Ist- und Sollwert, sondern nach einer Korrektur, die sich aus der Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten ergibt."

41 Auswertung sämtlicher Ärzteverzeichnisse der 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen unterschiedlicher Aktualitätsstände: von August 1985 bis Mai 1988

42 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 1 bis 37

liche Versorgungsdichten aufweisen. Als Maßstab wird hierfür eine Maßzahl 1 : 50.000 (1 Nervenarzt auf 50.000 Einwohner) zugrundegelegt, die in der Psychiatrie-Enquête benannt worden ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Niederrhein hat diese Maßzahl ihren Planungen zugrunde gelegt.⁴³

Datenanalyse

Die Aufstellung in der Tabelle 1-2 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick zur Anzahl der Nervenärzte in Niedersachsen. Nach eigenen Erhebungen und Schätzungen gibt es in Niedersachsen 213 niedergelassene Nervenärzte. Nach dem Stand 31.12.1986 liegt die Anzahl der Niederlassungen gemäß Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung nur geringfügig höher bei 219. Die Auswertung der von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung herausgegebenen Ärzteverzeichnisse (Stand 8/85 bis 5/88) führt zum Ergebnis von 224 nervenärztlichen Niederlassungen in Niedersachsen. Wird der rechnerische Durchschnittswert aus diesen drei Summen gebildet, so ergibt sich eine Anzahl von 219 niedergelassenen Nervenärzten. Das entspricht - auf die Bevölkerungszahl bezogen - einer Relation von **1 Facharzt auf 32.893 Einwohner**.⁴⁴ Die Versorgungsdichte schwankt dabei von 1 : 12.104 bis hin zu 1 : 127.414. Die weitgehende Konzentration der besser versorgten städtischen Ballungsgebiete überrascht dabei nicht, ebenso fügen sich die weniger gut oder unterversorgten ländlichen Gebiete in ein erwartetes Bild.

In absoluten Zahlen erweisen sich Hannover, Osnabrück, Oldenburg, vor allem jedoch Göttingen, als die Regionen, in denen die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte besonders hoch ist.⁴⁵ Unterversorgung in zu diesen Regionen benachbarten ländlichen Gebieten ist häufig eher ein Artefakt der empirischen Wahrnehmung. Dies zeigt sich deutlich im Falle des Landkreises Hannover, der mit einer Maßzahl 1 : 74.477 als sehr defizitär ausgewiesen ist. In der Kreis- und Landeshauptstadt Hannover ist die Maßzahl mit 1 : 16.478 wesentlich günstiger. Wertet man die Angaben von Stadt und Landkreis Hannover gemeinsam aus, ergibt sich die Maßzahl 1 : 28.526.

Die rechnerische Versorgungsdichte von Stadt und Landkreis Hannover zusammen täuscht über die tatsächliche Versorgungsdichte hinweg, d.h. ohne genaue Angaben zur Erreichbarkeit der genutzten Dienste nach Zeitaufwand und Kilometern kann eine solche Zahl selbst dann nicht stehenbleiben, wenn man zugesteht, daß die Landeshauptstadt Hannover als Zentrum viele Landkreis-Patienten anzieht und mitversorgt.

Zahlen wie aus den Landkreisen Wittmund, Holzminden, Helmstedt, Gifhorn oder Lüchow-Dannenberg, in denen die Anzahl der Arztpraxen von rechnerisch 1,33 bis 0 geht, dürfen dennoch getrost als Hinweise auf Unterversorgung gewertet werden. Die dezidierte regionale Analyse kann durch die hier vorgestellten Daten nur angeregt werden, aus den Zahlen allein ergeben sich gültige Aussagen nur in beschränktem Umfang. Diese einschränkenden Ausführungen berücksichtigend, bleibt die Aussage, daß von 47 Kommunen 14 (ca. 30 %) als unterversorgt im Sinne der Maßzahl der Psychiatrie-Enquête (1 : 50.000) bezeichnet werden können.

43 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 83 ff;
vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN 1986, Seite 2

44 Zur Ermittlung der Werte im einzelnen: siehe Detailauswertungen im Anhang dieses Bandes, Seite 349 ff

45 Die Anwesenheit universitärer Ausbildungseinrichtungen für Ärzte sowie größerer Fachkliniken hat hier, ungeachtet objektiver Versorgungserfordernisse, zu einer überproportionalen Versorgungsdichte geführt.

TABELLE 1-2
NERVENÄRZTLICHE NIEDERLASSUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Datenquelle Kommune	Ergebnis der eigenen Erhebung (Daten für WTM bis DH sind geschätzt)	Ergebnis laut Kassenärztlicher Vereinigung (Stand 31.12.1986)	Ergebnis laut Ärzteverzeichnisse von 11 Bezirksstellen der KV (08/85 bis 05/88)	Durchschnittliche Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte in der Kommune	Versorgungsdichte (Zahl der Einwohner je Nervenarzt)
Stadt Osnabrück	13	12	13	12,67	12. 104
Stadt Oldenburg	5	12	13	10,00	13. 836
Stadt und Landkreis Göttingen	20	14	21	18,33	14. 364
Stadt Hannover	15	42	36	31,00	16. 478
Stadt Delmenhorst	2	4	4	3,33	21. 182
Stadt Emden	3	3	2	2,67	21. 418
Stadt Braunschweig	9	8	9	8,67	28. 929
Stadt Wilhelmshaven	3	3	3	3,00	32. 234
Stadt Wolfsburg	4	3	4	3,67	33. 260
Stadt Salzgitter	2	2	2	2,00	53. 280
Landkreis Verden	6	6	6	6,00	18. 760
Landkreis Uelzen	4	4	4	4,00	23. 712
Landkreis Lüneburg	4	5	7	5,33	24. 886
Landkreis Osterode	3	3	3	3,00	29. 541
Landkreis Goslar	4	8	4	5,33	31. 012
Landkreis Rotenburg	4	5	4	4,33	32. 343
Landkreis Stade	5	5	5	5,00	33. 642
Landkreis Hildesheim	8	8	8	8,00	34. 831
Landkreis Hameln	5	4	4	4,33	35. 422
Landkreis Leer	4	4	4	4,00	35. 726
Landkreis Northeim	4	4	4	4,00	36. 919
Landkreis Schaumburg	4	4	4	4,00	37. 891
Landkreis Wesermarsch	3	2	2	2,33	39. 003
Landkreis Wittmund	2	1	1	1,33	40. 337
Landkreis Celle	4	4	4	4,00	41. 069
Landkreis Emsland	6	5	7	6,00	41. 259
Landkreis Soltau-Fallingb.ostel	4	2	3	3,00	42. 023
Landkreis Osnabrück	8	6	6	6,67	43. 218
Landkreis Vechta	3	2	2	2,33	43. 697
Landkreis Harburg	6	4	3	4,33	44. 661
Landkreis Ammerland	2	2	2	2,00	46. 603
Landkreis Osterholz	2	2	2	2,00	47. 158
Landkreis Friesland	3	2	1	2,00	47. 618
Landkreis Wolfenbüttel	3	2	2	2,33	48. 733
Landkreis Nienburg	3	2	1	2,00	55. 995
Landkreis Cuxhaven	6	2	2	3,33	57. 549
Landkreis Grafschaft Bentheim	2	2	2	2,00	58. 237
Landkreis Oldenburg	3	1	1	1,67	59. 801
Landkreis Holzminden	2	1	1	1,33	60. 981
Landkreis Cloppenburg	3	1	1	1,67	67. 446
Landkreis Diepholz	5	1	2	2,67	68. 669
Landkreis Peine	3	1	1	1,67	69. 874
Landkreis Helmstedt	2	1	1	1,33	72. 380
Landkreis Hannover	5	7	10	7,33	74. 477
Landkreis Aurich	2	2	2	2,00	84. 774
Landkreis Gifhorn	1	1	1	1,00	127. 414
Landkreis Lüchow-Dannenberg	0	0	0	0,00	-
47 Kommunen	213	219	224	218,67	∅ 32. 893

Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen auf der Basis von KV-Daten und Ärzteverzeichnisse der KV-Bezirksstellen

Für eine Beurteilung größerer Regionen sind die Maßzahlen für die vier Regierungsbezirke Niedersachsens ausgewiesen:

Regierungsbezirk	Braunschweig:	1 Arzt auf	31. 137 Einwohner;
Regierungsbezirk	Weser-Ems: . .	1 Arzt auf	32. 462 Einwohner;
Regierungsbezirk	Hannover: . . .	1 Arzt auf	33. 137 Einwohner;
Regierungsbezirk	Lüneburg:	1 Arzt auf	34. 499 Einwohner.

Hier zeigt sich nun auch, daß sich Unterschiede bei größeren Betrachtungseinheiten verlieren; man könnte meinen, daß die Zahlen eine für das ganze Land doch genügende Versorgungsdichte in allen Regionen ausweisen. Diese Annahme ist aber (siehe Tabelle 1-2) unrichtig.

Ergebnis

Die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte in Niedersachsen war für den Zeitraum der Befragung aus verschiedenen Datenquellen und aus der eigenen Erhebung nicht sicher zu ermitteln. Die Zahl von 219 Praxen im Jahre 1986 kann aber als plausible Größe für die weitere Beurteilung herangezogen werden. Im Jahre 1992 wird in der IES-ERHEBUNG von 196 Nervenärzten in Niedersachsen berichtet.⁴⁶ Mit der erheblichen Zulassungsschwemme der Jahre 1992 bis 1994 infolge der "Gesundheitsreform" werden sich diese Zahlen wieder merklich verändert haben. Hier zu verlässlichen Zahlen zu gelangen, ist, wie gezeigt werden konnte, nicht leicht. Die Versorgungsdichte durch niedergelassene Nervenärzte ist, mit sehr starken Schwankungen, mit 1 : 32.893 im Durchschnitt genügend. Die Konzentration auf die Ballungsgebiete und städtischen Regionen führt zu z.T. hochversorgten Regionen und zu einem anderen Teil zu ländlichen Gebieten, in denen auf einen Nervenarzt weit mehr als 50.000 Einwohner kommen.

Eine weiteres Datum aus der IES-ERHEBUNG 1992 stützt diese Wahrnehmung: Im Gegensatz zu Praxen in städtischen Versorgungsregionen, die 46 % ihrer Patienten im Umkreis von bis zu 5 km zur Praxis und insgesamt 69 % ihrer Patienten im Umkreis von bis zu 10 km zur Praxis erreichen, sind bei Praxen in ländlichen Regionen im engeren Einzugsgebiet bis zu 5 km nur ein Drittel der Patienten zu erreichen, im Umkreis von bis zu 10 km 61 % aller Patienten. Immerhin 39 % der Patienten in ländlichen Praxen (31 % in städtischen Praxen) wohnen 10 km und mehr von der Praxis entfernt.⁴⁷

46 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 3

47 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 23

<p>107 Wieviele und welche niedergelassenen Therapeuten gibt es in Ihrem Zuständigkeitsbereich?</p>	<p>Anzahl</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ärzte für Neurologie/Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Zusatzqualifikation "Psychotherapie"</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Ärzte für Neurologie/Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und "Kinder- und Jugendpsychotherapie"</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Ärzte für Neurologie/Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Zusatzqualifikation "Psychoanalyse"</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Ärzte anderer Gebietsbezeichnungen mit der Zusatzqualifikation "Psychotherapie"</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Ärzte anderer Gebietsbezeichnungen und "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie"</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Ärzte anderer Gebietsbezeichnungen mit der Zusatzqualifikation "Psychoanalyse"</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Nichtärzte mit der Zusatzqualifikation "Psychotherapie"</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Nichtärzte mit der Zusatzqualifikation "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie"</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Nichtärzte mit der Zusatzqualifikation "Psychoanalyse"</p>
--	--

Forschungsinteresse

Frage 107 erfaßt die Anzahl der niedergelassenen Therapeuten in den jeweiligen Einzugsbereichen der befragten Kommunen. Differenzierungen in 9 Kategorien nach Primärqualifikationen und nach Art der therapeutischen Zusatzausbildungen sind dabei in der Fragestellung vorgegeben. Auf diese Weise wird analog zu Frage 106 die Absicht verfolgt, regionale Vergleichsdaten zu erhalten. Hierbei soll eine Maßzahl von 1 : 82. 000 zugrundegelegt werden, jener Wert, den die Psychiatrie-Enquête für den Zeitpunkt 1973/74 als durchschnittliche Maßzahl niedergelassener Therapeuten für das Land Niedersachsen ermittelte.⁴⁸ Es wird angenommen, daß die erbetenen Daten bei den Kommunen nur schwer zu erhalten sind, zumal sich diese nicht zur statistischen Erfassung verpflichtet haben. Möglicherweise könnte die Kassenärztliche Vereinigung exaktere Auskünfte geben. Eine zuverlässige Fundstelle über die Anzahl niedergelassener Psychologen in Niedersachsen mit therapeutischen Zusatzqualifikationen ist nicht bekannt, ein Mangel, der seit 1975 nicht abgestellt wurde.⁴⁹

48 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 144, dortige Tabelle 7: die exakte Relation lautet 1 : 81.987.

49 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 139, Ziffer 2. 3. 1

Bewertungsparameter

Bei dieser Frage handelt es sich um quantitative Datenerfassungen. Es sollen Aussagen darüber formuliert werden, welche Kommunen günstige bzw. ungünstige therapeutische Versorgungsdichten aufzuweisen haben. Der zugrundegelegte Maßstab von 1 : 82.000 (1 niedergelassener Therapeut auf 82.000 Einwohner) soll Aufschluß darüber geben, ob bzw. in welchem Umfang im Laufe der vergangenen 15 Jahre die von der Psychiatrie-Enquête bemängelte⁵⁰ niedersächsische Versorgungsdichte verbessert wurde.

Datenanalyse

Die Ergebnisse der eigenen Befragung erbrachten keine ausreichenden und validen Angaben. Nur 15,2 % der möglichen Antworten aus den 22 ausgewerteten Fragebögen waren verfügbar. Daher wurden wiederum die Ärzteverzeichnisse der 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung herangezogen.⁵¹

Danach waren zum Befragungszeitraum insgesamt 204 ärztliche oder nichtärztliche Therapeuten mit dem Zusatztitel "Psychotherapie" oder "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" oder "Psychoanalyse" tätig. Die Maßzahl für Gesamtniedersachsen errechnet sich mit **1 : 35.311**. Dies bedeutet gegenüber 1975 (Psychiatrie-Enquête) eine Verbesserung in der Versorgungsdichte durch psychotherapeutische Praxen um etwa 230 %.

Von den niedergelassenen Therapeuten sind 97 % (197) ärztliche Therapeuten, hiervon wiederum 91 % Ärzte für Neurologie/Psychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Zusatzqualifikationen verteilen sich auf die Bezeichnungen "Psychotherapie" (77 % der ärztlichen Therapeuten), "Kinder- und Jugendpsychotherapie" (2 %) und "Psychoanalyse" (21 %). Bei den 7 nichtärztlichen Therapeuten lauten die Bezeichnungen "Psychotherapie" (29 %/2), "Kinder- und Jugendpsychotherapie" (71 %/5). "Psychoanalyse" tauchte als Bezeichnung nicht auf.⁵²

In Übereinstimmung mit den Daten bei den niedergelassenen Nervenärzten (Frage 106) ergeben sich die regionalen Verteilungen. Da hierfür wiederum die Daten der schon ausführlich dargestellten Praxen niedergelassener Nervenärzte herangezogen werden mußten (197 von 204 Therapeuten sind Ärzte/179 von 197 sind niedergelassene Nervenärzte), sind sehr weit abweichende Daten auch nicht zu erwarten. Dennoch ergeben sich im Detail Verschiebungen, die sich auf der Ebene der Regierungsbezirke deutlicher aufzeigen lassen als bei der nervenärztlichen Versorgungsdichte:

Regierungsbezirk	Braunschweig:	1 Therapeut auf	28.041 Einwohner;
Regierungsbezirk	Weser-Ems: . .	1 Therapeut auf	29.456 Einwohner;
Regierungsbezirk	Hannover: . . .	1 Therapeut auf	35.387 Einwohner;
Regierungsbezirk	Lüneburg:	1 Therapeut auf	73.362 Einwohner.

Die Varianz der Versorgungsdichte ist größer, der Landesdurchschnitt von 35.311 wird in einem dünner besiedelten Regierungsbezirk (Lüneburg) um mehr als das Doppelte unterschritten.

50 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 142, Ziffer 2.3.4.1

51 vgl. Anmerkung 40

52 Zu den Angaben in den Ärzteverzeichnissen: siehe Detailauswertungen im Anhang dieses Bandes, Seite 355 f

Ergebnis

Die Angaben zur psychotherapeutischen Versorgungsdichte sind aus anderen Quellen abgeleitet. In Niedersachsen ist die nervenärztliche Versorgungsdichte mit 1 : 32.893 deutlich, aber nicht gravierend besser als die psychotherapeutische mit 1 : 35.311 (7,4 % weniger Dichte im Landesdurchschnitt). Dennoch zeigen sich auf der Ebene der mittleren Verwaltungseinheiten (Regierungsbezirke) deutlichere Unterschiede, da sich die psychotherapeutisch orientierten Praxen noch stärker als die reinen ärztlichen Praxen in den städtischen Ballungsgebieten befinden und die ländlichen Bezirke deutlich unterversorgt sind. Hauptanbieter psychotherapeutischer Angebote sind Ärzte und unter diesen ganz überwiegend die niedergelassenen Nervenärzte. Nach der IES-ERHEBUNG 1992 weisen immerhin 38,1 % der im Jahre 1991 befragten 93 Nervenarztpraxen ihren Schwerpunkt in der (Antrags-)Psychotherapie aus.⁵³

53 Mit dem Begriff "(Antrags-)Psychotherapie" ist die Psychotherapie gemäß kassenärztlicher Vergütungsordnung gemeint. vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 24, dortige Tabelle 2

<p>108 Hat die Kommune anderen Stellen Aufgaben des Nds.PsychKG mittels öffentlich-rechtlichen Vertrag (§ 4 Nds.PsychKG) übertragen?</p> <p>Falls JA: Welche Aufgaben wurden an wen übertragen?</p> <p>Seit wann?</p>	<p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Forschungsinteresse

Mit der Frage 108 soll erfaßt werden, ob und in welchem Umfang Kommunen gesetzlich wahrzunehmende Aufgaben anderen Trägern, "Einrichtungen oder Personen", soweit diese "bereit und in der Lage sind"⁵⁴ überlassen haben. Das Nds.PsychKG 1978 sieht ein Überlassen von Aufgaben ausschließlich aus dem zweiten Teil des Gesetzes vor. Hierbei handelt es sich um den Bereich der "Hilfen".⁵⁵ Feststellungskriterium für den Sachverhalt einer ausdrücklichen Delegation ist der Abschluß von öffentlich-rechtlichen Verträgen zwischen den Kommunen und den betreffenden "Einrichtungen oder Personen". Hieraus resultiert für die aufgabenwahrnehmenden Stellen die grundsätzliche, vertragsrechtliche Verpflichtung zur spezifischen Aufgabenerfüllung. Darüber wiederum haben die Kommunen zu wachen, weil sie für die "Wahrnehmung der Aufgaben im übrigen verantwortlich" bleiben.⁵⁶ Es soll erörtert werden, welche fachspezifischen Teilaufgaben delegiert wurden. Die Zusatzfragen, "an wen?" bestimmte Aufgaben überlassen wurden und "seit wann?" dies geschah, soll - sofern dies erkennbar wird - in der praktischen Anwendung gebräuchliche Verfahren verdeutlichen. Zugleich soll herausgefunden werden, ob einzelne Regelungen schon vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 bestanden bzw. in welchem Zeitraum diese Vereinbarungen zustande kamen.

Bewertungsparameter

Unter der Maßgabe, daß die Sicherstellung von sozialpsychiatrischen Dienstleistungen grundsätzlich durch die Kommune oder andere Träger gleichwertig geleistet werden kann,⁵⁷ werden hier nicht qualitative, sondern quantitative Daten analysiert.

54 vgl. § 4 Absatz 3 Nds.PsychKG 1978

55 vgl. § 4 Abs. 3 i. V. m. § 4 Absatz 2 Nds.PsychKG 1978; s. hierzu auch die §§ 3-5 Nds.PsychKG 1978 (Teil 2 des Gesetzes)

56 vgl. § 4 Absatz 3 Nds.PsychKG 1978

57 Zur Frage der Auswirkungen von Organisationsform und Trägerschaft auf die Qualität der Arbeit: siehe Band I der Arbeit.

Datenanalyse

Nach den Angaben in der Erhebung haben 8 von 22 Diensten (36,4 %) von der Möglichkeit der Delegation Gebrauch gemacht. Die Inhalte der Delegationsvereinbarungen bezogen sich allerdings ausschließlich auf Hilfen im Suchtbereich. In sechs Fällen wurden Einrichtungen des Diakonisches Werkes mit Aufgaben betraut, in zwei Fällen andere Träger (frei-gemeinnützige Vereine).

Alle Delegationen fanden in eher ländlichen Regionen statt. Die Datenbasis ist allerdings zu gering, um hieraus einen Trend zu identifizieren. Alle Verträge datieren aus der Zeit nach dem Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978, mehrheitlich sind die beauftragten Einrichtungen im Jahre ihrer Entstehung auch durch die Kommunen beauftragt worden. In zwei Fällen sind die Einrichtungen schon länger existent gewesen, bevor sie ihren Delegationsauftrag erhielten. Es kann vermutet werden, daß die Träger Einrichtungen in enger Kooperation mit der Kommune "maßgeschneidert" aufgebaut haben, um für entsprechende Delegationsaufgaben nach dem Nds.PsychKG 1978 qualifiziert zu sein.

Ergebnis

Die Delegationsmöglichkeiten des Nds.PsychKG 1978 bei Hilfen gemäß des zweiten Teils des Gesetzes werden von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. den Kommunen genutzt. Man kann annehmen, daß sich die Quote von etwa einem Drittel der Kommunen mit Delegationsregeln bei höheren Antwortzahlen bestätigen wird. Andere Quellen geben leider keine zusätzlichen Informationen. Traditionell werden Aufgaben aus dem Suchtbereich übertragen, da dieser Bereich schon immer stark von konfessionellen und freigemeinnützigen Trägern besetzt war.

109 Wie hoch ist die finanzielle Unterstützung der Einrichtung durch die Kommune, gemessen an den gesamten Aufwendungen der beauftragenden Stelle?	ca.Prozent
---	-----------------

Zu Frage 109 war die Datenbasis nicht ausreichend, es wird daher auf eine Darstellung verzichtet.

<p>110 Nehmen andere Stellen ohne öffentlich-rechtlichen Vertrag Aufgaben des Nds.PsychKG, insbesondere im Drogen- und Suchtbereich wahr?</p> <p>Falls JA: Wer nimmt seit wann welche Aufgaben wahr?</p>	<p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p>
--	---

Forschungsinteresse

Frage 110 soll - vergleichbar mit Frage 108 - Aufschluß darüber geben, inwieweit neben der kommunalen Gebietskörperschaft andere Träger tatsächlich Aufgaben nach dem Nds.PsychKG 1978 erfüllen, ohne daß hierüber ein öffentlich-rechtlicher Vertrag mit der zuständigen Kommune geschlossen worden ist. Häufig sind derartige Situationen bei solchen Trägern zu vermuten, deren Refinanzierung aus verschiedenen Quellen erfolgt. Nicht selten dürfte die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft mit finanziellen Mitteln beteiligt sein. Die Bewilligung kommunaler Geldmittel erfolgt jährlich im Rahmen von Haushaltsentscheidungen nach der Niedersächsischen Gemeindeordnung.⁵⁸ Von der Art der Mittel her handelt es sich dabei um freiwillige Leistungen der Kommune, auf deren Gewährung der Einrichtungsträger in der Regel keinen Rechtsanspruch (mittelbar oder unmittelbar) erlangen kann.⁵⁹ Mit der Fragestellung soll erörtert werden, "welche Aufgaben" nach dem Nds.PsychKG 1978 von bestimmten Trägern wahrgenommen werden, und "wer" "seit wann?" bestimmte Aufgaben wahrnimmt. Auf diese Weise sollen in der Praxis gängige Verfahren erkannt werden. Darüber hinaus soll festgestellt werden, ob die Situation bereits vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 bestand bzw. welcher Zeitraum nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 benötigt wurde, um derartige Regelungen herbeizuführen. Auf die Angaben zu den Fragen 104, 105 und 108 ist zu achten.

Bewertungsparameter

Frage 110 beinhaltet ausschließlich die Erfassung quantitativer Merkmale. Eine qualitative Einordnung der in der Praxis zutreffenden Regelungen ist nicht möglich.

58 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982, Sechster Teil, §§ 82 ff

59 vgl. §§ 84 ff NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982;
 vgl. §§ 65 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982;
 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1973 A, Seite 686 f, Seite 710

Datenanalyse

Die Auswertung hat ergeben, daß in 16 von 22 befragten Kommunen Aufgaben des Nds.PsychKG 1978 durch Dritte wahrgenommen werden, ohne daß hierzu ein öffentlich-rechtlicher Vertrag abgeschlossen worden ist. Von den dabei genannten 35 Einrichtungen sind 32 mit Hilfestellungen und Angeboten im Sucht- und Drogenbereich (legale und illegale Drogen) befaßt. Neben diesen 91 % in diesem Bereich tätigen Einrichtungen befassen sich weitere 3 Einrichtungen mit den Aufgaben Gesprächstherapie, Suizidprophylaxe und Lebensberatung. Die genannten Einrichtungen gehören zu 28,6 % (10) dem Diakonischen Werk an, zu 14,3 % (5) dem Caritasverband, zu 8,6 % (3) dem Kreuzbund/Blaukreuz. 2 Angebote wurden von den Anonymen Alkoholikern (5,7 %) getragen, 15 Angebote von Elterninitiativen und freien Trägern bereitgestellt (42,8 %).

In den erhaltenen Daten waren mehrfach Inkonsistenzen enthalten. So wurden bei vorangegangenen Fragen Institutionen nicht genannt, die nun als Angebote in der Wahrnehmung des Nds.PsychKG 1978 benannt werden. Die Auffälligkeiten sind in 8 Fällen so klar, daß an der Validität der Beantwortung insgesamt deutliche Zweifel auftauchen. Drei der benannten Einrichtungen waren schon seit 1970 bis 1977 in der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben eingebunden. Die restlichen 32 Einrichtungen haben im Zeitraum von 1978 bis 1986 (mit einem Schwerpunkt im Jahre 1982) ihre Angebote im Kontext des Nds.PsychKG 1978 eingerichtet und werden durch die jeweilige Kommune finanziell unterstützt. Der weitaus überwiegende Teil der Einrichtungen entstand nach 1978 (79 %).

Ergebnis

Die Kommunen, die sich an der Befragung beteiligt haben, haben zu beinahe Dreivierteln (72 %) Aufgaben des Nds.PsychKG 1978 an Träger delegiert, ohne daß dies durch öffentlich-rechtlichen Vertrag geregelt ist. Dabei hat sich die Einbindung freigemeinnütziger Träger oder konfessioneller Verbände seit dem Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 deutlich gesteigert. Der Schwerpunkt der Arbeit dieser Träger liegt in der Drogen- und Suchtarbeit, ebenso wie bei den Angeboten im Rahmen öffentlich-rechtlicher Delegationsverfahren ganz offensichtlich ein Arbeitsbereich, der traditionell von diesen Trägern wahrgenommen wird.

<p>111 Wie hoch ist die finanzielle Unterstützung der Einrichtungen durch die Kommune, gemessen an deren gesamten Aufwendungen?</p>	<p>a) ca.Prozent b) ca.Prozent c) ca.Prozent d) ca.Prozent e) ca.Prozent f) ca.Prozent g) ca.Prozent h) ca.Prozent</p>
---	--

Zu Frage 111 war die Datenbasis nicht ausreichend, es wird daher auf eine Darstellung verzichtet.

201 Wie ist die Eigenständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes geregelt?	Zuständigkeit: eigene externe	
	Aktenführung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Aktenaufbewahrung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Karteiführung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Karteiaufbewahrung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schreibdienst	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Posteingang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Postausgang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Eingehende Telefonate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ausgehende Telefonate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Forschungsinteresse

Frage 201, die im Kontext zu den Fragen 202 (Akteneinsicht), 213 bis 215 (Dienstfahrten, Reisegenehmigung, Verwaltungsarbeit) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) betrachtet werden soll, dient der Klärung, in welchem Maße fachliche Arbeitsabläufe in Sozialpsychiatrischen Diensten formalbürokratischen Gesetzmäßigkeiten des Trägers unterliegen. Es soll - gemessen an zehn in der Fragestellung vorgegebenen, typischen Arbeitsschritten - ermittelt werden, über welchen Grad der Eigenständigkeit die Dienste verfügen.

Bewertungsparameter

In der Auswertung wird davon ausgegangen, daß die Dienste bei deutlicher oder vollständiger Bejahung der Detailfragen formal und faktisch als integrierter Bestandteil der öffentlichen Verwaltung betrachtet werden können. Antwortmarkierungen in der linken Spalte (eigene Zuständigkeit) lassen dabei auf höhere Eigenständigkeit eines Sozialpsychiatrischen Dienstes im vorbeschriebenen Sinne schließen. Sie dokumentieren gleichzeitig das Vorhandensein relativer Freiräume für Bedienstete, innerhalb derer eine klientengerechte, sozialpsychiatrische Arbeit mit einem wahrscheinlich geringeren Maß an Reibungsverlusten geleistet werden kann. Bei einer Verlagerung der Antworten auf die rechte Antwortspalte (externe Zuständigkeit) liegt der Schluß näher, daß ein Dienst - und damit die Bediensteten und die von ihnen betreuten Klienten - einem hohen Maß administrativer Kontrolle ausgesetzt sind und daß die bürokratischen Anforderungen an ambulantes sozialpsychiatrisches Handeln zur Belastung eines eher in Richtung sozialpädagogisch oder psychotherapeutisch ausgerichteten Verständnisses des Dienstes ausgerichtet sind.

Die Auswertung der Befragungsergebnisse soll in drei Phasen erfolgen: Zunächst soll festgestellt werden, ob die Dienste in der Gesamttendenz als eigenständig oder wesentlich von der Administration abhängig einzustufen sind. Dann sollen Aussagen darüber formuliert werden, welche Arbeitsanteile tendenziell eher in Eigenständigkeit erfolgen bzw. in externer Zuständigkeit stehen. Schließlich sollen anhand von vergleichenden Betrachtungen

die Dienste mit höheren Eigenständigkeitsgraden gegenüber denen mit niedriger Eigenständigkeit auf besondere Merkmale hin untersucht werden.

Datenanalyse

Die Aussagen zur verwaltungsorganisatorischen Eigenständigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste basieren auf Datenerhebungen von zehn Regelungsabläufen. Folgende Ergebnisse hat die Befragung von 22 Sozialpsychiatrischen Diensten erbracht: Etwas mehr als 2/3 (68,9 %) der Regelungsabläufe wurde von den befragten Diensten (n=22) dem Bereich der eigenen Zuständigkeit zugeordnet, während knapp unter 1/3 (31,1 %) dem Bereich externer Zuständigkeit zuteil wurde. Eine rangdifferenzierende Betrachtung der erhobenen Daten auf der Basis der zehn Regelungsabläufe führt zu folgender Reihenfolge der Nennungen:

Rang 01:

Die Eigenständigkeit ist am deutlichsten in der Durchführung von **ausgehenden Telefon-Ortsgesprächen** ausgeprägt: Bei 95,5 % der Dienste (21 von 22) kann dies ohne Voranmeldung über eine Telefonzentrale erfolgen; nur für die Bediensteten des Landkreises Hildesheim existiert diese Möglichkeit nicht.

Rang 02:

An zweiter Stelle rangiert mit 86,4 % (19 von 22 Diensten) die **eigenständige Aktenführung**. Ausnahmen bilden die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim und Emsland, wo die Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes als integrierte Bestandteile aller Gesundheitsamtsakten geführt werden.⁶⁰ Der Dienst des Landkreises Lüchow-Dannenberg betreibt sowohl eigene als auch externe Aktenführung.

Rang 03:

Die **Verwahrung der Akten** der Sozialpsychiatrischen Dienste erfolgt zu 81,8 % (18 von 22) in den eigenen Diensträumen. Damit hat die Aktenverwahrung den dritten Rang als Indikator für Eigenständigkeit. Die Mitarbeiter von vier Diensten (18,2 %) sind jedoch gehalten, ihre Betreuungsakten an einem zentralen Ort mit anderen Akten des Gesundheitsamtes zu lagern. Diese Regelung existiert in den Diensten der Landkreise Grafschaft Bentheim, Lüchow-Dannenberg, Osterode und Emsland. Bezüglich dieser Regelung bestehen erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken.⁶¹

Rang 04:

Etwas mehr als 2/3 (68,2 %) der befragten 22 Dienste (15 von 22) verfügen über einen **eigenen Schreibdienst**. Bei 7 Diensten (31,8 %) werden Schriftstücke extern durch den Schreibdienst des jeweiligen Gesundheitsamtes oder durch zentrale Dienste der jeweiligen Kommunen gefertigt. Diese Regelung stößt in datenschutzrechtlicher Hinsicht ebenfalls auf Bedenken.⁶²

Rang 05:

14 von 22 befragten Diensten, das sind 63,6 %, verfügen über **Fernsprecheinrichtungen mit eigenen Durchwahlnummern** bzw. über separate Fernsprechanchlüsse. Dies gewährleistet direkte Anwahlmöglichkeiten (Telefoneingänge) aus dem öffentlichen Fernsprechnet. Dieser Regelungsablauf rangiert damit an 5. Position. Bei rund 1/3 der Dienste (31,8 %) sind die Mitarbeiter nur indirekt fernmündlich erreichbar, d.h.: Anrufe für die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes landen stets in den Fernsprechzentralen der Verwaltungen und müssen von dort weitervermittelt werden. Die Fernsprechapparate der Bediensteten verfügen über keine vom öffentlichen Fernsprechnet erreichbaren Durchwahlnummern. Ein Dienst ist telefonisch teilweise direkt, teilweise nur über die Fernsprechzentrale erreichbar.

60 zum Aspekt der rechtskonformen Aktenführung und -kontrolle: s. Frage 202 (Forschungsinteresse)

61 vgl. ebenda

62 vgl. ebenda

Rang 06:

Die Telefonapparate der Mitarbeiter in 14 von 22 befragten Sozialpsychiatrischen Diensten, das sind 63,6 %, verfügen über eine **Fernamtsberechtigung** für ausgehende Ferngespräche. Dies bedeutet, daß von jedem Fernsprechapparat im Sozialpsychiatrischen Dienst Ferngespräche geführt werden können, ohne daß diese vorher der Anmeldung und Vermittlung durch die Fernsprechzentrale der Verwaltungen bedürfen. Dieser Regelungsablauf rangiert bezüglich der Eigenständigkeit der Dienste an 6. Stelle. Acht von 22 Diensten, das sind 36,4 %, können Ferngespräche nur dann führen, wenn sie diese bei den Telefonzentralen der Verwaltungen angemeldet haben und diese von dort vermittelt werden. Über keine Fernamtsberechtigung verfügen acht Dienste: Landkreise Graftschaft Bentheim, Osterholz, Verden, Lüchow-Dannenberg, Hildesheim, Osterode; Städte Salzgitter und Braunschweig.

Rang 07:

Das Führen und **Verwahren einer Klientenkartei** erfolgt etwa bei 1/3 der befragten 22 Dienste (7 bzw. 8 Doppelnennungen) in zweifacher Weise: In 9 Diensten existieren Zentralkarteien in den Gesundheitsämtern, die auch Karteikarten über die von den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Klienten enthalten.⁶³ Von diesen 9 Diensten führen 7 Dienste gleichzeitig eine eigene Kartei. Insgesamt existieren eigene Karteien bei 90,9 % (20 von 22) und externe Karteien bei 40,9 % der Dienste (9 von 22). Bei 13 von 22 Diensten (59,1 %) gibt es nur eine eigene Kartei, während bei 2 von 22 Diensten nur eine Zentralkartei des Gesundheitsamtes existiert. Karteiverwahrung und Karteiführung rangieren in der Wertigkeit der Regelungsabläufe an 7. bzw. 9. Position.

Rang 08:

13 von 22 Diensten (59,1 %) regeln ihren **Postversand** (Ausgang) selbständig. Darunter ist zu verstehen, daß Schreiben innerhalb des Dienstes versandfertig kuvertiert und verschlossen werden, bevor diese zur zentralen Poststelle bzw. direkt zur Post gebracht werden. Bei 6 von 22 Diensten (27,3 %) werden die ausgehenden Schreiben offen, in nicht verschlossenen Briefumschlägen, innerhalb der Verwaltungen weitergeleitet. Nicht selten wird diese Regelung von Dienst- oder Fachvorgesetzten zu Kontrollzwecken genutzt, aber auch andere Bedienstete der Behörde könnten auf diese Weise Kenntnis vom Inhalt der Schriftstücke erlangen, was wiederum an die Grenzen datenschutzrechtlicher Bestimmungen stößt. Dies betrifft die Dienste der Landkreise Aurich, Gifhorn, Helmstedt, Rotenburg sowie der Städte Osnabrück und Braunschweig. Bei drei von 22 Diensten (Landkreise Lüchow-Dannenberg, Hildesheim; Stadt Salzgitter), das sind 13,6 %, werden beide vorbeschriebene Verfahren praktiziert.

Rang 09:

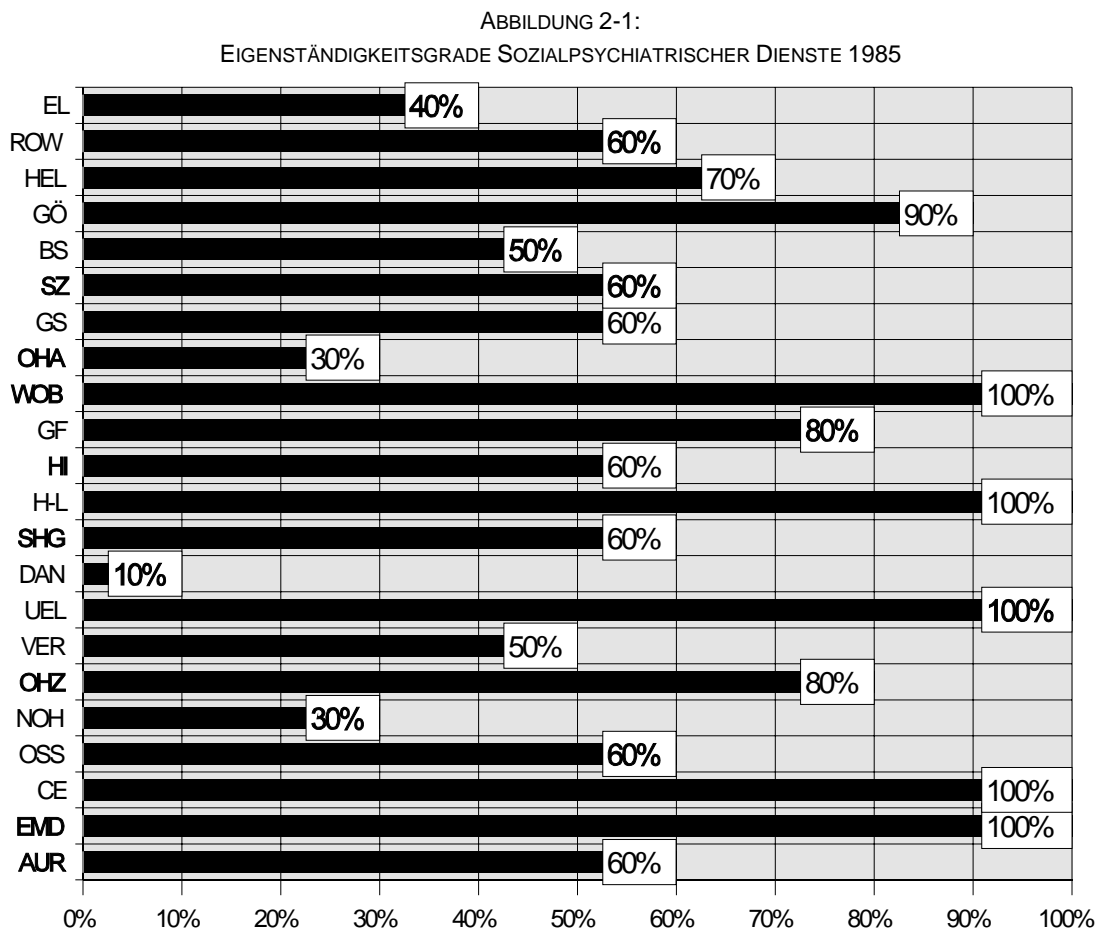
Das Verwahren und **Führen und einer Klientenkartei** rangieren in der Wertigkeit der Regelungsabläufe an 7. bzw. 9. Position (s. hierzu die Ausführungen unter "Rang 07").

Rang 10:

Der Verwaltungsablauf, der am deutlichsten Einschränkungen hinsichtlich der Eigenständigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste beinhaltet, ist der **Posteingang** und seine Handhabung. Nicht einmal 1/3 der befragten 22 Dienste (27,3 %) erhalten die an sie gerichtete Post direkt und ungeöffnet. 68,2 % der an die Sozialpsychiatrischen Dienste gerichteten Schriftstücke werden in zentralen Poststellen der Behörden empfangen, dort geöffnet und mit Eingangsstempeln versehen. Anschließend erhalten sie auf ihren verwaltungsinternen "Dienst"-Wegen, mitunter durch mehrere Abteilungen, Sichtvermerke von unterschiedlichen Behördenbediensteten, bis sie schließlich ihre Adressaten erreichen. Positive Ausnahmen von dieser Regelung bilden die Dienste der Landkreise Celle, Osterholz, Uelzen, Hannover sowie der Städte Emden und Wolfsburg. Beim Landkreis Hildesheim gibt es neben einem eigenständigen Posteingang auch externe Postzugänge, die jedoch stets in verschlossenem Umschlag an den Dienst gelangen.

63 Der Gehalt dieser Klientenkarteien ist unterschiedlich; manche Karteien enthalten zu den jeweiligen personenbezogenen allgemeinen Daten nur noch den Hinweis auf das Vorhandensein einer Betreuungsakte beim Sozialpsychiatrische Dienst, andere liefern Stichwortweise auf Erstkontakt, psychiatrische Diagnose, stationäre Aufenthalte sowie sonstige (nicht psychiatrische) Untersuchungsergebnisse des Gesundheitsamtes.

Die folgende Abbildung stellt die zehn Regelungsabläufe in der Gewichtung der vorstehenden Ergebnisse einander gegenüber. Dabei gilt, daß ein Dienst, der in allen 10 Dimensionen eigenständig agieren kann, mit 100 Prozentpunkten eingestuft wird, ein Dienst, der in 6 Dimensionen eigenständig handeln kann, erhält 60 Prozentpunkte, und so fort:



Quelle: eigene Erhebungen

Demnach können 5 von 22 Diensten (23 %) als sehr eigenständig in der Verwaltungshandhabung bezeichnet werden, weitere 13 der Dienste (59 %) können in mehr als oder der Hälfte der erfragten Dimensionen eigenständig handeln, 4 Dienste (18 %) verfügen in einer bis vier Dimensionen über eigenständige Handlungsmöglichkeiten.

Ergebnis

Die bürokratische Eigenständigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste ist, allein betrachtet, ein marginaler Faktor der Beurteilung. Dennoch läßt sich feststellen, daß die Analyse dieser Dimensionen durchaus fruchtbar ist. Die Anzahl der vollständig eigenständig handelnden Dienste (bezogen auf die erfragten Dimensionen) ist mit etwa einem Viertel gering, stellt man das Bild eines sozialpsychiatrisch handelnden, multiprofessionellen Teams mit den Erfordernissen in Rechnung, die sich aus der Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der gemeindeorientierten Versorgung ergeben.⁶⁴

<p>202 Wer hat innerhalb des öffentlichen Trägers der Einrichtung die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Betreuungsakten des Dienstes?</p>	<p>Amtsarzt als Leiter <input type="checkbox"/></p> <p>Amtsarzt als Privatgutachter <input type="checkbox"/></p> <p>nur Betreuer <input type="checkbox"/></p> <p>gesamte Verwaltung <input type="checkbox"/></p> <p>Ordnungsamt <input type="checkbox"/></p> <p>Straßenverkehrsamt <input type="checkbox"/></p> <p>Rechnungsprüfungsamt <input type="checkbox"/></p> <p>gesamte Gesundheitsamt <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>
<p>203 Wer hat innerhalb des nicht-öffentlichen Trägers der Einrichtung die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Betreuungsakten des Dienstes?</p>	<p>Sämtliche Mitarbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>Sachbearbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>Wirtschaftsleiter <input type="checkbox"/></p> <p>Einrichtungsleiter <input type="checkbox"/></p>
	<p>Nur Betreuungsgruppen: <input type="checkbox"/></p> <p>- Arzt <input type="checkbox"/></p> <p>- Psychologe <input type="checkbox"/></p> <p>- Sozialarbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>

Forschungsinteresse

Während Frage 202 an die öffentlichen Träger Sozialpsychiatrischer Dienste gerichtet ist, gilt Frage 203 den nichtöffentlichen Trägern. Es soll im Kontext der Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 213 bis 215 (Dienstfahrten; Reisegenehmigungen und Verwaltungsarbeit) sowie der Frage 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) dokumentiert werden, welchen Raum verwaltungsbürokratische Kontrollfunktionen einnehmen und wie es um die Eigenständigkeit der Dienste bestellt ist. Eine Differenzierung nach der Trägerschaft der Dienste erfolgte, um vergleichende Betrachtungen beider Gruppen zu ermöglichen. Die Fragestellungen sind bezüglich der vorgegebenen Personengruppen divergierend, jedoch wegen der Unterschiedlichkeit der Institutionen naturgemäß.

Bei diesem Ansatz soll die Möglichkeit innerbehördlicher bzw. innerbetrieblicher Akteneinsichtnahme als ein Indikator dienen. Geht es dabei um die Einsichtnahme durch andere Personen als jene, die die Aufzeichnungen selbst gefertigt haben, so wird dadurch regelmäßig jene Problematik berührt (Geheimniswahrung, Schweigepflicht, Datenschutz, Amtsverschwiegenheit), die mit einer großen Bandbreite unterschiedlicher Rechtspositionen zu diskutieren ist.⁶⁵ Die Unterschiedlichkeit in den Auffassungen ist durch diverse Faktoren geprägt, u.a. durch berufspolitische Grundverständnisse und dadurch, welche Funktionen "die Akte" in einem bürokratischen Arbeitszusammenhang sowie vom Standpunkt jener Instanzen hat, die diesen zu gestalten und zu sichern haben.⁶⁶ Auch bei nichtöffentlichen Trägern sind solche Verwaltungsstrukturen denkbar, die denen öffentlicher Träger ähneln und deshalb analoge Regelungen zur Wahrung datenschutz- und schweigepflichtsrechtlicher Gesetzesbestimmungen erfordern. Dies wird unmittelbar verständlich, wenn als Ausgangslage für die Überlassung von Aufgaben nach § 4 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978 einer der sechs in der Bundesrepublik existierenden Wohlfahrtsverbände gezielt angesprochen wird. Aber auch bei kleineren Einrichtungen, die für die Überlassung von Aufgaben nach dem Nds.PsychKG 1978 in Frage kommen⁶⁷ und beispielsweise den Bestimmungen des Vereinsrechtes nach den §§ 21 ff BGB unterliegen, kann eine Aufweichung substantieller Rechtspositionen nicht ausgeschlossen werden.

Im wesentlichen existieren zwei unterschiedliche theoretische Grundauffassungen:

- a) Akten sind "soziale Mechanismen", die "administratives Handeln und Entscheiden vereinfachen, absichern oder vielleicht überhaupt erst möglich machen. Akten sind gleichsam Abbildungen von Wirklichkeit im Hinblick auf das, was daran administrativ relevant ist. Sie gelten als normierte Chiffren für Realität: Als solche kann man sie weiterleiten, ohne Mißverständnisse befürchten zu müssen. ... Die in der Aktenmäßigkeit implizierte Quantifizierung und Vereinheitlichung kann (Aktenzahl, Tätigkeitsnachweis) zu Rationalisierungszwecken genutzt werden, d.h. insbesondere auch, daß über die Aktenzahl eine partielle Vergleichbarkeit der Arbeit ... im Amt ermöglicht wird und organisatorische Maßnahmen für eine 'gerechtere' Arbeitsverteilung zwischen den Beschäftigten oder eine 'rationellere' Gestaltung geplant werden können."⁶⁸
- b) Akten sind wesentliche Elemente der Handlungen von sozialpsychiatrisch, sozialpädagogisch, psychologisch oder psychotherapeutisch Tätigen. Die Aktenproduktion findet - anders als dies bei der klassischen Verwaltungsakte der Fall ist - in einem ganz anderen Relevanzkontext statt, etwa in der Klient-Therapeut-Beziehung oder durch Dokumentation der Lebensumstände der Klienten. Deshalb kann es durchaus "good organizational reasons for bad clinical records"⁶⁹ geben, d.h. Erfordernisse einer reibungslosen Abwicklung der Arbeit können auch auf den ersten Blick mangelhafte Berichte durchaus angemessen erscheinen lassen. Akten sind nicht als solche, sondern hinsichtlich der mit ihnen zu erreichenden Wirkung zu diskutieren. Sie werden insbesondere dann problematisch, wenn man ihre Entstehungsbedingungen und den Herstellungscharakter vergißt.⁷⁰

Die zuerst beschriebene Definition dürfte in der Praxis im wesentlichen der offiziellen Haltung der Behörden entsprechen, während die letztbeschriebene Version eher Anklang bei sozialpsychiatrisch, sozialpädagogisch, psychologisch oder psychotherapeutisch abhängig Beschäftigten findet. Eine Überbrückung der Diskrepanz

65 vgl. grundlegend: LAU/WOLFF 1981: Bündnis wider Willen - Sozialarbeiter und ihre Akten in: NEUE PRAXIS 1981, Seite 199 ff

66 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 199

67 Lt. § 4 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 2 Satz 2 Nds.PsychKG 1978 können Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereine und Personen in Frage kommen.

68 LAU/WOLFF 1981, Seite 202

69 vgl. Garfinkel, H: Good organizational reasons for "bad" clinical records in: Jones, H (ed.): Studies in Ethnomethodology, 1967, Englewood Cliffs, page 186-208; zitiert nach: LAU/WOLFF 1981, a.a.O. Seite 210

70 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 210

zwischen beiden Auffassungen erfolgt im eigentlichen Sinne nicht. Die der Behörde (und zum Teil auch anderen Trägern) eigene Definition von Akte und Aktenführung wird in der Praxis grundsätzlich nicht in Frage gestellt. "Reflexive Überlegungen der Art, welche Funktionen Akten haben, welche Probleme sie im Umgang von Behörden und Publikum lösen oder ob es sinnvoll und möglich sei, auf Akten zu verzichten, fehlen in allen einschlägigen Veröffentlichungen zum Verwaltungsrecht."⁷¹ Für die Bürokratie ist die Akte "nichts besonderes", sie "gehört .. zu den selbstverständlichen Voraussetzungen ihres Funktionierens, ebenso wie die gesetzlich geregelten Kompetenzen, die Amtshierarchie oder die Fachschulung der Beamten."⁷²

So gesehen, wundert es nicht, wenn im "normalen" Behördenbetrieb im Zweifelsfalle der bürokratischen Version die größere Bedeutung zukommt. Deutlich wird dies bei einer gerichtlichen Feststellung der Rechtmäßigkeit eines Klientenantrages oder wenn es darum geht, die Ordnungsgemäßheit mitarbeiterischen Handelns zu überprüfen.⁷³ Fachspezifischer Professionalismus allein genügt den betreffenden Personalverwaltungen, Amtsleitern und Gremien, die sozialpsychiatrische Arbeit politisch und verwaltungsmäßig kontrollieren, als Leistungsnachweis in der Regel nicht.⁷⁴

Deutlich wird dies auch bei der Vergegenwärtigung des allgemeinen Selbstverständnisses von Verwaltung, welches das Verhältnis jedes einzelnen Staatsbürgers zur Verwaltung als Rechtsverhältnis bestimmt. Aus der Sicht der Verwaltung hat der Bürger den Status eines Rechtssubjekts, daran ändern auch soziale Beziehungen in Form von Beratungen und Gesprächen nichts. Sie gelten als spezielle Formen von Verwaltungshandeln.⁷⁵

Dieses grundlegende Selbstverständnis offenbart sich ungebrochen auch bei nichtöffentlichen Trägern Sozialpsychiatrischer Dienste, die den öffentlichen Auftrag laut Nds.PsychKG 1978 stellvertretend für die staatlichen Stellen (hier Kommunen) übernommen haben.

Was nun die Einsichtnahme in die Akten des Sozialpsychiatrischen Dienstes anbelangt, so wird auch dort das bürokratische Selbstverständnis sichtbar: Der Rechtsauffassung der Verwaltung zufolge können auch die dortigen Unterlagen (Klientenakte, Betreuungsakten, ärztliche Gutachten) prinzipiell unbedenklich eingesehen werden, da sie ja "Abbildungen von Wirklichkeit" darstellen. Sie können, "ohne Mißverständnisse befürchten zu müssen", weitergeleitet werden.

Die zu dieser Haltung und Praxis kontrastierende Auffassung, die durch den eher kritisch eingestellten Personenkreis der direkt im Arbeitsfeld Tätigen artikuliert wird und sich zudem auf datenschutzrechtliche Regelungen bzw. Schweigepflichtsbestimmungen beruft, verpufft in der alltäglichen bürokratischen Praxis und verfügt nur über eine geringe Durchsetzungskraft. Dies ist auf zwei entscheidende Faktoren zurückzuführen:

- a) Die Rechtsprechung ist an dieser Stelle nicht eindeutig: Grundsätzlich geht die herrschende Rechtsauffassung davon aus, daß in einer Beratungs- oder Gesprächssituation die Offenbarung von Geheimnissen gegenüber einem Behördenangehörigen nicht diesem als Person gilt, sondern als Amtsträger und damit als Repräsentant der Behörde. Ausnahmen hiervon existieren; sie erfordern jedoch strenge Maßstäbe

71 LAU/WOLFF 1981, Seite 200

72 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 200

73 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 207

74 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 208

75 vgl. LAU/WOLFF 1981, Seite 200

und stellen im wesentlichen darauf ab, daß die entsprechende Person Inhaber einer besonderen Vertrauensstellung im Sinne des Absatzes 1 zu § 203 StGB ist und in einer dort ausdrücklich genannten, auf die Behörde nicht übertragbaren Eigenschaft, mit fremden Geheimnissen in Berührung kommt.⁷⁶

- b) Bezogen auf die Verwaltungshierarchie befinden sich abhängig Beschäftigte, z.B. im Sozialpsychiatrischen Dienst, in der schwächeren Position. Sie verfügen nur über relativ schwache Mittel, um gegenüber der Auffassung der Behörde/des Einrichtungsträgers ihre abweichende Rechtsauffassung wirkungsvoll durchzusetzen. Die Anwendung des Mittels der Remonstration gemäß § 38 Abs. 2 und 3 BRRG bzw. entsprechender Regelungen gemäß BAT oder anderer Tarifverträge wird erfahrungsgemäß nicht von jedem Angestellten oder Beamten oder einer nennenswert großen Anzahl der Bediensteten wahrgenommen.

Was sich in der Praxis angesichts dieser Konstellationen und Erfahrungen an reaktiven Aktenanlegungs- und Aktenführungsmodalitäten herausgebildet hat, soll und kann an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden.⁷⁷ In jedem Falle jedoch macht dieser Umstand eine Beurteilung in Form einer vergleichenden Betrachtung unterschiedlicher Sozialpsychiatrischer Dienste hinsichtlich ihrer "Akteneinsichtspraxis" schwierig. Die Fragestellung selbst versucht hier Klarheit zu schaffen, indem sie als nähere Bestimmung den Begriff "Betreuungsakte" aufweist. Damit steht fest, daß es sich um Einsichtnahme in jene aktenförmigen Aufzeichnungen handelt, die personenbezogene Daten, ärztliche Diagnosen, Therapiepläne etc. beinhalten. Darüber hinaus stellen sie nicht selten eine Offenlegung der vertrauensvollen Klient-Betreuer-Beziehung dar und enthalten zumindest anteilige (und damit unvollständige, d.h. mißverständlich und frei interpretierbare) Inhalte aus Beratungsgesprächen.

76 In § 203 Abs. 1 und 2 StGB wird ausdrücklich eine Bezeichnung der Berufsgruppen vorgenommen, die insbesondere der Schweigepflicht unterliegen: a) Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatliche Ausbildung erfordert; b) Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung; c) Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigte oder Organe oder Mitglieder eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft; d) Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist; e) Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB; f) staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder staatlich anerkannte Sozialpädagogen; g) Angehörige eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle; h) Amtsträger; i) für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichtete; j) Personen, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnehmen; k) Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates; l) öffentlich bestellte Sachverständige, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Obliegenheiten aufgrund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden sind oder m) berufsmäßig tätige Gehilfen, der in § 203 Abs. 1 Satz 1 Genannten und Personen, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.

In diesem Zusammenhang wird auf folgende weiterführende Literatur verwiesen: HOLLMANN 1983: Schweigepflicht und Datenschutz im Gesundheitsamt, in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1983, Seite 201 ff; LENCKNER 1985: Kommentar zu § 203 StGB I, in: SCHÖNKE/SCHRÖDER 1985, Kommentar zum Strafgesetzbuch, 22.Auflage, München 1985, Seite 1258 ff; SAMSON 1989: Kommentar zu § 203 StGB II, in: RUDOLPH/HORN/SAMSON 1989, Gruppe 15, Seite 1 ff; KÜHNE 1977: Innerbehördliche Schweigepflicht von Psychologen, in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT (NJW) 1977, Seite 1478 ff; MÜLLER 1984: Schweigepflicht und Sozialpsychiatrischer Dienst, in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 545 ff; ONDERKA 1983: Die Schweigepflicht des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen als innerorganisatorisches Problem, in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1983, Seite 36 ff; ONDERKA/SCHADE 1981: Gilt die Schweigepflicht der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auch innerhalb der Behörde? Ein Beitrag zu § 203 StGB, in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1981, Datenschutz im sozialen Bereich - Beiträge und Materialien -, Frankfurt 1981, Seite 172 ff; SCHELL 1983: Die Ärztliche Schweigepflicht, in: DAS BEHINDERTE KIND, Heft 6/83, Seite 49 ff; SCHÖCH 1985: Ergebnisse aus dem Rechtsgutachten für die Deutsche Bewährungshilfe e.V., Bonn, vom 09.09.1985 und Thesenpapier zum Referat "Sozialarbeit mit Straffälligen im Spannungsfeld zwischen Auskunfts- und Schweigepflichten und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung" vom 09.09.1985, Manuskripte, Göttingen 1985 (Bezugsnachweis in dortigem Literaturverzeichnis); KNEMEYER 1975: Geheimhaltungsanspruch und Offenbarungsbefugnis im Verwaltungsverfahren, in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT (NJW) 1975, Seite 2241 ff; FRIEDRICH 1985: "Schweigepflicht und Sozialpsychiatrischer Dienst", von Prof. Dr. med. Peter Müller, Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen ("Das öffentliche Gesundheitswesen", 46/1984, 545)" in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1985, Seite 80 ff

77 Es sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, daß Sozialarbeiter in der täglichen Praxis immer wieder davon ausgehen, Informationen sieben zu müssen, d.h. also z.B. neben der offiziellen Aktenführung noch eigene Akten oder Karteikarten anzulegen, in denen sie "vertrauliche" Informationen speichern, die sie höchstens ihrem Vorgesetzten auf Nachfrage bei strittigen Entscheidungen zur Kenntnis geben, auf keinen Fall aber gleichrangig anderen Stellen mitteilen wollen (vgl. WAGNER 1981, Seite 26 f). MOLLENHAUER, der sich 1973 grundsätzlich gegen solche Verfahrensweisen ausspricht, regt dennoch an, verwaltungsintern zu prüfen, ob durch innerdienstliche Regelungen dem Sozialarbeiter ein Bereich des Vertrauensschutzes zugestanden werden sollte, der verwaltungsintern Wirkung habe. (vgl. MOLLENHAUER 1973, Seite 69 f). Diese Empfehlung ist insofern beachtlich, als daß sie zu einem Zeitpunkt vor der Strafrechtsreform zum 01.01.1975, die u.a. die Einführung des § 203 StGB beinhaltete, abgegeben wurde.

Bewertungsparameter

Dem **Amtsarzt**, der nach § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978 durch eine Ausnahmegenehmigung die **Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes** wahrnimmt, steht als Inhaber von Dienst- und/oder Fachaufsicht kein umfassendes Recht zur Einsichtnahme in alle Betreuungsakten des Dienstes zu. Inwieweit der Amtsarzt ein Recht auf das Einbezogenwerden in die Beratungsvorgänge von Sozialarbeitern hat, ist strittig. Die Beantwortung ist abhängig davon, in welchem Umfang der Amtsarzt in seiner Funktion als Arzt in das Beratungs- und Behandlungsgeschehen des multiprofessionalen Teams einbezogen ist. Für den Fall einer weitgehenden Einbezogenheit wird er auch automatisch über vermehrte Informationen aus Beratungsgesprächen etc. verfügen und kann damit formal auch leichter seine Funktion als Vorgesetzter ausüben. Für den anderen Fall, in dem der Amtsarzt lediglich wenige Wochenarbeitsstunden im Sozialpsychiatrischen Dienst verbringt, kann davon ausgegangen werden, daß er zum Behandlungs- und Betreuungskontext des multiprofessionalen Teams nicht gehört und daß sich somit sein Tätigwerden im wesentlichen auf die Vorgesetztenfunktion beschränkt. Dann ist es sicherlich unvermeidbar, daß ihm Geheimnisse aus Beratungsgesprächen, die die Sozialarbeiter geführt und möglicherweise schriftlich fixiert haben, nicht zugänglich sind.

KÜHNE, der in diesem Zusammenhang beispielsweise vom bediensteten Psychologen ausgeht, der seinem Vorgesetzten, der Amtsarzt ist, Interna der Beratung und Behandlung offenbart, kommt zu dem Ergebnis, daß der Amtsarzt diese Informationen stets als Vorgesetzter, nicht jedoch als Arzt entgegennimmt. "Denn als Arzt hat er in dieser Situation kein Interesse an den Daten (...), sie sollen vielmehr der Kontrolle der Diensttätigkeit des Psychologen dienen. Dem kann nicht entgegengehalten werden, der Psychologe wolle ja gerade zur Vermeidung einer Verletzung des § 203 Abs. 1 StGB den Arzt ansprechen. Die Doppelrolle des Vorgesetzten würde auf diese Weise dysfunktional manipuliert. In Wirklichkeit soll der Vorgesetzte in dieser Eigenschaft informiert werden, seine gleichfalls gegebene Eigenschaft als Arzt würde lediglich als Vorwand zur Verschleierung des eigentlichen Sinns der Information genutzt. Das ist unzulässig. Demzufolge ist dem Amtsarzt mangels inneren Zusammenhangs mit seiner ärztlichen Tätigkeit jenes Geheimnis nicht im Sinne des § 203 Abs. 1 StGB anvertraut oder bekannt geworden. Er ist nicht aus § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB schweige verpflichtet; die allgemeine Schweigepflicht, der er als Behördenbediensteter nach § 203 Abs. 2 StGB unterliegt, kann hier außer Betracht bleiben."⁷⁸

Die Grenze des Rechtes auf Akteneinsicht wird durch jene Bestimmungen gebildet (vgl. beispielsweise § 36 BRRG), die den Amtsarzt in seiner Vorgesetztenfunktion zur Wahrnehmung seiner dienstlichen und/oder fachlichen Aufsicht seiner Mitarbeiter verpflichten.

Der Amtsarzt, der gleichzeitig als **Privatgutachter** tätig ist, hat keinesfalls ein Recht, für die Fertigung seiner Gutachten Betreuungsakten des Dienstes zu verwenden. Entscheidend ist bei dieser Bewertung der Umstand, daß die in den Betreuungsakten enthaltenen Informationen vom Betroffenen nicht zum Zwecke der Erstellung von Auftragsgutachten abgegeben wurden. Sie sollten anderen Zielen dienen, z.B. der kontinuierlichen sozialarbeiterischen Betreuung. Wer solche Informationen zu anderen als den ursprünglichen Zwecken⁷⁹ benutzt, handelt nach herrschender Rechtauffassung rechtswidrig im Sinne des § 203 StGB.

78 KÜHNE 1977: Innerbehördliche Schweigepflicht von Psychologen, in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT (NJW) 1977, Seite 1478 ff

79 vgl. ONDERKA/SCHADE 1981: Gilt die Schweigepflicht der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auch innerhalb der Behörde? - Ein Beitrag zu § 203 StGB, in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1981, Datenschutz im sozialen Bereich - Beiträge und Materialien -, Frankfurt 1981, Seite 172 ff; vgl. BULL 1979, Datenschutz als Informationsrecht und Gefahrenabwehr, in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT (NJW) 1979, Seite 1177 ff; vgl. LANDESSOZIALGERICHT BREMEN 1957: Beschluß vom 02.05.1957 zur ärztlichen Schweigepflicht, B.Reg. Nr. 4/57, in: MEDIZIN IM SOZIALRECHT (MESO) 1986, Seite 65 ff

Die vorgegebene Antwortmöglichkeit "**nur Betreuer**" läßt darauf schließen, daß zunächst einmal jeder einzelne Betreuer seine eigene Akte auch einsehen darf. Eine weitere Differenzierung erfolgt an dieser Stelle nicht, etwa dahingehend, ob auch ein Betreuer die Akten eines anderen Betreuers einsehen darf, was rechtlich anders zu bewerten wäre.⁸⁰

Der Auffassung einer legitimen Einsichtnahme in die Betreuungsakten des Dienstes durch die "**gesamte Verwaltung**" im Sinne einer rein verwaltungsbürokratischen Definition der Funktion von Akten kann nicht gefolgt werden, weil hierdurch nicht nur schutzwürdige Interessen der Klienten mißachtet würden, sondern weil (insbesondere) in sozialpsychiatrischen Akten keine "Wirklichkeit abgebildet" wird und es damit zu erheblichen Mißverständnissen zum Nachteil der Betroffenen kommen kann.

Betreuungsakten von Sozialpsychiatrischen Diensten sind ihrem Charakter nach und ihrer Inhalte wegen im **Ordnungsamt** deplaziert, was nicht heißen muß, daß diesem Amt im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen erforderliche Daten vorenthalten werden sollen.⁸¹ Ein Akteneinsichtsrecht durch das "**gesamte Gesundheitsamt**" verbietet sich nach den Rechtsvorschriften ebenso wie eine Aktenübergabe an das **Straßenverkehrsamt**.⁸²

Die Antwortmöglichkeit "**Rechnungsprüfungsamt**" stellt eine Besonderheit dar: Zweck und Aufgabenbeschreibung des kommunalen Rechnungsprüfungsamtes (RPA) ergeben sich jeweils aus den 6. Teilen der Niedersächsischen Gemeindeordnung bzw. Landkreisordnung.⁸³ Die Befugnisse des RPA sind grundsätzlich so weitreichend, wie es eine sachgemäße Rechnungsprüfung verlangt. Es verfügt über die Möglichkeit, jede für die Prüfung notwendige Auskunft und die Vorlage, Aushändigung und Einsendung von Akten, Schriftstücken und sonstigen Unterlagen zu verlangen. Die Prüfung kann ohne vorherige Anmeldung an Ort und Stelle durchgeführt werden.⁸⁴ Zu vergleichbaren Regelungen auf Landesebene führte das Oberverwaltungsgericht Lüneburg 1984 aus: "Das Recht des Nds. Landesrechnungshofes, die Verwendung von Steuergeldern zu prüfen, hat Vorrang vor der ärztlichen Schweigepflicht. Grundlage bildet § 95 der Niedersächsischen Landshaushaltsordnung, der gestattet, alle Unterlagen prüfen zu können, die für die Kontrolle von Steuergeldern erforderlich seien. Dazu gehört auch die Kontrolle, ob

80 Auf diesen Sachverhalt stellt beispielsweise LENCKNER ab, wenn er ausführt, daß keine Geheimnisoffenbarung im Sinne des § 203 StGB vorliegt, "... wenn das Geheimnis im Bereich derselben Behörde auf dem dafür vorgesehenen Weg zur Kenntnis eines anderen Behördenangehörigen gelangt." Diese Interpretation ergebe sich daraus, "... daß im Verkehr mit Behörden Angaben, die Geheimnisse enthalten, meist der Behörde und nicht einem bestimmten Amtsträger gegenüber gemacht werden und daß auch dort, wo letzteres der Fall ist, das Vertrauen regelmäßig dem Amtsträger nicht in seiner Person, sondern als Repräsentant seiner Behörde entgegengebracht wird. Nur wenn Grundlage für die Mitteilung von Geheimnissen erkennbar die Vertrauensbeziehung gerade zu einem bestimmten Behördenangehörigen ist oder wenn dieser zugleich Inhaber einer besonderen Vertrauensstellung i.S. des Abs. 1 § 203 StGB steht und speziell in einer dort genannten, auf die Behörde nicht übertragbaren Eigenschaft mit fremden Geheimnissen in Berührung kommt, ist deren Weitergabe innerhalb der Behörde auch ein Offenbaren (...)." Wenn dieses Offenbaren ohne Zustimmung des Verfügungsberechtigten und ohne ein Recht zur Mitteilung - beispielsweise von Betreuer zu Betreuer - erfolgt, so geschieht dieses unbefugt und ist damit strafbedroht. Dies kann jedoch nur mit der Maßgabe Gültigkeit erlangen, wie der zweite Betreuer - für den Verfügungsberechtigten nicht erkennbar - nicht zum Betreuungszusammenhang der besonderen Vertrauensposition (Betreuungskontext) gehört (Quelle: SCHÖNKE/SCHRÖDER 1985, Kommentar zu § 203 StGB, Seite 1321, Rdn. 45).

81 siehe hierzu insbesondere FRIEDRICH 1985: "Schweigepflicht und Sozialpsychiatrischer Dienst" von Prof. Dr. med. P. Müller, Psychiatrische Abteilung der Universität Göttingen ('Das öffentliche Gesundheitswesen', 46/1984, 545), in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1985, Seite 80 ff sowie hierzu weiter unten: Ausführungen zu Frage 506

82 Die Unterscheidung "gesamte Verwaltung" gegenüber "gesamtes Gesundheitsamt" erfolgt mit der Maßgabe, daß bei unkontrollierter Akteneinsichtnahme innerhalb der "gesamten Verwaltung" eine noch offenkundigere Rechtsverletzung zu postulieren sein wird gegenüber einem freien Akteneinsicht innerhalb des "gesamten Gesundheitsamtes". Bei letztgenanntem Begriff kann zumindest eine "Schadensbegrenzung" deswegen unterstellt werden, weil die schützenswerten Unterlagen "nur" innerhalb desselben Amtes bewegt werden, wovon hingegen bei der "gesamten Verwaltung" mit zahlreichen Ämtern und sachfremden Arbeitseinheiten nicht ausgegangen werden kann. Die Unterscheidung wird jedoch gegenstandslos, sobald der Personenkreis der Beschäftigten im Gesundheitsamt weiter gefaßt wird und beispielsweise allgemeine Verwaltungskräfte, Hausmeister etc. in die freie Akteneinsicht einbezogen werden.

83 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

84 vgl. SCHAPER/MANSKE/KRAFT/HAUBOLD/DE WALL 1989, Seite 13 f, 29, 32d-f; s. auch dortigen Anhang 1: "Beispiel für eine Rechnungsprüfung", Seite 37 ff

ärztliche Leistungen korrekt abgerechnet werden.⁸⁵ Um Bedingungen zu schaffen, in deren Rahmen einerseits Rechtsbestimmungen unversehrt bleiben und andererseits dem Prüfungsauftrag des RPA Genüge geleistet wird, hat der Niedersächsische Datenschutzbeauftragte in seinem 1982 veröffentlichten IV. Tätigkeitsbericht erklärt, daß "... Kollisionen zwischen besonderen Schweigepflichten und dem Prüfungsauftrag der Rechnungsprüfungsämter ... sicherlich reduzierbar seien, ... wenn Verwaltungs- und Behandlungsakten getrennt geführt.." würden.⁸⁶

Das Niedersächsische Sozialministerium vertrat noch im Jahre 1983 folgende Position: "Wenn die Akten, wie das für alle Akten des Gesundheitsamtes zu gelten hat, in einer den Anforderungen der Schweigepflicht entsprechenden Weise sicher aufbewahrt werden, ist kein Grund ersichtlich, warum die Akten des sozialpsychiatrischen Dienstes von den sonstigen Akten getrennt aufbewahrt werden müßten. Eine Diskriminierung kann schon deshalb darin nicht gesehen werden, weil psychische Krankheit insoweit nichts anderes ist als jene (somatische, d.Verf.) Krankheit auch."⁸⁷

Drei Jahre später ging die BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1986 (wegen der Einbeziehung der Karteien) über die Vorstellungen des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten hinaus, indem sie verfügte: "Weiterhin weise ich darauf hin, daß im Sozialpsychiatrischen Dienst die Führung von Krankenakten und Verwaltungskarteien getrennt erfolgen muß. Das ergibt sich bereits durch die Bestimmung zur Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste in § 4 Abs. 2 Satz 1 Nds.PsychKG 1978, wonach die Eigenständigkeit dieses Dienstes - ungeachtet dessen Zuordnung beim Gesundheitsamt - deutlich gemacht wird. Als eigener Dienst ist er gerade auch im Hinblick auf seine Aufgabenstellung zu einer von sonstigen Diensten des Gesundheitsamtes getrennten Kartei- und Aktenführung verpflichtet."⁸⁸

Aus den vorstehenden Ausführungen läßt sich herleiten: Soweit dem durch spätere Verfügung durch die Bezirksregierung bestätigten Vorschlag des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten nicht gefolgt oder eine vergleichbare Regelung nicht praktiziert wird - und dies wird aus den Befragungsergebnissen der Fragen 202 und 203 zu entnehmen sein -, kann ein weitreichendes Zugriffsrecht des kommunalen Rechnungsprüfungsamtes auf die Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes angenommen werden.

Für die Sozialpsychiatrischen Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft sollen nachfolgende Ausführungen die grundlegenden Darstellungen ergänzen:

Die tatsächliche Partizipation des Personals am Betreuungskontext, worauf bereits analog bei Frage 202 abgestellt wurde, wird für das Einräumen von Zugriffsmöglichkeiten auf Betreuungsakten des in nichtöffentlicher Trägerschaft befindlichen Sozialpsychiatrischen Dienstes als Maßstab dienen müssen. Ob der **Wirtschaftsleiter** einer Einrichtung lediglich mit Funktionen und Aufgaben außerhalb des Klientenbetreuungskontextes betraut ist oder ob hier von einer im engeren Sinne objektiv feststellbaren Zugehörigkeit zum aktiv betreuenden Personal auszugehen ist, die eine (möglicherweise begrenzte) Akteneinsichtsmöglichkeit rechtfertigt, muß in jedem Einzelfall genau geprüft werden.

85 "Psychiater müssen Rechnungshof Krankengeschichte vorlegen" in: HANNOVERSCHE ALLGEMEINE ZEITUNG (HAZ) vom 16.05.1984. Das zitierte Urteil hat das Aktenzeichen 8 OVG A 23/83.

86 Niedersächsischer Datenschutzbeauftragter, IV. Tätigkeitsbericht 1982, Ziffer 8.16, in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/720, Seite 47

87 Angesichts dieser Formulierungen liegt die Vermutung nahe, daß in realitätsverzerrender Weise der Beweis dafür erbracht werden sollte, daß psychisch Kranke in Niedersachsen somatisch Kranken gleichgestellt seien. Zweifel sind dem Ministerium an den eigenen Verlautbarungen offenbar selbst gekommen, wenn es nur wenige Zeilen später heißt: "Der Bedienstete des sozialpsychiatrischen Dienstes hat es in der Hand, durch eine sachgerechte Gestaltung der Aktenführung diejenigen Teile, die schutzbedürftig sind, von den nichtschutzbedürftigen Akteilen (z.B. Angaben über Dienstreisen) zu trennen."
Ausführungen von Ministerialrat Ulrich von Schack am 02.06.1983 in Goslar, zitiert nach: HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984, Seite 47 f

88 BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1986, Verfügung vom 20.10.1986, Az. 205.12-41544/6

Der **Einrichtungsleiter**, beispielsweise der Geschäftsführer eines Wohlfahrtsverbandes auf regionaler Ebene oder Vorsitzende eines eingetragenen Vereines, muß sich zwar von der ordnungsgemäßen Abwicklung der Geschäftsgänge umfassend überzeugen können, auch trifft für ihn die aus § 823 BGB herzuleitende allgemeine Pflicht der Dienstaufsicht zu, gleichzeitig ist er - wie sein öffentlich bediensteter Kollege - gehalten, die Einrichtung so zu organisieren, daß den aus der Aufsichtsverpflichtung erwachsenen Kontrollbefugnissen unter Wahrung von datenschutz- und schweigepflichtsrechtlichen Bestimmungen Genüge getan werden können.⁸⁹ Diese Kontrollbefugnisse erstrecken sich nicht selten auch auf Zugriffsmöglichkeiten durch kommunale Rechnungsprüfungsämter aufgrund vertragsrechtlicher Bindungen zwischen der nach § 4 Abs. 3 Satz 3 Nds.PsychKG 1978 "... für die Wahrnehmung der Aufgaben im übrigen verantwortlich" bleibenden kommunalen Gebietskörperschaft und einem in Anspruch genommenen nichtöffentlichen Träger sozialpsychiatrischer Aufgaben. So beinhaltet beispielsweise der am 01.01.1981 in Kraft getretene öffentlich-rechtliche Vertrag⁹⁰ zwischen dem Landkreis Uelzen und dem Verein "Die Brücke e.V." nicht nur, daß der Landkreis die Fachaufsicht über den Sozialpsychiatrischen Dienst führt, sondern auch, daß der Verein der Verpflichtung zu entsprechen hat, "... den Landkreis bei der Überwachung der ordnungsgemäßen Verwendung der ihm zugeflossenen Mittel nach den Vorschriften des Haushaltsrechts (zu) unterstützen."⁹¹

Bei der Personengruppe der **Sachbearbeiter** in Sozialpsychiatrischen Diensten ist die Frage nach dem Zugang zu schutzwürdigen Informationen ebenfalls anhand des Kriteriums der Partizipation am Betreuungskontext zu beurteilen. So wird beispielsweise der Zugriff auf Betreuungsdaten und Karteikarten durch solche Mitarbeiter verneint werden müssen, deren Aufgabenstellung sich ausschließlich auf Gehalts- und Bilanzbuchhaltung, Personalsachbearbeitung oder der verwaltungstechnischen Abwicklung präventiver und öffentlichkeitswirksamer Angelegenheiten der Einrichtung beschränkt. Ein (u.U. zu begrenzender) Zugang zu den Betreuungsakten des Dienstes wird hingegen zugestanden werden müssen für die Sachbearbeiter, deren Tätigkeitsmerkmale die Anfertigung von Schriftstücken (als Bestandteile der Betreuungsakte), Vorbereitung der Jahresstatistiken, Beteiligung an der Terminplanung der Betreuer oder selbständige Durchführung von Erstgesprächen mit den Klienten einschließen. Bezüglich der Geheimniswahrung gehören letztere dem Personenkreis der Schweigepflichtigen nach § 203 Abs. 3 StGB an.

Bei den in der Fragestellung aufgelisteten Mitarbeiter- und **Betreuungsgruppen**: Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter wird zunächst unterstellt, daß diese zum Betreuungskontext des multiprofessionalen Teams gehören. Insofern steht ihnen in der Regel der ungehinderte, d.h. rechtlich unbedenkliche Zugriff zu Betreuungsaufzeichnungen des Dienstes offen. Ausnahmen hiervon sind im Grenzbereich rechtlicher Bestimmungen angesiedelt und verbieten den Austausch von Informationen "von Kollege zu Kollege".⁹²

89 siehe hierzu den Vorschlag des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten, IV. Tätigkeitsbericht 1982, Ziffer 8.16, in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/720, Seite 47; vgl. BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1986, Verfügung vom 20.10.1986, Az. 205.12-41544/6

90 vgl. § 4 Abs. 3 des Vertrages, in: AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN 1981, Seite 396

91 § 6 Abs. 2 des Vertrages, in: AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN 1981, Seite 396 f

92 vgl. hierzu die Ausführungen zur Geheimnisoffenbarung innerhalb derselben Behörde weiter oben. Auf diesen Sachverhalt stellt beispielsweise LENCKNER ab, indem er ausführt, daß keine Geheimnisoffenbarung im Sinne des § 203 StGB vorliegt, "... wenn das Geheimnis im Bereich derselben Behörde auf dem dafür vorgesehenen Weg zur Kenntnis eines anderen Behördenangehörigen gelangt." Diese Interpretation ergebe sich daraus, "... daß im Verkehr mit Behörden Angaben, die Geheimnisse enthalten, meist der Behörde und nicht einem bestimmten Amtsträger gegenüber gemacht werden und daß auch dort, wo letzteres der Fall ist, das Vertrauen regelmäßig nicht dem Amtsträger in seiner Person, sondern als Repräsentant seiner Behörde entgegengebracht wird. Nur wenn Grundlage für die Mitteilung von Geheimnissen erkennbar die Vertrauensbeziehung gerade zu einem bestimmten Behördenangehörigen ist oder wenn dieser zugleich Inhaber einer besonderen Vertrauensstellung i.S. des Abs. 1 des § 203 StGB steht und speziell in einer dort genannten, auf die Behörde nicht übertragbaren Eigenschaft mit fremden Geheimnissen in Berührung kommt, ist deren Weitergabe innerhalb der Behörde auch ein Offenbaren (...)." Wenn dieses Offenbaren ohne Zustimmung des Verfügungsberechtigten und ohne ein Recht zur Mitteilung - beispielsweise von Betreuer zu Betreuer - erfolgt, so geschieht dies es unbefugt und ist damit strafbedroht. Dies kann jedoch nur mit der Maßgabe Gültigkeit erlangen, wie der zweite Betreuer - für den Verfügungsberechtigten nicht erkennbar - nicht zum Betreuungszusammenhang der besonderen Vertrauensposition (Betreuungskontext) gehört. Quelle: SCHÖNKE/SCHRÖDER 1985, Kommentar zu § 203 StGB, Seite 1321, Rdn. 45. SCHELL meint hierzu, daß insbesondere unter den Ärzten die Auffassung verbreitet sei, sie dürften als Geheimnisträger alles über den Patienten ausplaudern, weil ja auch der Berufskollege der Schweigepflicht unterliege. Dies sei jedoch unstatthaft: "Persönlicher Träger der Schweigepflicht ist stets nur der in Anspruch genommene Arzt mit der Maßgabe, daß er solange zu schweigen hat, wie ihm nicht ein ausdrückliches Recht zur Aussage über den Patienten eingeräumt ist." SCHELL 1983, Seite 51.

Die Bewertung der in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeit "**sämtliche Mitarbeiter**" richtet sich jeweils danach, ob die Mitarbeiter zur "Betreuungsgruppe" zählen oder auch solche Bedienstete der Einrichtung darunter subsumiert werden, die am Betreuungskontext nicht partizipieren (also beispielsweise Wirtschaftsleiter, Einrichtungsleiter oder bestimmte Sachbearbeiter).

Datenanalyse

Die Tabelle 2-1 auf der folgenden Seite gibt die in der Befragung gewonnenen Ergebnisse zur Akteneinsicht wieder. Bei 17 der 20 in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Dienste, das sind 85 %, verfügen die Amtsärzte als Leiter des Gesundheitsamtes über die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Betreuungsakten. Bei fünf Diensten (25 %) benutzen die Amtsärzte sozialpsychiatrische Betreuungsakten auch dazu, Privatgutachten zu fertigen, die mit der psychischen Erkrankung eines Klienten in keinem Zusammenhang stehen. Diese, nach den vorstehenden Ausführungen als widerrechtlich einzustufenden Regelungen,⁹³ werden in den Gesundheitsämtern der Landkreise Grafschaft Bentheim, Verden, Hannover, Helmstedt und Emsland praktiziert. Nur in drei von 20 Diensten (Städte Emden und Osnabrück und Landkreis Göttingen), das sind 15 %, wird den Schweigepflichtsbestimmungen in vollem Umfange Rechnung getragen: Die Aktenaufzeichnungen bleiben in der Obhut der Betreuer, die diese angefertigt haben. Bei fünf von 20 Diensten (25 %) bestehen für alle Bediensteten des Gesundheitsamtes Möglichkeiten zur Einsichtnahme in die Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Diese Praxis ist in den Gesundheitsämtern der Landkreise Grafschaft Bentheim, Verden, Lüchow-Dannenberg, Osterode und Emsland anzutreffen. Im Landkreis Emsland hat zudem das gesamte Sozialamt die Möglichkeit zur Akteneinsicht. Bei weiteren zwei Gesundheitsämtern (Landkreis Goslar, Stadt Salzgitter), das sind 10 %, ist der Zugriff auf die Akten auf alle ärztlichen Bediensteten der Gesundheitsämter begrenzt.

Bei der Befragung konnte in keinem Fall festgestellt werden, daß Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der gesamten Verwaltung zirkulieren und dort ungeschützt eingesehen werden können. Ebenso konnte in keinem Fall die Möglichkeit eines Aktenzugriffes durch die Ordnungsämter und Straßenverkehrsämter konstatiert werden. Als einziger Dienst vertritt der Landkreis Hannover die Auffassung, daß das kommunale Rechnungsprüfungsamt ein Zugriffsrecht auf die Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes habe. Alle anderen Dienste sind diesbezüglich - irrtümlich - der Ansicht, daß sie hiervon geschützt seien.⁹⁴

93 siehe vorliegende Arbeit, Fragen 202 - 203, Bewertungsparameter

94 siehe zu dieser krassen Fehleinschätzung die vorangegangenen vertiefenden Ausführungen

TABELLE 2-1:
EINSICHTNAHME IN DIE BETREUUNGSAKTEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
Amtsarzt als Leiter	✗				✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	17
Amtsarzt als Gutachter					✗		✗				✗									✗		✗	5
nur Betreuer		✗		✗															✗				3
gesamte Verwaltung																							0
Ordnungsamt																							0
Straßenverkehrsamt																							0
Rechnungsprüfungsamt											✗												1
gesamtes Gesundheitsamt					✗		✗		✗						✗							✗	5
alle Ärzte d. Gesundheitsamtes																✗	✗						2
Sozialamt																						✗	1
alle Mitarbeiter								✗															1
Sachbearbeiter																							0
Wirtschaftsleiter																							0
Einrichtungsleiter																							0
Arzt			✗																				1
Psychologe																							0
Sozialarbeiter			✗																				1
Krankenschwester			✗																				1
Verwaltungskraft			✗																				1

Die Angaben im oberen Teil der Tabelle beziehen sich auf die Sozialpsychiatrischen Dienste in öffentlicher Trägerschaft, die im unteren Teil auf die Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft.
Quelle: eigene Erhebungen

Bemerkenswert an der Akteneinsichtnahme durch Amtsärzte ist folgender Umstand, der (im Vorgriff auf die Auswertungen zu Frage 305) deutlich wird: Die Tabelle 2-1 weist - wie bereits erwähnt - aus, daß 17 Amtsärzte in ihrer Eigenschaft als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Einsicht in die Betreuungsakten nehmen. Nach den Auswertungen von Frage 305 verfügen jedoch von diesen 17 Amtsärzten nur 13 über die Leitungsfunktion nach § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978. Vier Amtsärzte nehmen also auch dann Einblick in die Akten, wenn sie von ihrer Leitungsfunktion befreit sind, weil die Kommune einen hauptamtlichen "in der Psychiatrie erfahrenen Arzt" für Neurologie und Psychiatrie angestellt hat. Derartige Praktiken existieren in den Gesundheitsämtern der Landkreise Schaumburg, Hannover, Hildesheim und Emsland.

Nach den Daten der Auswertung der Frage 201 besteht bei vier Diensten keine Trennung der Akten des Sozialpsychiatrischen Dienstes von den übrigen Akten des Gesundheitsamtes. Weiterhin wird deutlich, daß eine klare Trennung der Karteien bei neun Diensten nicht vorliegt. Diese Umstände führen gegebenenfalls dazu, daß durch

das Zugriffsrecht des Rechnungsprüfungsamtes, über das die betreffenden Landkreise Grafschaft Bentheim, Verden, Lüchow-Dannenberg, Schaumburg, Osterode, Goslar, Rotenburg und Emsland sowie die Stadt Osnabrück offensichtlich nicht informiert sind, auch sensible Daten des Betreuungsprozesses offengelegt werden.

Zumindest der Landkreis Hannover, der sich als einziger von 20 befragten Diensten dieser Tatsache bewußt ist, hat aus einer 1982 erfolgten Beschlagnahme von Patientenakten⁹⁵ Konsequenzen gezogen und Vorsorge getroffen, was sich bei der Beantwortung der Frage 202 in der Zusatzbemerkung ausdrückt: "Die 'verwaltungsrelevanten Daten' werden getrennt erfaßt."⁹⁶

Ergebnis

Für die Sozialpsychiatrischen Dienste in öffentlicher Trägerschaft läßt sich aufgrund der Ergebnisse der Befragung feststellen, daß Akteneinsicht und Schutz der sensiblen Klientendaten insgesamt nicht den datenschutzrechtlichen Regelungen und Empfehlungen entsprechen. Die Möglichkeiten der datenschutzrechtlich unbedenklichen Akteneinsichtsregelung werden in nur einem Fall der erfaßten Dienste genutzt, gerade in diesem Dienst wird aber durch die Gutachtertätigkeit des Amtsarztes eine andere schwerwiegenden Verletzung des Datenschutzes berichtet.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft (2) antworten sehr unterschiedlich. Der Landkreis Celle benennt die Personen, die Zugang zu den Klientenakten haben, detailliert (Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenschwestern) und Verwaltungskraft mit eingeschränktem Zugang.

Beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Uelzen haben alle Mitarbeiter des Dienstes Zugang zu den Klientenakten und damit zu den sensiblen Betreuungsdaten. Laut Frage 305 sind dort acht Personen beschäftigt: Der Dienst wird von einem Arzt für Psychiatrie geleitet. Des weiteren sind zwei Sozialarbeiter, ein Psychologe, eine Verwaltungskraft, zwei Sozialarbeiter auf ABM-Stellen und eine Krankenschwester tätig. Auch hier wird zunächst unterstellt, daß alle Mitarbeiter dem Betreuungskontext des Dienstes angehören; bestenfalls könnten Zweifel hinsichtlich der Verwaltungskraft bestehen (vgl. Landkreis Celle). Wenn jedoch zum Zeitpunkt der Befragung noch die Voraussetzungen aus dem Jahre 1983 galten, so hat die Verwaltungskraft (Sekretärin) eine besondere Stellung inne: "Obwohl sie nicht an der kontinuierlichen Betreuung von Klienten teilnimmt, laufen fast alle Erstkontakte (und weitere Terminabsprachen) von Ratsuchenden und die Kontakte mit Vertretern von Institutionen zunächst über sie. Diese wichtige Aufgabe erfordert Einfühlungsvermögen, Gesprächsgeschick und organisatorisches Talent."⁹⁷

95 siehe den Bericht des Rechnungsprüfungsamtes des Landkreises Hannover, AZ- 14/1411-1981 vom 13.05.1982: Kritikpunkte waren: unzureichend oder überhaupt nicht beschriebene Dienstgeschäfte; fehlende inhaltliche Begründungen für Hausbesuche zwischen 7.35 Uhr und 7.45 Uhr; fehlende Angaben über evtl. Unterbrechungen 10-stündiger (oder längerer) Dienstreisen (Hausbesuche) zwecks Prüfung des täglichen Tagegeldanspruches; fehlende inhaltliche Begründungen für Dienstreisen von mehr als 12-stündiger Dauer (Hausbesuche) zwecks Prüfung des täglichen Tagegeldanspruches; die Durchführung von vier Dienstreisen mit nachträglicher Genehmigung. Die kritischen Fragen des Rechnungsprüfungsamtes bezogen sich auf folgendes Punkte: "Wie ist im einzelnen überprüft worden, ob die Notwendigkeit der Dienstreise bestand, wann die Dienstreise begonnen und beendet wurde, ob die Aufenthaltszeiten in verschiedenen Orten den Tatsachen entsprechen?"

96 Der Niedersächsische Datenschutzbeauftragte erläutert die Regelung in seinem 1985 herausgegebenen Tätigkeitsbericht: "Inzwischen hat der sozialpsychiatrische Dienst eines Landkreises die Anregung des Landesbeauftragten aufgegriffen und eine Klientendatei angelegt, die einerseits die Prüfarbeit des Rechnungsprüfungsamtes erleichtert, andererseits den Zugriff auf sensible therapeutische Unterlagen in vielen Fällen unnötig machen wird. Die Klientendatei ist als Suchdatei angelegt, enthält aber zusätzlich zu den Identifikationsdaten des Klienten und dem Aktenzeichen der zugehörigen Akte auch eine genaue Auflistung aller Verwaltungsdaten, auf die es bei einer Überprüfung der Amtsführung ankommt (Dienstreisen, Hausbesuche, Krankenhausbesuche usw.). Die Angaben sind verschlüsselt. Der Schlüssel ist dem Rechnungsprüfungsamt bekannt. Reichen die Angaben im Einzelfall nicht aus, so braucht gleichwohl nicht die gesamte Akte durchgesehen zu werden. In einer Tasche am Ende jeder Akte werden detaillierte Vermerke über Zeit und Ort sowie den therapeutischen Ablauf der Kontakte mit den Betreuten aufbewahrt." Niedersächsischer Datenschutzbeauftragter, VI. Tätigkeitsbericht 1984, Ziffer 19.3, in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4140, Seite 64 f

97 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1985), Seite 132

Die Antworten der beiden Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft geben keine direkten Hinweise auf datenschutzrechtliche Probleme; die Besonderheit im Uelzener Dienst ist weiter oben diskutiert worden. Da die Zahlen nicht für absolute oder relative Gegenüberstellungen mit den Diensten in öffentlicher Trägerschaft ausreichen, soll hier auf weitere Interpretationen verzichtet werden.

Die zu Beginn der Fragen 202 und 203 benannte Absicht einer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse dieser Frage mit denen der Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 212 (Überstundenvergütung), 213 (Dienstreisegenehmigung, Fortbewegungsmittel), 214 (Angaben bei der Durchführung von Dienstfahrten), 215 (Verwaltungsarbeit) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) soll erst in der Zusammenfassung Rechnung getragen werden.

<p>204 Wie ist die Dienstzeit der Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst geregelt?</p>	<p>Gleitende Arbeitszeit <input type="checkbox"/></p> <p>Feste Arbeitszeit <input type="checkbox"/></p> <p>Nur 40-Stunden-Limit <input type="checkbox"/></p> <p>Freie Arbeitszeitgestaltung <input type="checkbox"/></p>
--	--

Forschungsinteresse

Bei dieser Frage soll erkundet werden, welche Möglichkeiten eigener Arbeitszeitgestaltung den Bediensteten Sozialpsychiatrischer Dienste gegeben sind. Der Grund für diese Frage liegt auch hier in dem erweiterten Erkenntnisinteresse⁹⁸ an der dysfunktionalen Dimension normativer Rahmenbedingungen, innerhalb derer der Versuch unternommen wird, fachlich genügende und klientenadäquate sozialpsychiatrische Dienstleistungen zu realisieren.

Nach der Einzelauswertung der Frage 204 soll später eine zusammenfassende Beurteilung von funktionseinschränkenden Kontrollen und Regeln erfolgen.⁹⁹

Bewertungsparameter

Das Kriterium der dienstlichen Arbeitszeitorganisation soll bei dieser Frage als ein Indikator dienen, um, geleitet durch das beschriebene Erkenntnisinteresse, Hinweise zu gewinnen, in welchem Umfang starre bzw. formalistische Dienstzeitregelungen das Anliegen flexibler sozialer Dienste, insbesondere Sozialpsychiatrischer Dienste, konterkarrieren.

Das der Fragestellung zugrunde gelegte Spektrum an Antwortmöglichkeiten erstreckt sich von der festen Arbeitszeit bis zur freien Arbeitszeitgestaltung. Bei Beantwortung der Frage ergeben sich - theoretisch - mehrere sinnvolle Antwortmöglichkeiten:

1. Feste Arbeitszeit,
2. Gleitende Arbeitszeit,
3. freie Arbeitszeitgestaltung,
4. Nur 40-Stunden-Limit,
5. 40-Stunden-Limit und freie Arbeitszeitgestaltung,
6. Gleitende Arbeitszeit und freie Arbeitszeitgestaltung.¹⁰⁰

98 Bezüglich des "erweiterten Erkenntnisinteresses" wird auf die Band I der Arbeit verwiesen.

99 Auswertungen, die Verbindungen von Frage 202 zu anderen Fragen (201, 203, 213 bis 215 und 306) herstellen, erfolgen in der zusammenfassenden Diskussion der Ergebnisse, siehe vorliegender Band II der Arbeit, Seite 331 ff.

100 Es ergeben sich bis zu 16 Antwortkombinationen, von denen aber nur sechs und "keine Angabe" sinnvoll sind. Die Bewertung der einzelnen Antworten, die auch aus Antwortkombinationen bestehen können, kann nur für die sechs Kombinationen, die in der Lage sind, die tatsächlichen Gegebenheiten widerzuspiegeln, erfolgen. Die nachstehenden Kombinationen sind zwar aus der Antwortlogik möglich, aber in sich widersprüchlich bzw. zur Klärung der Frage ungeeignet: 1. Gleitende Arbeitszeit und Feste Arbeitszeit; 2. Feste Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit; 3. Gleitende Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit; 4. Feste Arbeitszeit und Freie Arbeitszeitgestaltung; 5. Gleitende Arbeitszeit und Feste-Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit; 6. Gleitende Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit und Freie Arbeitszeitgestaltung; 7. Feste Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit und Freie Arbeitszeitgestaltung; 8. Gleitende Arbeitszeit und Feste Arbeitszeit und Freie Arbeitszeitgestaltung sowie 9. Gleitende Arbeitszeit und Nur 40-Stunden-Limit und Feste Arbeitszeit und Freie Arbeitszeitgestaltung. Sollten trotzdem derartige Antwortkombinationen auftreten, so sind sie bestenfalls dadurch zu erklären, daß für unterschiedliche Bedienstete innerhalb einer Dienststelle verschiedenartige Arbeitszeitmodalitäten existieren.

Um die durchaus nicht unwichtigen Voraussetzungen zur Beurteilung der verschiedenen Dienstzeitregelungen für diese Arbeit zu dokumentieren, wird in dem beigegebenen Exkurs die dienst- bzw. arbeitsrechtliche Situation für die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahre 1985 erläutert:

Exkurs zu dienst-, tarif- und arbeitsrechtlichen Fragen der Dienstzeitgestaltung

Die aus der Antwortlogik möglichen sinnvollen Kombinationen von Antworten belaufen sich auf sechs. Der Exkurs greift diese Antwortalternativen als jeweils sinnvolle, rechtlich relevanten Gegebenheiten auf und untersucht sie auf ihre Grundlagen bzw. Auswirkungen hin. Grundsätzlich sei den Darstellungen vorangeschickt: Die Dauer der Arbeitszeit ist bei Beamten gesetzlich durch § 44 BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG), § 72 BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) bzw. § 80 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) geregelt. Bei anderen Bediensteten unterliegt die Arbeitszeit tarifrechtlichen Regelungen. Für Angestellte sind die Vorschriften der §§ 15 ff BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) maßgeblich. Soweit sonstige gesetzliche Vorschriften oder tarifliche Regelungen nicht bestehen, gilt für alle übrigen Beschäftigten die BUNDESARBEITSZEITORDNUNG (AZO) vom 30.04.1938.¹⁰¹

1. Feste Arbeitszeit:

Nach einer Verordnung zu § 80 NBG und nach § 15 Abs.1 BAT¹⁰² beträgt die "regelmäßige Arbeitszeit" für Beamte und Angestellte im Durchschnitt wöchentlich 40 Stunden. Für Beamte soll - sofern nicht eine gleitende Arbeitszeit eingerichtet oder Bereitschafts- oder Schichtdienst zu leisten ist - die regelmäßige Arbeitszeit "nicht länger als 8 Stunden und 15 Minuten am Tage"¹⁰³ dauern. Für Angestellte gibt es keine tariflichen Regelungen zur Lage der täglichen Arbeitszeit. An dieser Stelle greift die Bestimmung des § 4 Abs. 3 AZO, die festlegt, daß die Arbeitszeit "zehn Stunden täglich nicht überschreiten" darf. Abweichend von § 3 AZO geht das Tarifrecht von einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit aus, die gesetzlich zulässige Ausgleichsmöglichkeiten im Rahmen eines Zeitraumes von acht Wochen vorsieht. Die Bestimmung der Lage der täglichen Arbeitszeit obliegt daher den Arbeitgebern. Sie sind kraft ihres Direktionsrechtes befugt, diese durch einseitige Erklärung festzulegen. Dabei sind die Beteiligungsrechte der Personalvertretung zu beachten und die Grundsätze billigen Ermessens nach § 315 Abs. 1 BGB zu wahren.¹⁰⁴

2. Gleitende Arbeitszeit

Die Rechtsgrundlage zur gleitenden Arbeitszeit ist durch einen Beschluß des Bundeskabinetts im Oktober 1972 geschaffen worden. Grundlage der gleitenden Arbeitszeit in Niedersachsen ist der Beschluß des Niedersächsischen Landesministeriums vom 13.11.1973, der den Dienststellen des Landes unter Beachtung des § 75 Abs. 1, Nr. 1 des NIEDERSÄCHSISCHEN PERSONALVERTRETUNGSGESETZES (Nds.PersVG) die Möglichkeit zur Einführung der gleitenden Arbeitszeit einräumt. § 80 NBG erlaubt die Anwendung dieser Regelung für Landesbeamte, § 15 BAT für Angestellte in der niedersächsischen Landesverwaltung.

Die Bestimmungen des § 62 der NIEDERSÄCHSISCHEN GEMEINDEORDNUNG (NGO) und § 57 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG ermächtigen den Gemeindedirektor bzw. den Oberkreisdirektor zur Anwendung der gleitenden Arbeitszeitregelung im Bereich der kommunalen Gebietskörperschaften.¹⁰⁵

-
- 101 vgl. § 44 BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985; vgl. § 72 BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) 1985; vgl. § 80 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986; vgl. § 15 ff BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987; vgl. BUNDESARBEITSZEITORDNUNG (AZO) 1975
- 102 Laut NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) vom 23.09.1974, i.d.F. vom 12.12.1985; nach § 2 Abs. 1 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) vom 23.09.1974, i.d.F. vom 17.03.1989, beträgt die wöchentliche Arbeitszeit für niedersächsische Landesbeamte 39 Stunden im Durchschnitt. Für die Bundesbeamten gilt in diesem Zusammenhang die analoge Regelung der BUNDESARBEITSZEITVERORDNUNG (AZV) 1974, i.d.F. vom 24.09.1974, BGBl. I S. 2356 ff, geändert durch SIEBENTE VERORDNUNG ZUR ARBEITSZEITVERORDNUNG (AZV) 1985 vom 06.09.1985, BGBl. I S. 1903
- 103 Für Angestellte galt ab 01.10.1974 die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden (vgl. 33. ÄNDERUNGSTARIFVERTRAG - ÄTV - vom 01.06.1974). Ab 01.04.1989 gilt die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 39 Stunden; ab 01.04.1990 gilt die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden (vgl. 60. ÄNDERUNGSTARIFVERTRAG - ÄTV vom 05.07.1988) und vgl. § 2 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) vom 23.09.1974, i.d.F. vom 12.12.1985; vgl. KÜMMEL 1989, Seite 80/17, Ziff. 2.3 und vgl. § 2 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) vom 23.09.1974, i.d.F. vom 17.03.1989.
- 104 vgl. § 3 BUNDESARBEITSZEITORDNUNG (AZO) 1975: "Die regelmäßige werktägliche Arbeitszeit darf die Dauer von acht Stunden nicht überschreiten."; vgl. § 15 Abs. 1 Satz 2 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987; vgl. § 62 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. § 57 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982; vgl. KÜMMEL 1989, Kommentar zu § 80 NBG, Seite 80/24, Ziffer 2.10; vgl. § 1 NBG. Dieses Gesetz erstreckt sich in seinem Geltungsbereich auch auf Beamte der Gemeinden und Landkreise; der Geltungsbereich des BAT schließt Angestellte des Bundes, der Länder und Gemeinden ein. vgl. BÖHM/SPIERTZ/SPONER/STEINHERR 1988, Kommentar zu § 15 BAT, Abschn. II, Ziff. 2
- 105 vgl. Bekanntmachung des Bundesinnenministeriums vom 24.10.1972 - VIII 1 - 131 232/5 - in: GEMEINSAMES MINISTERIALBLATT 1972, S. 647; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1973 B; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1985; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES PERSONALVERTRETUNGSGESETZ 1985; vgl. NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982; vgl. KÜMMEL 1989, Seite 80/24, Ziff. 2.10

Gleitende Arbeitszeit ist eine Arbeitszeitregelung, bei der die Bediensteten innerhalb festgelegter Zeitspannen Arbeitsbeginn und Arbeitsende selbst bestimmen können. Die tägliche Arbeitszeit besteht aus der Kernarbeitszeit und der Gleitzeitspanne. Die Kernarbeitszeit ist der festgelegte Teil der gleitenden Arbeitszeit, in dem alle Bediensteten anwesend sein müssen. - Die Gleitzeitspanne ist der festgelegte Zeitraum vor und hinter der Kernarbeitszeit, innerhalb dessen Arbeitsbeginn und -ende frei gewählt werden können.¹⁰⁶ Weitere Einzelheiten über die gleitende Arbeitszeit sind der NIEDERSÄCHSISCHEN ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) und einem Muster zu entnehmen, das das Landesministerium als Anlage zu seinem Beschluß vom 13.11.1973 herausgegeben hat.¹⁰⁷

3. Freie Arbeitszeitgestaltung

Eine freie Arbeitszeitregelung kann unterschiedliche Dispositionsgrade freier Gestaltung durch Arbeitnehmer annehmen. Sie ist auf das Modell der gleitenden Arbeitszeitregelung gestützt, ist jedoch diesem gegenüber durch eine erhöhte Flexibilität gekennzeichnet, indem sie - graduell unterschiedlich - festgelegte Bestimmungsmomente der gleitenden Arbeitszeitregelung auflöst. WEBER hat dies 1980 in einem Klassifikationsschema veranschaulicht, dessen extreme Ausprägungsform dadurch gekennzeichnet ist, daß von den Arbeitnehmern Arbeitsbeginn und Maximalgrenzen der täglichen Arbeitszeit sowie tägliche, wöchentliche und monatliche Lage und Dauer der Arbeitszeit frei bestimmbar sind. Bei dieser Regelung wird lediglich auf die arbeitsvertragliche Verpflichtung der Arbeitnehmer abgestellt, z.B. 40 Stunden wöchentlich Dienst zu verrichten, wobei sich die Erfüllung dieser Verpflichtung aus dem Jahresdurchschnitt erbrachter Arbeitsstunden errechnet.¹⁰⁸

Einem derartigen Musterbeispiel an optimiertem Dispositionsspielraum für Arbeitnehmer ist in der Praxis nur selten zu begegnen. Dennoch sind in diese Richtung tendierende Ausnahmeregelungen von der gleitenden Arbeitszeit vorhanden. Grundlage hierfür ist wiederum § 80 NBG i.V.m. § 6 ArbZVO:

- a) *Das Landesministerium¹⁰⁹ kann für höchstens 6 Monate "die regelmäßige Arbeitszeit aus besonderem Anlaß abweichend"¹¹⁰ von regelmäßig durchschnittlich 40 Stunden verlängern oder verkürzen.¹¹¹ Die Abweichung ist innerhalb von 3 Monaten auszugleichen.*
- b) *Die oberste Dienstbehörde kann für einzelne Verwaltungszweige, wenn es deren besondere Belange erfordern, von der üblichen Norm (§ 4 ArbZVO) abweichende Pausenregelungen¹¹² festlegen und/oder die Arbeitstage abweichend von § 5 ArbZVO¹¹³ definieren. Hierbei darf die in § 2 Abs. 1 festgelegte regelmäßige Arbeitszeit von durchschnittlich 40 Stunden - mit Ausnahme der obenstehenden Regelung - nicht unterschritten werden.*

106 vgl. BÖHM/SPIERTZ/SPONER/STEINHERR 1988, Teil I, Anhang Nr. 2 (Gleitende Arbeitszeit), Vorbem. Abschnitt IV (§§ 15-18 BAT), Seite 25 f

107 vgl. Auszug aus § 2 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO), Nds.GVBl. 1974, S. 425, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1975, S. 526: "Ist die Arbeitszeit in der Weise geregelt, daß der Beamte über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit oder auch der Mittagspausen innerhalb festgelegter Grenzen selbst bestimmen kann (gleitende Arbeitszeit), so ist eine Unterschreitung der regelmäßigen Arbeitszeit (Mindestzeit) nur bis zu 10 Stunden im Monat zulässig; eine Überschreitung der regelmäßigen Arbeitszeit (Mehrzeit) wird nur bis zu 10 Stunden im Monat angerechnet. Minderzeiten oder anrechenbare Mehrzeiten, die am Monatsende verbleiben, sind in den folgenden Monat zu übernehmen. Die für die Dienststelle festgelegte Pflichtenwesenheit (Kernzeit) muß ausschließlich der Pausen, wenn der Beamte Beginn und Ende der Mittagspause selbst bestimmen kann, täglich mindestens 5 Stunden und 30 Minuten betragen; sie darf für den Ausgleich nur an einem Nachmittag im Monat in Anspruch genommen werden."; vgl. auch: Auszug aus dem "Muster für die Festsetzung der gleitenden Arbeitszeit", in: NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1973 B, Nds.MBl. 1973, S. 1614, Ziff. 5.: "Mehr- oder Minderzeiten, die am Monatsende verbleiben, sind in den folgenden Monat zu übernehmen. Minderzeiten dürfen höchstens 10 Stunden betragen. Mehrzeiten dürfen höchstens mit 10 Stunden übernommen werden ..."; vgl. auch: Auszug aus CLEMENS/SCHEURING pp. 1987, Kommentar zu § 17 BAT, Seite 8, Ziff. 1: "Nach § 17 Abs. 1 Unterabs. 1 sind Überstunden, die auf Anordnung geleisteten Arbeitsstunden, die über die im Rahmen der regelmäßigen Arbeitszeit für die Woche dienstplanmäßig bzw. betriebsüblich festgesetzten Arbeitsstunden hinausgehen. Überschreitungen der täglichen dienstplanmäßigen bzw. betriebsüblichen Arbeitszeit, die innerhalb derselben Woche ausgeglichen werden, sind daher begrifflich keine Überstunden. Ein Ausgleich von Überstunden durch Arbeitsbefreiung liegt infolgedessen auch nur insoweit vor, als die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit und nicht die dienstplanmäßige tägliche Arbeitszeit unterschritten wird."

108 vgl. Weber, G. 1980: Konzeptionen flexibler Arbeitszeitstrukturen für den Produktionsbereich, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1981, Seite 9

109 Das Landesministerium oder bei mittelbaren Landesbeamten: die oberste Dienstbehörde.
vgl. § 6 Abs. 1 Satz 1 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

110 § 6 Abs. 1 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

111 vgl. § 2 Abs. 1 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

112 § 4 Abs. 1 und 2 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526: "Pausen sind allgemein vorgesehene Unterbrechungen der Arbeitszeit, in denen der Beamte von der Arbeitsleistung freigestellt ist und sich auch nicht bereitzuhalten braucht. Sie werden nicht auf die Arbeitszeit angerechnet." ... "Es ist täglich eine Mittagspause zu gewähren; sie muß mindestens 30 Minuten betragen und soll 1¼ Stunden nicht überschreiten."

113 § 5 Abs. 1 und 2 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526: "Arbeitstage sind Werkstage mit Ausnahme der Sonnabende." ... "Der 24. und 31. Dezember sind dienstfrei. § 2 Abs. 4 gilt entsprechend."

§ 2 Abs. 4 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526: "Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit vermindert sich für gesetzlich anerkannte Wochenfeiertage um die darauf entfallende Arbeitszeit."

- c) *Die obersten Dienstbehörden oder die von ihnen bestimmten Behörden können abweichend von § 5 Abs. 1 ArbZVO auch Sonnabende zu Arbeitstagen bestimmen, wenn die dienstlichen Verhältnisse es erfordern und/oder abweichend von § 5 Abs. 2 ArbZVO anordnen, "daß an einzelnen Arbeitstagen der Dienst ausfällt, wenn ein besonderer Anlaß dies rechtfertigt; § 2 Abs. 4 gilt entsprechend."¹¹⁴*
- d) *Die obersten Dienstbehörden oder die von ihnen bestimmten Behörden können ausnahmsweise für einzelne Verwaltungsbereiche oder für besondere Einzelfälle abweichend von § 5 b Abs. 2 Satz 2¹¹⁵ bestimmen, daß bis zu zehn aufeinanderfolgende Arbeitstage dienstfrei bleiben dürfen, wenn wegen der besonderen Art der von den betroffenen Beamten wahrzunehmenden Aufgaben gewährleistet ist, daß in dieser Zeit eine Vertretung durch andere Bedienstete nicht erforderlich wird. Diese Regelung findet vor allem für Teilzeitbeschäftigte Anwendung.¹¹⁶*
- e) *Die Dienstvorgesetzten oder die von ihnen ermächtigten Dienststellenleiter können abweichend von § 5 ArbZVO anordnen, daß an Sonn- und Feiertagen oder an anderen dienstfreien Tagen Dienst zu leisten ist, wenn die dienstlichen Verhältnisse es erfordern.¹¹⁷*

Der Anwendung vorstehender Ausnahmeregelungen im Kommunalbereich sowie für Beamte wie für Angestellte stehen nach Maßgabe des NBG und des BAT sowie nach § 62 NGO und § 57 NLO rechtlich keine Bedenken im Wege.¹¹⁸ Bei Erkennen des Erfordernisses dienstlicher Zweckmäßigkeit ist die Anwendung von flexiblen Arbeitszeitregelungen durchaus möglich, z. B. von solchen Regelungen, die den einzelnen Bediensteten (z. B. des Sozialpsychiatrischen Dienstes) eine sehr weitreichende Autonomie einräumen.

4. Nur 40-Stunden-Limit

Die unter der Bezeichnung "Nur 40-Stunden-Limit" angegebene Arbeitszeitregelung rangiert in der Mitte einer durch die vorbeschriebenen Regelungen "gleitende Arbeitszeit" und "freie Arbeitszeitgestaltung" begrenzten Bandbreite. Aus ihrer Verankerung ergeben sich einerseits - ausgehend von der "freien Arbeitszeitgestaltung" - einschränkende Wirkungen für den Dispositionsfreiraum der Arbeitnehmer; andererseits bedingt diese Regelung - ausgehend von der "gleitenden Arbeitszeit" - eine erhöhte Flexibilität durch die Auflösung festgelegter Regelungen. Die Einschränkung des Dispositionsfreiraumes ist dadurch gekennzeichnet, daß auf das wöchentliche 40-Stunden-Limit abgestellt wird. Zeitliche Schwankungen (Zeitguthaben und -schulden) im Bereich dieses Limits sind zwar möglich, die Maximalgrenzen sind jedoch - meist großzügig - festgelegt. Den Arbeitnehmern bleibt die freie Wahl von Dauer und Lage der täglichen Arbeitszeit. Wenn die Maximalgrenzen im Bereich des 40-Stunden-Limits großzügig genug gewählt werden, stellt diese Arbeitszeitregelung gegenüber der "gleitenden Arbeitszeit" für die Arbeitnehmer einen erheblich erweiterten Dispositionsfreiraum dar.

5. Nur 40-Stunden-Limit und freie Arbeitszeitgestaltung

Diese Antwortkombination orientiert sich stärker als die zuvor beschriebene am Kriterium der "freien Arbeitszeitgestaltung". Sie stellt demgegenüber jedoch eine Einschränkung dar, als daß auf die Erfüllung der 40-stündigen Wochenarbeitszeit (nicht im Jahres- oder Wochendurchschnitt, sondern) im Monatsdurchschnitt abgestellt wird. Die Regelung beinhaltet großzügig begrenzte Übertragungsmöglichkeiten von Zeitguthaben und -schulden in Folgemonate und gegebenenfalls auch die Möglichkeit, Zeitguthaben in einem vorgegebenen Rahmen grundsätzlich jederzeit und unbefristet abfeiern zu können. Dauer und Lage der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeiten bleiben vom Arbeitnehmer frei bestimmbar.

6. Gleitende Arbeitszeit und freie Arbeitszeitgestaltung

Diese Antwortkombination beinhaltet, daß grundsätzlich für die Bediensteten die gleitende Arbeitszeit gilt, daß jedoch die zeitlichen Variationsmöglichkeiten jener Arbeitszeitregelung mit den konkreten Erfordernissen der Praxis nur schwer in Einklang zu bringen sind. Erforderlich ist eine größere Variationsbreite auf der Basis der gleitenden Arbeitszeitregelung. Diese kann auch erreicht werden, häufig jedoch nicht als offizielle Dienstnorm, sondern in Form individuell zugestander Privilegien, meist auf der Ebene zwischen direktem Dienstvorgesetzten und Bediensteten.

114 § 6 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

115 § 5 b Abs. 2 Satz 2 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526: "Ist die wöchentliche Arbeitszeit mindestens um ein Fünftel ermäßigt worden, so können einzelne Arbeitstage dienstfrei bleiben, jedoch nicht mehr als zwei aufeinanderfolgende, bei einem Beamten, für den alle Tage Arbeitstage sind, nicht mehr als vier aufeinanderfolgende."

116 vgl. § 6 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

117 vgl. § 6 Abs. 4 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526

118 vgl. § 62 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. § 57 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO); vgl. KÜMMEL 1989, Kommentar zu § 80 NBG, Seite 80/24, Ziffer 2; nach § 1 NBG erstreckt sich der Geltungsbereich dieses Gesetzes auch auf Beamte der Gemeinden und Landkreisen; der Geltungsbereich des BAT schließt Angestellte des Bundes, der Länder und Gemeinden ein.

Die vorbeschriebene Typologie der Arbeitszeitregelung beinhaltet eine beachtliche Variationsbreite individueller Dispositionsspielräume für Arbeitnehmer. Für die Belange ambulanter Dienste in der (sozial-) psychiatrischen Versorgung ergibt sich eine Rangfolge, die wie folgt aussieht:

1. *Freie Arbeitszeitgestaltung*
2. *Nur 40-Stunden-Limit und freie Arbeitszeitgestaltung,*
3. *Nur 40-Stunden-Limit*
4. *Gleitende Arbeitszeit und freie Arbeitszeitgestaltung,*
5. *Gleitende Arbeitszeit*
6. *Feste Arbeitszeit.*

In der Bewertung wird, bezogen auf den Aufgabenbereich eines ambulanten Dienstes, die erstgenannte Regelung als am ehesten, die letzte als am wenigsten geeignet bezeichnet. Die Auswirkungen geeigneter bzw. weniger geeigneter Regelungen können durch Erfahrungen aus dem Modellverbund belegt werden: "Ohne Handlungsspielraum für die Mitarbeiter könnte .. ein in einem Gesundheitsamt angesiedelter SpD seinen Aufgaben nicht gerecht werden. Hier Möglichkeiten offenzuhalten, ... ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß Kontakte geknüpft, von den Klienten aufrecht erhalten und Schwellenängste reduziert werden können."¹¹⁹ Daß solche Erfahrungen Schule machen, zeigt sich beispielsweise am Psychiatrie-Plan der Stadt Herne aus dem Jahr 1986. Hier heißt es: "Die Arbeitszeit sollte in eine Kernarbeitszeit und in einen flexiblen, den Erfordernissen entsprechenden Zeitanteil eingeteilt werden können; ein Sozialarbeiter muß allerdings in jeder Beratungsstelle während der gesamten Dienstzeit als Ansprechpartner anwesend sein."¹²⁰

Datenanalyse

In der Auswertung der erhobenen Daten ergibt sich eine Konzentration auf das Arbeitszeitmodell "Gleitende Arbeitszeit". In der Mehrzahl (13 von 22) der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste (59,1 %) wird nach diesem Modell verfahren, gefolgt von sieben Diensten (31,8 %), die über feste Arbeitszeitregelungen verfügen. Bei drei dieser Dienste beschränkt sich der Geltungsbereich der Regelung jedoch auf Verwaltungsangestellte bzw. Teilzeitkräfte. Drei weitere Dienste (13,6 %) haben die Antwortkombination "Nur 40-Stunden-Limit" und "Freie Arbeitszeitgestaltung" angegeben. Ein Dienst (4,5 %) gibt als Antwort "Gleitende Arbeitszeit" und "Freie Arbeitszeitgestaltung" an; ein weiterer Dienst arbeitet unter den Bedingungen der "Freien Arbeitszeitgestaltung". Die Antwortmöglichkeit "Nur 40-Stunden-Limit" wurde (als selbständige Angabe) nicht gewählt.

Die folgenden Auswertungen stellen den Dispositionsfreiraum der Arbeitnehmer in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Um eine Einschätzung der Situation der befragten 22 Dienste durchführen zu können, erhalten die sechs unterschiedliche Arbeitszeitregelungen jeweils nach dem Grad ihres Dispositionsfreiraumes die Zahlenwerte 0 bis 5 zugewiesen (0 = geringster, 5 = größter Dispositionsfreiraum). Diese Zahlenwerte werden zur Gewichtung mit der Häufigkeit der Nennungen multipliziert.¹²¹ Maximal können je Dienst fünf Punkte, für alle Dienste 110 Punkte erreicht werden. Entsprechend der Ergebnisse ergibt sich folgendes Resultat:

119 BREUER/DÖRFLER/HABECK pp. 1983, Seite 146; vgl. auch: BAUER/HASELBECK 1983, Seite 93 ff

120 STADT HERNE, DER OBERSTADTDIREKTOR 1986, Seite 106

121 ohne Berücksichtigung von Doppelnennungen

Rang	Arbeitszeitregelung	maximale Punktzahl	erzielte Punktzahl
1.	Freie Arbeitszeitgestaltung	22 x 5 = 110	1 x 5 = 5
2.	Nur 40-Stunden-Limit und freie Arbeitszeitgestaltung	0 x 4 = 0	3 x 4 = 12
3.	Nur 40-Stunden-Limit	0 x 3 = 0	0 x 3 = 0
4.	Gleitende Arbeitszeit und freie Arbeitszeitgestaltung	0 x 2 = 0	1 x 2 = 2
5.	Gleitende Arbeitszeit	0 x 1 = 0	13 x 1 = 13
6.	Feste Arbeitszeit	0 x 0 = 0	4 x 0 = 0
Σ		110	32

Ergebnis

Wird fiktiv für die befragten 22 Dienste die freie Arbeitszeitregelung, die die größten Dispositionsfreiräume für Arbeitnehmer beinhaltet, als Zielvorgabe unterstellt, so führt die vorgenommene Befragung zu dem Ergebnis, daß von dieser Vorgabe 29,1 % erreicht werden ($32 \div 110$). Dies bedeutet, daß ungeeignete Arbeitszeitregelungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten für die dort Beschäftigten mit erheblichen Einschränkungen ihres Dispositionsfreiraumes einhergehen. Daß derartige Negativbeeinträchtigungen vermeidbar sind, wird durch die Regelungen in den Diensten der Landkreise Celle, Osterholz und Hildesheim sowie der Stadt Wolfsburg belegt, die freie Arbeitszeitregelungen, teilweise in Kombination mit "Nur 40-Stunden-Limit", praktizieren.

Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und klientenorientierte Arbeitsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden vor dem Hintergrund dieser relativ geringen Quote flexibler Arbeitszeitregelungen zum Teil schon spürbar sein.

<p>205 Fallen für die Mitarbeiter des Dienstes Überstunden an?</p> <hr/> <p>Falls ja: Wie hoch ist die durchschnittliche monatliche Belastung an Überstunden für die hauptamtlichen Vollzeitkräfte des Dienstes?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>ca. Stunden/Person</p>
<p>206 Können Hausbesuche durch die Mitarbeiter des Dienstes nach 17 Uhr erfolgen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>207 In welchem Umfang handelt es sich bei den in Fragen 205 u. 206 angegebenen Überstunden um angeordnete Überstunden?</p>	<p>ca. Stunden/Person</p>
<p>208 Wie erfolgt die Vergütung der Überstunden?</p>	<p>durch Freizeitausgleich <input type="checkbox"/></p> <p>durch Gehaltsausgleich <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>

Die in der vorangegangenen Frage diskutierten Regelungen zu den Arbeitszeiten sollen durch Auskünfte zu grundlegenden Überstundenregelungen und Vergütungsregelungen komplettiert werden. In einem weiteren Teilkapitel erfolgt dann die Diskussion der Mehrarbeitsregelungen aufgrund von Kriseninterventionsdiensten.

Forschungsinteresse

Durch die Frage 205 soll geklärt werden, ob die Aufgabenerfüllung innerhalb der Regelarbeitszeit erfolgt oder ob dies nur durch Erbringen zusätzlicher Arbeitsleistungen gelingen kann. Die Frage ist allgemein formuliert, erfährt jedoch im Hinblick auf Frage 207 (angeordnete Überstunden) eine Präzisierung durch die Unterscheidung von "angeordneten Überstunden" und anderen "Überstunden". Frage 206 behandelt die Möglichkeiten zur Durchführung von Hausbesuchen durch Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste. Das in der Fragestellung

vorgegebene Kriterium "nach 17 Uhr" wurde gewählt, um einschränkende Wirkungen von unterschiedlichen Arbeitszeitregelungen (Frage 204) auf die Flexibilität der Dienste feststellen zu können.¹²² Die Frage 208 gibt Auskunft darüber, ob und in welcher Form den Mitarbeitern der Dienste geleistete Überstunden vergütet werden.

Bewertungsparameter Frage 205

Die Definition des Begriffes "Überstunden" richtet sich nach § 44 BUNDESRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) - dort als "Mehrarbeit" bezeichnet - und § 17 Abs. 1 und Abs. 4 BUNDESANGESTELLTENTARIF-VERTRAG (BAT). Der nahezu wortgleichen Formulierung des § 72 Abs. 2 BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) sowie § 3 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) ist zu entnehmen, daß mit Überstunde (nachfolgend als Synonym auch für Mehrarbeit verwendet): "... eine über die regelmäßige (wöchentliche) Arbeitszeit hinaus ausnahmsweise erforderliche Mehrarbeit, die den Beamten schriftlich per Verwaltungsakt *angeordnet oder genehmigt* wird"¹²³ gemeint ist. Nach § 17 BAT sind Überstunden "... die auf Anordnung geleisteten Arbeitsstunden, die über die im Rahmen der regelmäßigen Arbeitszeit (..) für die Woche dienstplanmäßig bzw. betriebsüblich festgesetzten Arbeitsstunden hinausgehen". Die Begriffe "über die regelmäßige (...) Arbeitszeit hinaus ausnahmsweise erforderliche Mehrarbeit" und "dienstplanmäßig bzw. betriebsüblich festgesetzte Arbeitsstunden" fordern eine Einbeziehung der jeweils üblichen Arbeitszeitregelungen. Ein Zusammenhang mit den Angaben zu Frage 204 besteht daher. Aus diesem Grunde enthält die Tabelle 2-2 auf der folgenden Seite nicht nur die einzelnen Befragungsergebnisse, sondern darüber hinaus in einer gesonderten Zeile eine Kennzeichnung derjenigen Sozialpsychiatrischen Dienste, die unter Arbeitszeitregelungen "Gleitende Arbeitszeit" angegeben haben.

Eine Häufung von Überstunden oder kontinuierlich anfallende Überstunden können auf Personalmangel hindeuten. Hier wird eine Verbindung zu den Ergebnissen der Fragen 304, 305 und 307 hergestellt werden müssen. Allerdings können entsprechende Überstunden aus Arbeitgebersicht auch als mangelnde Fähigkeit des Arbeitnehmers zur Strukturierung der Arbeit gewertet werden.

Datenanalyse Frage 205

Die Erhebung ergab, daß in 18 Diensten (81,8 %) Überstunden anfallen, während vier Dienste (18,2 %) ohne auskommen. Die monatliche Belastung an Überstunden beträgt bei den hauptamtlichen Vollzeitkräften der Dienste (n = 15) durchschnittlich 10,6 Stunden pro Person.

Weitere Betrachtungen der Tabelle 2-2 führen zu der Erkenntnis, daß "Überstunden" bei 9 von 22 Diensten (40,9 %) in Erscheinung treten, deren Bedienstete der gleitenden Arbeitszeitregelung unterliegen. Die gleiche Anzahl der Dienste (9 von 22), bei denen andere Arbeitszeitregelungen gelten, melden ebenso das Auftreten von "Überstunden". Eine Gegenüberstellung beider Gruppen ergibt jedoch, daß die monatliche Anzahl der "Überstunden" bei erstgenannter Gruppe (in Kombination mit der gleitenden Arbeitszeitregelung) im Durchschnitt

122 Das Durchführen von Hausbesuchen dient hierbei als Indikator, schließt jedoch das Verrichten anderer dienstlicher Tätigkeiten "nach 17 Uhr" nicht aus. Es wurde auf diese Tätigkeit abgestellt, weil das Tätigkeitsprofil der Dienste und die Erfordernisse der Praxis Hausbesuche für den angegebenen Zeitpunkt wahrscheinlicher erscheinen lassen als das Verrichten anderer dienstlicher Angelegenheiten.
vgl. NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985 und 17.03.1989

123 vgl. BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1967, Beschluß vom 08.03.1967;
vgl. PLOG/WIEDOW/BECK/LEMHÖFER 1989, Kommentar zu § 72 Bundesbeamtengesetz (BBG), Seite 20.1, Anm. 20

mit 8,8 Stunden pro hauptamtlich vollbeschäftigtem Mitarbeiter angegeben werden kann, während das Ausmaß bei der zweiten Gruppe (in Kombination mit anderen Arbeitszeitregelungen) durchschnittlich monatlich 11,8 "Überstunden" pro Beschäftigten beträgt.¹²⁴

TABELLE 2-2:
ARBEITSZEITMODALITÄTEN IN SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN 1985

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	∑ / ø	
Gleitende Arbeitszeit	✘	✘		✘	✘			✘		✘	✘					✘	✘		✘		✘	✘	✘	13
Überstunden fallen an	✘		✘	✘		✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘		✘	✘		✘	✘	✘	✘	✘	18
Zahl der ø mtl. Überstunden	10		22	5		10	20	5	4	13	☼	10	10	10		10	10		10	☼	☼	10	10,6	
Hausbesuche nach 17 Uhr sind möglich	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	22
Überstd.-Vergütung durch Freizeitausgleich	✘		✘	✘		✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘		✘	✘		✘	✘	✘	✘	✘	17
Überstunden-ausgleich durch Gehaltszahlung																								0
kein Überstundenausgleich				✘																		☹	2	

- ✘ = trifft zu
- ☼ = Überstunden fallen an; keine Angaben über den Umfang.
- ☹ = Die Ausgleichsregelung im Landkreis Emsland berücksichtigt Überstunden oberhalb von mtl. 10 Std. nicht.

Bewertungsparameter Frage 206

Bei der Auswertung von Frage 206 sind ebenfalls die Arbeitszeitregelungen einzubeziehen. Dies soll aufgrund der Überlegung erfolgen, daß bei flexiblen Arbeitszeitregelungen tendenziell günstigere Voraussetzungen zur Durchführung von Hausbesuchen "nach 17 Uhr" bestehen, während beispielsweise die engeren Rahmenbedingungen der "festen Arbeitszeit" das Tätigwerden der Bediensteten in den späten Nachmittagsstunden eher erschweren könnten. Die Ergebnisse zu Frage 204 konnten zwar bezüglich der Art der angewendeten Arbeitszeitregelungen Hinweise liefern, jedoch keine Detailinformationen zu Lage, Dauer und Zeitgrenzen der speziellen Arbeitsabläufe in den einzelnen Diensten.

Datenanalyse Frage 206

In Tabelle 2-2 wird ein eindeutiges Ergebnis dokumentiert: Bei allen 22 befragten Diensten können Hausbesuche durch "nach 17 Uhr" erfolgen. Somit ist deutlich, daß Arbeitszeitmodelle die Möglichkeit von Hausbesuchen nicht direkt betreffen. Gleichwohl können die Konditionen, zu denen die Mitarbeiter Tätigkeiten "nach 17 Uhr" verrichten, unterschiedlich ausfallen. Ergänzende Aufschlüsse ergeben sich nach den Auswertungen zu Frage 208.

124 **Dienste mit gleitenden Arbeitszeitregelungen**
 AUR 10 Stunden
 OSS 5 Stunden
 UEL 5 Stunden
 SHG 13 Stunden
 GS 10 Stunden
 EL 10 Stunden ø 8,83 Stunden

Dienste mit anderen Arbeitszeitregelungen
 CE 22 Stunden
 OHZ 10 Stunden
 VER 20 Stunden
 DAN 4 Stunden
 HI 10 Stunden
 GF 10 Stunden
 WOB 10 Stunden
 SZ 10 Stunden
 GÖ 10 Stunden ø 11,77 Stunden

Bewertungsparameter Frage 207

Durch die Frage 207 soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang es sich bei den abgeleisteten Überstunden um angeordnete Überstunden handelt. In diesem Zusammenhang wird - unter Bezugnahme auf die Ausführungen zu Frage 205 - ein strenger rechtlicher Maßstab anzulegen sein:

a) beamtenrechtlich:

Die an einen Beamten gerichtete Anordnung, über die regelmäßige (wöchentliche) Arbeitszeit hinaus "Dienst zu tun" (§ 44 BRRG, nahezu wortgleich mit § 72 BBG)¹²⁵ ist nach einem Beschluß des Bundesverwaltungsgerichtes ein Verwaltungsakt, gegen den der Beamte Anfechtungsklage erheben kann.¹²⁶

"Der Beamte ist verpflichtet, ohne Vergütung über die regelmäßige (wöchentliche) Arbeitszeit hinaus Dienst zu tun, wenn zwingende dienstliche Verhältnisse es (dies) erfordern (und sich die Mehrarbeit auf Ausnahmefälle beschränkt). Wird er durch eine dienstlich angeordnete oder genehmigte Mehrarbeit mehr als fünf Stunden im Monat über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus beansprucht, (so) ist ihm innerhalb von drei Monaten für die über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus geleistete Mehrarbeit entsprechende Dienstbefreiung zu gewähren. ...".¹²⁷

b) angestelltenrechtlich:

In § 17 BAT lautet die Definition für Überstunden folgendermaßen:

"Überstunden sind die auf Anordnung geleisteten Arbeitsstunden, die über die im Rahmen der regelmäßigen Arbeitszeit (§ 15 Abs. 1 bis 4 und die entsprechenden Sonderregelungen hierzu) für die Woche dienstplanmäßig bzw. betriebsüblich festgesetzten Arbeitsstunden hinausgehen. ... Soweit ihre Notwendigkeit voraussehbar ist, sind sie spätestens am Vortage anzusagen."¹²⁸

"Gelegentliche Überstunden können für insgesamt sechs Arbeitstage innerhalb eines Kalendermonats auch vom unmittelbaren Vorgesetzten angeordnet werden. Andere Überstunden sind vorher schriftlich anzuordnen."¹²⁹

Nach § 17 Abs. 1 Satz 2 BAT sind Überstunden auf dringende Fälle zu beschränken und möglichst gleichmäßig auf die Angestellten zu verteilen. Eine Überstundenanordnung, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, ist nicht in der Lage, die regelmäßige betriebsübliche Arbeitszeit zu ändern.¹³⁰ Anrechenbare Mehrzeiten (Schwankungen) nach der Gleitenden Arbeitszeitregelung gelten nicht als Überstunden.

Datenanalyse Frage 207

Ein eindeutiges Ergebnis ergibt sich hier: In den 22 befragten Diensten wurde im Befragungszeitraum keine einzige Überstundenanordnung getroffen. Demnach sind sämtliche Stundenangaben als Schwankungen im Rahmen flexibler Arbeitszeitregelungen zu interpretieren bzw. als situative Mehrarbeit zu bewerten. Festzuhalten bleibt, daß Hausbesuche nach 17 Uhr regelmäßig nicht im Rahmen angeordneter Überstunden erfolgten.

125 vgl. BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985; vgl. BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) 1985

126 vgl. BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1967, Beschluß vom 08.03.1967

127 vgl. BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985; vgl. BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) 1985

128 vgl. § 17 Abs. 1 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987

129 vgl. § 17 Abs. 4 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987

130 vgl. BUNDESARBEITSGERICHT 1977, Urteil vom 25.10.1977 - 1 AZR 452/74

Bewertungsparameter Frage 208

Bezüglich der Form der Überstundenvergütungen sieht das BRRG keinen oder einen durch Freizeit- bzw. Geldleistung zu erfolgenden Ausgleich vor.¹³¹ Entsprechend heißt es hierzu in § 17 Abs. 5 BAT:

"Überstunden sind grundsätzlich durch entsprechende Arbeitsbefreiung auszugleichen; die Arbeitsbefreiung ist möglichst bis zum Ende des nächsten Kalendermonats, spätestens bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ableistung der Überstunden zu erteilen. ... Für jede nicht ausgeglichene Überstunde wird die Überstundenvergütung (§ 35 Abs. 3 Unterabs. 2) gezahlt."¹³²

Aus diesen rechtlichen Bestimmungen resultiert eine Verpflichtung zur Zahlung einer Überstundenvergütung erst dann, wenn es nicht möglich ist, die Überstunden durch entsprechende Arbeitsbefreiung auszugleichen.¹³³

Eine "Vergütung" von Überstunden durch Freizeit- oder Gehaltsausgleich kann konsequenterweise nur erfolgen, wenn tatsächlich angeordnete Überstunden geleistet wurden. Das setzt voraus, daß entsprechende Angaben gemacht wurden. Zur Beantwortung der Frage waren drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben:

1. Die Abgeltung angeordneter Überstunden durch Freizeitausgleich nach den Bestimmungen von BAT oder BRRG.
2. Die Abgeltung angeordneter Überstunden durch Zahlung der Überstundenvergütung, die automatisch einsetzt, sobald bis zum Ende des nächsten Kalendermonats kein Freizeitausgleich erfolgte.
3. Angeordnete Überstunden, die "gar nicht" vergütet werden (weder durch Freizeit- noch durch Gehaltsausgleich), sind faktisch undenkbar. Es darf vermutet werden, daß in solchen Fällen, in denen tatsächlich keine Überstunden angeordnet aber Überstunden geleistet wurden, diese konsequenterweise nicht vergütet wurden.

Für die 3. Antwortmöglichkeit ergeben sich Hinweise auf erbrachte, unbezahlte bzw. unvergütete Arbeitsleistungen. Diese zu interpretieren, ist nicht möglich, da hierfür keine gültigen Regeln aufgestellt werden können. Es wird von multikausaler Lagerung von Einzelfällen ausgegangen, deren Analyse stets nur fallbezogen erfolgen kann.

Datenanalyse Frage 208

Zu dieser Frage liegen Angaben von 18 Diensten vor; ausweislich der Tabelle 2-2 haben die Dienste Emden, Grafschaft Bentheim, Osterode und Braunschweig das Auftreten von Überstunden grundsätzlich verneint. In den 18 verbleibenden Diensten werden "Überstunden", wobei es sich ausweislich in keinem Fall um angeordnete Überstunden handelt, zu 94 % (17 von 18 Diensten) in Form von Freizeit ausgeglichen, ein Gehaltsausgleich erfolgt nicht. Die Begründung dürfte wesentlich in der Ermangelung dienstlicher Überstundenanordnungen zu

131 vgl. § 44 BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985 : "Der Beamte ist verpflichtet, ohne Vergütung über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus Dienst zu tun, wenn zwingende dienstliche Verhältnisse es erfordern. Wird er durch eine dienstlich angeordnete oder genehmigte Mehrarbeit mehr als fünf Stunden im Monat über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus beansprucht, so ist ihm innerhalb von drei Monaten für die über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus geleistete Mehrarbeit entsprechende Dienstbefreiung zu gewähren. Durch Gesetz kann bestimmt werden, daß an ihrer Stelle Beamte in Besoldungsgruppen mit aufsteigenden Gehältern für einen Zeitraum bis zu vierzig Stunden im Monat eine Vergütung erhalten, wenn die Dienstbefreiung aus zwingenden dienstlichen Gründen nicht möglich ist. ..."

132 vgl. § 17 Abs. 5 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987

133 vgl. CLEMENS/SCHOURING pp. 1987, Kommentar zu § 17 BAT, Seite 8, Ziff. 12

sehen sein. - Die Dienste der Stadt Osnabrück und des Landkreises Emsland, bei denen nach der gleitenden Arbeitszeitregelung gearbeitet wird, geben an, daß eine Vergütung der Überstunden weder durch Freizeit- noch durch Gehaltsausgleich, also "gar nicht", erfolgt. In Ermangelung weiterer Informationen zu diesem Umstand darf angenommen werden, daß bei beiden Diensten auf eine strikte Einhaltung der Modalität zur gleitenden Arbeitszeitregelung geachtet wird. Diese besagt u.a., daß eine Überschreitung der regelmäßigen Arbeitszeit (Mehrzeit) "nur bis zu 10 Stunden im Monat angerechnet" werden.¹³⁴ Arbeitsleistungen, die innerhalb dieses Zeitraumes darüber hinaus erbracht werden, sind folglich nicht anrechenbar und werden damit konsequenterweise "gar nicht" vergütet; sie verfallen. Exakt dieser Sachverhalt wird vom Dienst des Landkreises Emsland ausdrücklich bestätigt.

Ergebnis

In der Mehrzahl der Sozialpsychiatrischen Dienste fallen Überstunden regelmäßig an, es handelt sich aber um Schwankungsbelastungen im Kontext der gleitenden Arbeitszeitregelungen. Die Höhe der durchschnittlichen Überstundenangaben stimmen mit den Rahmenbedingungen zur gleitenden Arbeitszeitregelung gut überein und läßt die Angaben plausibel erscheinen.

Überstunden als angeordnete Mehrarbeit zur Ausweitung von Arbeitskapazität der Dienste wurde in keinem Fall festgestellt.

Die Vergütung von Überstunden erfolgt in der Regel durch Freizeitausgleich, d.h. bei den Angaben handelt es sich in der Regel um die Bestätigung der Regelungen im Modell der gleitenden Arbeitszeit.

Die Bereitschaft bzw. dienstplanmäßige Möglichkeit zu Hausbesuchen nach 17.00 Uhr als Indikator für klienten- und arbeitsfeldgerechte Arbeitsorganisation wird in keinem der befragten Dienste eingeschränkt.

134 Auszug aus § 2 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ArbZVO) 1974, i.d.F. vom 12.12.1985: "Ist die Arbeitszeit in der Weise geregelt, daß der Beamte über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit oder auch der Mittagspausen innerhalb festgelegter Grenzen selbstbestimmen kann (gleitende Arbeitszeit), so ist eine Unterschreitung der regelmäßigen Arbeitszeit (Mindestzeit) nur bis zu 10 Stunden im Monat zulässig; eine Überschreitung der regelmäßigen Arbeitszeit (Mehrzeit) wird nur bis zu 10 Stunden im Monat angerechnet. Minderzeiten oder anrechenbare Mehrzeiten, die am Monatsende verbleiben, sind in den folgenden Monat zu übernehmen. Die für die Dienststelle festgelegte Pflichtenwesenheit (Kernzeit) muß ausschließlich der Pausen, wenn der Beamte Beginn und Ende der Mittagspause selbst bestimmen kann, täglich mindestens 5 Stunden und 30 Minuten betragen; sie darf für den Ausgleich nur an einem Nachmittag im Monat in Anspruch genommen werden."

<p>209 Gibt es einen Wochenenddienst im Sinne einer Krisenintervention?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>210 Gibt es einen Nachtdienst im Sinne einer Krisenintervention?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

Forschungsinteresse

Die Fragen 209 und 210 stehen in engem Zusammenhang. Bei beiden steht die Krisenintervention im Vordergrund. Dabei werden die etablierten Interventionsmöglichkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste zur Begegnung mit Krisensituationen erkundet. Die Fragestellungen beschränken sich nicht etwa auf in kommunaler Trägerschaft befindliche Dienstleistungsangebote, sondern beziehen sich auf vorhandene Einrichtungen und Initiativen im gesamten Einzugsbereich der befragten Kommunen. Während sich Frage 209 auf ein Vorhandensein von Wochenenddiensten konzentriert, beschäftigt sich Frage 210 mit den nächtlichen Kriseninterventionsdiensten. Bezüglich der zu erfassenden Bereitschaftszeiträume zu differenzieren, macht deswegen Sinn, weil die jeweils wirksame Unterstützung durch andere Einrichtungen der psychosozialen Hilfe in der Woche gegenüber dem Wochenende unterschiedlich zu bewerten ist.

Zunächst soll in einem Exkurs das Problemfeld Krise und insbesondere psychiatrische Krise dargestellt werden.

Exkurs: Zum Problem der Krise

Die inhaltliche Festlegung des Begriffes "Krise" findet in der Literatur ihren Ursprung in den 40er Jahren bei dem amerikanischen Psychiater Eric Lindemann, der die Erlebnisse und Reaktionen der Hinterbliebenen bei einer schweren Feuerkatastrophe erstmals systematisch untersuchte.¹³⁵ Rund 10 Jahre zuvor hatte sich der Schwede Josef Luhn Dahl in polemischer Weise gegen die vorherrschende Tradition der schwedischen Psychiatrie geäußert, in der das Vererbungs- und Konstitutionsdenken tonangebend war. In seiner 1932 veröffentlichten psychiatrischen Studie stellte er dar, wie psychische Traumen psychische Störungen verursachen können und leistete auf diese Weise einen - heute allzu leicht in Vergessenheit geratenen - wichtigen Beitrag zur Definition des Krisenbegriffes.¹³⁶

Anfang der 60er Jahre systematisierte und verwissenschaftlichte Gerald CAPLAN die menschlichen Reaktionen auf krisenhafte Lebenssituationen und -ereignisse. Er unterschied zwischen lebensgeschichtlichen Krisen (Reifungs- oder Entwicklungskrisen, die zu bestimmten vorhersagbaren Zeitpunkten auftreten, wie z.B. bei Eintritt in den Kindergarten, die Schule oder die Hochschule, Heirat, Geburt eines Kindes, Pensionierung etc.) und zufälligen, situativen und unerwarteten Krisen, die nicht vorhersagbar sind, wie beispielsweise Unfälle oder andere traumatische plötzliche Ereignisse.¹³⁷

Nach CAPLAN wird eine Krise ausgelöst, "when a person faces an obstacle to important life goals that is, for a time, insurmountable through the utilization of customary methods of problemsolving. A period of disorganization ensues, a period of upset, during which many different abortive attempts at solution are made. Eventually, some kind of adaptation is achieved, which may or may not be in the best interests of that person and his fellows."¹³⁸

135 vgl. CULLBERG 1980, Seite 13

136 vgl. ebenda

137 vgl. SENN 1950, Seite 91 ff; vgl. CAPLAN 1961, Seite 18

138 Eine Krise wird ausgelöst, "wenn eine Person zeitweilig mit Hindernissen in ihren Lebenszielen konfrontiert wird, die unüberwindbar sind unter Verwendung gewohnter Methoden der Problemlösung. Eine Zeit der Desorganisation ist die Folge, eine Zeit des Kummers. Während dieser Zeit werden verschiedene Versuche einer Lösung gesucht. Schließlich wird eine gewisse Anpassung erreicht, die entweder im Interesse der Person oder seiner Bekannten liegen mögen oder auch nicht."; CAPLAN 1961, Seite 18

CAPLAN beruft sich bei seinem praxisorientierten Konzept auf die vorangegangenen Untersuchungen von Lindemann. Die Psychiatrie-Enquête bezieht sich auf beide Autoren und übernimmt große Teile dieses Konzeptes,¹³⁹ ebenso deutsche Autoren wie HÄFNER und CULLBERG.¹⁴⁰ HÄFNER betont 1975 das gleichwertige Nebeneinanderstellen von inneren und äußere Auslösern der Krisen als wesentliches Element dieser Definition, indem er ausführt: "Krisen nennen wir einen nicht durch Krankheit erklärbaren Verlust des seelischen Gleichgewichts, hervorgerufen durch einen äußeren oder inneren Anlaß oder durch das Zusammenwirken beider."¹⁴¹

Nach DÖRNER/KÖCHERT/VON LAEHR/SCHERER ist dieses Krisenverständnis "bisher weitgehend unbestritten wegen der Berücksichtigung vielfältiger Wechselwirkungen, Bedingungen und Verhütungsmöglichkeiten psychischer Störungen...".¹⁴²

Unter Bezugnahme auf CAPLAN¹⁴³ fassen PFEIFER pp. 1988 im Rahmen der Berichte über den Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" in der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit¹⁴⁴ die wichtigsten Aspekte der Krisentheorie wie folgt zusammen:

- "Die Krise wird durch äußere Lebensumstände ausgelöst, welche für die Person ein wichtiges Problem darstellen ('hazardous circumstance that for him constitutes an important problem).
- Die Person kann diesem Problem weder entfliehen, noch es mit ihren herkömmlichen Problemlösungsstrategien überwinden.
- Die Krise selbst stellt keine Krankheit dar, sondern ist ein Verlust des seelischen Gleichgewichts (psychological disequilibrium).
- Krisen sind nach Ansicht der meisten Autoren zeitlich begrenzt (bis zu 6 Wochen) und enden wieder in einem Zustand des seelischen Gleichgewichtes. Der psychische Zustand nach der Krise kann dabei besser oder schlechter als vor der Krise sein, d.h., eine Krise kann im günstigsten Fall spontan abklingen, im ungünstigsten eine Krankheit auslösen."¹⁴⁵

Zu den Möglichkeiten des Umgangs und der Verhütung von Krisen unterscheidet CAPLAN zwei Strategien:

a) Langfristige Voraussetzungen:

Als langfristige Voraussetzung für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen gelte es, wichtige Umweltbedingungen zu erhalten und zu fördern. Dazu gehörten physikalische, gesellschaftliche und kulturelle Bereiche. Nach CAPLAN existiert eine ständige Wechselbeziehung zwischen der psychosomatischen Persönlichkeit und ihrer Umwelt. Das Individuum werde durch seine Entwicklung und durch äußere Einflüsse geprägt, umgekehrt jedoch verfüge der Einzelne auch über Möglichkeiten der aktiven Gestaltung eigener und gesellschaftlicher Bedingungen. Um diese Kluft zwischen dem Möglichen und dem Notwendigen zu überbrücken, seien kurzfristige Hilfen (sogenannte Kriseninterventionen) erforderlich.

b) Kurzfristige Hilfen:

Nach CAPLAN seien kurzfristige Hilfen (sogenannte Kriseninterventionen) mit dem Ziel der konstruktiven Verarbeitung und Bewältigung zeitlich begrenzter Ausnahmesituationen oder Lebenskrisen des Individuums erforderlich.¹⁴⁶

139 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 212

140 vgl. HÄFNER 1974, Seite 140; vgl. CULLBERG 1978, Seite 26 ff

141 HÄFNER 1975, Seite 215

142 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 55

143 vgl. CAPLAN 1964, Seite 53

144 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), a.a.O.

145 PFEIFER/FLECKENSTEIN-PFEIFER/KRONIBUS/LUDWIG pp. 1988, Seite 33

146 vgl. CAPLAN 1964, Seite 53

Von besonderer Bedeutung für die Krisenintervention ist nach CAPLAN dabei, daß ...

"... das Ergebnis einer Krise meistens nicht durch die auslösenden Faktoren oder die Persönlichkeit des Individuums bestimmt wird,

... daß während einer Krise das Individuum ein größeres Bedürfnis nach Hilfe hat als in seinem normalen psychischen Zustand und

... daß während des Verlustes des seelischen Gleichgewichtes der Mensch leichter zu beeinflussen ist als zu anderen Zeiten".¹⁴⁷

Das vorbeschriebene Krisenverständnis und die von CAPLAN aufgewiesenen Handlungsstrategien zur Begegnung bzw. Verhütung von Krisen bedingen Interventionskonzeptionen, die dem breitgefächerten Spektrum auftretender Krisen mit einem ebenso breiten Angebot unterschiedlicher Methoden, Techniken und Hilfen frühzeitig und möglichst wirkungsvoll begegnen können. Es wäre allerdings verfehlt, Angebots-, Interventions- bzw. Handlungsstrukturen von Krisendiensten nur auf eine durch das medizinische Krankheitsmodell¹⁴⁸ verengte Bedarfsbeschreibung auszurichten. KEUPP hat die Eingeschränktheit derartiger Konzepte bereits 1974 verdeutlicht.¹⁴⁹ Bei KLOCKMANN ("Der 'LOTSE' in Wilhelmsburg") heißt es hierzu: "Gemäß dem medizinischen Krankheitsmodell wird die Krise nur auf die objektive Faktizität des 'Krankheitsverlaufes' bezogen und Krankheit - auch im psychischen Bereich - als biologisch erklärbares Phänomen verstanden."¹⁵⁰ HÄFNER/RÖSSLER hingegen postulierten 1986 den psychiatrischen Notfall als "Analogon zum medizinischen Notfall: ein Zustand, in der Regel durch Krankheit verursacht, der zur Abwendung von Lebensgefahr oder anderen schwerwiegenden Folgen unverzüglich der sachverständigen Beurteilung und Behandlung bedarf."¹⁵¹ Bei Notfällen und Krisen gebe es neben medizinischen und psychiatrischen auch "soziale Aspekte, die in der Regel der sozialen Unterstützung bedürfen".¹⁵² Während auf den ersten beiden Ebenen eine dringende Versorgung jederzeit gewährleistet sein müßte, bestehe "auf der Ebene sozialer Unterstützung .. zwar häufig das Bedürfnis nach rascher Hilfe, nicht aber nach unverzüglicher Intervention ...".¹⁵³

In der Praxis orientieren sich zahlreiche Interventionsdienste an HÄFNERS Krisenverständnis und am medizinischen Krankheitsmodell.¹⁵⁴ Andere Dienste grenzen sich hiervon deutlich ab: "Wir verwahren uns gegen die Unterscheidung von psychiatrischen und psychosozialen Krisen, wie sie in der Medizin vorgenommen wird ... (Auf diese Weise ..., d.Verf.) wird die Trennung von Normalen und Verrückten legitimiert", heißt es in der Konzeptionsbeschreibung des KRISEN- UND BERATUNGSDIENSTES BERLIN (K.U.B.) 1987.¹⁵⁵ Je nach zugrundeliegendem Krisenverständnis können Hinweise aus den Tätigkeitsstatistiken verschiedener Dienste auf unterschiedliche Definition von Krisensituationen und Nutzerpopulationen deuten. Die Art der Krisenintervention

147 CAPLAN 1964, Seite 53 f

148 vgl. HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986, Seite 203 f; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 300 f

149 KEUPP 1974 B, Seite 33: "Jedoch erweist sich, daß eine beschränkt klinische Sichtweise (z.B. das 'medizinische Modell') blind ist für die aufgezeigten gesellschaftlichen Handlungszusammenhänge und sie erfüllt dadurch in ihren Analysen häufig ideologische Funktionen, sie verdinglicht gesellschaftlich-prozessuale Abläufe zu statisch-ontischen Wesenseigentümlichkeiten."

150 KLOCKMANN 1982, Seite 23

151 HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986, Seite 203

152 HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986, Seite 205

153 HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986, Seite 206

154 z.B.: Notfall- und Kriseninterventionsdienst des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, siehe HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986, Seite 206 ff; Station für Krisenintervention und Notfallpsychiatrie am Max-Planck-Institut in München, siehe BRONISCH/FEUERLEIN/HERTENBERGER 1986, Seite 213 ff; Kriseninterventionszentrum, Krankenhaus Am Urban in Berlin, siehe GÖTTE/WEGENER 1986, Seite 219 ff

155 KRISEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B) 1987, Seite 24 f

und ihr Anteil am gesamten Leistungsspektrum bei konzeptionell unterschiedlich arbeitenden Interventionsdiensten geht aus der folgenden Übersicht¹⁵⁶ hervor:

ÜBERSICHT ZUR KRIESENINTERVENTION
AUSGEWÄHLTER SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE UND KRIESENINTERVENTIONSDIENSTE

Problemfeld, Diagnose, Anlaß	SpD Brakel	HÄFNER Mannheim	K.U.B. Berlin	Berlin- Wedding	Berlin- Kreuzberg
Organische Syndrome		8,0 %			4,4 %
Schizophrenien		8,0 %			
Affektive Psychosen	41,2 %	1,0 %	18,0 %	10,3 %	1,9 %
Paranoide Syndrome		4,0 %			
Neurosen		53,0 %			
psychosomatischen Syndrome	3,6 %		3,0 %	0,1 %	
Alkohol, Drogen, Suchtprobleme	9,2 %	20,0 %	7,0 %	15,1 %	18,6 %
Suizidversuche, -absichten	19,0 %	5,0 %	8,0 %	18,7 %	
Null-Diagnose oder keine Angabe		1,0 %		5,7 %	6,3 %
psychosoziale Konfliktsituationen	23,2 %				
geistig behinderte Menschen	0,7 %				
alte Menschen	3,3 %			1,9 %	
Beziehungs-, Ehe- u. Familienkonflikte			23,0 %	15,7 %	55,4 %
Isolation			11,0 %		
Angstzustände, Depressionen			7,0 %	22,2 %	7,3 %
Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit			10,0 %		7,1 %
Sonstige psychische oder soziale Notlagen			13,0 %	10,4 %	
Summe	100,2 %	100,0 %	100,0 %	100,1 %	101,0 %

Quelle: eigene Berechnungen

Diese Übersicht, bei der dem Verfasser das Risiko unzulänglicher Vergleichbarkeit verschiedener Statistiken bewußt ist, verdeutlicht, daß bei den Interventionsdiensten in Mannheim und Brakel vorrangig solche Problemfelder bzw. Diagnosen akzentuiert werden, die das zugrundeliegende medizinisch-psychiatrische Arbeitskonzept widerspiegeln, während sich beispielsweise die nach erweiterter Konzeption erheblich früher einsetzenden präventiven Interventionspunkte des KRIESEN- UND BERATUNGSDIENSTES BERLIN (K.U.B) deutlich anhand der bearbeiteten Problemfelder ablesen lassen. Hierzu heißt es an entsprechender Stelle: "Wir unterscheiden uns

156 SpD Brakel: vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (1969), Seite 139, Tabelle 41; Mannheim: vgl. Häfner 1977, zitiert nach KLEMM 1981, Seite 117, Tabelle 2; K.U.B.: vgl. KRIESEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B) 1987, Seite 41; Berlin-Wedding: vgl. FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 1989, Seite 12 ff (Der vorliegende Endbericht differenziert ausdrücklich zwischen "Anlässe für das Aufsuchen der Krisenambulanz" und ICD-Diagnoseklassifikationen. Letzterem begegnen die Autoren des Berichtes mit Vorbehalten, da "die diagnostische Einordnung nach den ICD-Gruppen .. mit einer hohen Unsicherheit verbunden" sei, "... eine psychiatrisch korrekte Klassifikation dem Handlungsdruck in Krisensituationen zuwider läuft, und die Mitarbeiter der KA aufgrund ihres beruflichen Hintergrunds lediglich ein kurzes zusätzliches Training in diagnostischer Kategorisierung erhalten haben."); FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 1989, Seite 12; Berlin-Kreuzberg: vgl. GÖTTE/SALEH 1981, Seite 120, Tabelle 3

von vielen bekannten Kriseneinrichtungen dadurch, daß wir die Beratung anonym (d.h. ohne Aktenführung) und auch ohne Diagnose nach ICD-Schlüssel machen. ... Die Krisenarbeit, die wir meinen, liegt weit im Vorfeld der Psychiatrie, hilft aber auch Menschen, die schon einmal psychiatrisiert waren."¹⁵⁷

Dennoch muß bei derartigen Gegenüberstellungen vor übereilten Schlußfolgerungen gewarnt werden: Die zugrundegelegten Daten verfügen nur insoweit über valide Aussagefähigkeit, als sie in ihren jeweiligen, meist unterschiedlich gelagerten Sachzusammenhängen gewürdigt werden. Hierzu gehören die verwendeten (wissenschaftlichen) Erhebungsmethoden ebenso wie etwa Informationen über die weiteren Entwicklungsverläufe oder die anschließenden Behandlungsverfahren aufgetretener "Fälle", wie sie beispielsweise für das Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban in Berlin-Kreuzberg näher untersucht wurden.¹⁵⁸

Bewertungsparameter

Wenn bei den Fragen 209 und 210 nach dem Vorhandensein eines Kriseninterventionsdienstes gefragt wird, so kann das Ergebnis zunächst nur als quantitative Angabe erscheinen. Dies muß - besonders nach den vorstehenden Ausführungen zum Forschungsinteresse - unbefriedigend bleiben. Darum sollten stets die zugrundeliegenden Arbeitskonzeptionen der Krisendienste einbezogen werden. Diese sind von den Diensten zu erbitten. Grundsätzlich ist festzustellen: Vorhandene Kriseninterventionsmöglichkeiten sind positiv im Sinne einer gut strukturierten psychosozialen Versorgung zu werten, während fehlende Interventionsmöglichkeiten als Defizite im Versorgungssystem zu beurteilen sind.

Wegen der auf der Grundlage einer (vom medizinischen Krankheitsmodell abgekehrten) erweiterten Konzeption verstärkt präventiv arbeitenden Einrichtungen empfehlen sich zwecks Datenabgleich Querverbindungen zu den Fragen 405 bis 408 (vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen), in den Fällen, wo der Kriseninterventionsdienst als Bestandteil des Sozialpsychiatrischen Dienstes organisiert ist.

Datenanalyse

Das Ergebnis der Befragung ist eindeutig: Zum Zeitpunkt der Befragung existierte in keiner der 22 befragten Kommunen ein organisierter **Wochenenddienst** zur Krisenintervention. Lediglich die Stadt Wolfsburg lieferte in diesem Zusammenhang die Information, demnächst eine derartige Interventionsmöglichkeit aufbauen zu wollen.

Ebenso eindeutig fällt die Antwort zur Regelung der bedarfsgerechten Versorgung durch einen organisierten Kriseninterventionsdienst **in der Nacht**. Zum Zeitpunkt der Befragung existierte in keiner der 22 befragten Kommunen ein organisierter **Nachtdienst** zur Krisenbegegnung bzw. -intervention. Für die Stadt Wolfsburg gilt auch hier, daß sie die Schaffung einer derartigen Interventionsmöglichkeit ankündigte.¹⁵⁹

157 vgl. KRISEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B) 1987, Seite 30 ff

158 vgl. GÖTTE/SALEH 1981, Seite 121, dortige Tabelle 4

159 Der Krisendienst in der Stadt Wolfsburg hat im Zeitraum vom 01.12.1987 bis 31.05.1988 an erster Stelle eine "akute Suchtproblematik" als Krisenhintergrund angegeben. Danach erfolgen undifferenzierte Angaben mit der Bezeichnung "psychosoziale Krise" und "akute Krise", die terminologisch nur schwer eingeordnet werden können. An letzter Stelle rangiert eine "allgemeine Beratung", die zwar das therapeutische Handeln beschreibt, jedoch keine Hintergrundproblematik offenkundig werden läßt. Im Mittelfeld befindet sich der "Suicidversuch".
Quelle: SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST WOLFSBURG 1986, a.a.O.

Da offenbar keine Kriseninterventionsdienste als Bestandteile von Sozialpsychiatrischen Diensten organisiert sind, erübrigt sich die beabsichtigte gezielte Betrachtung von Querverbindungen zu den Fragen 405 bis 408 (vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen) zwecks Datenabgleich.

Hinweise auf andere Dienste, die funktionsäquivalente Leistungen erbringen könnten, wurden in keinem Fall gegeben.

Ergebnis

Zum Zeitpunkt der Befragung wurden Kriseninterventionsdienste durch keine der befragten Kommunen und insbesondere nicht durch die Sozialpsychiatrischen Dienste vorgehalten. Die Frage des Verständnisses von Krise erübrigt sich damit in einem Maße, das überraschen muß. Keine Interventionskapazitäten für Menschen in Notlagen bereitzustellen, verweist diese auf die in aller Regel fachlich ungeeigneten Dienste von Polizei, Feuerwehr und Notfallambulanzen beliebiger Akutkrankenhäuser.

211 Kann von jedem hauptamtlichen Mitarbeiter im Bedarfsfall - unabhängig von Uhrzeit und Wochentag - Krisenintervention betrieben werden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

Forschungsinteresse

Mit Frage 211 soll ergründet werden, ob bei tatsächlich auftauchenden Krisensituationen außerhalb der regulären Dienstzeiten sozialpsychiatrische Interventionen durch Bedienstete Sozialpsychiatrischer Dienste möglich sind. Die mit der Formulierung "kann" gewählte Fragestellung will nicht die professionelle Befähigung eines Bediensteten in Zweifel ziehen, sondern stellt auf arbeitsrechtliche Bestimmungen ab. Es geht um die Frage, ob die "frei gewählten" Einsatzzeiten eines Bediensteten Beschränkungen im Rahmen des Direktionsrechtes durch den Arbeitgeber unterliegen. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen zur Frage 212 (Vergütung) sollten diese Angaben besondere Bedeutung gewinnen.

In der Regel dürfte die Notwendigkeit der hier beschriebenen Kriseneinsätze nur dann vorliegen, wenn andere "Auffangmöglichkeiten" nicht verfügbar sind (vgl. Fragen 209 und 210).

Bewertungsparameter

Eine aus berufsspezifischer Fachlichkeit erworbene Entscheidungskompetenz über Einsatz oder Nicht-Tätigwerden in relevanten Krisensituationen entzieht sich der ausschließlich dienstrechtlichen Beurteilung. Zu bedenken ist, daß jene Situationsschilderungen an den Bediensteten de jure zunächst als Privatperson herangetragen werden und er als solche entsprechend zu reagieren hat.¹⁶⁰ Dies kann im Ergebnis - unter Ausklammerung der Frage einer Deklaration des Einsatzes als Dienstgeschäft - zu Kriseneinsätzen führen, da der betroffene Mitarbeiter aufgrund allgemeiner Rechtsauffassung und insbesondere wegen seiner fachlichen Fähigkeiten zur Hilfeleistung verpflichtet ist. Umgekehrt könnte der Arbeitgeber in einer solchen Situation die Hilfe durch den Bediensteten nicht untersagen, das Dienstrecht bricht die grundlegende Rechtsordnung nicht.

Für die Fragestellung ist relevant, ob derartige Kriseneinsätze als Einzelfälle oder in Rahmen pauschalierter Regelungen arbeitsrechtlich anerkannt und vergütet werden. Dies dürfte maßgeblich mit ihrer Häufigkeit im Zusammenhang stehen. Vor der Anerkennung arbeitsrechtlicher Ansprüche ist einem Arbeitgeber sicherlich der Kausalzusammenhang zwischen regulärer Tätigkeit des Bediensteten und dessen häufiger Inanspruchnahme als Privatperson in derselben Sache zu verdeutlichen. Gelingt dies, so ist gegen eine derartige Regelung solange nichts einzuwenden, bis sie ein Ausmaß annimmt (mehrere Bedienstete), das nutzgerechter und effizienter durch einen organisierten Kriseninterventionsdienst zu bewältigen wäre.

¹⁶⁰ Nach dem Grundsatz des § 323 c StGB (Unterlassene Hilfeleistung); vgl. STRAFGESETZBUCH (StGB) 1987, a.a.O.; zur weiteren Vertiefung: FINZEN 1984, a.a.O.

Für diejenigen Arbeitgeber, die ihren Bediensteten die Möglichkeit arbeitsrechtlicher Vergütungen für außerhalb der regulären Dienstzeiten betriebener Kriseneinsätze verwehren, dürften grundsätzlich zwei, auch miteinander verbundene Argumente gelten:

- a) Sie unterstellen, daß es genügend andere "Auffangmöglichkeiten" für Betroffene in Krisensituationen gibt und daß sich aus diesen Gründen die "Sondereinsätze" der Bediensteten erübrigen.
- b) Obwohl die Arbeitgeber um häufige private Inanspruchnahmen ihrer Bediensteten wissen, wird eine arbeitsrechtliche Vergütung aus formaljuristischen und versicherungsrechtlichen Gründen abgelehnt.

Bei erstgenanntem Argument kann die Regelung formal nicht beanstandet werden; das zweite Argument ist mit folgender Begründung in Frage zu stellen: Entspricht es dem gesetzlichen Auftrag zur Hilfe für psychisch Kranke (vgl. § 3 Nds.PsychKG 1978: rechtzeitiges Erkennen von Störungen), wenn dies zu gewissen Zeiten durch eine unorganisierte und mit zahlreichen Zufallsmomenten ausgestattete unentgeltlichen "Heimarbeit" bestimmter kommunaler bzw. verbindlich angestellter Bediensteter "geleistet" wird?

Welche der skizzierten Bedingungen im einzelnen den Antworten zugrunde liegen mögen, kann durch die Frage 211 nicht erschlossen werden. Daher muß die Würdigung der Ergebnisse in zurückhaltender Weise erfolgen, denn es ist deutlich, daß eine klare qualitative Unterscheidung der Antworten nicht möglich sein wird.

Datenanalyse und Ergebnis

Nach den Antworten können ca. 90 % der hauptamtlichen Mitarbeiter in den Sozialpsychiatrischen Diensten Kriseninterventionen im Bedarfsfall, also außerhalb der regulären Dienstzeiten, betreiben. Lediglich für die Beschäftigten in den Diensten der Städte Wolfsburg und Braunschweig existieren Einschränkungen. Eine weitergehende Beurteilung dieser Einschränkungen verbietet sich nach den vorstehend zu "Bewertungsparameter" dargelegten Ausführungen. Bezüglich der Vergütung von "Überstunden" wird auf Frage 212 verwiesen.

Da keine der befragten 22 Kommunen über einen organisierten Kriseninterventionsdienst verfügt (Fragen 209 und 210), sind die privaten "Sondereinsätze" stets als alleinige psychiatrische Kriseninterventionsmöglichkeit zu betrachten, über die die Kommunen (neben dem ärztliche Notdienst) - informell - verfügen. Doppelungen bzw. Überschneidungen, bei denen trotz vorhandenem organisierten Kriseninterventionsdienst "private Sondereinsätze" anfielen, konnten nicht festgestellt werden.

<p>212 Wie erfolgt die Vergütung der Überstunden bei Kriseninterventionen bei Nacht- und Wochenenddiensten sowie im Bedarfsfall?</p>	<p>durch Freizeitausgleich <input type="checkbox"/></p> <p>durch Gehaltsausgleich <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Die Frage 212 ist im wesentlichen den Kriterien der Fragen 205 bis 208 zu unterwerfen. Unter Berücksichtigung des § 16 a Abs. 2 und § 5 des BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAGES (BAT) sowie der beamtenrechtlichen Bestimmungen¹⁶¹ wird die Darstellung der Ergebnisse vorgenommen.¹⁶²

161 vgl. §§ 16 und 35 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987; vgl. § 44 BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985; vgl. § 72 BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) 1985; vgl. § 80 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986

162 Die relevanten Gesetzes- bzw. Vertragsformulierungen werden nachfolgend wiedergegeben:

§ 16 a Abs. 2 BAT: "Wird Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit geleistet, die der dienstplanmäßigen bzw. betriebsübliche täglichen Arbeitszeit nicht unmittelbar vorangeht oder folgt, werden für die Vergütungsberechnung mindestens drei Arbeitsstunden angesetzt. ... (Diese Bestimmung, d. Verf.) .. gilt nicht für gelegentliche unwesentliche Arbeitsleistungen, die die Freizeit des Angestellten nur unerheblich (etwa 15 Minuten) in Anspruch nehmen, oder für Arbeitsleistungen während der Rufbereitschaft."

§ 35 Abs. 1 BAT: "Der Angestellte erhält neben seiner Vergütung (§ 26) Zeitzuschläge. Sie betragen je Stunde
a) für Überstunden in den Vergütungsgruppen X bis V c, Kr. I bis Kr.VI 25 v.H., V a und V b, Kr. VII und Kr. VII 20 v.H. und IV b bis I, Kr. IX bis Kr. XII 15 v.H.
b) für Arbeit an Sonntagen 25 v.H.
c) für Arbeit an Wochenfeiertagen, auch wenn sie auf einen Sonntag fallen, sowie am Ostersonntag und am Pfingstsonntag
aa) ohne Freizeitausgleich 135 v.H.
bb) bei Freizeitausgleich 35 v.H.
d) soweit nach § 16 Abs. 2 kein Freizeitausgleich erteilt wird, für Arbeit nach 12 Uhr an dem Tage vor dem
aa) Ostersonntag, Pfingstsonntag 25 v.H.
bb) ersten Weihnachtsfeiertag, Neujahrstag 100 v.H.
der Stundenvergütung,
e) für Nachtarbeit 1,50 DM,
f) für Arbeit an Samstagen in der Zeit von 13 - 21 Uhr - bei Wechselschichtarbeit bis zum Beginn der dienstplanmäßigen bzw. betriebsüblichen Nachtschicht 0,75 DM."

§ 80 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986: "Der Beamte ist verpflichtet, ohne Entschädigung über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hinaus Dienst zu tun, wenn zwingende dienstliche Verhältnisse dies erfordern und sich die Mehrarbeit auf Ausnahmefälle beschränkt. Wird er durch eine dienstlich angeordnete oder genehmigte Mehrarbeit mehr als fünf Stunden im Monat über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus beansprucht, ist ihm innerhalb von drei Monaten für die über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus geleistete Mehrarbeit entsprechende Dienstbefreiung zu gewähren. Ist die Dienstbefreiung aus zwingenden dienstlichen Gründen nicht möglich, so können an ihrer Stelle Beamte in Besoldungsgruppen mit aufsteigenden Gehältern für einen Zeitraum bis zu vierzig Stunden im Monat eine Vergütung erhalten ..."

§ 80 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986: Der Beamte ist nach wie vor im Rahmen seines öffentlich-rechtlichen Dienst- und Treueverhältnisses verpflichtet, ohne Entschädigung über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hinaus Dienst - d.h. Mehrarbeit - zu leisten, wenn zwingende dienstliche Verhältnisse dies erfordern und sich die Mehrarbeit auf Ausnahmefälle beschränkt; vgl. KÜMMEL 1989, Seite 80/54, Ziffer 9.11. Während § 80 Abs. 2 Satz 1 NBG sich mit der von dem Beamten ohne Entschädigung zu leistenden gelegentlichen Mehrarbeit befaßt, regelt Satz 2 die Fälle, in denen Mehrarbeit vorher dienstlich angeordnet oder genehmigt wird. Diese Anordnungen oder Genehmigungen können sich auf Mehrarbeit, die wegen Arbeitsanfalls erforderlich wird oder auch auf Ausnahmefälle erstrecken. Auf diese Weise werden Ansprüche auf Dienstbefreiungen bzw. Vergütungen begründet. § 80 Abs. 2 Satz 3 NBG befaßt sich mit Fällen, in denen dem Dienstherrn die Erfüllung des Rechtsanspruchs auf Freizeitausgleich für geleistete Mehrarbeit nicht möglich ist.

Die Bemessung der Vergütung erfolgt über § 48 Abs. 1 BUNDESBESOLDUNGSGESETZ, vgl. § 48 Abs. 1 BUNDESBESOLDUNGSGESETZ 1986, durch eine von der Bundesregierung erlassene VERORDNUNG ÜBER DIE GEWÄHRUNG VON MEHRARBEITSVERGÜTUNG FÜR BEAMTE (MVergV) - vgl. VERORDNUNG ÜBER DIE GEWÄHRUNG VON MEHRARBEITSVERGÜTUNG FÜR BEAMTE (MVergV) 1988

§ 48 Abs. 1 BBesoldG: "Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Gewährung einer Mehrarbeitsvergütung (§ 72 des Bundesbeamtengesetzes, § 44 des Beamtenrechtsrahmengesetzes und entsprechende landesrechtliche Vorschriften) für Beamte zu regeln, soweit die Mehrarbeit nicht durch Dienstbefreiung ausgeglichen wird. Die Vergütung darf nur für Beamte in Bereichen vorgesehen werden, in denen nach Art der Dienstverrichtung eine Mehrarbeit meßbar ist. Die Höhe der Vergütung ist nach dem Umfang der tatsächlich geleisteten Mehrarbeit festzusetzen und unter Zusammenfassung von Besoldungsgruppen zu staffeln (§ 48 Abs. 1 BUNDESBESOLDUNGSGESETZ 1986): Die von der Bundesregierung aufgrund der Ermächtigung in § 48 Abs. 1 BUNDESBESOLDUNGSGESETZ 1986 erlassene Verordnung über die Gewährung von Mehrarbeitsvergütung für Beamte (MVergV) gilt auch für die Beamten des Landes und der seiner Aufsicht unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Quelle: KÜMMEL 1989, Seite 80/61, Ziffer 9.46).

§ 4 Abs. 1 der VERORDNUNG ÜBER DIE GEWÄHRUNG VON MEHRARBEITSVERGÜTUNG FÜR BEAMTE:
Die Vergütung beträgt je Stunde bei Beamten in den Besoldungsgruppen

	ab 1. Januar 1989	ab 1. Januar 1990
A 1 bis A 4	12,09 Deutsche Mark	12,26 Deutsche Mark
A 5 bis A 8	13,73 Deutsche Mark	13,93 Deutsche Mark
A 9 bis A 12	17,72 Deutsche Mark	17,97 Deutsche Mark
A 13 bis A 16	23,45 Deutsche Mark	23,78 Deutsche Mark
		25,15 Deutsche Mark

Bewertungsparameter

Die Angaben zu Frage 212 sollen in Relation zur jeweiligen Personalsituation der Dienste betrachtet werden. Die Bewertung der Antworten zur Frage 212 soll analog zur Frage 208 erfolgen.

"Kann" der Bedienstete Kriseninterventionen nach Beendigung der eigentlichen Dienstzeiten durchführen und werden diese im tarif- oder beamtenrechtlichen Sinne nachträglich als "angeordnete Überstunden"¹⁶³ gewertet, so wird dies als eine zufriedenstellende Regelung betrachtet, es sei denn, diese Regelung ersetzt faktisch einen organisierten Kriseninterventionsdienst.

Besteht für Kriseneinsatzzeiten die Möglichkeit zur Anrechenbarkeit auf die reguläre Dienstzeit, so entgeht den Bediensteten u.U. gegenüber der zuvor skizzierten Lösung die zusätzliche Vergütung für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit aufgrund beamten- bzw. angestelltenrechtlicher Bestimmungen.¹⁶⁴ Aufgrund dieser Erwägung ist die erste Regelung dieser als nicht zufriedenstellend zu bezeichnende Regelung vorzuziehen.

Als letzte Möglichkeit bleibt das Betreiben von Kriseninterventionen im privaten Rahmen, d.h. ohne Möglichkeit für die Bediensteten, diese Leistungen als Dienstgeschäft oder angeordnete Überstunden/Mehrarbeit zu deklarieren. Dies mag zwar humanitären Intentionen genügen, ausgehend jedoch von den Erfordernissen kommunaler sozialpsychiatrischer Versorgung ist dies eine ungenügende Regelung.

Datenanalyse und Ergebnis

Von den 22 befragten Diensten gaben 19 einen Ausgleich der Kriseneinsatzzeiten in Form von Freizeitausgleich an. Das entspricht einer Quote von 86 %. Der Dienst des Landkreises Osterholz praktiziert unterschiedliche Ausgleichsmöglichkeiten für seine Bediensteten: Freizeit- und Gehaltsausgleich; mitunter werden Einsatzzeiten auch "gar nicht" vergütet. Die zugrunde liegenden Unterscheidungskriterien sind nicht bekannt. Die Mitarbeiter aus den Diensten der Städte Osnabrück und Wolfsburg sowie der Landkreise Grafschaft Bentheim und Emsland verfügen über keinerlei Möglichkeiten zur Anrechnung von Kriseneinsatzzeiten. Hier gilt es, eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen: Eine "Vergütung" von Einsatzzeiten durch Freizeit- oder Gehaltsausgleich kann konsequenterweise nur erfolgen, wenn tatsächlich Kriseneinsätze geleistet wurden. Das setzt voraus, daß zu den Fragen 209 bis 211 entsprechende Angaben vorliegen. Ist dies nicht der Fall, kann gefolgert werden, daß die Frage 212 unzutreffend beantwortet wurde. Die mit "gar nicht" bezeichneten Ausgleichsmöglichkeiten bei Frage 212 können sowohl auf tatsächlich erfolgte Kriseneinsätze basieren als auch auf nicht vorhandenen Kriseninterventionsdiensten und nicht erfolgten privaten "Sondereinsätzen". Die durchgeführte Plausibilitätskontrolle ermöglicht folgende Differenzierungen:

163 Wie bereits unter Frage 207 erwähnt, ist dem Beamtenrecht die Bezeichnung "Überstunde" fremd. Anstelle dessen existiert der Begriff "Mehrarbeit".

164 Unterschieden wird nach Einsatzzeiten, die im Rahmen privater "Sondereinsätze" von Bediensteten anfallen und Einsatzzeiten, die bei organisierten Kriseninterventionsdiensten entstehen. In beiden Fällen bedarf es der Klärung über die Vergütung von außerhalb der regulären Dienstzeiten gelagerten Einsatzzeiten, solchen Zeiten also, die nach tarif- und beamtenrechtlichen Bestimmungen besondere Vergünstigungen bedingen. Es ist naheliegend, daß bei der Personalplanung eines organisierten Kriseninterventionsdienstes derartige Fragen der Sondervergütung von vornherein kalkuliert und zu festen Bestandteilen von Anstellungsverträgen erhoben werden, so daß den Bediensteten keine Nachteile entstehen. - Weitaus problematischer wird die Abwicklung bei Privaten "Sondereinsätzen" von Bediensteten angesehen, deren eigentliche dienstliche Tätigkeit anders gelagert ist. Hier wird im Zweifelsfall in Ermangelung klarer arbeitsrechtlicher Regelungen (keine Dienstanweisung zum Kriseneinsatz; keine klare Regelung über Freizeit-, Überstunden- oder Gehaltsausgleich) unterstellt werden können, daß den Bediensteten Ansprüche versagt bleiben.

Von 19 Diensten, bei denen die Mitarbeiter in den Vorzug von Freizeit- oder Gehaltsausgleich für geleistete Kriseneinsätze kommen können, haben 18 Dienste anfallende Kriseneinsatzzeiten aufzuweisen. Lediglich bei der Stadt Braunschweig ergibt sich die interessante Konstellation, daß nicht erfolgte Kriseneinsätze "durch Freizeitausgleich" abgegolten werden. Offen bleibt, ob die Fragen aus Braunschweig schlicht falsch beantwortet oder ob die Angaben von der Annahme getragen wurden, daß - auch für alle möglicherweise zukünftig auftretende Kriseneinsatzzeiten - stets nur der Ausgleich in Form von Freizeitgewährung denkbar sei.

Von den fünf Diensten, die auf die Fragen nach einer "Vergütung" von Kriseneinsatzzeiten mit "gar nicht" antworteten, wird kein organisierter Krisendienst unterhalten. Somit beschränken sich Ausgleichsansinnen ausschließlich auf den Bereich der privaten "Sondereinsätze" von Bediensteten. Bei vier der fünf Dienste ist diese Möglichkeit ausdrücklich gewährleistet. Nur für die Mitarbeiter des Dienstes der Stadt Wolfsburg fallen keinerlei Kriseneinsatzzeiten an, die konsequenterweise auch "gar nicht" zu vergüten sind.

Abschließende Beurteilungen der "Überstundenvergütungen" sollen unter Einbeziehung der Auswertungen zu den Personalbestandsfragen in der Zusammenfassung erfolgen.

<p>213 Wie sind die Dienstreisen (Hausbesuche bei Klienten) geregelt?</p>	<p>Einzelgenehmigung <input type="checkbox"/></p> <p>Pauschalgenehmigung <input type="checkbox"/></p> <p>Fahrtenbuch führen <input type="checkbox"/></p> <p>Dienstwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Privat-Pkw d. Bediensteten <input type="checkbox"/></p>
<p>214 Welche Angaben sind bei der Durchführung von Dienstfahrten (Hausbesuche bei Klienten) gegenüber dem Anstellungsträger zu machen?</p>	<p>Zielort der Dienstfahrt <input type="checkbox"/></p> <p>Straßenangaben <input type="checkbox"/></p> <p>Adressenangaben <input type="checkbox"/></p> <p>Grund der Dienstfahrt <input type="checkbox"/></p> <p>Vorlage der Betreuungsakte <input type="checkbox"/></p>

Forschungsinteresse

Die Frage 213, die im Kontext zu den Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 202 (Akteneinsicht), 212 (Überstundenvergütung), 214 (Angaben bei der Durchführung von Dienstfahrten), 215 (Verwaltungsarbeit) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) betrachtet werden soll, zielt auf die Feststellung der Mobilität Sozialpsychiatrischer Dienste und den damit verbundenen administrativen Regularien. Diese gilt es hinsichtlich ihrer Anwendung festzustellen und beispielhaft unter dem Aspekt ihrer für die Durchführung eines Hausbesuches ggfls. hemmenden Wirkungen zu werten.

Die Frage kann in drei Bereiche untergliedert werden: Sie erfragt a) die Umstände zur Genehmigung von Dienstreisen, b) die Dokumentation von Dienstreisen (Fahrtenbuch) und c) die Art der verwendeten Fortbewegungsmittel.

Frage 214, die als vertiefende Detailfrage zu Frage 213 aufzufassen ist, stößt in eine Grauzone schutzwürdiger Individualinteressen vor, die nur allzu leicht und allzu oft durch Rechtsverletzungen im Bereich der "Informationellen Selbstbestimmung"¹⁶⁵ der Bürger (Geheimnisbruch, Mißachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen) gekennzeichnet ist. Hierauf wird im einzelnen noch weiter einzugehen sein. Bezüglich der "Durchführung von Dienstfahrten" richtet sich das Interesse auf drei Aspekte: Es gilt zu ergründen, welche Angaben vom Anstellungsträger im Zusammenhang mit dem Genehmigungsverfahren von Dienstreisen (Dienstreiseantrag) oder den Abrechnungsmodalitäten (Reisekostenrechnung) oder dem Führen von Fahrtenbüchern bzw. vergleichbarer Aufzeichnungen verlangt werden.

¹⁶⁵ Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 15.12.1983 zum Volkszählungsgesetz 1983 ein umfassendes Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung anerkannt. Dieses Recht wird als die Befugnis des Einzelnen definiert, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen. Quellen: BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1983, Seite 1 ff; vgl. VOGELSANG 1987, Seite 17

Die inhaltliche Festlegung des Begriffes "Dienstreisen" erfolgt in § 2 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) dessen Anwendung sich nach § 98 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) auch auf alle unmittelbaren und mittelbaren Landesbeamte in Niedersachsen erstreckt. Mittelbare Landesbeamte sind die Beamten der Gemeinden, der Landkreise und deren Aufsicht unterstehende, andere Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Nach § 42 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) sind für Angestellte "die für die Beamten des Arbeitgebers jeweils geltenden Bestimmungen entsprechend anzuwenden." Dabei ist zu berücksichtigen, daß Verwaltungsvorschriften des Bundes und der Länder im Bereich der Kommunen nicht grundsätzlich Anwendung finden; gleichwohl wird aus Gründen einer einheitlichen Rechtsanwendung empfohlen, analog zu verfahren.¹⁶⁶ Für alle Bediensteten von Sozialpsychiatrischen Diensten kann demnach die nach § 2 Abs. 2 BRKG gültige Definition von Dienstreisen herangezogen werden:

Dienstreisen sind "Reisen zur Erledigung von Dienstgeschäften außerhalb des Dienstortes, die von der zuständigen Behörde schriftlich angeordnet oder genehmigt worden sind, es sei denn, daß eine Anordnung oder Genehmigung nach dem Amt des Dienstreisenden oder dem Wesen des Dienstgeschäfts nicht in Betracht kommt. ..." Das Reisekostenrecht trifft eine Unterscheidung zwischen Dienstreisen und Dienstgängen, indem es in § 2 Abs. 3 BRKG letztere festlegt als "Gänge oder Fahrten am Dienst- oder Wohnort zur Erledigung von Dienstgeschäften außerhalb der Dienststätte, die von der zuständigen Behörde angeordnet oder genehmigt worden sind, es sei denn, daß eine Anordnung oder Genehmigung nach dem Amt des Dienstreisenden oder dem Wesen des Dienstgeschäfts nicht in Betracht kommt. ..."

Die gesetzlichen Bestimmungen sehen aus Gründen der Rechtssicherheit in jedem Falle eine von der zuständigen Behörde durchzuführende schriftliche Anordnung oder Genehmigung von Dienstreisen vor. Sie ist eine der Voraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs auf Reisekostenvergütung.¹⁶⁷ Aus dem Begriff "Anordnung" folgt, daß diese vor Antritt der Reise vorliegen muß. Auch die Genehmigung eines Dienstreiseantrages ist in der Regel vor der Reise zu erteilen. Der Begriff "Genehmigung" schließt jedoch nicht aus, daß die Zustimmung zur Ausführung der Reise ausnahmsweise nachträglich erteilt wird, wenn sie z.B. in einem eilbedürftigen Fall oder vor der Abreise nicht mehr eingeholt oder lediglich fernmündlich gegeben werden konnte.¹⁶⁸

166 § 2 Abs. 1 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979: "Dienstreisende im Sinne dieses Gesetzes sind die in § 1 Abs. 1 genannten Personen, die eine Dienstreise oder einen Dienstgang ausführen."

§ 1 Abs. 1 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979: "Dieses Gesetz regelt die Erstattung von Auslagen für Dienstreisen und Dienstgänge (Reisekostenvergütung) der Bundesbeamten, Richter im Bundesdienst, Soldaten und der in Bundesdienst abgeordneten anderen Beamten und Richter."

§ 98 Abs. 1 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986: "Der Beamte mit Dienstbezügen und der Ehrenbeamte erhalten Reise- und Umzugskostenvergütung und Trennungsgeld in entsprechender Anwendung der für die Bundesbeamten geltenden Rechtsvorschriften. ..."; vgl. auch SCHMIDT 1989, Seite 17, Ziffer 1.11

§ 42 Abs. 1 BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987: "Für die Erstattung von .. Auslagen für Dienstreisen und Dienstgänge (Reisekostenvergütung)... sind die für die Beamten des Arbeitgebers jeweils geltenden Bestimmungen entsprechend anzuwenden. ..."

"Als Vorschriften im Sinne des § 98 Abs. 1 Satz 1 NBG sind nur Rechtsnormen (Gesetze, Verordnungen) anzusehen. Verwaltungsvorschriften gehören nicht dazu. ... Die Gemeinden, Landkreise und sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts müssen nur die Rechtsnormen anwenden. Zur Anwendung der Verwaltungsvorschriften sind sie nicht verpflichtet. Soweit nicht spezielle Regelungen für nur in der Landesverwaltung eingerichtete Verwaltungszweige getroffen werden, empfiehlt der Minister der Finanzen jedoch in jedem Einzelfall, die Verwaltungsvorschriften entsprechend anzuwenden. Die Gemeinden, Landkreise und sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts sollten diese Empfehlungen auch befolgen, um eine einheitliche Rechtsanwendung bei unmittelbaren und mittelbaren Landesbeamten zu gewährleisten."; Quelle: SCHMIDT 1989, Seite 7, Ziffer 1.2

167 "Die Anordnung oder Genehmigung ist ein innerbehördlicher Vorgang, der den die Dienstreise ausführenden Bediensteten als Inhaber eines Amtes und weisungsgebundenes Glied der Verwaltung, nicht aber als Träger eigener Rechte und Pflichten angeht. Der Bedienstete selbst hat keinen Anspruch auf die Anordnung oder Genehmigung. Die Entscheidung über eine Dienstreise ist kein mit Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage anfechtbarer Verwaltungsakt."; vgl. MAYER/FRICKE 1988, Kommentar zu § 2 BRKG, Buchgr. 20, Rdnr. 79

168 vgl. MAYER/FRICKE 1988, Kommentar zu § 2 BRKG, Buchgr. 20, Rdnr. 75-82

"Die schriftliche Anordnung oder Genehmigung ist weder durch das Gesetz noch durch Verordnungen oder Verwaltungsvorschriften allgemein an eine bestimmte Form gebunden."¹⁶⁹ Sie entfällt, wenn dies nach dem Amt des Dienstreisenden in Betracht kommt. Hiervon ist vor allem bei solchen Behördenleitern auszugehen, die keinen Vorgesetzten haben, wie beispielsweise den Präsidenten des Bundesrechnungshofes. Entbehrlich ist eine Anordnung oder Genehmigung von Dienstreisen auch dann, wenn sie nach dem Wesen des Dienstgeschäftes in Betracht kommt. Dies gilt insbesondere für richterliche Dienstgeschäfte, die im Rahmen der verfassungsrechtlich geschätzten richterlichen Unabhängigkeit wahrzunehmen sind.¹⁷⁰ Über diese Regelungen hinaus ist dem BRKG lediglich die "Allgemeine Reiseanordnung oder -genehmigung" bekannt. So bedürfen beispielsweise Inlandsdienstreisen der Oberfinanzpräsidenten bis zu einer Dauer von 7 Tagen keiner Genehmigung im Einzelfall. Die Kommentatoren MEYER/FRICKE führen darüber hinaus folgendes aus: "Es kann z.B. auch zugelassen werden, daß Bedienstete, die wiederholt mehr oder weniger regelmäßig Dienstreisen bestimmter Art und Dauer ausführen müssen oder regelmäßig gleichartige Geschäfte an demselben auswärtigen Geschäftsort oder in demselben Bezirk zu erledigen haben, eine allgemeine schriftliche Reiseerlaubnis erhalten". SCHMIDT schließt sich dieser Auffassung an, indem er ausführt, daß "Dienstreisen zur Erledigung wiederkehrender Dienstgeschäfte ... ggfls. auch einmal generell genehmigt werden" können.¹⁷¹

Nach § 3 BRKG hat ein Dienstreisender "zur Abgeltung der dienstlich veranlaßten Mehraufwendungen" Anspruch auf Reisekostenvergütung. Diese kann nach § 4 BRKG insgesamt zehn verschiedene Formen annehmen.¹⁷²

In § 5 BRKG wird die Nutzung "regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel" von der Benutzung verwaltungseigener Kraftfahrzeuge (Dienstwagen)¹⁷³ und dem Dienstreisenden gehörender Kraftfahrzeuge (Privat-Pkw d.

169 vgl. SCHMIDT 1989, Seite 21, Ziffer 2.22

170 vgl. MAYER/FRICKE 1988, Kommentar zu § 2 BRKG, Buchgr. 20, Rdnr. 88-90; vgl. SCHMIDT 1989, Seite 22, Ziffer 2.24

171 vgl. MAYER/FRICKE 1988, Kommentar zu § 2 BRKG, Buchgr. 20, Rdnr. 84; vgl. SCHMIDT 1989, Seite 22, Ziffer 2.25

172 § 4 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979: "Die Reisekostenvergütung umfaßt
 1. Fahrkostenerstattung (§ 5),
 2. Wegstrecken- und Mitnahmeentschädigung (§ 6),
 3. Tagegeld (§ 9),
 4. Übernachtungsgeld (§ 10),
 5. Erstattung der Auslagen bei längerem Aufenthalt am Geschäftsort (§ 11),
 6. Erstattung der Nebenkosten (§ 14),
 7. Erstattung der Auslagen bei Dienstreisen bis zu sechs Stunden Dauer und bei Dienstgängen (§ 15),
 8. Aufwandsvergütung (§ 17),
 9. Pauschvergütung (§ 18),
 10. Erstattung der Auslagen für Reisevorbereitungen (§ 19)."

173 Ein "**Dienstwagen**" im Sinne des § 6 Abs. 6 Satz 1 BRKG ist ein Kraftfahrzeug, das "aus Mitteln der Verwaltung beschafft worden ist, auf ihre Kosten unterhalten und betrieben wird und dem Dienstreisenden zur dienstlichen Verwendung übereignet ist". Ein Anspruch auf Wegstrecken- und Mitnahmeentschädigung besteht hierbei nicht. § 6 Abs. 6 Satz 2 BRKG definiert einen Dienstwagen über die in Satz 1 hinausgehende Regelung als ein Beförderungsmittel "das auf Kosten der Verwaltung unterhalten wird, soweit es dienstlichen Zwecken dient." Hier hat der Gesetzgeber offenbar daran gedacht, daß die Behörde Kraftfahrzeuge beschafft, um sie unter vertraglich zu vereinbarenden Bedingungen einzelnen Bediensteten - auch zu Zwecken privater Nutzung - zu übereignen. Nach einer derartigen Regelung wurden bis zum 24.11.1978 (Erlaß der "Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BRKG, NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Nds.MBl. S. 2052) in der niedersächsischen Landesverwaltung "beamteneigene Kraftfahrzeuge" im dienstlichen Interesse aus Mitteln der Verwaltung beschafft und einem Beamten zugewiesen. Die Entschädigung für Einsatz dieser Kraftfahrzeuge regeln nicht das Reisekostenrecht, sondern die Bestimmungen über die Haltung beamteneigener und anerkannter privateigener Kraftfahrzeuge in der niedersächsischen Landesverwaltung (Kraftfahrzeugbestimmungen) vom 24.09.1957 (Anlage B zum Runderlaß des Niedersächsischen Ministers der Finanzen vom 24.09.1957, Nds.MBl. S. 812) mit den dazu ergangenen Veränderungen; vgl. SCHMIDT 1989, Seite 44, Ziff. 6.212.

Bediensteten) unterschieden.¹⁷⁴

Neben der Anordnung bzw. Genehmigung von Dienstreisen (im Einzelfall oder pauschal) gehören die Reisekostenrechnung und ggfls. das Fahrtenbuch zu den schriftlichen Unterlagen, die im Zusammenhang von Dienstreisen mit Kraftfahrzeugen durch Bedienstete zu erstellen sind. Zu diesen Unterlagen sind folgende Überlegungen von Bedeutung:

Zur Abwicklung des Genehmigungsverfahrens von Dienstreisen bei den niedersächsischen Landesbehörden, das beispielhaft angeführt werden soll, ist der Vordruck 035-00-01, "Antrag auf Genehmigung einer Dienstreise", zu verwenden.¹⁷⁵ Die Verwaltungsvorschrift des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS sieht neben einer Vielzahl zur Kostenabrechnung und zur verwaltungstechnischen Abwicklung des Genehmigungsverfahrens erforderlichen Informationen u.a. Angaben über Abfahrtsort und Reiseziel vor und verlangt eine "Begründung für die Notwendigkeit der Dienstreise". Weitere Auskünfte, die den Dienstreisenden zur Offenlegung von Detailinformationen verpflichten, können ggfls. in Form von Reiseberichten erbeten werden. Daß bei diesen Angaben stets die Bestimmungen des NIEDERSÄCHSISCHEN DATENSCHUTZGESETZES¹⁷⁶ sowie die strafrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des § 203 StGB, einzuhalten sind, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Der Vordruck wird als ein dem administrativen Aufwand und dem Kontroll- und Reglementierungsbedarf angemessenes Instrumentarium betrachtet.

174 Zum Begriff "**Privat-Pkw d. Bediensteten**" ist nach Reisekostenrecht zwischen privateigenen Kraftfahrzeugen und anerkannt privateigenen Kraftfahrzeugen zu differenzieren: Die Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges anstelle eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels steht dem Dienstreisenden frei. Eine besondere Genehmigung zur Benutzung des Fahrzeugs kennt das Reisekostenrecht nicht. Allerdings sind die allgemeinen Sparsamkeitsgrundsätze nach § 7 BRKG zu beachten. - vgl. SCHMIDT 1989, Seite 38, Ziffer 6.11. Nach § 6 Abs. 1 BRKG wird für die Benutzung als Auslagenersatz eine Wegstreckenentschädigung von 31 Pfennig pro dienstlich zurückgelegtem Kilometer gewährt, dies gilt nach § 6 Abs. 1 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979 für Kraftwagen mit einem Hubraum von mehr als 600 ccm; Stand: nach Änderung der Bestimmung durch die dritte Verordnung zur Änderung reisekostenrechtlicher Vorschriften vom 29.09.1982, (BGBl I S. 1380).

Wird ein dem Dienstreisenden gehörendes Kraftfahrzeug "in überwiegendem dienstlichen Interesse" gehalten, so kann es unter gewissen Voraussetzungen zum "anerkannten privaten Kraftfahrzeug" erklärt werden. [Für eine Anerkennung wird der Runderlaß des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS 1978 B vom 24.11.1978, Nds.MBl. S. 2052, zugrunde gelegt. Danach kann ein Kraftfahrzeug, das einem Bediensteten gehört, als "anerkanntes privates Kraftfahrzeug anerkannt werden, wenn a) der Bedienstete, der in erheblichem Umfang außerhalb seiner Dienststelle tätig ist, für Dienstreisen oder Dienstgänge regelmäßig ein Kraftfahrzeug benötigt, b) die Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, eines Dienstkraftfahrzeuges oder eine Mitnahme in privaten Kraftfahrzeugen anderer Bediensteter nicht möglich oder weniger wirtschaftlich ist, c) durch die Anerkennung eine organisatorische Verbesserung, eine Steigerung der Dienstleistungen oder eine Einsparung personeller oder sachlicher Art erzielt wird (z.B. Verminderung des Bestandes an Dienstkraftfahrzeugen) und d) eine dienstlich notwendige Fahrleistung von mindestens 6.000 km jährlich zu erwarten ist." In den "Hinweisen zur Anwendung der Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BRKG, RdErl. d. MF vom 29.1.1979 (Nds. MBl. S. 224) i.d.F. des RdErl. d. MF vom 25.9.1979 (Nds.MBl. S. 1650)" heißt es: "Nach Nr. 1.2 kann in Ausnahmefällen ein überwiegendes dienstliches Interesse anerkannt werden, wenn zwar die in Nr. 1.1 Buchstabe d) genannte dienstliche Fahrleistung von mindestens 6.000 km jährlich nicht zu erwarten ist, jedoch infolge der Art der Dienstgeschäfte ein unabwiesbares dienstliches Bedürfnis besteht, daß ein Fahrzeug ständig bereitgehalten wird, und die übrigen Voraussetzungen der Nr. 1.1 erfüllt sind. Voraussetzung ist also u.a., daß der Bedienstete in erheblichem Umfange außerhalb der Dienststelle tätig ist (Nr. 1.1 Buchst. a)."; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Ziffer 1.1 der Anlage; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 A; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 C] Die Anerkennung wirkt sich nur auf die Höhe der Wegstreckenentschädigung aus (vgl. SCHMIDT 1989, Seite 44, Ziffer 6.22). Diese beträgt 42 Pfennig pro dienstlich zurückgelegtem Kilometer seit dem 01.12.1982 für Kraftfahrzeuge mit einem Hubraum von mehr als 600 ccm und einer Fahrleistung für Dienstzwecke im Betriebsjahr bis zu 10.000 km. (Dritte Verordnung des BUNDESMINISTER DES INNEREN 1982 zur Änderung der Verordnung zu § 6 Abs. 2 BRKG vom 29.09.1982 (BGBl. I S. 1381)). "Aus der Anerkennung kann grundsätzlich nicht das Recht hergeleitet werden, Dienstfahrten ohne besondere Anordnung oder Genehmigung mit dem privaten Kraftfahrzeug auszuführen. ..." (NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderl. vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052, Ziffer 3.1 der Anlage zum Runderlaß).

"Beamten, Angestellten und Lohnempfängern kann auf Antrag für die Beschaffung eines fabrikneuen oder neuwertigen (Fahrleistung bis 10.000 km) Kraftfahrzeugs, das ... anerkannt werden soll, ein unverzinslicher Vorschuß gewährt werden. ... Die Höhe des Vorschusses darf den Betrag von 5.000 DM nicht überschreiten" (NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052, Ziffer 5 der Anlage zum Runderlaß). Außerdem bestehen für anerkannte private Kraftfahrzeuge günstige Versicherungskonditionen, die auch für die private Nutzung der Fahrzeuge von Vorteil sind (Für den Bereich der Kommunalverwaltung besteht die Möglichkeit, die anerkannten privaten Kraftfahrzeuge zu Gunsten und für Rechnung des jeweiligen Halters über den Dienstherrn zum Autokasko- und Insassenunfalldeckungsschutz beim Kommunalen Schadenausgleich Hannover anzumelden. Der insoweit gewährte kostengünstige und umfangreiche Versicherungsschutz deckt gleichzeitig etwaige Schadenersatzleistungen des Dienstherrn ab. Darüber hinaus können solche anerkannten privaten Kraftfahrzeuge beim Versicherungsverband für Gemeinden und Gemeindeverbände in Köln zur Haftpflichtversicherung angemeldet werden, wenn der Dienstherr die Mitgliedschaft erwirbt. Dies ist grundsätzlich kostenfrei möglich. Diese besonderen Versicherungsmaßnahmen liegen wegen der günstigen Bedingungen auch im Interesse der Beamten; vgl. KÜMMEL 1989, Kommentar zu § 98 NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986, Seite 98/39, Ziffer 11.6; vgl. KOMMUNALER SCHADENAUSGLEICH 1989, Verrechnungsgrundsätze für Haftpflichtschäden, Autokaskoschäden, Autoinsassenunfalldschäden.). Ansonsten sind mit der Wegstreckenentschädigung "alle durch die dienstliche Benutzung des Kraftfahrzeugs entstehenden Kosten für dessen Haltung und Betrieb" enthalten; NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052, Ziffer 4.1, Buchst. c) der Anlage zum Runderlaß; gilt jedoch nur bei anerkannten privaten Pkw's.

175 NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 B, Runderlaß vom 17.05.1979, Nds.MBl. 1979, Seite 940

176 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES DATENSCHUTZGESETZ (NDSG) 1978, a.a.O.

Für die kommunalen Gebietskörperschaften ist der "Antrag auf Genehmigung einer Dienstreise" der Landesbehörden nicht bindend. Dies eröffnet Möglichkeiten zur eigenständigen Formalisierung des Genehmigungsverfahrens. Eventuell feststellbare, unterschiedliche Umstände sollen an geltendem Landesrecht gemessen werden. Auch bezüglich der Reisekostenrechnung werden die auf Landesebene bestehenden Verwaltungsvorschriften als Bewertungskriterium zugrunde gelegt. Diese sind für den Bereich der kommunalen Gebietskörperschaften trotz der Empfehlungen des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS¹⁷⁷ ebenfalls ohne Rechtsbindung.

Für Landesbedienstete ist zur Reisekostenrechnung die Verwendung des Vordruckes 035-00-02 vorgesehen.¹⁷⁸ Dieser sieht Angaben über Reiseziel und -weg sowie Erläuterungen zum Reisezweck vor. Die Angaben sind bei erteilter Einzelgenehmigung (Vordruck 035-00-01) entbehrlich, bei Pauschalgenehmigung erforderlich oder wenn Abweichungen zum Antrag anzugeben sind. Darüber hinaus verlangt die Reisekostenrechnung keine strafbedrohte Offenlegung datenrechtlich geschützter Informationen über Dritte, so daß die Verwendung des Vordruckes 035-00-02, der im Bereich der kommunalen Gebietskörperschaften über keine Rechtsbindung verfügt, für Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste unbedenklich wäre. Dieser Vordruck wird ebenfalls als ein dem administrativen Aufwand und dem Kontroll- und Reglementierungsbedarf angemessenes Instrumentarium betrachtet.

Nach den landesrechtlichen Verwaltungsvorschriften für Niedersachsen besteht sowohl für Dienstreisende mit verwaltungseigenen Fahrzeugen als auch mit anerkannten privaten Kraftfahrzeugen die Verpflichtung zur Führung eines Fahrtenbuches, ungeachtet einer bestimmten Art der Dienstreisegenehmigung. Maßgeblich hierfür sind die "Richtlinien über Dienstkraftfahrzeuge in der Nieders. Landesverwaltung (Kfz-Richtlinien) vom 1.10.1971" bzw. die "Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BRKG" vom 24.11.1978.¹⁷⁹ Beide Runderlasse des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS haben einen in seinen wesentlichen Bestandteilen identischen Fahrtenbuch-Vordruck zum Gegenstand und sehen einander ähnelnde Verfahrensabläufe vor. Hier wird aus pragmatischen Gründen die Beschreibung einer Variante erfolgen:

In den "Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BRKG", Runderlaß des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS vom 24.11.1978, heißt es u.a.: "... für das Fahrtenbuch sind Vordrucke entwickelt worden, die ich zu benutzen bitte. Sie werden von der BezReg. Braunschweig zentral beschafft. Die erstmalige Bestellung der neuen Vordrucke bitte ich bis zum 15.12.1978 bei der BezReg. Braunschweig schriftlich (doppelt) vorzunehmen". Das Fahrtenbuch hat die Vordruck-Nr. 035-00-11.¹⁸⁰ Bezüglich der Führung eines Fahrtenbuches lautet Ziffer 4.3 der Anlage zum vorzitierten Runderlaß wie folgt: "Die mit dem anerkannten Kraftfahrzeug dienstlich zurückgelegten Wegstrecken sind in ein Fahrtenbuch einzutragen. Das Fahrtenbuch umfaßt jeweils den Zeitraum eines Kalendermonats und ist mit einer Durchschrift zu führen. Das Fahrtenbuch ist am Monatsende abzuschließen und mit der Reisekostenrechnung der Dienstbehörde zur Prüfung vorzulegen. Entfernungangaben sind in geeigneter Form stichprobenweise nachzuprüfen. Das Original und die Durchschrift des Fahrtenbuches sind mit Prüfvermerk zu versehen. Die Durchschrift ist der Reisekostenrechnung beizufügen und das Original des Fahrtenbuches dem Fahrzeughalter zurückzugeben. Zur Vermeidung von Wiederholungen kann in der Reisekostenrechnung auf die beigefügte Durchschrift des Fahrtenbuches verwiesen werden. ... Monatliche Abschlagszahlungen können gewährt werden. Das Fahrtenbuch ist 3 Jahre lang aufzubewahren."¹⁸¹

177 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052

178 NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 B, Runderlaß vom 17.05.1979, Nds.MBl. 1979, Seite 940: Der Reisekostenvordruck 035-00-02 ist als Trennsatz gestaltet. Zu ihm gehört ein Überweisungsträger der jeweils ausführenden Landeskasse. Je nach Eindruck auf dem Überweisungsträger werden abweichende Vordruck-Nummern verwendet.

179 NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1971 A: "Richtlinien über Dienstkraftfahrzeuge in der Nieders. Landesverwaltung, Anlage zum Runderlaß i.d.F.v. 14.04.1975, Nds.MBl. 1975, Seite 537; NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Erlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052

180 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052

181 vgl. ebenda

Bei dem von den Landesbehörden benutzten Vordruck 035-00-11 kann die Gefahr eines Übertretens geltender Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen nicht erkannt werden, vorausgesetzt, daß zu der Vordruckspalte 5 keine Zusatzinformationen hinsichtlich des Reiseweges und des Reisezweckes gefordert werden. Dieser Vordruck wird ebenfalls als ein dem administrativen Aufwand und dem Kontroll- und Reglementierungsbedarf angemessenes Instrumentarium betrachtet.

Die für niedersächsische Landesbehörden geltenden Verwaltungsvorschriften zum Führen eines Fahrtenbuches sind - trotz der Empfehlung des NIEDERSÄCHSISCHEN FINANZMINISTERS zu analogen Verfahrensweisen¹⁸² - ebenfalls ohne Rechtsbindung für kommunale Gebietskörperschaften, so daß hier uneinheitliche und von der Landesregelung abweichende Verfahrensabläufe erwartet werden dürfen.

Zusammenfassend kann ausgeführt werden, daß die bisher vorgestellten Vordrucke der niedersächsischen Landesbehörden zur Dienstreisegenehmigung, Reisekostenrechnung und Führung von Fahrtenbüchern sowie die ihnen zuzuordnenden Verwaltungsabläufe keine hinreichenden Ablehnungsgründe für eine Übertragbarkeit auf den Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste erkennen lassen. Ob die Träger der Dienste im Zusammenhang mit der Durchführung von Dienstreisen über den bei den Landesbehörden vorgegebenen Rahmen hinausgehende Informationen fordern, wird sich bei der Auswertung zeigen.

Als Bewertungsmaßstab für die in der Fragestellung aufgeführten Antwortmöglichkeiten rückt neben die vorstehend dargelegten landesrechtlichen Verfahrensweisen das Kriterium der Durchführbarkeit der Rechnungsprüfung. Hierbei wird von dem Grundsatz ausgegangen, daß die im Zusammenhang mit Dienstreisen von den Kommunen verwendeten Formulare solche Angaben zu enthalten haben, die geeignet sind, eine ordnungsgemäße Rechnungsprüfung durch das kommunale Rechnungsprüfungsamt (RPA) zu gewährleisten,¹⁸³ dessen Zweck und Aufgabenbeschreibung sich jeweils aus den 6. Teilen der NIEDERSÄCHSISCHEN GEMEINDEORDNUNG (NGO) bzw. NIEDERSÄCHSISCHEN LANDKREISORDNUNG (NLO) ergeben:¹⁸⁴

Das RPA verfügt grundsätzlich über die Befugnis, jede für die Prüfung notwendige Auskunft und die Vorlage, Aushändigung und Einsendung von Akten, Schriftstücken und sonstigen Unterlagen zu verlangen. Die Prüfung kann ohne vorherige Anmeldung an Ort und Stelle durchgeführt werden.¹⁸⁵ Um das Ausmaß der aus dieser Befugnis resultierenden Einsichtsmöglichkeiten in die Betreuungsakten der Sozialpsychiatrischen Dienste denkbar gering zu halten, empfehlen sich nicht nur - wie unter Frage 202 ausführlicher dargelegt - bestimmte Formen der Akten- und Karteiführung, sondern auch eine so beschaffene Abwicklung von Dienstreisen, daß eine Wahrung schutzwürdiger Informationen Dritter gewährleistet werden kann. Dabei ist davon auszugehen, daß die Ausgabenkontrolle öffentlicher Finanzen stets dann problemlos erfolgen kann, wenn die Kommunen in der Lage sind, Informationen in dem Umfang zur Verfügung zu stellen, wie dies analog auf Landesebene ermöglicht werden kann. Diese Formulierung impliziert, daß darüber hinaus - jedenfalls zu Zwecken einer ordnungsgemäßen Rechnungsprüfung - in der Regel kein weiterer Informationsbedarf besteht. Sollte dennoch in begründeten Einzelfällen die Vorlage von Betreuungsakten verlangt werden, so ist dies ein nicht zu beanstandendes Ansinnen, sofern vorher sämtliche anderen Möglichkeiten - wie schon dargelegt - ausgeschöpft worden sind. Wer etwa dahingehend argumentiert, zum Zwecke einer ordnungsgemäßen Rechnungsprüfung und zur Vermeidung eines vorschnellen Zugriffs auf das gesamte Kontingent der Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes empfehle sich die Akkumulation möglichst zahlreicher (rechtsgeschützter) Detailinformationen in Dienstreiseunterlagen, stellt die Dinge gehörig auf den Kopf. Er sollte statt dessen

182 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052

183 Auf Landesebene erfolgt die Rechnungsprüfung nach Artikel 53 der VORLÄUFIGEN NIEDERSÄCHSISCHEN VERFASSUNG 1951 i.V.m. § 88 NIEDERSÄCHSISCHE LANDESHAUSHALTSORDNUNG (LHO) 1972 durch den Niedersächsischen Landesrechnungshof.

184 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

185 vgl. SCHAPER/MANSKE/KRAFT/HAUBOLD/DE WALL 1989, S. 13 f, 29, 32d f; s.a. dort. Anhang 1: "Beispiel f. eine Rechnungsprüfung", S. 37 ff

besser - im Sinne des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten - Anstrengungen unternehmen, den Zielkonflikt zwischen Prüfbefugnis und Datenschutz dahingehend aufzulösen, eine Klientendatei anzulegen, "... die einerseits die Prüfarbeit des Rechnungsprüfungsamtes erleichtert, andererseits den Zugriff auf sensible therapeutische Unterlagen in vielen Fällen unnötig machen wird. Die Klientendatei ist als Suchdatei angelegt, enthält aber zusätzlich zu den Identifikationsdaten des Klienten und dem Aktenzeichen der zugehörigen Akte auch eine genaue Auflistung aller Verwaltungsdaten, auf die es bei einer Überprüfung der Amtsführung ankommt (Dienstreisen, Hausbesuche, Krankenhausbesuche usw.). Die Angaben sind verschlüsselt. Der Schlüssel ist dem Rechnungsprüfungsamt bekannt. Reichen die Angaben im Einzelfall nicht aus, so braucht gleichwohl nicht die gesamte Akte durchgesehen zu werden. In einer Tasche am Ende jeder Akte werden detaillierte Vermerke über Zeit und Ort sowie den therapeutischen Ablauf der Kontakte mit den Betreuten aufbewahrt".¹⁸⁶

Bewertungsparameter Frage 213

Die Anwendung vorstehender Vorschriften bzw. Regelungen erstreckt sich grundsätzlich auch auf die in kommunaler Trägerschaft befindlichen Sozialpsychiatrischen Dienste. Es dürfte jedoch deutlich geworden sein, daß in diesem Kontext insbesondere die Verwaltungsvorschriften wesentlich dem Direktionsrecht der Gemeinde- bzw. Oberkreisdirektoren unterliegen.¹⁸⁷ Bei nichtöffentlichen Trägern erfolgt eine Regelung in eigener Kompetenz.

Gemessen einerseits an den Rechtsnormen, die für Bund und Länder gelten und deren Gültigkeit sich auch auf Kommunen erstreckt, andererseits an praktische Erfordernisse ambulanter sozialpsychiatrischer Arbeit, wie sie vor allem als Erfahrungswerte aus dem "Modellverbund" vorliegen,¹⁸⁸ werden für die Beurteilung der realen Gegebenheiten der zu befragenden Dienste nachstehende Bewertungsgrundsätze aufgestellt:

*Ein Abstellen auf **Einzelgenehmigungen** für Dienstreisen setzt strenge Maßstäbe hinsichtlich der Mobilität der Mitarbeiter: Die Prozedur ist aufwendig und rechtlich nicht zwingend erforderlich. Wird sie gleichwohl verlangt, bedeutet sie, abgesehen von einem vermehrten Schreib- und Verwaltungsaufwand, unweigerlich eine den praktischen Erfordernissen sozialpsychiatrischer Arbeit eher unangemessene zusätzliche Belastung eines Aufgabenbereiches, der in erster Linie den Anspruch der Klienten auf eine flexible, unbürokratische und persönliche Hilfe einzulösen hat.¹⁸⁹*

*Die **Pauschalgenehmigung** von Dienstreisen setzt Einsicht der Kommunalverwaltung bzw. des nichtöffentlichen Trägers in Arbeitsweise und -anfall des Sozialpsychiatrischen Dienstes voraus. Unerwartet notwendig werdende Aktivitäten, etwa im Rahmen von Kriseninterventionen, werden auf diese Weise ohne unnötigen Schreib- und Verwaltungsaufwand handhabbar. Die Mitarbeiter werden ohne aufwendige Prozedur in die Lage versetzt, ihre Dispositionen in eigener Kompetenz und Verantwortung so zu planen und durchzuführen, wie es die Praxis erfordert. Diese Regelung stellt die Grundvoraussetzung zur Erzielung der notwendigen Mobilität der Mitarbeiter dar. Umfang und Inhalt einer Pauschalgenehmigung sollten, in Anlehnung an MEYER/FRICKE, nach sachlichen Erfordernissen ausgerichtet sein und sich auf alle erkennbaren "regelmäßig gleichartigen Geschäfte an demselben auswärtigen Geschäftsort oder in demselben Bezirk"¹⁹⁰ ausdehnen. Hierzu gehören beispielsweise auch Fahrten zum außerhalb des kommunalen Hoheitsgebietes gelegenen*

186 Niedersächsischer Datenschutzbeauftragter, VI. Tätigkeitsbericht 1984, Ziffer 19.3, in: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4140

187 vgl. § 62 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. § 57 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

188 vgl. hierzu beispielsweise: BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 134 ff

189 vgl. BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 146

190 MAYER/FRICKE 1988, Kommentar zu § 2 BRKG, Buchgr. 20, Rdnr. 84

Landeskrankenhaus.¹⁹¹ Für eine Begrenzung der Pauschalgenehmigung etwa ausschließlich nach geographischen Gesichtspunkten können keine hinreichenden Beweggründe gesehen werden. Daß für großzügig bemessene pauschale Reisegenehmigungen praktische Beispiele existieren, ist der vom Niedersächsischen Minister der Justiz erlassenen "Anordnung über die weitere Organisation, die Aufgaben und den Dienstbereich der hauptamtlichen Bewährungshelfer" aus dem Jahre 1984 zu entnehmen: "Unter der Voraussetzung, daß die Belange des Verurteilten Dienstreisen oder Dienstgänge notwendig erscheinen lassen, werden diese allgemein genehmigt. - a) innerhalb des eigenen Landgerichtsbezirks und innerhalb angrenzender Gebiete bis zu einer Entfernung von 30 km von der Bezirksgrenze, ... c) zu Drogenberatungsstellen und staatlich anerkannten Therapieeinrichtungen, d) zur Vorbereitung der Entlassung (bis zu zwei Dienstreisen im Einzelfall) in Justizvollzugsanstalten, psychiatrische Krankenhäuser, Entziehungsanstalten und Erziehungsheime in Niedersachsen."¹⁹²

*Durch das **Führen eines Fahrtenbuches** erfolgt eine Erfassung der dienstlich zurückgelegten Wegstrecken, was für den Arbeitnehmer zum Zwecke der Reisekostenerstattung und für den Anstellungsträger bezüglich der Haushaltsmittelerteilung, Eigenhaftung des Dienstreisenden¹⁹³ etc., unabdingbare Daten sind. Auch versicherungsrechtliche Aspekte finden auf diese Weise eine sachgerechte Berücksichtigung. Wegen der Zeiteintragungen (Beginn und Beendigung einer Dienstreise) sind Fahrtenbücher geeignet, statistische Auskünfte über die Verteilung von Innen- und Außendiensttätigkeit der Bediensteten zu liefern. Das Führen eines Fahrtenbuches oder vergleichbarer Aufzeichnungen ist bei Vorliegen von pauschalen Reisegenehmigungen unabdingbar; unter den Voraussetzungen einzeln genehmigter Dienstreisen ist es entbehrlich, da die Erfassung zurückgelegter Wegstrecken und sonstiger Angaben bereits mit der Genehmigungs- bzw. Kostenerstattungsbeantragung erfolgt.*

Die Auswahl geeigneter Fortbewegungsmittel der Bediensteten in den Sozialpsychiatrischen Diensten führt zu einer Reihe unterschiedlicher Lösungsmöglichkeiten mit verschiedenen Graden dienstlicher Mobilität und administrativen Aufwandes zur Abwicklung von Dienstreisen:

*Hinsichtlich der **Dienstwagen** gilt zunächst zu differenzieren, ob die Zweckbestimmung einzelner Fahrzeuge grundsätzlich auf die ausschließliche Durchführung von Dienstreisen beschränkt ist (verwaltungseigenes Kraftfahrzeug i.S. § 6 Abs. 6 Satz 2 BRKG) oder ob jeweils ein Fahrzeug einem Bediensteten zwecks dienstlicher und privater Nutzung zur Verfügung gestellt wird (beamteneigenes Kraftfahrzeug i.S. § 6 Abs. 6 Satz 1 BRKG). Bei beiden Varianten handelt es sich um praktikable Lösungen, die jedoch in unterschiedlicher Weise den Ansprüchen optimierter Mobilität Rechnung tragen: Der Dienstwagen mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung ist aus Gründen der wirtschaftlichen Auslastung mit dem Erfordernis der Nutzung durch mehrere Bedienstete (u. U. aus verschiedenen Ämtern oder Abteilungen) verbunden. Dies schränkt die Verfügbarkeit des Fahrzeuges deutlich ein, was sich bei hohem Mobilitätsbedarf im Bereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes (z.B. wegen unvorhersehbarer Kriseneinsätze) erheblich nachteilig auswirkt. Von Vorteil ist hingegen, daß der administrative Aufwand zur Reisekostenabrechnung entfällt; lediglich das Führen eines Fahrtenbuches oder vergleichbarer Aufzeichnungen ist aus Dokumentationsgründen erforderlich. Aus der Notwendigkeit eines von mehreren Bediensteten erreichbaren zentralen Standortes des Fahrzeuges resultieren weitere Einschränkungen in der Mobilität. Dienstreisen können stets nur*

191 Nach § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978 gehört auch das Aufsuchen stationär behandelter Klienten in Landeskrankenhäusern zu den - wie MEYER/FRICKE formulieren "regelmäßig gleichartigen Geschäften an demselben auswärtigen Geschäftsort".

192 Niedersächsischer Minister der Justiz, Az. 2391-301.1: "Anordnung über die weitere Organisation, die Aufgaben und den Dienstbereich der hauptamtlichen Bewährungshelfer (Bewh AV) vom 23. Januar 1984", in: NIEDERSÄCHSISCHER RECHTSPFLEGER, Heft 2/1984, Seite 29

193 Eigenhaftung: z.B. bei Ordnungswidrigkeiten oder Gesetzesübertretungen im Straßenverkehr: Der Anstellungsträger muß über die Möglichkeit verfügen festzustellen, wer zu einem bestimmten Zeitpunkt einen Dienstwagen für welche Strecke benutzt hat.

am Dienort begonnen (Fahrzeug abholen) und beendet (Fahrzeug abliefern) werden; Beginn und Beendigung von Einsätzen an der Wohnung des Bediensteten sind nicht möglich.¹⁹⁴

*Fahrzeuge mit **dienstlicher und privater Zweckbestimmung**, die der Anstellungsträger seinen Bediensteten zur Verfügung stellt, bewirken für den Dienst nicht nur ein optimales Maß an Mobilität, sondern reduzieren den administrativen Aufwand dadurch, daß sie kontinuierliche Reisekostenabrechnungen überflüssig werden lassen. Lediglich das Fahrtenbuch oder eine vergleichbare Aufzeichnung muß aus Gründen der Dokumentation geführt werden. Die Anschaffung und Bereitstellung der Fahrzeuge bedarf wegen der privaten Nutzung einer einmaligen vertraglichen Vereinbarung über eine Kostenbeteiligung des Bediensteten. Beispiele aus der freien Wirtschaft und von einigen Wohlfahrtsverbänden bezeugen die Praktikabilität derartiger Lösungen. Bei Beamten in der niedersächsischen Landesverwaltung wurde bis 1978 nach dieser Regelung verfahren. Sie wurde mit Einführung der "Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BRKG" aufgehoben.¹⁹⁵ Die Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl dienstlich einsetzbarer Kraftfahrzeuge wird nicht selten über rechtsverbindliche Erklärungen der Bediensteten erzielt, die diese bereits mit ihrem Anstellungsvertrag abgegeben haben. Vorteile des Einsatzes von anerkannt privateigenen Kraftfahrzeugen gegenüber der Nutzung von privateigenen Kraftfahrzeugen bestehen in etwa um 26 % höheren Wegstreckenentschädigungen, zinslosen Vorschüssen des Arbeitgebers sowie günstigeren Versicherungskonditionen, die auch für die private Nutzung gelten.¹⁹⁶*

*Für Bedienstete beinhaltet der Einsatz **privateigener und anerkannt privateigener Kraftfahrzeuge** trotz der genannten Nachteile ein hohes Maß an dienstlicher Mobilität. Der administrative Aufwand zur Abwicklung der Reisekostenrechnungen ist vertretbar, sofern keine zusätzliche Erhöhung dieses Aufwandes durch Einzelgenehmigungsverfahren erfolgt. Das Führen eines Fahrtenbuches oder vergleichbarer Aufzeichnungen ist, unter der Voraussetzung einer erteilten Pauschalgenehmigung, aus Dokumentationsgründen notwendig.*

- 194 Daß maßgebliche Gründe dafür existieren, eine Dienstreise (Hausbesuch) an der Wohnung des Bediensteten beginnen bzw. enden zu lassen, soll anhand folgenden Beispiels verdeutlicht werden: Man stelle sich ein unregelmäßiges Dreieck mit den Eckpunkten A = Wohnung des Bediensteten, B = Dienort und C = Wohnung des Klienten vor. Zwischen A und B ist eine Distanz von 20 km vorhanden, zwischen B und C eine Entfernung von 30 km, und zwischen C und A beträgt die Strecke 10 km.

Ausgangspunkt: Beginn der Dienstreise an der Wohnung des Bediensteten:

Lösung I:

Wegstreckenberechnung unter Einsatz eines Dienstwagens mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung:

A-B-C-B = 80 km
davon 60 km dienstlich

Lösung II:

Wegstreckenberechnung unter Einsatz eines für dienstliche und private Nutzung verfügbaren Fahrzeugs:

A-C-B = 40 km
davon 40 km dienstlich.

Ausgangspunkt: Beendigung der Dienstreise an der Wohnung des Bediensteten:

Lösung I:

Wegstreckenberechnung unter Einsatz eines Dienstwagens mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung:

B-C-B-A = 80 km
davon 60 km dienstlich

Lösung II:

Wegstreckenberechnung unter Einsatz eines für dienstliche und private Nutzung verfügbaren Fahrzeugs:

B-C-A = 40 km,
davon 40 km dienstlich.

Lösung II bedeutet gegenüber der Lösung I nicht nur eine beachtliche Einsparung dienstlich zurückgelegter Reisekilometer, sondern führt überdies zu einer Zeitersparnis.

- 195 NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B, Runderlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. 1978, Seite 2052

- 196 Nach § 6 Abs. 1 BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979 beträgt die Wegstreckenentschädigung für ein dem Dienstreisenden gehörendes Kraftfahrzeug (kein anerkanntes privates Kraftfahrzeug) derzeit 31 Pfennig pro dienstlich zurückgelegten Kilometer. Nach der Dritten Verordnung des BUNDESMINISTER DES INNEREN zur Änderung der Verordnung zu § 6 Abs. 2 BRKG vom 29.09.1982 (BGBl. I S. 1381) beträgt die Wegstreckenentschädigung für ein anerkanntes privates Kraftfahrzeug derzeit 42 Pfennig pro dienstlich zurückgelegten Kilometer. Differenz (absolut): 42 Pfennig - 31 Pfennig = 11 Pfennig; Differenz (relativ): 26,19 %.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ergibt sich für die Auswertung der Befragungsergebnisse zunächst folgende Gewichtung:

Umstände der Dienstreisegenehmigung:

1. Pauschalgenehmigung
2. Einzelgenehmigung (für den regulären Dienstbetrieb entbehrlich)

Führen eines Fahrtenbuches (oder vergleichbarer Aufzeichnungen):

1. bei Pauschalgenehmigung erforderlich
2. bei Einzelgenehmigung entbehrlich

Verwendung von Fortbewegungsmittel:

1. Dienstwagen mit dienstlicher und privater Zweckbestimmung
2. Anerkanntes privates Kraftfahrzeug
3. Dienstwagen mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung-
4. Privates Kraftfahrzeug

Eine vollständige Beantwortung der (dreigliedrigen) Frage durch die jeweiligen Dienste kann nur dann als erfolgt angesehen werden, wenn zu den Bereichen Dienstreisegenehmigung, Fahrtenbuch und Fortbewegungsmittel mindestens jeweils eine konkrete Angabe erfolgt. Ist dies nicht der Fall, so muß die Frage für den betreffenden Dienst insgesamt als unbeantwortet gelten, da ansonsten eine Verfälschung des Gesamtergebnisses eintreten würde. Der konzeptionelle Aufbau der Frage bedingt die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Es bestehen insgesamt 13 Antwortmöglichkeiten, die für die Auswertung relevant sein können und denen im folgenden Raster (siehe Übersicht auf der folgenden Seite) entsprechende Wertepunkte zugeteilt werden:

Begründung und Bewertung der Antwortkombinationen	Wertepunkte
<p>Pauschalgenehmigung und Privat-Pkw (und Fahrtenbuch) 12</p> <p>Diese Regelung bietet für Beschäftigte in Sozialpsychiatrischen Diensten ein hohes Maß an Mobilität bei einem Minimum an administrativem Aufwand. Entscheidend für die Bewertung ist der gänzliche Verzicht auf Einzelgenehmigungsverfahren. Das Führen eines Fahrtenbuches wird als notwendige Konsequenz aus einer derartigen Regelung betrachtet. Sollte diese Angabe nicht erfolgen, wird unterstellt, daß vergleichbare Aufzeichnungen stattfinden. Günstig gegenüber der nachstehenden Regelung wirkt sich die optimale Verfügbarkeit und Ausnutzung des privaten Pkw aus.</p>	
<p>Pauschalgenehmigung und Privat-Pkw und Dienstwagen (und Fahrtenbuch) 11</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil die freie Fahrzeugwahl auf Einschränkungen bezüglich des Nutzungsumfangs und der Verfügbarkeit eines Dienstwagens begründet ist und der unter diesen Voraussetzungen eingesetzte private Pkw nicht optimal genutzt wird. Gegenüber der nachstehenden Regelung ist dennoch von erhöhter Mobilität des Dienstes auszugehen.</p>	
<p>Pauschalgenehmigung und Dienstwagen (und Fahrtenbuch) 10</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden wegen der Einschränkungen in Nutzungsumfang und Verfügbarkeit eines Dienstwagens ungünstiger. Wegen des Verzichtes auf "Einzelgenehmigung" bleibt diese Regelung günstiger als die nachstehende.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Pauschalgenehmigung und Privat-Pkw (und Fahrtenbuch) 9</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil sie zusätzlich zur pauschalen Reisegenehmigung das Kriterium der Einzelgenehmigung aufweist. Das Führen eines Fahrtenbuches wird auch hier - wegen der Pauschalgenehmigung - als notwendige Konsequenz betrachtet. Sollte diese Angabe nicht erfolgen, wird unterstellt, daß vergleichbare Aufzeichnungen stattfinden. Günstig gegenüber der nachstehenden Regelung wirkt sich die optimale Verfügbarkeit und Ausnutzung des privaten Pkw aus.</p>	
<p>Einzelgeneh. u. Pauschalgen. u. Privat-Pkw und Dienstwagen (u. Fahrtenbuch) 8</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil die freie Fahrzeugwahl auf Einschränkungen bezüglich des Nutzungsumfangs und der Verfügbarkeit eines Dienstwagens begründet ist und der unter diesen Voraussetzungen eingesetzte private Pkw nicht optimal ausgenutzt wird. Gegenüber der nachstehenden Regelung ist dennoch von erhöhter Mobilität des Dienstes auszugehen.</p>	
<p>Einzel- und Pauschalgenehmigung und Dienstwagen (und Fahrtenbuch) 7</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden wegen der Einschränkungen in Nutzungsumfang und Verfügbarkeit eines Dienstwagens ungünstiger. Wegen der vorhandenen anteiligen pauschalen Reisegenehmigung ist diese Regelung günstiger als die nachstehende.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Privat-Pkw 6</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil sie gänzlich auf eine pauschale Reisegenehmigung verzichtet. Das Führen eines Fahrtenbuches kann entfallen, weil im Zusammenhang mit dem Einzelgenehmigungs- bzw. Kostenerstattungsverfahren hinreichende Dokumentation betrieben wird. Günstig gegenüber der nachstehenden Regelung wirkt sich die optimale Verfügbarkeit und Ausnutzung des privaten Pkw aus.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Privat-Pkw und Dienstwagen 5</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil die freie Fahrzeugwahl auf Einschränkungen bezüglich des Nutzungsumfangs und der Verfügbarkeit eines Dienstwagens begründet ist und der unter diesen Voraussetzungen eingesetzte private Pkw nicht optimal ausgenutzt wird. Gegenüber der nachstehenden Regelung ist dennoch von erhöhter Mobilität des Dienstes auszugehen.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Dienstwagen 4</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden wegen der Einschränkungen in Nutzungsumfang und Verfügbarkeit eines Dienstwagens ungünstiger. Wegen des Verzichtes auf das zusätzliche Führen eines Fahrtenbuches ist diese Regelung günstiger als die nachstehende.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Fahrtenbuch und Privat-Pkw 3</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil den Dienstreisenden sowohl ein aufwendiges Einzelgenehmigungsverfahren als auch das bei Einzelgenehmigungsverfahren entbehrliche Führen eines Fahrtenbuches zugemutet wird. Günstig gegenüber der nachstehenden Regelung wirkt sich die optimale Verfügbarkeit und Ausnutzung des privaten Pkw aus.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Fahrtenbuch und Privat-Pkw und Dienstwagen 2</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden deswegen ungünstiger, weil die freie Fahrzeugwahl auf Einschränkungen bezüglich des Nutzungsumfangs und der Verfügbarkeit eines Dienstwagens begründet ist und der unter diesen Voraussetzungen eingesetzte private Pkw nicht optimal ausgenutzt wird. Gegenüber der nachstehenden Regelung ist dennoch von erhöhter Mobilität des Dienstes auszugehen.</p>	
<p>Einzelgenehmigung und Fahrtenbuch und Dienstwagen 1</p> <p>Diese Regelung ist gegenüber der vorhergehenden wegen der Einschränkungen in Nutzungsumfang und Verfügbarkeit eines Dienstwagens ungünstiger.</p>	
<p>Alle übrigen Antworten sowie keine Angaben 0</p>	

Bei Durchführung der Befragung war bezüglich der Fortbewegungsmittel gesondert auf folgendes zu achten: Handelt es sich bei der Angabe "Dienstwagen" um ein Fahrzeug "mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung" oder um einen Pkw "mit dienstlicher und privater Zweckbestimmung". Bei der Angabe "Privat-Pkw des Bediensteten" galt zwischen "privateigenem" und "anerkannt privateigenem" Fahrzeug zu differenzieren.

Datenanalyse Frage 213

TABELLE 2-3:
DIENSTREISEGENEHMIGUNGEN, FAHRTENBÜCHER UND ART DER FORTBEWEGUNGSMITTEL

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summen	
Einzel-Genehmigung	×	×			×	×	×				×	×	×		×	×						×	11	
Pauschal-Genehmigung	×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	21
Fahrtenbuch führen	×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	20
Dienstwagen (nur dienstlich)	×	×			×	×		×					×		×	×							×	9
Dienstwagen (dienstl. + priv.)																								0
Privat-Pkw (anerkannt)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	22
Privat-Pkw nicht anerkannt																								0
Punktwertung	8	2	12	12	8	8	9	11	12	12	9	9	8	12	8	8	12	12	12	12	12	12	8	216

Quelle: eigene Erhebungen

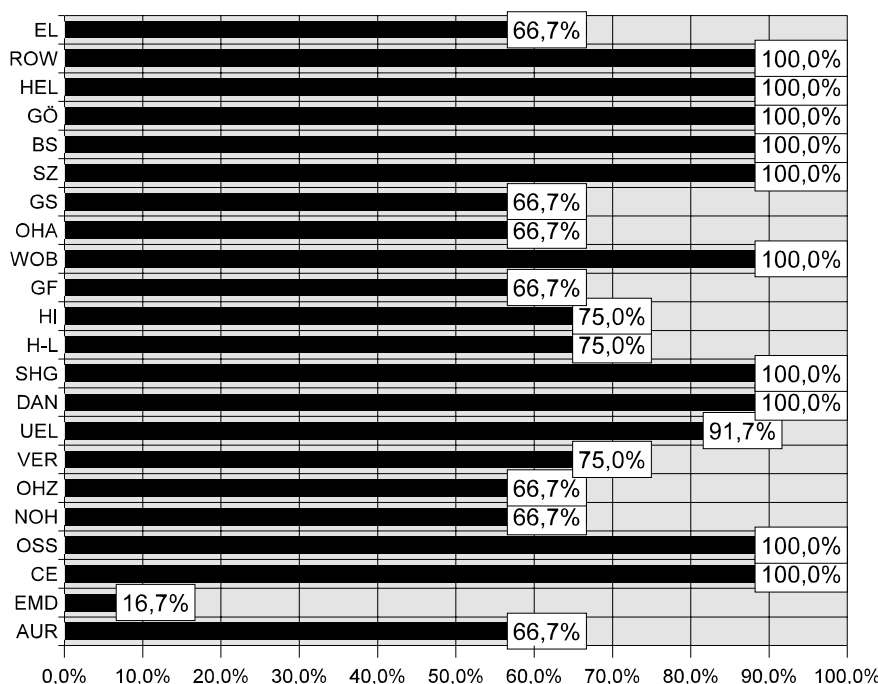
Das Befragungsergebnis ist zunächst im Sinne einer dreigliedrigen Beantwortung als vollständig anzusehen. Bei 21 von 22 befragten Diensten (95,5 %) liegen **Pauschalgenehmigungen** für Dienstreisen vor. Lediglich der Dienst der Stadt Emden praktiziert ein aufwendiges Einzelgenehmigungsverfahren, das je nach zu überwindender kilometermäßiger Entfernung fernmündlich oder schriftlich abgewickelt wird. **Einzelgenehmigungen** sind ebenso bei 10 weiteren Diensten (45,4 %) zusätzlich zu vorliegenden Pauschalgenehmigungen erforderlich. Sie betreffen in der Regel Dienstreisen außerhalb der Grenzen des kommunalen Hoheitsgebietes, also vornehmlich Fahrten zu den Landeskrankenhäusern. Ungeachtet der Regelung der Dienstreisegenehmigungen geben 20 von 22 Diensten an, ein **Fahrtenbuch** zu führen. Lediglich die Landkreise Celle und Goslar verzichten auf diese Angabe. Da bei beiden Diensten jedoch unter anderem mit pauschalen Dienstreisegenehmigungen gearbeitet wird, ist zu unterstellen, daß auch dort aus Dokumentations- bzw. Kostenabrechnungsgründen vergleichbare Aufzeichnungen erfolgen.

Bei allen befragten Diensten kommen **anerkannte privateigene Kraftfahrzeuge** der Bediensteten zum Einsatz; eine Benutzung **nicht anerkannter privateigener Fahrzeuge** war in keinem Fall feststellbar. In 9 der befragten Dienste (40,9 %) stehen zusätzlich **Dienstwagen mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung** zur Verfügung. Ein **Dienstwagen mit dienstlicher und privater Zweckbestimmung** existiert nirgendwo.

Die Betrachtung einzelner Dienste mit den jeweils spezifischen Konditionen für Dienstreisen führt nach Übertragung der Wertepunkte aus der Übersicht zu dem in der Abbildung 2-2 (s.u.) ausgewiesenen Ergebnis. Eine vergleichende Betrachtung der einzelnen Dienste hinsichtlich ihrer Mobilität und des zu leistenden administrativen Aufwandes für Dienstreisegenehmigungs- und Dienstreisedokumentationsabläufen führt zu folgenden Ergebnissen: Bei 10 von 22 Diensten (45,5 %) darf von akzeptablen Bedingungen ausgegangen werden; sie erreichen jeweils die Höchstzahl von 12 zu vergebenden Wertepunkten. Der Dienst des Landkreises Uelzen ist mit 11 Wertepunkten knapp darunter platziert. An die Dienste der Landkreise Verden, Hannover und Hildesheim sind je 9 Punkte zu vergeben, was wesentlich auf das praktizierte Einzelgenehmigungsverfahren rückführbar ist. 7 von 22 Diensten (31,8 %) erhalten je 8 Wertepunkte, es sind die Dienste der Landkreise Aurich, Grafschaft Bentheim, Osterholz, Gifhorn, Osterode, Goslar und Emsland. Hier wirken sich vor allem das aufwendige Einzelgenehmigungsverfahren und die problematische Kombination des Einsatzes von anerkannten privateigenen Kraftfahrzeugen der Bediensteten und Dienstwagen mit ausschließlich dienstlicher Zweckbestimmung negativ aus. - Das schlechteste Einzelergebnis erzielte der Dienst der Stadt Emden mit 2 Wertepunkten. Maßgeblich ist dafür der gänzliche Verzicht auf das Pauschalgenehmigungsverfahren, verbunden mit der Auflage zur Führung eines Fahrtenbuches bei problematischem Einsatz von Dienstwagen und privaten Pkw des Bediensteten. - Insgesamt betrachtet, kann die Quote der erzielten Mobilität aller 22 befragten Dienste und das zu deren Erzielung aufzuwendende Ausmaß an Verwaltungsarbeit mit 81,8 % (216 erzielte von 264 erreichbaren Wertepunkten) angegeben werden. Bei 12 von 22 Diensten (54,5 %) ließen sich geringfügige bis deutliche Mobilitätssteigerungen, verbunden mit einem Abbau des administrativen Aufwandes, erreichen, um den Standard zu erreichen, der in den anderen Diensten bereits besteht. Für alle 22 befragten Dienste dürfte darüber hinaus eine Optimierung durch den Einsatz von Dienstwagen mit dienstlicher und privater Zweckbestimmung erwartet werden.

Die folgende Graphik veranschaulicht die Grade der Mobilität bei den einzelnen Diensten (unter Berücksichtigung des administrativen Aufwandes im Zusammenhang mit Dienstreisegenehmigungs- und Dienstreisedokumentationsverfahren):

ABBILDUNG 2-2
 MOBILITÄTSGRADE SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE 1985



Quelle: eigene Berechnungen

Bewertungsparameter Frage 214

Für die Angaben zu den Aufzeichnungen bezüglich der durchgeführten Dienstfahrten ergeben sich folgende sinnvolle Antwortmöglichkeiten:

Die Angabe des Zielortes kann durch die Nennung des Dorfes, Gemeinde- oder Stadtteils ausreichend genau dargestellt werden; Straßen- oder gar Adressangaben sind als zu detaillierte Informationsbedürfnisse des Anstellungsträgers zu werten. Sie dienen keinem nachvollziehbaren Sachzweck, können jedoch das besondere Schutzbedürfnis von Klienten berühren, da auf diese Weise für nicht in denselben Betreuungs- oder Beratungskontext einbezogene Mitarbeiter der Verwaltung die Rekonstruierbarkeit einer personenbezogenen Krankheitsperiode möglich wäre.

Begründungen von Dienstreisen, soweit sie nicht durch Allgemeinaussagen z.B. "Hausbesuche", "mobile Betreuung" etc. pauschal abgegeben werden, lassen sich mit den vielfältigen Möglichkeiten der Hilfen (s. § 3 Nds.PsychKG 1978) generell belegen. Auf den Einzelfall bezogene Begründungen sind deshalb entbehrlich.

Die Vorlage von Betreuungsakten zwecks sachlicher Prüfung von Dienstreisen, zur rechnerischen und sachlichen Feststellung von Reisekostenrechnungen oder zur Beurteilung ordnungsgemäßer Dokumentation von Dienstreisen stellt einen strafrechtlich relevanten Tatbestand dar,¹⁹⁷ es sei denn, daß die prüfende Instanz gleichzeitig in den Betreuungs- oder Beratungskontext des betreffenden Klienten voll integriert ist, was in aller Regel nicht der Fall sein dürfte.

Die vorliegende Frage ist so konzipiert, daß Mehrfachnennungen möglich sind. Nach den vorstehenden Ausführungen sind die in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nach dem Umfang ihres Informationsgehaltes gestaffelt ("Zielort der Dienstfahrt" = wenig Informationen; "Vorlage der Betreuungsakte" = viel Informationen), wobei mit dem Kriterium "Grund der Dienstfahrt" solche Informationsangaben gemeint sind, die über allgemeine Formulierungen wie "Hausbesuche" oder "mobile Betreuung" hinausgehen. Zur Bewertung der Antworten wird folgende Punktevergabe vorgenommen:

Aspekt	Minuspunkte	Aspekt	Minuspunkte
Ziel der Dienstfahrt angeben	0	Grund der Dienstfahrt benennen	3
Straßenangaben machen	1	Vorlage der Betreuungsakte	4
Adressangaben machen	2		

Bei Mehrfachnennungen sollen die Minuspunkte entsprechend addiert werden.

Datenanalyse Frage 214

TABELLE 2-4:
GEFORDERTE INFORMATIONSANGABEN IM ZUSAMMENHANG VON DIENSTREISEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
Zielort angeben	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	22
Straße angeben				×															×					2
Adresse angeben									×															1
Grund der Reise angeben															×									1
Betreuungsakte vorlegen															×									1
Punktwertung	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	11

Quelle: eigene Erhebungen

Das in Tabelle 2-4 vorliegende Befragungsergebnis verdeutlicht, daß im Zusammenhang mit Dienstreisegenehmigungen oder -dokumentationen bzw. Reisekostenrechnungen in allen Fällen (n = 22) Informationsangaben zum Zielort der Dienstreisen gefordert werden. Dieses Ansinnen entspricht den einschlägigen Bestimmungen des Reisekostenrechts. Schützenswerte Privatgeheimnisse werden mit der Information nicht verletzt; ebenso kann darin keine überzogene Kontrollabsicht der Anstellungsträger gegenüber den abhängig Beschäftigten erkannt werden. Bei insgesamt vier Diensten (18,2 %) werden zusätzliche Detailangaben verlangt, die über den Rahmen des Notwendigen hinausgehen bzw. auch Rechtsverletzungen begründen. Eine Übertragung der Minuspunkte auf die Befragungsergebnisse machen deutlich, daß im Dienst des Landkreises Osterode das schlechteste Ergebnis der Bewertung vorliegt. Hier führen Offenlegung von Klientennamen und ausführliche Dienstreisebegründungen zur Abwertung. Im Landkreis Lüchow-Dannenberg werden aus Anlaß von Dienstreisen Adressenangaben der zu betreuenden Klienten gefordert, und in den Diensten der Stadt Osnabrück und des Landkreises Göttingen sind die Mitarbeiter verpflichtet, als Zielorte ihrer Dienstreisen Straßenbezeichnungen (d.h. Teilangaben der Klientenadressen) anzugeben. Die bei den vier Diensten über den Rahmen des Notwendigen bzw. Erlaubten hinausgehend verlangten Informationen sind auffällig, im statistischen Vergleich der 22 befragten Dienste kann ihnen der Status von "Ausreißern" zugeschrieben werden, da sie eine Größenordnung von lediglich 5 % einnehmen.

Der zu Beginn des Abschnittes geäußerten Absicht einer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse dieser Fragen mit denen der Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 202 (Akteneinsicht), 212 (Überstundenvergütung), 213 (Dienstreisegenehmigung, Fortbewegungsmittel), 215 (Verwaltungsarbeit) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) soll in der Zusammenfassung Rechnung getragen werden.

Ergebnis

Die Mobilität von Sozialpsychiatrischen Diensten und die Handhabung von Dienstreiseformalia zeigen sich insgesamt als durchaus den Aufgaben gemäß entwickelt, wenngleich die Nachbesserungspotentiale nicht verborgen bleiben. Daß die Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten ihre Mobilität ganz überwiegend dem Einsatz privateigener Kraftfahrzeuge verdanken, verdeutlicht, daß die gesetzlich gebotenen Hilfen nach dem Nds.PsychKG

1978 durch die Kommunen bzw. die von ihnen beauftragten Träger sich zu einem in diesem Aufgabenfeld bedeutenden Teil auf den Einsatz privaten Eigentums stützt.

Die Formalia bei der Genehmigung und dem Nachweis von Dienstreisen halten sich ganz überwiegend in einem Rahmen, der vor dem Hintergrund der gesetzlichen bzw. verwaltungsspezifischen Vorschriften als akzeptabel bezeichnet werden kann.

Die zum Teil sehr deutliche Streuung der Konditionen für die Arbeit der Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten ist durch fachliche Vorgaben nicht zu erklären. Im Interesse einer qualitativ und quantitativ genügenden Versorgung der Bevölkerung wäre eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen anzustreben. Hinweise auf datenschutzrechtlich bedenkliches Versorgungshandeln haben sich konkret in einem Fall ergeben.

215 Wie hoch sind in etwa die Anteile der Verwaltungsarbeit, die die Mitarbeiter des Dienstes zu leisten haben, gemessen an ihrer übrigen Tätigkeit?		prozentualer Anteil
	Arzt	<input type="checkbox"/>
	Psychologe	<input type="checkbox"/>
	Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>
	Krankenpflegepersonal	<input type="checkbox"/>
	Sonstige	<input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

Diese Frage, die im Kontext zu den Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 202 (Akteneinsicht), 212 (Überstundenvergütung), 213 (Dienstreisegenehmigung, Fortbewegungsmittel), 214 (Angaben bei der Durchführung von Dienstfahrten) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) betrachtet werden soll, zielt darauf, die Anteile von Verwaltungsarbeit der Mitarbeitergruppen Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal und "Sonstige" in den Sozialpsychiatrischen Diensten darstellen zu können.

Die Formulierung der Frage erfolgt mit der Intention zur Feststellung von Verhältnissen zwischen Anteilen von "Verwaltungsarbeit" an der Gesamttätigkeit und Anteilen "übriger Tätigkeit" an der Gesamttätigkeit. Der Begriff "Verwaltungsarbeit" bleibt interpretationsbedürftig, zumal es keine gesetzlichen oder sonstigen Vorschriften gibt, die die normative Ausgestaltung von Schreiben, Bescheiden und Vorschriften in der Verwaltung umfassend regelt. Während etwa § 117 VERWALTUNGSGERICHTSORDNUNG genaue Vorschriften über Form, Aufbau und Inhalt eines verwaltungsgerichtlichen Urteils enthält, enthalten die Verwaltungsverfahrensgesetze des Bundes und der Länder lediglich Bestimmungen über die Nichtförmlichkeit des Verwaltungsverfahrens,¹⁹⁸ die Amtssprache,¹⁹⁹ die Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand,²⁰⁰ die amtliche Beglaubigung,²⁰¹ den Verwaltungsakt²⁰² und die Kosten des Verfahrens.²⁰³ Die wenigen gesetzlichen Vorschriften zum schriftlichen Verwaltungshandeln haben den Zentralbehörden der Länder einen breiten Raum gelassen, die Materie für Verwaltungsvorschriften zu regeln.

198 vgl. § 10 VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976; vgl. § 9 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

199 vgl. § 87 Abs. 1 ABGABENORDNUNG 1977; vgl. § 19 Abs. 1 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

200 vgl. § 32 VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976; vgl. § 110 ABGABENORDNUNG 1977; vgl. § 27 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

201 vgl. § 33 VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976; vgl. § 29 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

202 vgl. §§ 35 ff VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976; vgl. §§ 118 ff ABGABENORDNUNG 1977; vgl. §§ 31 ff SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

203 vgl. § 80 VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976; vgl. § 80a ABGABENORDNUNG 1977; vgl. § 63 SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN (SGB X) 1980

Bayern ist das einzige Bundesland, in dem auf Länderebene eine Allgemeine Dienstordnung (ADO) existiert.²⁰⁴ Die ADO gilt für alle staatlichen Behörden des Freistaates Bayern. Nach § 56 ADO wird den Gemeinden, Landkreisen und Bezirken empfohlen, nach der ADO zu verfahren.²⁰⁵

Auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen verfügen Gemeindedirektor bzw. Oberkreisdirektor im Rahmen der "Geschäftsverteilungshoheit"²⁰⁶ über die Kompetenz zur Errichtung von Dienstanzweisungen,²⁰⁷ die sachgerechtes Verwaltungshandeln überhaupt erst ermöglichen sollen. Die "Geschäftsverteilungshoheit" erstreckt sich von der Erstellung von Organisationsplänen wie Aufgaben- und Verwaltungsgliederungsplänen über die Festlegung eines Geschäftsverteilungsplanes einschließlich Dezernatseinteilung bis hin zur Fixierung einerseits von Stellenplänen, andererseits von Ordnungen für die laufende Arbeit des Apparates (z.B. Aktenplan, Vorschriften über den Geschäftsgang, den Schriftverkehr, die Behandlung des Posteinganges etc.).²⁰⁸ Aus diesem Umstand resultiert eine Vielzahl unterschiedlich gestalteter Arbeitsanweisungen für Mitarbeiter/Stelleninhaber, beispielsweise in den Sozialpsychiatrischen Diensten. In Ermangelung der Verfügbarkeit dieses empirischen Materials, das in der Regel als Verwaltungsinternum dem Zugriff der Öffentlichkeit nicht zur Verfügung gestellt wird, soll zum Begriff "Verwaltungsarbeit" der Rückgriff auf begriffliche Erklärungsmodelle in der Literatur erfolgen:

Vor allem bei ELLWEIN ist der Hinweis auf "einen Dualismus von rechtlichen und fachlichen Bezugssystemen"²⁰⁹ zu finden, dem der in der Verwaltung Tätige ausgesetzt ist. Gemeint ist damit einerseits ein Gefüge verbindlicher Vorschriften, andererseits das Gebot wissenschaftlicher oder fachlicher Anforderungen, die gleichzeitig wirken. ELLWEIN vertritt die Auffassung, daß dies zu Spannungen führen könne. "Deshalb entscheidet hier immer auch das Maß der jeweiligen Verantwortlichkeit, auf das bezogen es Dienstleistungen gibt, die sich eng an Vorschriften binden lassen - technische Sicherheitsvorschriften als Beispiel -, während andere, wie etwa pädagogische Funktionen, die Freiheit des Tätigen voraussetzen. Gleichgültig ob Dienstleistung unmittelbar durch Personal erbracht wird oder in technischer Versorgung besteht: Ein Minimum an persönlicher Freiheit gegenüber den Vorschriften aufgrund eigener fachlicher Zuständigkeit wird man als Voraussetzung annehmen müssen - der Dienstleister steht fachlich zumindest in zwei Bezugssystemen."²¹⁰ ELLWEIN spricht hier von der Dienstleistungsverwaltung im Unterschied zur Ordnungsverwaltung, der wirtschaftenden Verwaltung und der Organisationsverwaltung. Daß dieser Dualismus sich u.a. in der Akten- und Karteiführung der Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten widerspiegelt, ist bereits ausführlich dargelegt worden.²¹¹

Eine im Jahre 1981 von GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT durchgeführte empirische Studie an der Universität Bielefeld über die "Psychiatrische Versorgung durch kommunale Gesundheitsämter" führt auf der Basis von

204 vgl. BAYERISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT 1971, Seite 305, 395, geändert durch Bekanntmachung vom 13.06.1978, BAYERISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT 1971,1978, Seite 325

205 vgl. LINHARD 1981, Seite 3 f

206 Der Begriff "Geschäftsverteilungshoheit", der in engem Zusammenhang mit dem Begriff "Organisationshoheit" steht, geht zurück auf WAGENER 1955, Die Sicherung der kommunalen Geschäftsverteilungshoheit, in: DIE SELBSTVERWALTUNG - ORGAN DES DEUTSCHEN LANDKREISTAGES, Heidelberg, später Köln 1955, Seite 358 f.

207 vgl. NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982; vgl. NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

208 vgl. SCHMIDT-JORTZIG 1979, Seite 176 und dortige Anmerkung 49

209 ELLWEIN 1973, Seite 366

210 ebenda

211 siehe Ausführungen zu Frage 202

neun befragten Diensten u.a. zu folgenden Schlußfolgerungen:

"... so fällt auf,

- daß Arbeitsanweisungen z.T. gar nicht vorhanden sind und falls vorhanden, i.d.R. sehr allgemein gehalten sind; dieser Sachverhalt erhält vor allem deshalb Gewicht, weil vielfach kein fachlich entsprechend ausgebildetes Personal (also keine Psychiater; keine Sozialarbeiter mit ergänzender Psychiatrie-Ausbildung u.ä.) zur Verfügung steht, dem man eine entsprechende Entscheidungsautonomie zugestehen könnte;
- daß nur selten eine Arbeitsteilung des Personals mit Blick auf unterschiedliche Klientengruppen erfolgt: meist bleibt es bei der Ausdifferenzierung von 'Suchtkranken', die immerhin noch so unterschiedliche Teilgruppen wie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängige umfassen;
- daß keine klaren Hinweise auf die Arbeitsteilung und Koordination von ärztlicher Diagnose und Therapie und sozialarbeiterischer Sozialanamnese und Sozialbetreuung vorhanden sind."²¹²

GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT haben im Rahmen ihrer Studie die Tätigkeitsschwerpunkte von Sozialarbeitern und Ärzten mittels einer Befragung ergründet, die folgende Vorgaben enthielt:

- Verwaltungstätigkeiten; beispielsweise Aktenorganisation, Protokolle führen u.ä.;
- Briefe und Berichte mit der Schreibmaschine tippen, Führung von Listen, Karteien und Statistiken;
- Literaturstudium bzw. Lektüre von Fachzeitschriften;
- Aktenstudium zur Vorbereitung von Entscheidungen;
- Studium von Vorschriften zur Vorbereitung oder Begründung von Entscheidungen;
- Studium von ärztlichen Gutachten, von Sozialberichten oder von sonstigen Gutachten;
- Schriftliche Ausarbeitung von Gutachten, Stellungnahmen, Sozialberichten u.ä.;
- Teilnahme an Vorträgen, Referaten, Fortbildungskursen;
- Sprechstundenkontakte mit Klienten;
- Hausbesuche bei Klienten;
- Betreuung von Therapiegruppen, Freizeitgruppen u.ä.;
- Hilfstätigkeiten für Andere; z.B. Mitwirkung bei Massenimpfungen, schulärztl. Sprechstunden;
- Besprechung mit Kollegen;
- Schwierige Fälle mit Vorgesetzten erörtern;
- Einweisung von Mitarbeitern in neue Tätigkeiten und Aufgaben sowie Einweisung neuer Kräfte;
- Beratung und Mitwirkung bei der Planung von Einrichtungen für offene und halboffene Hilfen;
- Kontakte, Informationsaustausch; Verhandlungen m. Angehörigen anderer Dienststellen u. kommunal. Ämter;
- Informationsaustausch und Verhandlungen mit Angehörigen der freien Wohlfahrtsverbände.²¹³

Die zu Beginn benannten (markierten) Kriterien dieses Fragebogens erscheinen geeignet, den Begriff "Verwaltungsarbeit" konkreter zu umreißen, wenn auch eine abschließende Definition nicht erfolgen kann. Die Auswertung der empirisch ermittelten Werte von GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT führte bei der Zielgruppe der Sozialarbeiter zu folgenden Tätigkeitsschwerpunkten:²¹⁴

212 GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981, Seite 139 f

213 GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981, Seite 141 ff, dortige Tabelle 19

214 vgl. GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981, Seite 146

1.	Aktenstudium zur Vorbereitung von Entscheidungen	67 %
2.	Verwaltungstätigkeiten	64 %
3.	Sprechstundenkontakte mit Klienten	62 %
4.	Studium von ärztlichen Gutachten etc.	46 %
5.	Hausbesuche bei Klienten	43 %

Bezüglich der untersuchten Zielgruppe der Ärzte verweisen die Autoren auf Schwierigkeiten, konkrete Ergebnisse zu benennen. Dies sei auf dem Umstand begründet, daß die befragten Ärzte wegen ihrer abweichenden, vertraglichen Bindungen (tage- oder stundenweiser Tätigkeiten im Gesundheitsamt) im Gegensatz zu den Sozialarbeitern nicht als einheitliche Gruppe betrachtet werden könnte.

Die Bielefelder Studie verfügt noch über andere Anhaltspunkte, die zum Kontext des Begriffes "Verwaltungsarbeit" erwähnenswert erscheinen: GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT haben eine Aktenanalyse vorgenommen und das vorgefundene Material systematisch aufgelistet. Die Akten enthielten demnach:

- ausführliche Problemlagenbeschreibung für den internen Gebrauch;
- Kurzbericht über Hausbesuche;
- Kurzbericht über Sprechstundenkontakte;
- Kurzbericht über Telefonate mit Klienten;
- Kurzbericht über Kontakte mit Vormund oder Pfleger;
- Kurzbericht über Kontakte mit Ärzten, LKH, ASD;
- Kurzbericht über sonstige Kontakte;
- Kurzbericht über Therapie/Behandlung;
- ärztliches Gutachten für Gericht und Polizei;
- Gutachten für staatliche Behörden und nicht-kommunale Instanzen;
- Stellungnahmen für städtischen Sozialdienst und andere kommunale Ämter;
- Dokumente über Weiterleitungen/Überweisungen an andere Instanzen/Personen;
- Mitteilungen von den Klienten im Hinblick auf Hilfen, Leistungen usw. in Form von persönlichen Anschreiben;
- Anfragen beim ASD;
- Übersichtsblätter zur Person des Klienten;
- Übersichtsblätter zu den Kontakten mit dem Gesundheitsamt.²¹⁵

Diese Aufstellung gibt einen Eindruck von den inhaltlichen Bestandteilen der "Verwaltungsarbeit", ohne daß damit angegeben würde, welche zeitlichen Inanspruchnahmen mit der Fertigung der einzelnen Aktenbestandteile einhergehen. Auch Untersuchungen des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforchung (IES) in Hannover aus den Jahren 1982 und 1991²¹⁶ enthalten nicht die gewünschten, vertiefenden Anhaltswerte. Eine gründliche Erörterung dieser Thematik setzt jedoch ohnehin eine eigenständige Erhebung voraus, die weit über den Rahmen der hier zu behandelnden Fragestellung hinausginge. Auf das Werk von BRACK "Das Arbeitspensum des Sozialarbeiters",²¹⁷ das einen Beitrag zur Klärung der Arbeitsbelastung dieser Personengruppe beinhaltet, soll in diesem Kontext nur verwiesen werden.

215 vgl. GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981, Seite 152

216 vgl. HOLLER 1982 A, Seite 184 ff; vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, a.a.O.

217 vgl. BRACK 1984, Das Arbeitspensum des Sozialarbeiters - Ein Beitrag zur Klärung der Arbeitsbelastung, Bern u. Stuttgart 1984, a.a.O.

Bewertungsparameter

Zur Bewertung der Antworten auf Frage 215 können nach den vorstehenden Ausführungen keine differenzierten Detailerkennnisse in Form "harter Daten" erwartet werden. Die erbetenen prozentualen Angaben werden in Ermangelung konkret aus der Fragestellung benennbarer Untergliederungskriterien als subjektiv geprägte Schätzwerte angesehen werden müssen. Als solche sind die Ergebnisse, wenn auch mit Zurückhaltung betrachtet, Indikatoren für die tatsächliche Arbeitsbelastung durch Verwaltungsarbeiten.

Datenanalyse

TABELLE 2-5:
"VERWALTUNGSARBEIT", GEMESSEN AN DER DIENSTLICHEN GESAMTTÄTIGKEIT 1985
(ANGABEN IN PROZENT)

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	n	\varnothing_y
Arzt	10	0	5	10	70	20	12	30	35			45	5	0	7	30		10	20	0		45	354	18	19,7
Psychologe		10		10				25				17											62	4	15,5
Sozial-Arbeiter	30	5	17	10	27	3	21	18	30	30		35	30	25	20	30	12	25	15	50		30	463	20	23,2
Kranken-Pfleger			5					18												50			73	3	24,3
Sonstige		85	90	80	100	100	100	90	30			65										80	820	10	82,0
Σ	40	100	117	110	197	123	133	181	95	30		162	35	25	27	60	12	35	45	100		155			
n	2	4	4	4	3	3	3	5	3	1		4	2	2	2	2	1	2	2	3		3			
\varnothing_x	20	25	29	28	66	41	44	36	32	30		41	18	13	14	30	12	18	23	33		52	605	20	30,3

\varnothing_x = Durchschnitt Verwaltungsarbeit pro Dienst

\varnothing_y = Durchschnitt Verwaltungsarbeit pro Berufsgruppe

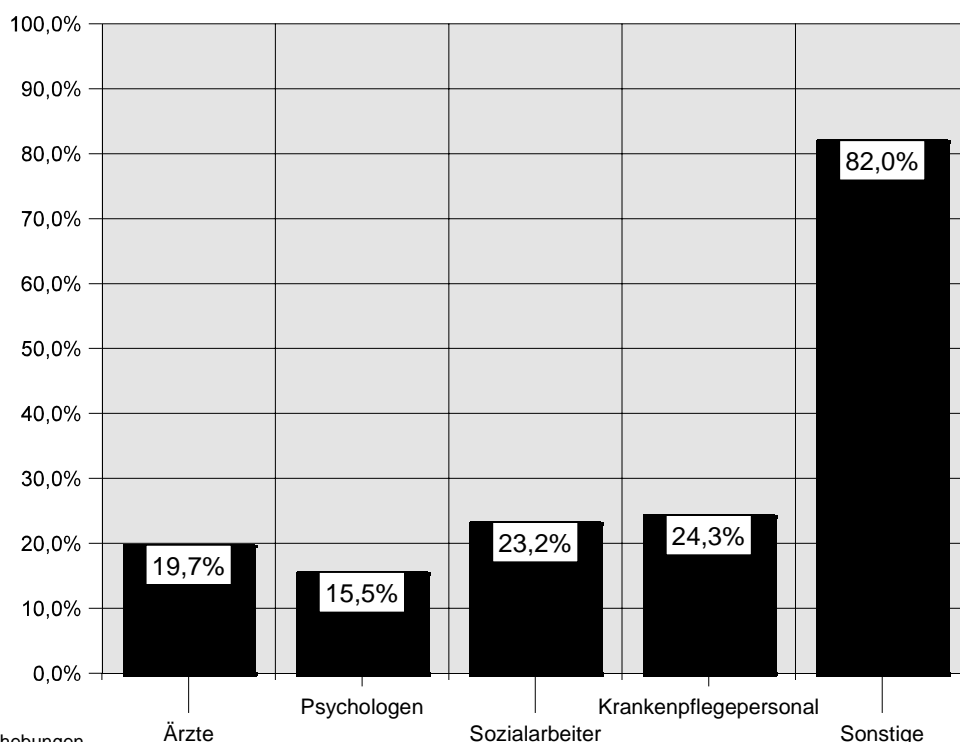
Quelle: eigene Erhebungen

Die letzte Spalte (\varnothing_y) der Tabelle 2-5 enthält die auf die unterschiedlichen **Berufsgruppen** errechneten prozentualen Durchschnittswerte an "Verwaltungsarbeit". Erwartungsgemäß wurden von den Befragten die Anteile unter "Sonstige" mit 82,0 % vergleichsweise hoch angegeben. Dies darf dem Umstand zugeschrieben werden, daß es sich bei den unter "Sonstige" erfaßten Mitarbeitern nahezu ausschließlich um Verwaltungs- und Schreibkräfte handeln dürfte. Die Ziehung des Umkehrschlusses aus diesem Tatbestand, d.h. daß 18,0 % der Arbeitsanteile der Verwaltungs- und Schreibkräfte in mehr oder weniger eigenständiger krankenpflegerischer, sozialpädagogischer, psychologischer und ärztlicher Hilfs- oder Assistenz Tätigkeiten bestehen, mag nicht abwegig sein, kann jedoch anhand der Befragung nicht belegt werden.

Mit deutlichem Abstand folgen die Anteile bei den übrigen Berufsgruppen: Beim Krankenpflegepersonal betragen die Anteile an "Verwaltungsarbeit" durchschnittlich 24,3 % (n = 3), bei den Sozialarbeitern 23,2 % (n = 20), bei den Ärzten 19,7 % (n = 18) und bei den Psychologen 15,5 % (n = 4). Die geringen absoluten Nennungen ergeben keine valide Basis, um diese Zahlen zu verallgemeinern.

ABBILDUNG 2-3:

"VERWALTUNGSARBEIT" DER EINZELNEN BERUFSGRUPPEN, GEMESSEN AN IHRER DIENSTLICHEN GESAMTTÄTIGKEIT 1985



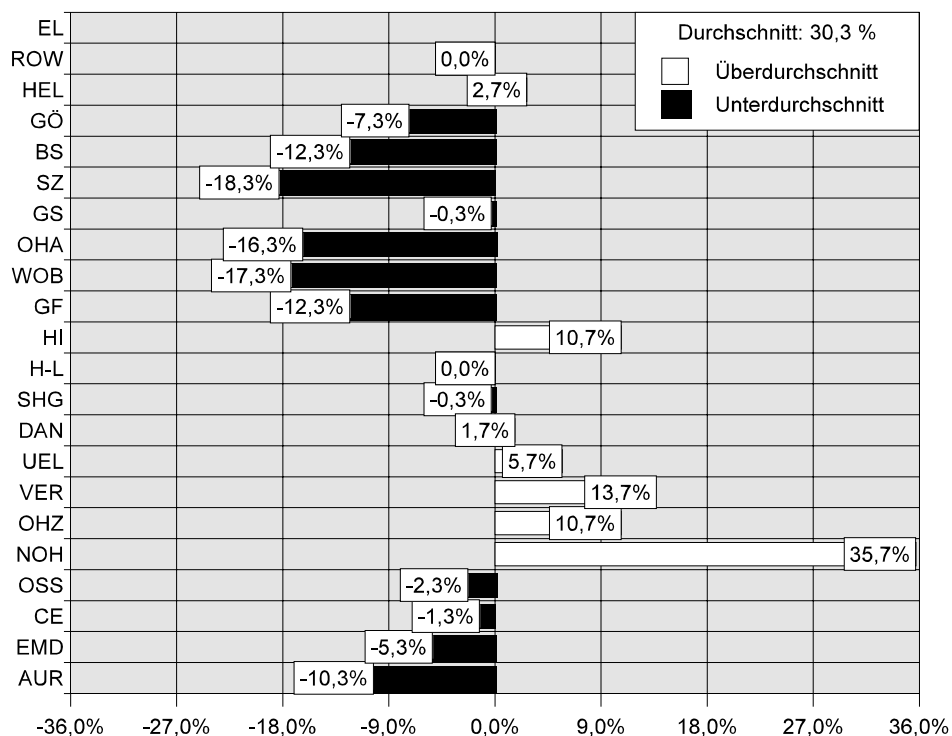
Quelle: eigene Erhebungen

In der letzten Reihe (\bar{x}) der Tabelle 2-5 werden die errechneten durchschnittlichen Werte der einzelnen **Dienste** unter Einbeziehung aller Berufsgruppen dargestellt. Diese Summen der Anteile an "Verwaltungsarbeit" werden jeweils durch die Anzahl der Nennungen dividiert. Die Tabelle gibt Aufschluß darüber, daß die Variationsbreite 54 Prozentpunkte (NOH = 66 %, SZ = 12 %) beträgt, während die Zahl der Nennungen (n) von 1 bis 5 variiert. Der arithmetische Mittelwert der relativen Daten aus 20 befragten Diensten liegt bei 30,3 % anteiliger "Verwaltungsarbeit" aller Berufsgruppen (n = 2,75). Besonders hohe Ausprägungen zeigen die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim und Emsland, besonders niedrige Anteile an "Verwaltungsarbeit" weisen die Dienste der Städte Salzgitter und Wolfsburg auf.

Die folgende graphische Übersicht verdeutlicht die Abweichung der Einzelergebnisse der Dienste vom errechneten arithmetischen Mittelwert von 30,3 % Anteilen an "Verwaltungsarbeit":

ABBILDUNG 2-4:

"VERWALTUNGSARBEIT" BEI ALLEN BERUFSGRUPPEN IN DEN DIENSTEN, GEMESSEN AM DURCHSCHNITT 30,3 %



Quelle: eigene Erhebungen

Für folgende Dienste wurden unterdurchschnittliche Anteile an Verwaltungsarbeit angegeben:

1. Stadt Salzgitter 12 %
2. Stadt Wolfsburg 13 %
3. Landkreis Osterode 14 %
4. Landkreis Gifhorn 18 %
5. Stadt Braunschweig 18 %
6. Landkreis Aurich 20 %
7. Landkreis Göttingen 23 %
8. Stadt Emden 25 %
9. Stadt Osnabrück 28 %
10. Landkreis Celle 29 %
11. Landkreis Schaumburg 30 %
12. Landkreis Goslar 30 %

Für folgende Dienste wurden überdurchschnittliche Anteile an Verwaltungsarbeit angegeben:

1. Landkreis Lüchow-Dannenberg 32 %
2. Landkreis Helmstedt 33 %
3. Landkreis Uelzen 36 %
4. Landkreis Hildesheim 41 %
5. Landkreis Osterholz 41 %
6. Landkreis Verden 44 %
7. Landkreis Emsland 52 %
8. Landkreis Grafschaft Bentheim 66 %

Durchschnittswert: 30,3 %

Auf die jeweiligen Berufsgruppen der einzelnen Dienste bezogene vergleichende Betrachtungen der Anteile von "Verwaltungsarbeit" führen bei der Berufsgruppe der **Ärzte** zum bereits bekannten Durchschnittswert von 19,7 %. Die größten Ausprägungen sind bei den Diensten der Landkreise Grafschaft Bentheim mit 70 % sowie Hildesheim und Emsland mit jeweils 45 % feststellbar, die niedrigsten Werte wurden für die Dienste der Städte Emden und Wolfsburg sowie des Landkreises Helmstedt mit jeweils 0 Prozentanteilen angegeben.

Bei der Berufsgruppe der **Psychologen** teilt das Ergebnis die am Durchschnittswert von 15,5 % gemessenen Befragungsergebnisse in zwei Hälften: Für die Dienste der Städte Osnabrück und Emden wurden mit jeweils 10 % unterdurchschnittliche Anteile an Verwaltungsarbeit angegeben. Bei den Landkreisen Hildesheim und Uelzen bewegen sich die Anteile mit 17 % bzw. 25 % im überdurchschnittlichen Bereich.

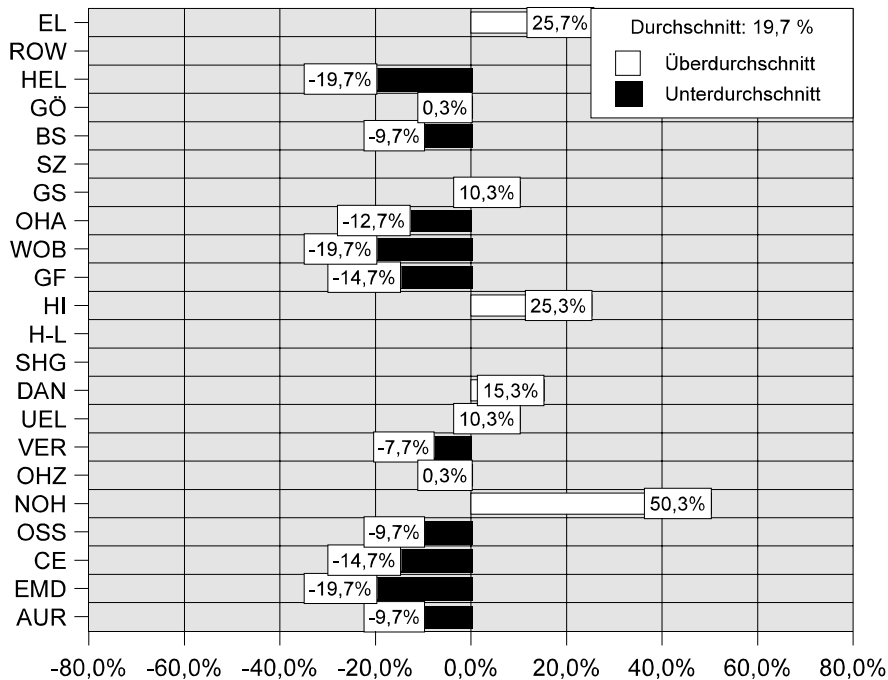
Bei der Berufsgruppe der **Sozialarbeiter** sind - gemessen am errechneten Durchschnittswert von 23,2 % Anteilen an Verwaltungsarbeit hohe Ausprägungen bei den Diensten der Landkreise Helmstedt mit 50 % und Hildesheim mit 35 % festzustellen. Niedrige Angaben hingegen liegen für die Dienste des Landkreises Osterholz mit 3 % und der Stadt Emden mit 5 % vor. Insgesamt wurden die Daten von 20 befragten Diensten einbezogen.

Bei der Berufsgruppe der **Krankenpflegekräfte** gestaltet sich die Verteilung (n = 3), gemessen am errechneten Durchschnittswert von 24,3 %, so, daß zwei der drei in die Auswertung einbezogenen Dienste unterdurchschnittliche Prozentangaben zu den Anteilen von Verwaltungsarbeit aufweisen. Dies trifft auf die Dienste der Landkreise Celle mit 5 % und Uelzen mit 18 % zu. Die anteilige Verwaltungsarbeit an der Gesamttätigkeit der Krankenpflegekräfte des Dienstes des Landkreises Helmstedt liegt mit 50 % sehr deutlich über dem Durchschnitt.

Die unter der Bezeichnung "**Sonstige**" zusammengefaßten Personengruppen (vornehmlich Verwaltungs- und Schreibkräfte) weisen den Durchschnittswert von 82 % anteiliger Verwaltungsarbeit an der Gesamttätigkeit auf. In die Auswertung wurden die Angaben von zehn Diensten einbezogen. Die höchsten Ausprägungen im überdurchschnittlichen Bereich sind bei den Diensten der Landkreise Grafschaft Bentheim, Osterholz und Verden mit jeweils 100 % festgestellt worden, während für den unterdurchschnittlichen Bereich die Dienste der Landkreise Lüchow-Dannenberg mit 65 % und der Stadt Emden mit 85 % ausgewiesen sind.

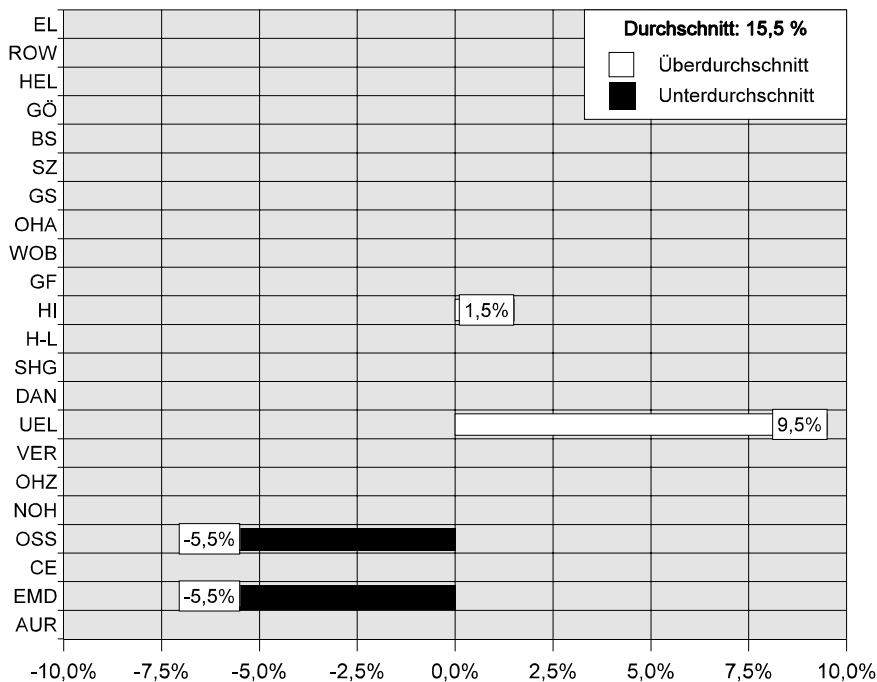
Die folgenden Grafiken verdeutlichen die Streuung der Ergebnisse vom gemittelten Ergebnis für die einzelnen Berufsgruppen:

ABBILDUNG 2-5:
 "VERWALTUNGSARBEIT" BEI DER BERUFSGRUPPE DER ÄRZTE,
 GEMESSEN AM DURCHSCHNITT VON 19,7 %



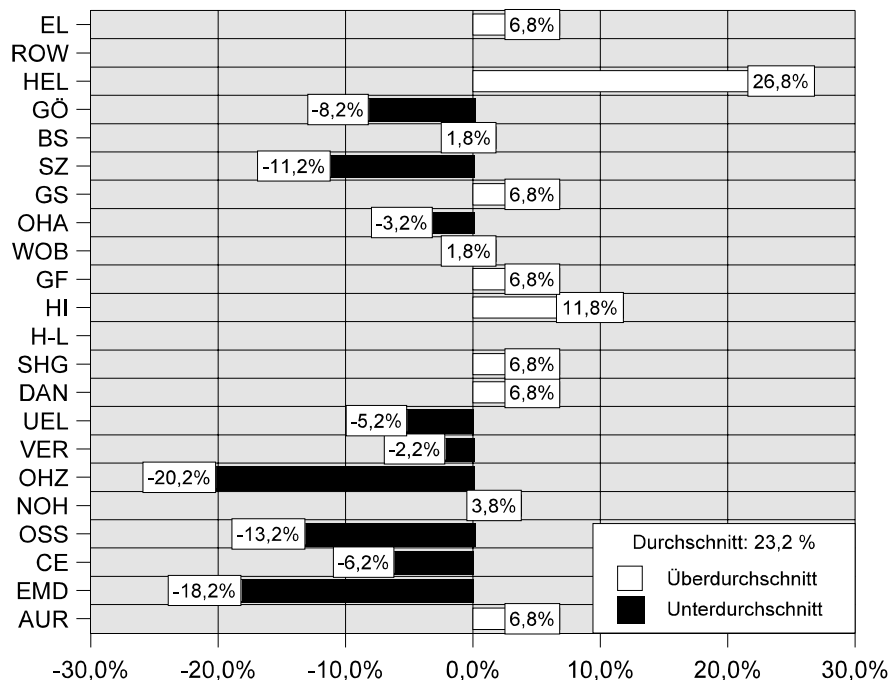
Quelle: eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2-6:
 "VERWALTUNGSARBEIT" BEI DER BERUFSGRUPPE DER PSYCHOLOGEN,
 GEMESSEN AM DURCHSCHNITT VON 15,5 %



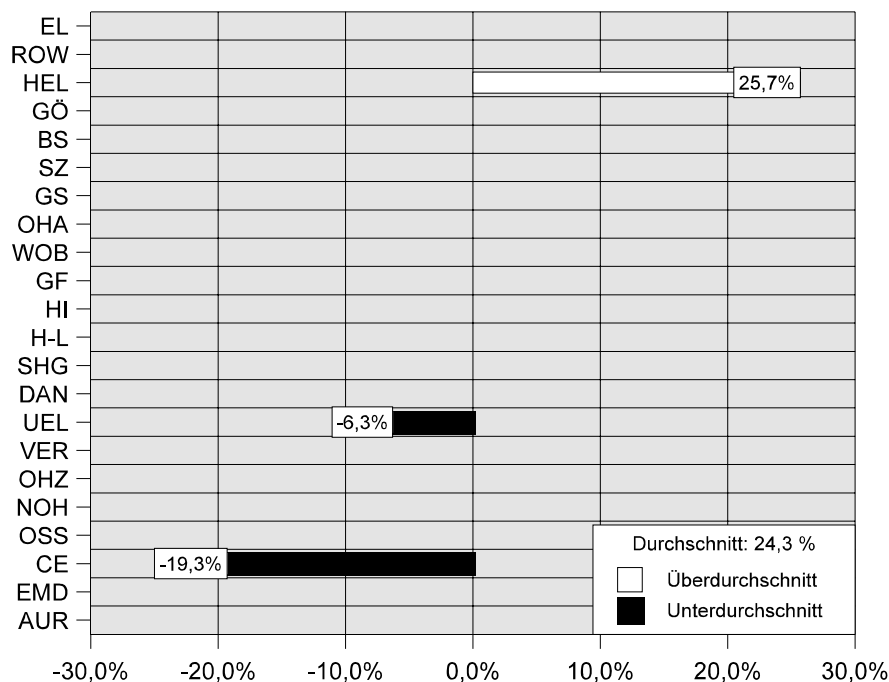
Quelle: eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2-7:
 "VERWALTUNGSARBEIT" BEI DER BERUFSGRUPPE DER SOZIALARBEITER,
 GEMESSEN AM DURCHSCHNITT VON 23,2 %

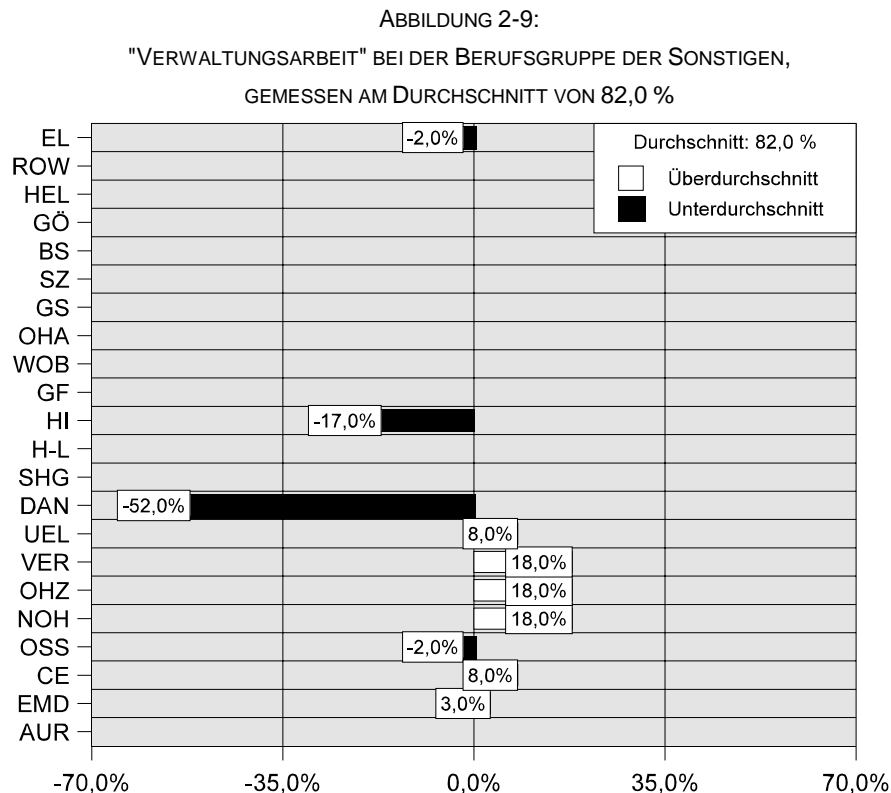


Quelle: eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2-8:
 "VERWALTUNGSARBEIT" BEI DER BERUFSGRUPPE DER KRANKENPFLEGER,
 GEMESSEN AM DURCHSCHNITT VON 24,3 %



Quelle: eigene Berechnungen



Ergebnis

Die Anteile von Verwaltungsarbeit sind sehr unterschiedlich ausgewiesen. Die Daten der Berufsgruppen der Ärzte und Sozialarbeiter können vor dem Hintergrund relativ hoher absoluter Nennungen als taugliche Indikatoren bezeichnet werden, die anteilige Belastung dieser beiden Berufsgruppen wird mit 19,7 % bzw. 23,2 % ausgewiesen. Die Angaben für Psychologen und krankenschwestern Personal basieren auf wenigen Nennungen, entbehren aber mit ihren Nennungen von 15,5 % bzw. 24,3 % nicht einer gewissen Plausibilität. In grober Schätzung ergibt sich, daß ein Fünftel der Tätigkeiten aller Berufsgruppen auf Verwaltungstätigkeiten entfällt.

Deutlich wird in den Sozialpsychiatrischen Diensten mit "sonstigen" Personengruppen (d.h. Verwaltungsmitarbeitern) die Arbeitsbelastung der Fachmitarbeiter geringer (z.B. durchschnittliche Verwaltungsbelastung der Sozialarbeiter aller Sozialpsychiatrischer Dienste mit Verwaltungspersonal: 16,4 % gegenüber Diensten ohne Verwaltungspersonal: 27,7 %). Dies ist ein wichtiger Hinweis zur Stärkung der personellen Effizienz von Sozialpsychiatrischen Diensten durch Beschäftigung von Verwaltungsmitarbeitern.

Der zu Beginn der Frage 215 geäußerten Absicht einer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse dieser Frage mit denen der Fragen 201 (Eigenständigkeit des Dienstes), 202 (Akteneinsicht), 212 (Überstundenvergütung), 213 (Dienstreisegenehmigung, Fortbewegungsmittel), 214 (Angaben bei der Durchführung von Dienstfahrten) und 306 (räumliche Unterbringung des Dienstes) soll erst in der Zusammenfassung Rechnung getragen werden.

<p>301 Welche Aufgaben nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst wahr?</p> <p>Bitte, ungefähre Aufgabenaufteilung in Prozenten an der Gesamtarbeit angeben</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: right;">01)</td><td style="width: 85%;">Nds.PsychKG-Aufgaben</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">02)</td><td>Sozialdienst Gesundheitsamt</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">03)</td><td>Jugendamtsaufgaben</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">04)</td><td>Sozialamtsaufgaben</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">05)</td><td>Paragraph 218 StGB-Beratung</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">06)</td><td>Sprachfürsorge</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">07)</td><td>TBC-Fürsorge</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">08)</td><td>Schulfürsorge</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">09)</td><td>Geist. Behindertenfürsorge</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10)</td><td>Körperbehindertenfürsorge</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">11)</td><td>Altenbetreuung</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">12)</td><td>AIDS-Beratung</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">13)</td><td>Stiftung "Mutter u. Kind"</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">14)</td><td>Stiftung "Familie in Not"</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">15)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">16)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">17)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	01)	Nds.PsychKG-Aufgaben	<input type="checkbox"/>	02)	Sozialdienst Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	03)	Jugendamtsaufgaben	<input type="checkbox"/>	04)	Sozialamtsaufgaben	<input type="checkbox"/>	05)	Paragraph 218 StGB-Beratung	<input type="checkbox"/>	06)	Sprachfürsorge	<input type="checkbox"/>	07)	TBC-Fürsorge	<input type="checkbox"/>	08)	Schulfürsorge	<input type="checkbox"/>	09)	Geist. Behindertenfürsorge	<input type="checkbox"/>	10)	Körperbehindertenfürsorge	<input type="checkbox"/>	11)	Altenbetreuung	<input type="checkbox"/>	12)	AIDS-Beratung	<input type="checkbox"/>	13)	Stiftung "Mutter u. Kind"	<input type="checkbox"/>	14)	Stiftung "Familie in Not"	<input type="checkbox"/>	15)	<input type="checkbox"/>	16)	<input type="checkbox"/>	17)	<input type="checkbox"/>
01)	Nds.PsychKG-Aufgaben	<input type="checkbox"/>																																																		
02)	Sozialdienst Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>																																																		
03)	Jugendamtsaufgaben	<input type="checkbox"/>																																																		
04)	Sozialamtsaufgaben	<input type="checkbox"/>																																																		
05)	Paragraph 218 StGB-Beratung	<input type="checkbox"/>																																																		
06)	Sprachfürsorge	<input type="checkbox"/>																																																		
07)	TBC-Fürsorge	<input type="checkbox"/>																																																		
08)	Schulfürsorge	<input type="checkbox"/>																																																		
09)	Geist. Behindertenfürsorge	<input type="checkbox"/>																																																		
10)	Körperbehindertenfürsorge	<input type="checkbox"/>																																																		
11)	Altenbetreuung	<input type="checkbox"/>																																																		
12)	AIDS-Beratung	<input type="checkbox"/>																																																		
13)	Stiftung "Mutter u. Kind"	<input type="checkbox"/>																																																		
14)	Stiftung "Familie in Not"	<input type="checkbox"/>																																																		
15)	<input type="checkbox"/>																																																		
16)	<input type="checkbox"/>																																																		
17)	<input type="checkbox"/>																																																		

Forschungsinteresse

Durch die Frage soll erkundet werden, inwieweit es sich bei den befragten Diensten um Einrichtungen handelt, die grundsätzlich der Intention des Nds.PsychKG 1978 entsprechen und in welcher Weise (insbesondere im Bereich der Hilfen gemäß der §§ 3 ff Nds.PsychKG 1978) der vom Gesetzgeber intendierte Auftrag erfüllt wird.

Dazu sollen die tatsächlich von den Diensten wahrgenommenen Aufgabenprofile erfaßt und dargestellt werden. Die in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, beziehen sich - mit Ausnahme des ersten und des neunten Antwortfeldes - auf Aufgabenbereiche, die nach dem Aufgabengliederungsplan der KOMMUNALEN GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG²¹⁸ gewöhnlich von anderen Ämtern oder Arbeitseinheiten der Kommunalverwaltungen wahrgenommen werden. Auch aus dem Nds.PsychKG 1978 bzw. auf der Basis der (bislang nicht verabschiedeten) Durchführungs-

218 vgl. KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1978, a.a.O.;
 vgl. KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1982 B, Seite 80 ff

bestimmungen²¹⁹ lassen sich die vorgegebenen Aufgabenbereiche nicht zwingend als Aufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste benennen. Deswegen ist jedoch eine teilweise oder umfassende Zuordnung vorgegebener Aufgabenwahrnehmungen zum Bereich Sozialpsychiatrischer Dienst aus formellen Gründen nicht zu beanstanden, dies ist durch die Geschäftsverteilungshoheit²²⁰ des Stadt- bzw. Oberkreisdirektors formal gedeckt. Denkbar sind solche Aufgabenzuweisungen z.B. im Rahmen interessanter und zukunftsweisender Ansätze in kommunalen Verwaltungsstrukturen, die eine weitgehende Aufhebung traditioneller Organisationsschemata und zentrale Zusammenfassung der Aufgaben mehrerer Ämter beinhalten, etwa die Zusammenlegung des Sozialamtes und des Jugendamtes zu einem gemeinsamen "Amt für Soziale Dienste" mit kombiniertem Innen- und Außendienst nach dem "Trierer Modell".²²¹ Daß sich derartige Organisationsmodelle in der Praxis nur dann bewähren können, wenn sie mit einer genügenden Sach- und Personalausstattung versehen sind, bedarf keiner besonderen Begründung.

Fazit: Sozialpsychiatrische Aufgaben können grundsätzlich sowohl in Form einer als "Spezialdienst" konzipierten Aufbaustruktur als auch in Form eines "Mischdienstes", der mehrere Dienstleistungen bzw. gesetzliche Aufträge in sich vereinigt, ihre auftragsentsprechende und zweckgerechte Erfüllung erfahren. Es wäre voreilig, allein aus der einen oder anderen zu beobachtenden Organisationsform qualitativ wertende Schlußfolgerungen ableiten zu wollen.

Bewertungsparameter

Bei der Auswertung der Antworten werden die Angaben zu "Nds.PsychKG-Aufgaben" und "Geist. Behindertenfürsorge" interessant sein (auch letztgenanntes Kriterium ist in der Gesetzesnorm verankert²²²). Eine rechnerische Zusammenfassung der Aufgaben aus beiden Antwortfeldern dürfte recht präzise Aufschlüsse darüber zulassen, inwieweit ein Dienst als "Spezialdienst" bzw. als "Mischdienst" einzustufen ist. Um hier zusätzliche Gewißheit zu erlangen, soll eine Einbeziehung der Ergebnisse zu den Fragen 102 und 103 (Trägerschaft, Einbettung in Verwaltungsorganisation) erfolgen.

Zur Differenzierung im einzelnen:

- a) Im Falle eines "**Mischdienstes**" dürfte das Aufgabenspektrum sehr viel breiter gefächert sein als dies im Falle eines "Spezialdienstes" in Erscheinung treten müßte. Zur Beurteilung des Sachverhaltes, ob der Gesetzesauftrag des Nds.PsychKG 1978 angemessen erfüllt wird, erscheint es notwendig, weitere Informationen, beispielsweise zum erweiterten Aufgabenumfang, zum organisatorischen Aufbau, zur Arbeitskonzeption etc. einzubeziehen.
- b) Die Organisationsform des "**Spezialdienstes**" orientiert sich ausschließlich am Gesetzesauftrag des Nds.PsychKG 1978 und wird daher leichter einer Beurteilung unterzogen werden können. Diese soll in der Weise erfolgen, daß alle in der Fragestellung aufgelisteten Aufgabenbereiche, mit Ausnahme des ersten und des neunten Antwortfeldes ("Nds.PsychK-Aufgaben" bzw. "Geist. Behindertenfürsorge"), als mit dem Gesetzesauftrag des Nds.PsychKG 1978 nicht zu vereinbarende Tätigkeiten einzustufen sind. Derartige Angaben werden als Hinweise einer nicht auftragsentsprechenden und zweckgerechten gesetzlichen Auftrags Erfüllung gewertet und additiv bewertet.

219 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 1 ff

220 vgl. § 62 Abs. 2 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982;
vgl. § 57 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

221 vgl. WAGNER 1981, Seite 98

222 vgl. § 1 Ziffer 1 Nds.PsychKG 1978

Datenanalyse

TABELLE 3-1:
GEWICHTUNG DER AUFGABENVERTEILUNG VON SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN
(PROZENTUALE ANGABEN)

Code	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	S	P	
AUR	100																				100	100,0	
EMD	100																				100	100,0	
CE	83											2			15						100	83,1	
OSS	99											1									100	99,0	
NOH	80				0,5	7	1		0,5	0,5	10	0,5									100	80,5	
OHZ	91	2			3				1				1,5	1,5							100	92,0	
VER	100																				100	100,0	
UEL	69								1							30					100	100,0	
DAN	70				10								10	5			5				100	70,0	
SHG	90																	10			100	90,0	
H-L	100																				100	100,0	
HI	93																		7		100	93,0	
GF	100																				100	100,0	
WOB	100																				100	100,0	
OHA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GS	90			5					5												100	95,0	
SZ	75				3	1			12	8											100	87,0	
BS	100																				100	100,0	
GÖ	100																				100	100,0	
HEL	100																				100	100,0	
ROW	94	1		1					1		1		1	1							100	95,0	
EL	75			5	1	2	2	1	8	1	1		1	2						1	100	83,0	
∅	90,9	0,14	0,00	0,52	0,83	0,48	0,14	0,05	1,36	0,45	0,57	0,17	0,64	0,45	0,71	1,43	0,24	0,48	0,33	0,05	100	93,7	

Die Spaltenbezeichnungen (Codes 01 bis 17) sind der Fragestellung entnommen. Da zu den Ziffern 15 bis 17 unterschiedliche Antworten gegeben wurden, erfolgte eine Erweiterung um die Spalten 18 bis 20. - Im einzelnen sind folgende Aufgabenbeschreibungen gemeint:

Code		Code	
01	= Nds.PsychKG-Aufgaben	13	= Stiftung "Mutter und Kind"
02	= Sozialdienst Gesundheitsamt	14	= Stiftung "Familie in Not"
03	= Jugendamtsaufgaben	15	= CE: Modellstelle für Sozialarbeiter; Bundesmodell mit der Intention, therapiewilligen Gefangenen in den Celler JVs im Rahmen der "Aufsuchenden Sozialarbeit für drogenabhängige Straftäter" (ASS-Modell) Therapien nach § 35 BtMG zu vermitteln. Befristete Stelle für zwei Jahre (1984 bis 1986).
04	= Sozialamtsaufgaben	16	= UEL: Suchtberatung
05	= Paragraph-218-Beratung	17	= DAN: Geschlechtskrankenfürsorge
06	= Sprachfürsorge	18	= SHG: Pflegschaften, Vormundschaften, Beamtenbegutachtung
07	= TBC-Fürsorge	19	= HI: Nervenärztliche Begutachtungen
08	= Schulfürsorge	20	= EL: Ehe- und Familienberatung
09	= Geistig Behindertenfürsorge		
10	= Körperbehindertenfürsorge		
11	= Altenberatung		
12	= AIDS-Beratung		
S	= Summe der verteilten Aufgaben	P	= bereinigte Tabellenwerte: nur die Eingabefelder 01, 09 und 16 beinhalten Aufgaben nach dem Nds.PsychKG 1978

Die in der Fragestellung vorgegebenen Antwortvorgaben mußten um drei Positionen ergänzt werden (Code 18 bis Code 20). Diese reagieren auf Eingaben zu den freien Antwortfeldern 15 bis 17. Bis auf die Suchtberatung im Landkreis Uelzen (Code 16) beinhalten die Aufzählungen (Code 15 bis Code 20) keine Kriterien im Sinne des Gesetzesauftrages des Nds.PsychKG 1978. Diese Tätigkeiten sind somit - entsprechend den Vorbemerkungen zur Auswertung dieser Frage - den als "Spezialdienst" fungierenden Sozialpsychiatrischen Diensten sachlich und rechnerisch nicht zuzuordnen.

Die Ergebnisse der Befragung aus den Fragen 102 und 103 lassen keine Hinweise auf die Existenz eines "Mischdienstes" im vorbeschriebenen Sinne erkennen. Eventuell könnten Zweifel bezüglich des Dienstes der Stadt Emden wegen der zweifachen organisatorischen Eingliederung (Krankenhaus und Gesundheitsamt) aufkommen. Ausweislich der vorliegenden Daten versieht dieser Dienst jedoch zu 100 % Nds.PsychKG-Aufgaben.

Um den Tätigkeitsumfang der jeweiligen "Spezialdienste" im Sinne des Nds.PsychKG 1978 zu ermitteln, sind die Werte bei der vorstehenden Tabelle 3-1 aus den Antwortfeldern 01, 09 und 16 zusammenzufassen. Dies ist in der zweiten Spalte (P) der Tabelle erfolgt.

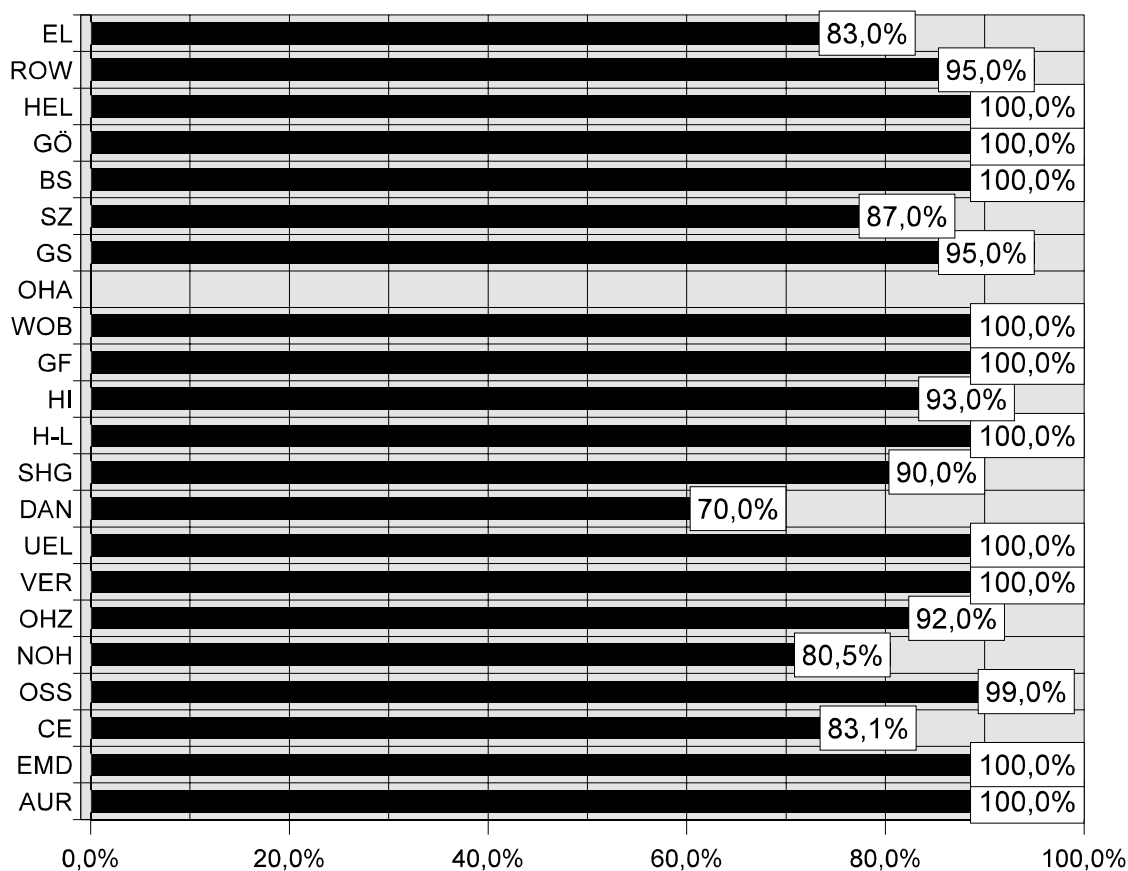
Zu dieser Frage liegen Angaben von 21 Diensten vor. Rund die Hälfte der Dienste (47,6 %) gehen in ihrer Aufgabenwahrnehmung zu 100 % mit dem Gesetzesauftrag des Nds.PsychKG 1978 konform, sachfremde Aufgaben werden nicht versehen. Der Rest, das sind 11 von 21 Diensten (= 52,4 %), versieht zusätzlich solche Aufgaben, die durch den Gesetzesauftrag des Nds.PsychKG 1978 nicht unmittelbar abgedeckt sind.

Die graphische Darstellung der Ergebnisse aus der vorstehenden Tabelle ergibt ein Bild, nach dem die Anmutung einer nahezu vollständigen Zweckdienlichkeit in der Aufgabenwahrnehmung Sozialpsychiatrischer Dienste gegeben sei. Dieses Bild ist aber trügerisch. Die vermeintlich relativ geringfügigen Abweichungen von den 100 %-Marken haben in der Realität eine nicht zu unterschätzende Bedeutung: Bezogen auf den Sozialpsychiatrischen Dienst des **Landkreises Emsland** beispielsweise nimmt die "geringfügige Abweichung" eine Größenordnung von 2,4 Vollzeit-Planstellen²²³ ein, die zwar formal dem Dienst zugeteilt sind, faktisch jedoch für sozialpsychiatrische Aufgaben nicht zur Verfügung stehen.

223 Ausweislich der Erhebung zu Frage 304 (Tabelle 3-2) sind im Dienst des Landkreises Emsland 16 Fachkräfte tätig (1,5 Amtsärzte, 2 Ärzte, 10,5 Sozialarbeiter und 2 Berufspraktikanten), die insgesamt 560 Wochenarbeitsstunden leisten, das sind umgerechnet 14 Vollzeit-Planstellen. Mit dieser Personalkapazität werden sowohl Nds.PsychKG-konforme als auch sachfremde Aufgabenerfüllungen betrieben. Der Personaleinsatz für sachfremde Aufgaben beträgt 2,38 Planstellen (17 %), während für Nds.PsychKG-konforme Aufgabenerfüllungen 11,62 Planstellen (83 %) verbleiben.

ABBILDUNG 3-1:

ZU WELCHEM ANTEIL ENTSPRICHT DER SOZIALPSYCHIATRISCHE DIENST DEN ANFORDERUNGEN DES Nds.PSYCHKG 1978?



Quelle: eigene Berechnungen

Der Anteil sachfremder Aufgabenerfüllungen beträgt im Durchschnitt der 21 befragten Diensten 6,3 %. Dieser Wert erhöht sich auf 12 %, wenn das arithmetische Mittel aus den Daten der 11 Dienste gebildet wird, bei denen sachfremde Aufgabenwahrnehmungen konstatiert wurden.

Angeführt wird die Liste sachfremder Aufgabenerfüllungen vom Dienst des Landkreises **Lüchow-Dannenberg**, wo ein Anteil von 30 % zu verzeichnen ist, gefolgt von den Diensten der Landkreise **Grafschaft Bentheim** (19,5 %), **Emsland** (17 %), **Celle** (16,9 %), der Stadt **Salzgitter** (13 %), der Landkreise **Schaumburg** (10 %), **Osterholz** (8 %), **Hildesheim** (7 %), **Goslar** und **Rotenburg** (je 5 %) sowie der **Stadt Osnabrück** (1 %). Demnach kann die Erledigung sachfremder Aufgaben in Sozialpsychiatrischen Diensten nicht als marginales Problem bezeichnet werden. Die Dienste, die mit solchen Aufgaben betraut sind, die nicht ursächlich zum Leistungsprofil der Sozialpsychiatrischen Dienste zählen, wenden durchschnittlich ein Fünftel ihrer Ressourcen hierfür auf. Die folgende Übersicht vermittelt einen Überblick darüber, in welchem Umfang die betreffenden 11 Dienste Personalkapazitäten zur Erledigung sachfremder Aufgaben binden:

ÜBERSICHT:

ERMITTLUNG DER PERSONALKAPAZITÄTEN, DIE DURCH SACHFREMDE AUFGABENERFÜLLUNGEN GEBUNDEN WERDEN:

Kommunen mit sachfremden Aufgabenwahrnehmungen	vorhandene Vollzeit-Stellen ²²⁴	Anteil sachfremder Aufgaben	gebundene Vollzeit-Stellen
01. Landkreis Emsland	14,00	17,0 %	2,3800
02. Landkreis Grafschaft Bentheim	3,86	19,5 %	0,7527
03. Landkreis Celle	4,15	16,9 %	0,7014
04. Landkreis Schaumburg	5,57	10,0 %	0,5570
05. Landkreis Hildesheim	7,75	7,0 %	0,5425
06. Stadt Salzgitter	3,75	13,0 %	0,4875
07. Landkreis Lüchow-Dannenberg	0,75	30,0 %	0,2250
08. Landkreis Goslar	4,25	5,0 %	0,2125
09. Landkreis Rotenburg	4,25	5,0 %	0,2125
10. Landkreis Osterholz	2,60	8,0 %	0,2080
11. Stadt Osnabrück	5,00	1,0 %	0,0500
	∑ 55,93	∅ 12,0 %	∑ 6,3291

Quelle: Die Personalbestandsdaten resultieren aus einem Vorgriff auf die Auswertungen zu den Fragen 304, 305 und 307.

In den betreffenden 11 Sozialpsychiatrischen Diensten, die anteilig sachfremde Aufgaben wahrnehmen, sind rechnerisch rund 56 besetzte Vollzeit-Planstellen vorhanden. Von diesen Personalkapazitäten werden durchschnittlich 12,0 %, das sind rund 6½ Planstellen, für die Erledigung von Aufgaben eingesetzt, die im Nds.PsychKG 1978 nicht beschrieben sind. Dies entspricht rechnerisch der Größenordnung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, der - nach den Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums - einen Bevölkerungsanteil von 150.000 Einwohnern eigenständig versorgen könnte.²²⁵

224 **Tabelle zur Umwandlung von Wochenarbeitsstunden (WArbStd.) in Vollzeitplanstellen (für Dienste mit sachfremden Aufgabenwahrnehmungen)**

Kommunen mit sachfremden Aufgabenwahrnehmungen	WArbStd. lt. Tab. 3-2	÷	40	=	Planstellen
01. Landkreis Lüchow-Dannenberg	30,0	÷	40	=	0,75 Planstellen
02. Landkreis Grafschaft Bentheim	154,5	÷	40	=	3,86 Planstellen
03. Landkreis Celle	166,0	÷	40	=	4,15 Planstellen
04. Landkreis Emsland	560,0	÷	40	=	14,00 Planstellen
05. Stadt Salzgitter	150,0	÷	40	=	3,75 Planstellen
06. Landkreis Schaumburg	223,0	÷	40	=	5,57 Planstellen
07. Landkreis Osterholz	104,0	÷	40	=	2,60 Planstellen
08. Landkreis Hildesheim	310,0	÷	40	=	7,75 Planstellen
09. Landkreis Goslar	170,0	÷	40	=	4,25 Planstellen
10. Landkreis Rotenburg	170,0	÷	40	=	4,25 Planstellen
11. Stadt Osnabrück	200,0	÷	40	=	5,00 Planstellen

Quelle: eigene Berechnungen

225 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

Ergebnis

Die Auswertung der Frage 301 hat keine Hinweise auf die Existenz von "Mischdiensten", die ein über den Gesetzauftrag des Nds.PsychKG 1978 hinausgehendes Aufgabenspektrum rechtfertigen würde, ergeben. Bei differenzierter Bewertung können für 10 von 21 Diensten (47,6 %) die gegebenen Leistungsprofile als adäquate Aufgabenkataloge bezeichnet werden. Bei 11 Diensten (52,4 %) ergeben sich Aufgabenstellungen, die nicht mit den angemessenen und gesetzlich verankerten Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste vereinbar sind. Die durch diese Aufgaben gebundenen zeitlichen und personellen Ressourcen sind nicht marginal. Bedenklich stimmt, daß der Katalog der nicht angemessenen Aufgaben eine große Bandbreite einnimmt und z.T. (etwa bei Übernahme von Sozialamtsaufgaben oder Beratung gemäß § 218 StGB) eine datenschutzrechtliche und unter dem Aspekt hoheitlicher Verwaltung zweifelhafte Vermischung von kommunalen Aufgabenfeldern bezeichnet.

302 Arbeitet Ihr Dienst nach einem schriftlich fixierten Konzept?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Falls JA: Wer hat an der Errichtung dieser Konzeption maßgeblich mitgewirkt?	Amts-/Einrichtungsleiter <input type="checkbox"/> Mitarbeiterteam <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

In Frage 302 werden Angaben darüber erbeten, ob der Dienst nach einem schriftlich fixierten Konzept arbeitet und, wenn dies so ist, durch wen diese Konzeption erstellt wurde. Über die Erfassung der maßgeblichen Mitwirkung an der Konzeptionserrichtung soll herausgefunden werden, ob und inwieweit die mit der praktischen Umsetzung direkt beauftragten Beschäftigten Gelegenheit hatten, hieran aktiv mitzuwirken oder ob es sich bei der Konzeption um eine von der kommunalen (Gesundheits-)Verwaltung den Beschäftigten "verordnete" Handlungsanweisung handelt.

Bewertungsparameter

Die Dienste, die ein schriftlich fixiertes Konzept als Arbeitsgrundlage verwenden können, sollten im Umgang mit sozialpsychiatrischen Fragestellungen in einem definierten Kontext von Begriffen und Arbeitsinhalten agieren können. Immerhin zeugt eine schriftliche Fixierung der Arbeitsinhalte anteilig von theoretischer Durchdringung und Gestaltung des fachlichen Auftrages. Wesentlicher ist aber sicherlich der Aspekt, daß schriftliche Konzeptionen in zwei Richtungen wirksam sind: Sie binden den Beschäftigten, für den sie Arbeitsanweisung sind und den/die Verfasser, von denen sie erlassen werden. Daher sollen der **Ursprung** und die **Inhalte** solcher Konzeptionen nicht außer Acht gelassen werden.

Zum Ursprung: Wurde die Konzeption vom **Amts-/Einrichtungsleiter**, ohne Einbeziehung anderer Stellen, gefertigt, so mag dies zwar verwaltungstechnischer Alltagspraxis entsprechen;²²⁶ gleichwohl beinhaltet derartiges Vorgehen erfahrungsgemäß eine Minderbetonung sozialarbeiterischer, pädagogischer, pflegerischer, psychologischer, therapeutischer und medizinischer Aspekte, die nur in gleichrangiger Anordnung und nicht durch stark unterschiedliche Gewichtung einem Arbeitsfeld wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst gerecht werden können, das geradezu auf Multiprofessionalität angewiesen ist.²²⁷ Geprüft werden sollte in diesem Zusammenhang die Profession des Amts-/Einrichtungsleiters.

226 vgl. KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1982 B, Seite 11

227 vgl. Aussagen des Niedersächsischen Sozialministeriums, in: HEINZE/VON SCHACK 1983, Seite 12

Die Erstellung der Arbeitskonzeption durch das **Mitarbeiterteam** gibt Hinweise darauf, daß die in vorstehendem Absatz erwähnten sozialarbeiterischen, pädagogischen, pflegerischen, psychologischen, therapeutischen und medizinischen Anforderungen grundsätzlich besser ihren Einfluß in ein schriftliches Konzept, und damit in die Gestaltung des Arbeitsbereiches, nehmen können. Unter begleitender Auswertung der Fragen zum Personalbestand (Fragen 304, 305 und 307) ist hierzu die Zusammensetzung des mitwirkenden Teams nach Berufsgruppen zu berücksichtigen.

Erfolgt eine Angabe zu "**Sonstige**", wird im Einzelfall geprüft werden müssen, welche Instanz an der Erstellung der Konzeption maßgeblich beteiligt war. Verbindliche Wertmaßstäbe können hierfür im Vorfeld nicht festgelegt werden. Dies gilt im übertragenen Sinne auch für **Mehrfachnennungen**.

Zu den **Inhalten**: Eine sachgerechte Beurteilung sollte auf die exemplarische Würdigung der fixierten Arbeitsinhalte nicht verzichten. Schwierigkeiten dürften sich möglicherweise bei der Beschaffung der Konzeptionen abzeichnen. Soweit diese vorliegen, sollen sie in die Bewertung einbezogen werden.

Datenanalyse

ÜBERSICHT:

EXISTENZ UND ENTSTEHUNG SCHRIFTLICHER KONZEPTIONEN SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
Konzeption vorhanden		×	×					×	×		×	×	×			×			×	×	×		11	
keine Konzeption	×			×	×	×	×			×				×	×		×	×					×	11
erstellt durch ...																								
... Amtsleiter								×	×		×	×	×			×								6
erstellt durch ...																								
... Mitarbeiter		×	×					×	×		×		×							×	×	×		9
erstellt durch ...																								
... Sonstige								×																1

Quelle: eigene Erhebungen

Die Übersicht weist aus, daß die Hälfte der 22 befragten Dienste über schriftlich fixierte Arbeitskonzeptionen verfügt. Diese 11 Konzeptionen wurden in zwei Fällen (18 %) ausschließlich vom Amtsleiter gefertigt. Dies betrifft die Dienste der Landkreise Hildesheim und Goslar. In fünf Fällen (45 %) erstellten ausschließlich die Mitarbeiter die Konzeption, und zwar in den Landkreisen Celle, Helmstedt, Göttingen und Rotenburg sowie der Stadt Emden. Bei den übrigen vier Diensten (36 %) der Landkreise Uelzen, Lüchow-Dannenberg, Hannover und Gifhorn wurden die Konzeptionen sowohl von der Behörde (Amtsleiter) als auch von den Mitarbeitern erarbeitet. In die Konzeption des Sozialpsychiatrischen Dienstes Uelzen flossen auch Erkenntnisse wissenschaftlicher Begleitforschung aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des

Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit ein.²²⁸

Eine Abwägung der inhaltlichen Qualität unterschiedlicher Konzepte kann nicht erfolgen, da von den in Frage kommenden 11 Diensten trotz wiederholten Anforderns nur in zwei Fällen Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden: Vom Landkreis Hildesheim liegt der Entwurf einer Konzeption aus dem Jahre 1982 vor, und der Landkreis Goslar stellte eine "Selbstdarstellung" mit Datum vom 03.03.1986 zur Verfügung.²²⁹

Ergebnis

Das gefundene Bild bezüglich der schriftlichen Konzeption ist uneinheitlich und läßt keine zusammenführende Beurteilung zu. Jeweils die Hälfte der Sozialpsychiatrischen Dienste arbeitet auf der Grundlage einer solchen Konzeption bzw. ohne eine solche. Von den Diensten mit schriftlichen Konzeptionen überwiegen jene, bei denen die Mitarbeiter der Dienste an der Erstellung beteiligt waren (4 Dienste) oder diese selbst erstellt haben (5 Dienste). Nur in zwei Fällen hat der Amtsleiter die Arbeitsgrundlage allein erstellt.

Da keine genügenden Anzahl an Konzeptionen zur Verfügung gestellt wurde (angesichts der Organisation einer öffentlichen und gesetzlich beschriebenen Aufgabe der kommunalen Allzuständigkeit eine Tatsache, die an sich ein bezeichnendes Licht auf das Selbstverständnis der Dienste wirft), muß auf die qualitative Analyse und Bewertung von Konzeptionen verzichtet werden.

228 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1965), a.a.O.

229 vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1982, a.a.O.; vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST GOSLAR 1986, a.a.O.

<p>303 Existieren für die Mitarbeiter des Dienstes schriftlich verfaßte Arbeitsplatzbeschreibungen als integrierte Bestandteile eines Geschäftsverteilungsplanes?</p>	<p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Falls JA: Wer hat an der Errichtung dieser Arbeitsplatzbeschreibungen maßgeblich mitgewirkt?</p>	<p style="text-align: right;">Amts-/Einrichtungsleiter <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Mitarbeiterteam <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sonstige: <input type="checkbox"/></p>

Forschungsinteresse

Frage 303 weist analog zu Frage 302 in dieselbe Zielrichtung: Die Arbeitsplatzbeschreibung (synonym mit Stellenbeschreibung verwendet) ist hier im Sinne eines integrierten Bestandteils des Geschäftsverteilungsplanes bzw. des Verwaltungs- und Aufgabengliederungsplanes der Kommunalverwaltung aufzufassen:

"Der Aufgabengliederungsplan ist die Grundlage weiterer Organisationspläne: Art und Zusammenfassung der Aufgaben bestimmen letztlich die Gliederung der Verwaltung, den Stellenplan, die Ausstattung der Organisationseinheiten und die Ordnung der Akten. Die Aufgabengliederung wird im Kommunalbereich im Verwaltungsgliederungsplan festgehalten (...)." ²³⁰

"Die Stellenbeschreibung (...) legt die Eingliederung eines Dienstpostens in den Behördenaufbau, seine Ziele, Aufgaben und Funktionen, die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sowie die wichtigen Beziehungen zu anderen Stellen (Informationsbeziehungen, Vertretung) schriftlich, verbindlich und in einheitlicher Form fest ..." ²³¹

Entsprechend der Frage 302 soll auch hier der Versuch der Qualitätsanalyse und vergleichenden Betrachtung jeweiliger Arbeitsplatzbeschreibungen unterschiedlicher Sozialpsychiatrischer Dienste unternommen werden.

Bewertungsparameter

Zur Orientierung sollen die Ausführungen von KÜBLER vorangestellt werden: "Im Regelfall wird im Wege der Ist-Analyse zunächst der jeweilige Arbeitsbereich vom Stelleninhaber beschrieben. Die Ist-Beschreibung wird von seinem unmittelbaren Vorgesetzten bestätigt. Der Vorgesetzte sollte zusammen mit der Personalstelle das Anforderungsprofil und die Beurteilungsmaßstäbe für die Leistungsbeurteilung festlegen. Die Beschreibung muß dann von der Organisationsstelle nach Einschaltung des Personalrates bestätigt und als verbindlich eingeführt werden. Dabei sind jedoch zahlreiche Vorarbeiten zu leisten. Denn der beschriebene Ist-Zustand muß bereinigt

230 KÜBLER 1978, Ziffer 400

231 KÜBLER 1978, Ziffer 611

werden, ehe die Stellenbeschreibung als Soll-Zustand durch Organisationsakt in Kraft tritt ..."²³²

Die KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG führt zur Beteiligung von Mitarbeitern an der Erstellung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Geschäftsverteilungsplänen folgendes aus: "Die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter wirkt sich entscheidend auf die Leistungsfähigkeit der Verwaltung aus. Es ist schon aus diesem Grunde erforderlich, die Erwartungen der Mitarbeiter in organisatorische Überlegungen einzubeziehen. Die Verwaltung sollte aber auch unabhängig von solchen Überlegungen bestrebt sein, Erwartungen und Interessen der Mitarbeiter angemessen zu berücksichtigen. Ungeachtet dieser Grundforderung können Aufgabengliederungsplan und Verwaltungsgliederungsplan nicht an den jeweiligen Wünschen der Mitarbeiter orientiert werden: Es darf keine personenabhängige Organisation geben. Erst die personenunabhängige Aufgabenverteilung ermöglicht die kontinuierliche Erfüllung der Aufgaben sowie die ständige Beobachtung ihrer Entwicklung und Probleme ..." ²³³

Die Auswertung der Befragungsergebnisse soll analog zur vorangegangenen Frage erfolgen, darüber hinaus werden folgende Annahmen getroffen, die es zu prüfen gilt:

Annahme A.: Je länger ein Dienst existiert (Frage 101), desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Arbeitsplatzbeschreibung.

Begründung: Dienste, die bereits eine geraume Zeit (mehrere Jahre) existieren, dürften gewissermaßen der Gründungsphase "entwachsen" sein, in der naturgemäß administrative Abläufe noch erprobt werden, aufeinander abgestimmt werden müssen, bevor sie in Form einer Arbeitsplatzbeschreibung festgeschrieben werden können. Ältere Dienste sollten darüber hinaus aufgrund gewachsener Strukturen den Grad an Etablierung erreicht haben, der ihnen einen festumrissenen Rahmen innerhalb der jeweiligen Organisationsgefüge sichert.

Annahme B.: Je deutlicher eine Diskrepanz zwischen personellem Soll-Bestand und personellem Ist-Bestand (Fragen 304, 305 und 307) besteht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Arbeitsplatzbeschreibung.

Begründung: Es wird angenommen, daß bei personell unterbesetzten Diensten eine möglichst umfassende Aufgabenverteilung auf vorhandene Beschäftigte vorgenommen wird, um formal dem Anspruch gesetzlicher Normen zu genügen. Hierbei wird billigend in Kauf genommen, daß Fragen der tatsächlichen Aufgabenbewältigung in den Hintergrund treten. Unter der Voraussetzung personeller Unterbesetzungen ergibt sich angesichts eines anteilig pro vorhandenem Bediensteten erheblich vergrößerten Aufgabenumfanges ohnehin wesentlich dringlicher die Notwendigkeit zur Regelung gewisser organisatorischer Abläufe, um das Ausmaß potentieller Reibungsverluste möglichst gering zu halten.

Annahme C.: Dienste mit Arbeitsplatzbeschreibungen verfügen nur selten über schriftlich fixierte Konzeptionen (Frage 302).

Begründung: Die deutliche Akzentuierung der Option möglichst reibungsloser Organisationsabläufe führt - gewollt oder unbeabsichtigt - zu einer Vernachlässigung inhaltlicher Aspekte. Dies mag sich in vielerlei Hinsicht bemerkbar machen, u.a. wird dies anhand fehlender Existenz von Arbeitskonzeptionen des Dienstes, die Ergebnisse inhaltlicher Auseinandersetzungen darstellen, beobachtbar sein.

232 KÜBLER 1978, Ziffer 616

233 KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1982 B, Seite 11

Datenanalyse

ÜBERSICHT:

EXISTENZ UND ENTSTEHUNG SCHRIFTLICHER ARBEITSPLATZBESCHREIBUNGEN FÜR MITARBEITER

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
Arbeitsplatzbeschreibung vorhanden				×		×			×	×		×	×	×			×		×	×	×		11	
keine Arbeitsplatzbeschreibung	×	×	×		×		×	×			×				×	×		×				×	11	
erstellt durch Amtsleiter									×			×	×							×	×	×		6
erstellt durch Mitarbeiter				×		×				×			×	×			×		×	×	×		9	
erstellt durch Sonstige																							0	

Quelle: eigene Erhebungen

Die Übersicht verdeutlicht, daß die Hälfte der 22 befragten Dienste über schriftlich fixierte Arbeitsplatzbeschreibungen verfügt. Diese 11 Beschreibungen wurden in zwei Fällen (18 %) ausschließlich vom Amtsleiter gefertigt. Dies betrifft die Dienste der Landkreise Lüchow-Dannenberg und Hildesheim. In fünf Fällen (45 %) erstellten die Mitarbeiter selbst die Arbeitsplatzbeschreibung, und zwar in den Städten Osnabrück, Wolfsburg und Salzgitter sowie den Landkreisen Osterholz und Schaumburg. Bei den übrigen vier Diensten (36 %) der Landkreise Gifhorn, Helmstedt, Rotenburg und Göttingen wurden die Arbeitsplatzbeschreibungen sowohl von der Behörde (Amtsleiter) als auch von den Mitarbeitern gefertigt. Die beabsichtigte Qualitätsabwägung unterschiedlicher Arbeitsplatzbeschreibungen kann nicht erfolgen, da von den in Frage kommenden 11 Diensten trotz wiederholten Anforderns keine Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden.

Überprüfung der Annahme A:

Je länger ein Dienst existiert (Frage 101), desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Arbeitsplatzbeschreibung. Für die Überprüfung dieser Annahme sind die Ergebnisse zu Frage 101 einzubeziehen.

ÜBERSICHT:

EXISTENZDAUER VON SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN (STICHTAG 01.01.1986)

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
Gründungs-Jahr	85	80	80	79	78	82	78	78	78	85	78	80	82	80	79	79	78	78	80	79	79	81	
Dauer mit Arbeitsplatzbeschreibung				7		4			8	1		6	4	6			8		6	7	7		64
Dauer ohne Arbeitsplatzbeschreibung	1	6	6		8		8	8			8				7	7		8				5	72

Die Werte der ersten Reihe der Tabelle entstammen der Tabelle 1-1 (Frage 101) und beinhalten jeweils die Jahreszahlen der Gründung Sozialpsychiatrischer Dienste. Die beiden folgenden Reihen enthalten Jahresangaben zur Existenzdauer der Dienste. Diese beinhalten rechnerisch die Zeitspanne zwischen Gründungszeitpunkt und dem Stichtag 01.01.1986.

Quelle: eigene Berechnungen

Die 11 Dienste, die eine schriftliche Arbeitsplatzbeschreibung vorzuweisen haben, existieren im Durchschnitt 5,8 Jahre ($64 \div 11 = 5,81$). Die Kontrollgruppe der übrigen 11 Dienste, die über keine Arbeitsplatzbeschreibung verfügen, existieren im Durchschnitt 6,5 Jahre ($72 \div 11 = 6,54$). Die Dienste **ohne** Arbeitsplatzbeschreibungen können im Durchschnitt also auf eine rund 9 Monate längere Existenzdauer zurückblicken als solche Dienste **mit** Arbeitsplatzbeschreibungen. Mit dieser Feststellung ist die **Annahme A**, die gegenteilige Voraussetzungen benennt, abzulehnen. Die Analyse der Ursachen dieser Erscheinung gestaltet sich schwierig, da es sich bei dem ermittelten Ergebnis um Durchschnittswerte handelt, die zudem "nur" um 9 Monate voneinander abweichen. Die Zusammensetzung der Durchschnittswerte ist in beiden Gruppen sehr heterogen (Spannweite in beiden Gruppen von 1 bis 8 Jahre), so daß weitere Interpretationen an dieser Stelle auch in Ermangelung einer zusätzlichen gezielten Datenerhebung nicht möglich sind.

Überprüfung der Annahme B:

Je deutlicher eine Diskrepanz zwischen personellem Soll-Bestand und personellem Ist-Bestand (Fragen 304, 305 und 307) besteht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Arbeitsplatzbeschreibung. Für die Überprüfung dieser Annahme sind die Auswertungsergebnisse zu Frage 305 einzubeziehen.

ÜBERSICHT:
PERSONELLE AUSSTATTUNG UND EXISTENZ VON ARBEITSPLATZBESCHREIBUNGEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	HL	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
Personaldefizite bzw. -überhänge *)				-68		-68			-64	-62		-195	-67	-28			-54		-276	-103	-81		-1.066
Personaldefizite bzw. -überhänge **)	-194	+33	-147		-78		-52	-3			-107				±0	-125		-119				+36	-756

Die Zahlenwerte geben - im Vorgriff auf die Daten der Frage 305 - die Personalsituation der Dienste (Personaldefizite bzw. Personalüberhänge) in Wochenarbeitsstunden (WArbStd.) wieder.

*) Die Ziffern der ersten Reihe betreffen die Dienste, die auf Frage 303 die Existenz einer Arbeitsplatzbeschreibung bejaht haben.

***) Die Ziffern der zweiten Reihe betreffen die Dienste, die auf Frage 303 die Existenz einer Arbeitsplatzbeschreibung verneint haben.

Quelle: eigene Berechnungen

Bei den 11 Diensten, die eine schriftliche Arbeitsplatzbeschreibung vorzuweisen haben, liegt das Personaldefizit ausweislich der Übersicht um ca. 40 % über der Kontrollgruppe der übrigen 11 Dienste, die über keine Arbeitsplatzbeschreibung verfügen. Auf diese Weise kann eine Korrelation zwischen Arbeitsplatzbeschreibung und Personalsituation wie folgt konstatiert werden: Je größer die Diskrepanz zwischen personellem Soll-Bestand und personellem Ist-Bestand, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Arbeitsplatzbeschreibung. Die **Annahme B** ist damit bestätigt.

Überprüfung der Annahme C:

Dienste mit Arbeitsplatzbeschreibungen verfügen nur selten über schriftlich fixierte Konzeptionen (Frage 302). Für die Überprüfung dieser Annahme sind die Ergebnisse zu Frage 302 sowie die Werte zu Frage 303 einzubeziehen.

ÜBERSICHT:

ARBEITSPLATZBESCHREIBUNGEN UND SCHRIFTLICHE KONZEPTE DER ARBEIT

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
Arbeitsplatzbeschreibung und Konzeption									×			×	×						×	×	×		6
nur Arbeitsplatzbeschreibung				×		×				×				×			×						5
nur Konzeption		×	×					×			×					×							5
ohne Arbeitsplatzbeschreibung, ohne Konzeption	×				×		×								×			×				×	6

Quelle: eigene Erhebungen

Von den 11 Diensten, die über eine Arbeitsplatzbeschreibung verfügen (Frage 303), sind sechs Dienste (**55 %**) gleichzeitig mit einer schriftlich fixierten Konzeption ausgestattet; fünf Dienste (**45 %**) hingegen nicht. Bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Dienste (n=22) beträgt der Anteil der Dienste, die sowohl eine Arbeitsplatzbeschreibung als auch eine schriftlich fixierte Konzeption vorzuweisen haben, 27 %. Bei jeweils fünf von 22 Diensten (23 %) gibt es nur eine Arbeitsplatzbeschreibung oder nur eine schriftlich fixierte Konzeption. Sechs Dienste (27 %) verfügen weder über Arbeitsplatzbeschreibungen noch schriftlich fixierte Konzeptionen. Mit dieser Feststellung ist die **Annahme C.**, die auf gegenteilige Voraussetzungen basiert, widerlegt. Die Analyse der Ursachen dieser Erscheinung gestaltet sich schwierig, da das ermittelte Ergebnis nur geringe Unterschiede bei den unterschiedlichen Gruppen aufweist (55 % zu 45 %). Weitere Interpretationen sollen an dieser Stelle auch in Ermangelung einer zusätzlichen gezielten Datenerhebung nicht erfolgen.

Ergebnis

Das Ergebnis bezüglich der Arbeitsplatzbeschreibungen ist, ähnlich wie bei der schriftlichen Konzeption für die Dienste, uneinheitlich und läßt keine zusammenführende Beurteilung zu. Jeweils die Hälfte der Sozialpsychiatrischen Dienste arbeitet auf der Grundlage von Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. ohne diese. Von den Diensten mit Beschreibungen sind jene, bei denen die Mitarbeiter der Dienste an deren Erstellung beteiligt waren (5 Dienste) oder diese selbst erstellt haben (4 Dienste), in der Mehrzahl. Nur in zwei Fällen hat der Amtsleiter die Arbeitsgrundlage allein erstellt.

Da keine genügenden Anzahl von Arbeitsplatzbeschreibungen zur Verfügung gestellt wurde, müssen weitergehende Analysen hier unterbleiben. Von den drei zu prüfenden Annahmen bezüglich der bürokratischen Logik innerhalb der Sozialpsychiatrischen Dienste mußten zwei vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen und sich nicht differenzierender Befunde im Sinne der Hypothesen verworfen werden, die Annahme der dritte Hypothese, nach der die Diskrepanz zwischen Personal-Soll und Personal-Ist signifikant korreliert, konnte bestätigt werden, muß aber wegen der geringen Fallzahlen unter beträchtlichem Vorbehalt gesehen werden.

<p>304 Wieviel Mitarbeiter mit einer Vollzeitbeschäftigung sind im Sozialpsychiatrischen Dienst beschäftigt?</p> <p>(Teilzeitstellen s. Frage 305)</p>	<p>Anzahl</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Amtsarzt als Arzt für mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Arzt für mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Psychologe mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/-schwester mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Schreibkraft mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Verwaltungskraft mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Berufspraktikant mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>09 <input type="checkbox"/> ABM mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>10 <input type="checkbox"/> ABM mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Offene Stellen mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>12 <input type="checkbox"/> mit je 40 Std./wöchentlich</p> <p>13 <input type="checkbox"/> mit je 40 Std./wöchentlich</p>
--	---

<p>307 Wer arbeitet konsiliarisch mit wieviel Wochenstunden im Sozialpsychiatrischen Dienst?</p>	<p style="text-align: right;">Wochenstundenzahl</p> <p>Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/></p> <p>Niedergelassener Arzt für Neurologie/Psychiatrie <input type="checkbox"/></p> <p>Arzt für Allgemeinmedizin einer Klinik <input type="checkbox"/></p> <p>Arzt für Neurologie/Psychiatrie einer Klinik <input type="checkbox"/></p> <p>Psychologe <input type="checkbox"/></p> <p>Supervisor <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>
--	--

(verkleinerte Abbildungen)

<p>305 Wieviel Mitarbeiter mit einer Teilzeitbeschäftigung sind im Sozialpsychiatrischen Dienst beschäftigt?</p> <p>(Ganztagsstellen s. Frage 304)</p>	<p>Anzahl</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Arzt als Arzt für mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Arzt für mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Psychologe mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/-schwester mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Schreibkraft mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Verwaltungskraft mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Berufspraktikant mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>09 <input type="checkbox"/> ABM mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>10 <input type="checkbox"/> ABM mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Offene Stellen mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>12 <input type="checkbox"/> mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p> <p>13 <input type="checkbox"/> mit je <input type="checkbox"/> Std./wöchentl.</p>
--	--

Forschungsinteresse

Die Fragen zum Bestand an beschäftigtem Personal stehen bezüglich ihrer Intentionen und Bewertungen in einem sehr engen Zusammenhang. Die Fragen 304 und 305 unterscheiden sich lediglich in der Weise, daß erstere die Vollzeitstellen (40 Wochenarbeitsstunden) erfaßt, während sich letztere auf die Teilzeitstellen (weniger als 40 Wochenarbeitsstunden) beschränkt. Die in beiden Fragestellungen vorgegebenen Antwortfelder sind - lediglich mit dieser Unterscheidung - identisch. Beide Fragen basieren auf der Annahme, daß den zu erfragenden Personal-

kapazitäten gültige arbeitsrechtliche Bindungen (Hauptbeschäftigungsverhältnisse) zwischen Bediensteten und dem jeweiligen Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste zugrunde liegen. Die Frage 307 geht im Unterschied zu den Fragen 304 und 305 von keinem Hauptbeschäftigungsverhältnis zwischen dem konsiliarisch tätigen Fachpersonal und den Einrichtungen aus. Die aus ergänzenden (beratenden) Dienstleistungen bestehenden Personaleinsätze sind dem festen Personalstamm der Einrichtung nicht zurechenbar. Die vorgegebene Antwortmöglichkeiten unterscheiden sich daher auch im Raster durch eine Auswahl des Personenkreises, der üblicherweise für konsiliarische Tätigkeiten²³⁴ in Betracht kommt. Die drei Fragen zielen darauf, den personellen Ist-Bestand zu ermitteln und zu dokumentieren, welche Personalressourcen den Diensten zur Bewältigung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen.

Bewertungsparameter

Die nachstehenden Bewertungsrichtlinien haben, mit einigen kenntlich gemachten Ausnahmen, für die Auswertung der Fragen 304, 305 und 307 Gültigkeit. Eine zusammenfassende Betrachtung der Befragungsergebnisse aus den drei Fragen erscheint unumgänglich:

In Frage 304 sollen alle Vollzeitbeschäftigten (40 Wochenstunden) erfaßt werden. Bei den in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten stellen die Antwortfelder 1 bis 4 und 6 bis 7 (Amtsarzt, Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe, Schreibkraft, Verwaltungskraft) **originäre Planstellen** für das Fachpersonal der Sozialpsychiatrischen Dienste dar. Die übrigen Antwortfelder für Krankenpflegepersonal, Berufspraktikanten und ABM-Kräfte können nicht in gleicher Weise dem Personalstamm der Dienste zugeordnet werden.²³⁵ Sie werden als **additive Personalressourcen** behandelt und sind bei der Ermittlung des personellen Ist-Bestandes der Dienste gesondert zu dokumentieren.

In Frage 305 sollen alle Teilzeitbeschäftigten (weniger als 40 Wochenarbeitsstunden) erfaßt werden. Bei der Zuordnung soll analog der Angaben zu Frage 304 verfahren werden.

Die bei Frage 307 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beinhalten hier gleichrangig eingeschätzte **konsiliarische Tätigkeiten**, d.h. eine Unterscheidung in originäre und additive Personalressourcen wird nicht durchgeführt. Es müssen die stundenmäßig erbrachten Arbeitsleistungen der Fachkräfte erfaßt und ausgewertet werden.

Bei der Angabe sonstiger erbrachter Wochenarbeitsstunden bzw. **sonstiger Personalkapazitäten** (Antwortfelder 12 und 13) ist jeweils auf die Einzelfälle abzustellen, bevor eine endgültige Beurteilung erfolgen kann.

234 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 18

235 Berufspraktikanten, gewöhnlich Absolventen der Fachhochschulen für Sozialwesen, sowie ABM-Kräfte werden nach den Ausbildungsordnungen der Fachhochschulen bzw. nach dem Arbeitsförderungsgesetz in der Regel nur durch zeitlich befristete Anstellungsverträge mit maximaler Laufdauer von 12 Monaten beschäftigt. Berufspraktikanten bedürfen der ständigen Praxisanleitung durch erfahrene Stelleninhaber; ABM-Kräfte benötigen üblicherweise eine relativ lange Einarbeitungsphase, vor allem, wenn sie zuvor in anderen, nicht-psychiatrischen Berufsfeldern tätig waren. Die Fluktuationsrate ist bei diesen Berufsgruppen naturgemäß relativ hoch. Auch wenn eine wirkungsvolle Ergänzung der ambulanten Arbeit nicht in Abrede gestellt werden soll (besonders in der zweiten Hälfte der jeweiligen Beschäftigungsjahre), so ist angesichts von ausbildungs- und arbeitsrechtlichen Einbindungen sowie faktischer Leistungseffizienz eine Gleichstellung des betreffenden Personenkreises mit vollausgebildeten, festangestellten Planstelleneinhabern nicht gegeben.

Bei der Berufsgruppe des Krankenpflegepersonals sind die Voraussetzungen anders gelagert: Gemeint sind vollausgebildete Beschäftigte mit unbefristeten Arbeitsverträgen. In der Literatur werden sie vielfach dem "multiprofessionellen Team" Sozialpsychiatrischer Dienste als unverzichtbar zugehörig bezeichnet, so beispielsweise bei BEHRENDTS 1981 und EKESPARRE VON 1981, beide in: BAUER/ROSE 1981, Seiten 132 bzw. 148; BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 114 f oder KULENKAMPFF in: KULENKAMPFF/MARTINI 1986, Seite 76. Die inhaltliche Notwendigkeit der Beschäftigung von Krankenpflegepersonal wird vom Verfasser nicht in Abrede gestellt, gleichwohl soll die Berufsgruppe nicht unter die originären Professionen gefaßt werden, da sich die folgenden Ausführungen maßgeblich an Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums orientieren (vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG, Drs. 9/3069), bei denen das Krankenpflegepersonal unberücksichtigt bleibt. - Eine analoge Nichtberücksichtigung dieser Berufsgruppe durch d. Verf. findet ihre Begründung ausschließlich in einer dadurch eröffneten besseren Vergleichbarkeit der erhobenen Daten mit den personellen SOLL-Werten des Ministeriums. Die Berufsgruppe der Amtsärzte wird in der einschlägigen Fachliteratur im Rahmen eines "multiprofessionellen Teams" Sozialpsychiatrischer Dienste nicht gesondert erwähnt. Somit gibt es Gründe, Amtsärzte aus inhaltlich-sachbezogenen Erwägungen aus der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste rechnerisch auszuklammern. Diese Option kollidiert allerdings mit der rechtlichen Bestimmung des § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978, die die Möglichkeit der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde vorsieht, um dem zuständigen Amtsarzt die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu übertragen, "... solange einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt ein in der Psychiatrie erfahrener Arzt nicht zur Verfügung steht ...".

Mit dem Kriterium "Offene Stellen" sollen keine vorhandenen, sondern **defizitäre Personalkapazitäten** in Erfahrung gebracht werden. Insofern ist die Angabe offener Stellen bei der Ermittlung des personellen Ist-Bestandes der Dienste ebenfalls gesondert auszuweisen.

Datenanalyse

TABELLE 3-2:
PERSONAL VON SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN IN WOCHENARBEITSSTUNDEN

	Originäre Personalressourcen						Additive Personalressourcen							Vakanzen			Konsiliar. Mitarbeiter										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	
AUR	0	10	0	10	80	0								40	20		2										
EMD			40	0	40	0				0	5																
CE		0	6	120	0		0	40			0	40	40	0									1		3		
OSS		40	0	40	40	40	0		40	0	40	0					40										
NOH		0	2½	120	20		0	10	0	2	40	0							2		2						
OHZ	0	4	0	15	40	0			0	25																	
VER			80	23		0	20	0	20							40	20		25								
UEL		40	0	50	0	35		0	35		0	40			40	0							1				
DAN	0	10	0	10	0		0	10			40	0					40										
SHG	0	2	40	1	80	80		40	0																		
H-L		120	40	400	80		20	0		240	0																
HI		80	0	80	40	40	0	40	30		40	0						40									
GF	0	4		80	30		40	0		40	0											10		10			
WOB	0	6	0	17	120	0		0	40	80	0																
OHA		0	10	0	100		0	40	0	4						40				4							
GS	0	10		120	0		0	20	0	20	40	0				40				2							
SZ	0	10		120	0		0	20		40	0															1	
BS		0	20	200	40		40	0	0	16																	
GÖ		40	0	120	0		0	20							40	0											
HEL	0	4		40	0		0	20		40	0	40	0		40	0				5							
ROW	0	10		120	0		40	0		40	0										8						
EL	40	20	80	0	360	60				80	0									20							
Σ beschäftigte Mitarbeiter	1	12	11	15	59	27	3	1	10	10	2	11	18	0	2	2	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	192

160	100	20	40																								320
				0	56	0	14	10	2	10	3	1															97

originäre R. Vollzeit	40	440	2360	120	400	80																					3440
Teilzeit	90	131½	563	35	190	202																					1211½
additive R. Vollzeit							720	80	0	0	80	80	40														1000
Teilzeit							0	40	0	5	40	0	0														85

Erläuterung der Codes:		weiß = Vollzeit	grau = Teilzeit
A = Amtsarzt	J = Arzt in Ausbildung	S = Psychiater/Nervenarzt	
B = Arzt versch. Fachrichtungen	K = Krankenpfleger	T = Arzt aus Klinik (Allgem./ Fachrichtung)	
C = Sozialarbeiter	L = Sozialmedizinischer Assistent	U = Arzt aus Klinik (Psychiater/Neurologe)	
D = Psychologe	M = Modellstelle	V = Psychologe	
E = Schreibkraft	N = Leitender Arzt	W = Supervisor	
F = Verwaltungskraft	O = Sozialarbeiter	X = Suchtkrankenhelfer	
G = Berufspraktikant	P = Psychologe	Y = Beratungslehrerin (Studienrätin)	
H = Sozialarbeiter ABM	Q = Berufspraktikant	Z = Sprachheilfürsorgerin (Kinderärztin)	
I = And. Mitarbeiter ABM	R = NdgI. Allgemeinarzt		

Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

Den einleitenden Vorbemerkungen zur Auswertung entsprechend, wurde bei der tabellarischen Darstellung der Befragungsergebnisse nach

- | | |
|--|--|
| ⇒ originären Stellen für Fachpersonal; | ⇒ offenen Stellen; |
| ⇒ additiven Personalressourcen | ⇒ sowie den konsiliarisch tätigen Mitarbeitern |

differenziert. Eine konkrete Bezeichnung weiterer unterschiedlicher Professionen im Bereich der additiven Personalressourcen basiert auf Befragungsangaben zu den Eingabefeldern "Sonstige". Auf diese Weise traten die Bezeichnungen: ABM-Stellen für Sozialarbeit; Arzt in Ausbildung; Sozialmedizinische Assistenz und Modellstellen²³⁶ in Erscheinung. Durch die Art ihrer Profession konnte in keinem Fall eine Zuordnung zu den originären Fachpersonalstellen vorgenommen werden, so daß mit der tabellarischen Darstellung bereits eine Vorentscheidung zu Gunsten der additiven Personalressourcen erfolgte. Im Bereich der offenen Stellen bot sich aufgrund der Befragungsergebnisse ebenfalls eine differenzierte Darstellung an.

In den befragten Diensten (n=22) sind zum Befragungszeitpunkt 86 **vollzeitbeschäftigte Fachkräfte** tätig. Unterstützt werden sie durch 25 Beschäftigte, deren Vollzeittätigkeiten nur bedingt zum festen Personalbestand der Dienste gerechnet werden können, da sie als ABM-Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal, Sozialmedizinische Assistenten und Inhaber von Modellstellen angestellt sind (= additive Personalressourcen). Die Anzahl der offenen Vollzeitstellen wurde mit 7 angegeben. In den befragten Diensten (n=22) sind insgesamt 76 **teilzeitbeschäftigte Fachkräfte** tätig. Unterstützt werden sie durch 5 Beschäftigte, die additiv tätig sind. Die Anzahl der offenen Teilzeitstellen wurde mit 2 angegeben.

Die Ermittlung des personellen Ist-Bestandes der Dienste soll - unter Beachtung der besonderen Einschränkungen im Einzelfall - durch Additionen der Wochenarbeitsstunden aus den Fragen 304, 305 und 307 erfolgen. Bei dieser Zusammenfassung werden Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungen gleichrangig behandelt (z.B.: 1 × 40 Wochenarbeitsstunden = 2 × 20 Wochenarbeitsstunden), obwohl diese Position in der Literatur nicht unumstritten ist:

Vor allem einer Studie des BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT aus dem Jahre 1977 zur Teilzeitarbeit bei Beamtinnen sind eine ganze Reihe von Vorbehalten der Behördenvertreter des Öffentlichen Dienstes gegen die Teilzeitarbeit zu entnehmen. Ihre subjektiv eingefärbten Äußerungen ("Teilzeitarbeit wird in der Behörde nicht gern gesehen.")²³⁷ gipfeln in der Befürchtung, daß durch die Einrichtung von Teilzeitarbeitsplätzen "den Behörden Arbeitszeit verloren" gehe,²³⁸ während die Ergebnisse der Studie zu der entgegengesetzten Einschätzung führen, "... daß durch die Möglichkeit der Teilzeitarbeit den Behörden ein zusätzliches Arbeitskräftepotential zur Verfügung gestellt wird ..."²³⁹

KROKER verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß "die Vorurteile gegenüber der Teilzeitarbeit bei Unternehmen, die keine Erfahrungen mit ihr besitzen ... viel negativer aus(-fallen) als bei Unternehmen, die Teilzeitarbeit praktizieren." ²⁴⁰ Dies sei ursächlich auf die "... negativen Erfahrungen mit den zwangsverpflichteten Teilzeitarbeitskräften während des

236 **Ärzte in Ausbildung:** Diese Beschäftigungsverhältnisse werden hinsichtlich der ausbildungs- und arbeitsrechtlichen Einbindung der Betroffenen sowie der faktischen Leistungseffizienz analog zu Berufspraktikanten und ABM-Kräften eingestuft. - **Sozialmedizinische Assistenz:** Diese Berufsgruppe findet in der einschlägigen Fachliteratur keine Erwähnung als im Sozialpsychiatrischen Dienst erforderliche Präsenz. - **Modellstellen = im Landkreis Celle:** Modellstelle für Sozialarbeiter, Bundesmodell mit der Intention, therapiewilligen Gefangenen in den Celler Justizvollzugsanstalten im Rahmen der "Aufsuchenden Sozialarbeit für drogenabhängige Straftäter" (ASS-Modell) Therapien nach § 35 BETÄUBUNGSMITTELGESETZ zu vermitteln. Befristete Stellen für zwei Jahre (1984 bis 1986); vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 B, Seite 59; vgl. BETÄUBUNGSMITTELGESETZ 1984, a.a.O.

237 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (055), Seite 47

238 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (055), Seite 48

239 BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (055), Seite 139

240 KROKER 1981, Seite 126 f

Krieges ..." zurückzuführen.²⁴¹ Gleichwohl gäbe es aus der Sicht der Arbeitgeber sachliche Argumente gegen die Teilzeitarbeit: höhere Anlern- und Einarbeitungskosten,²⁴² zusätzliche Sozialleistungen und Gratifikationen,²⁴³ erhöhte Unfallversicherungsbeiträge etc.;²⁴⁴ aufgewogen würden diese relativ geringen Nachteile beispielsweise jedoch durch gesteigerte Arbeitsmotivationen und Arbeitsintensitäten der Teilzeitarbeitskräfte.²⁴⁵

FUTTERKNECHT beleuchtet in seinen Ausführungen die Teilzeitarbeit aus dem Blickwinkel des Job Sharing. Er führt aus, daß ein Job Sharing-Arbeitsplatz mit finanziellen und sachlichen Mehraufwendungen für die Arbeitgeber verbunden sei, räumt jedoch ebenfalls ein, daß diesen Mehrkosten eine Reihe von Kostenvorteilen gegenüberrete.²⁴⁶

Das Fazit aus diesen verkürzten Darstellungen lautet: Für das bestehende Erkenntnisinteresse, nämlich die Ermittlung des personellen Ist-Bestandes befragter Dienste, wurden in der einschlägigen Literatur keine überzeugenden Darlegungen gefunden, die zwingend den Schluß einer graduellen Unterscheidung zwischen Vollzeit- und Teilzeitarbeit erfordern. Die Qualität einer Arbeitsstunde wird also als konstante Größe angesehen, ungeachtet dessen, ob sie von einer Vollzeit- oder Teilzeitkraft erbracht wurde. Die Einbeziehung der Befragungsergebnisse aus Frage 307 (konsiliarisch Tätige) in die Ermittlung des personellen Ist-Bestandes der Dienste soll nur indirekt erfolgen, die Angaben werden aber nicht gesondert dargestellt.

Über die den Diensten zur Verfügung stehenden Wochenarbeitsstundenpotentiale aus Voll- und Teilzeitbeschäftigung gibt die Tabelle 3-2 Aufschluß. Sie enthält die Ergebnisse der Umrechnung von vollzeitbeschäftigtem Personal in Wochenarbeitsstundenpotentialen unter Verwendung des Faktors 40. Diese Rechnung war als Grundlage für weitere Auswertungen aus Gründen der Vergleichbarkeit erforderlich.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß den befragten Diensten (n=22) insgesamt ein Potential von 3.440 Wochenarbeitsstunden durch **vollzeitbeschäftigte Fachkräfte** zur Verfügung steht. Ergänzt wird dieses um 1.000 Wochenarbeitsstunden durch Vollzeitbeschäftigte, deren Tätigkeiten nur bedingt zum festen Personalbestand der Dienste gerechnet werden können, da sie als ABM-Sozialarbeiter, Sozialmedizinische Assistenten und Inhaber von Modellstellen angestellt sind. Die Quantität offener Vollzeit-Stellen wurde mit 280 Wochenarbeitsstunden angegeben.

Für die Teilzeitbeschäftigten wird in der Tabelle deutlich, daß den befragten Diensten (n=22) insgesamt ein Potential von 1.211½ Wochenarbeitsstunden durch **teilzeitbeschäftigte Fachkräfte** zur Verfügung steht. Ergänzt wird dieses um 85 Wochenarbeitsstunden durch Teilzeitbeschäftigte, deren Tätigkeiten nur bedingt zum festen Personalbestand der Dienste gerechnet werden können, da sie als ABM-Sozialarbeiter und Arzt in Ausbildung angestellt sind. Die Quantität offener Teilzeit-Stellen wurde mit 40 Wochenarbeitsstunden angegeben.

Nach den vorliegenden Befragungsangaben aus 22 Diensten liegt der rechnerische Durchschnittswert einer Teilzeitkraft (ohne additive und konsiliarische Anteile) bei 15,94 Wochenarbeitsstunden ($1.211\frac{1}{2} \div 76 = 15,94$), mit einem unteren Wert von 2 ½ Wochenarbeitsstunden (Arzt für Psychiatrie, Landkreis Grafschaft Bentheim) und einem oberen Wert von 35 Wochenarbeitsstunden (Psychologin und Verwaltungskraft, Landkreis Uelzen). Die teilzeitbeschäftigten Amtsärzte stellen den Diensten im Durchschnitt 7,5 Wochenarbeitsstunden (n=12) zur

241 KROKER 1981, Seite 127

242 vgl. KROKER 1981, Seite 147 f

243 vgl. KROKER 1981, Seite 149

244 vgl. KROKER 1981, Seite 156

245 vgl. KROKER 1981, Seite 138 ff

246 vgl. FUTTERKNECHT 1985, Seite 29

Verfügung; bei den übrigen teilzeitbeschäftigten Ärzten (n=15) sind es 8,8 Wochenarbeitsstunden; teilzeitbeschäftigte Sozialarbeiter (n=27) erlangen im Durchschnitt wöchentlich 20,9 Stunden; Psychologen (n=1) kommen auf 35,0 Stunden; teilzeitbeschäftigte Schreibkräfte (n=10) arbeiten 19,0 Stunden wöchentlich und Verwaltungsangestellte (n=11) durchschnittlich 18,4 Wochenarbeitsstunden.

Es wird ersichtlich, daß den Diensten (n=22) insgesamt ein Potential von 4.651½ Wochenarbeitsstunden durch vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Fachkräfte zur Verfügung steht. Ergänzt wird dieses um 1.085 Wochenarbeitsstunden durch Beschäftigte, deren Tätigkeiten nur bedingt zum festen Personalbestand werden kann, da sie als ABM-Sozialarbeiter, Ärzte in Ausbildung, Krankenpflegepersonal, Sozialmedizinische Assistenten und Mitarbeiter auf Modellstellen angestellt sind. Konsiliarisch tätiges Fachpersonal erbringt eine Arbeitsleistung von 97 Wochenarbeitsstunden. Die offenen Stellen können mit 320 Wochenarbeitsstunden beziffert werden.

Eine Umrechnung der gesamten personellen Ist-Werte in Vollzeitstellen führt zu folgendem Ergebnis: **In den 22 befragten Diensten bestehen zum Befragungszeitpunkt: 116 originäre Vollzeitstellen, ergänzt durch 27 additive Vollzeitstellen und 2 konsiliarische Vollzeitstellen; insgesamt also: 145 vollzeitliche Stellen.**²⁴⁷

Tatsächlich sind in den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten (n=22) im Befragungszeitpunkt - wie bereits dargestellt - insgesamt 162 Fachkräfte tätig (86 Vollzeit-, 76 Teilzeitkräfte). Ergänzt werden sie durch insgesamt 30 additive Fachkräfte (25 Vollzeit-, 5 Teilzeitkräfte). Konsiliarisch tätiges Fachpersonal wird zusätzlich in einer Größenordnung von 18 Fachkräften beschäftigt. Die Anzahl der offenen Stellen addiert sich auf insgesamt 9 (7 für Vollzeit-, 2 Teilzeitkräfte).

Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse der Fragen 304, 305 und 307 werden die Relationen der unter verschiedenen arbeitsrechtlichen Bedingungen bei den Diensten beschäftigten Fachkräfte deutlich:

- In den befragten Diensten (n=22) stehen den 86 Vollzeitbeschäftigten insgesamt 76 Teilzeitkräfte und 18 konsiliarisch Tätige gegenüber. Das ergibt eine mathematische Relation von 48 % Vollzeit- zu 42 % Teilzeit- zu 10 % konsiliarisch Beschäftigten.²⁴⁸ Unter Berücksichtigung der additiven Personalressourcen beträgt die Relation: 53 % Vollzeit- zu 38 % Teilzeit- zu 9 % konsiliarisch Tätigen.²⁴⁹
- In den befragten Diensten (n=22) ist annähernd eine gleiche Anzahl an Vollzeitkräften (53 %) und

247	Vollzeit- und Teilzeitkräfte:	4651,5	÷	40	=	116,29	≈	116
	additive Personalressourcen:	1085,0	÷	40	=	27,13	≈	27
	konsiliarisch Beschäftigte :	97,0	÷	40	=	2,43	≈	$\frac{2}{145}$

248	<u>Rechenexempel:</u>							
	originäre Vollzeitkräfte	=	86 Personen	=	48 %			
	originäre Teilzeitkräfte	=	76 Personen	=	42 %			
	konsiliarische Kräfte	=	18 Personen	=	10 %			
	Insgesamt	=	180 Personen	=	100 %			

249	<u>Rechenexempel:</u>							
	originäre u. additive Vollzeitkräfte	=	(86 + 25)	=	111 Personen	=	53 %	
	originäre u. additive Teilzeitkräfte	=	(76 + 5)	=	81 Personen	=	38 %	
	konsiliarische Kräfte	=	18 Personen	=	9 %			
	Insgesamt	=		=	210 Personen	=	100 %	

Teilzeitbeschäftigten (47 %) tätig.²⁵⁰ Die Vollzeitkräfte tragen jedoch einen Anteil von 74 % des durch Vollzeit- und Teilzeitarbeit (unter Ausschluß konsiliarischer Tätigkeiten) geleisteten gesamten Wochenarbeitsstundenpotentials, durch Teilzeitkräfte werden 26 % Anteile geleistet.²⁵¹

- Den Diensten (n=22) stehen insgesamt 18 konsiliarisch tätige Fachkräfte zur Verfügung. Sie erbringen eine Leistung von 97 Wochenarbeitsstunden. Im Durchschnitt arbeitet eine konsiliarische Kraft 5,4 Stunden in der Woche.

Nach Ermittlung des personellen Ist-Bestandes aus 22 befragten Diensten sollen - in zwei Schritten - Hochrechnungen dieser Werte auf die Größenordnung des Landes Niedersachsen durchgeführt werden. Der erste Schritt der Hochrechnungen soll in der Einbeziehung der Einwohnerzahlen des Landes Niedersachsen bestehen (**Bevölkerungs-Variable**²⁵²); der zweite Schritt der Hochrechnungen soll die Auswertungsergebnisse zu Frage 301 (Welche Aufgaben nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst wahr?) einbeziehen (**Aufgaben-Variable**²⁵³).

Für die Hochrechnungen sollen als Basis die personellen Soll-Werte des Niedersächsischen Sozialministeriums dienen.²⁵⁴ Unter Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen soll ein Abgleich mit den errechneten Ist-Werten erfolgen, um auf diese Weise - auch auf einzelne Dienste bezogene - Personalüberhänge und -defizite angeben und sie in Relation zu den offenen Stellen betrachten zu können.

250 Rechenexempel:

originäre Vollzeitkräfte = . 86 Personen	... =	53 %
originäre Teilzeitkräfte = . 76 Personen	... =	47 %
Insgesamt	= 162 Personen	=	100 %

Unter Berücksichtigung additiver Personalressourcen beträgt die Relation 58 % Vollzeitkräfte zu 42 % Teilzeitbeschäftigte:

originäre u. additive Vollzeitkräfte	.. = (86 + 25) ... = 111 Personen	... =	58 %
originäre u. additive Teilzeitkräfte	... = (76 + 5) ... = .81 Personen	... =	42 %
Insgesamt	192 Personen	=	100 %

251 Rechenexempel:

originäre Vollzeitkräfte	. = ... 3.440 .. Wochenarbeitsstunden	. =	74 %
originäre Teilzeitkräfte	. = ... 1.211 ½ Wochenarbeitsstunden	. =	26 %
Insgesamt	= ... 4.651 ½ Wochenarbeitsstunden	=	100 %

252 **Bevölkerungs-Variable 1985**
 Auf die 22 befragten Dienste entfällt ein Bevölkerungsanteil von 3.588.096 Einwohnern, während das Land Niedersachsen 7.203.471 Einwohner zählt (Stand: 30.06.1985). Einzeldienstbezogene Berechnungen sollen unter Verwendung der Bevölkerungs-Variablen durchgeführt werden. Die Zahl der konsiliarisch Tätigen kann bei diesen Berechnungen nicht berücksichtigt werden, da sich Stellenpläne ausschließlich auf jene Mitarbeiter beziehen, die ein Hauptbeschäftigungsverhältnis mit dem Dienst eingegangen sind.

Einwohner pro Kommune und Jahr:	1985		
01. Landkreis Aurich	169.548	12. Landkreis Hildesheim	278.646
02. Stadt Emden	49.968	13. Landkreis Gifhorn	127.414
03. Landkreis Celle	164.277	14. Landkreis Wolfsburg	121.965
04. Stadt Osnabrück	153.320	15. Landkreis Osterode	88.624
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	116.473	16. Landkreis Goslar	165.389
06. Landkreis Osterholz	94.316	17. Stadt Salzgitter	106.560
07. Landkreis Verden	112.562	18. Stadt Braunschweig	250.731
08. Landkreis Uelzen	94.316	19. Landkreis Göttingen	263.334
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	48.773	20. Landkreis Helmstedt	96.483
10. Landkreis Schaumburg	151.562	21. Landkreis Rotenburg	140.144
11. Landkreis Hannover	546.139	22. Landkreis Emsland	247.552
		Summe:	3.588.096
Bevölkerung Nds. gesamt:	7.203.471	7.203.471	= 49,81065 %

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985

253 Die Aufgaben-Variable gibt an, mit wieviel Prozentanteilen ein Dienst Aufgaben nach dem Nds. PsychKG 1978 erfüllt. Mit diesen Relativzahlen sollen die Ist-Werte ggfs. korrigiert werden, um hernach bei einer erneuten Gegenüberstellung mit den Soll-Werten Personalüberhänge und -defizite (diesmal nach Einrechnung von zwei Variablen) angeben zu können.

254 In den Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen soll gemäß den Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums ein multi-professionelles Team arbeiten, bestehend aus einem Arzt, einem Psychologen und drei Sozialarbeitern. Hinzu kommen eine Planstelle für die Schreibkraft und eine halbe Stelle für die Verwaltungskraft (also 6,5 Planstellen = 260 Wochenarbeitsstunden). Dieser Personalschlüssel bezieht sich auf einen Einzugsbereich von 150.000 Einwohnern. - Diese Auflistung gilt nach den ministeriellen "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes" als Grundvoraussetzung für das Prädikat "Sozialpsychiatrischer Dienst".
 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Ziff. 4.2

Eine Hochrechnung des personellen **Ist-Bestandes** von 22 befragten Diensten auf die Größenordnung des Landes Niedersachsen führt - unter Zugrundelegung der Bevölkerungs-Variablen - zu folgenden Angaben: 233 Vollzeit-Fachkräfte in 47 Diensten,²⁵⁵ ergänzt durch 54 additive Fachkräfte und 5 konsiliarisch Tätige.²⁵⁶ Dieses Ergebnis drückt somit den hochgerechneten gesamten personellen Ist-Bestand niedersächsischer Sozialpsychiatrischer Dienste aus.

Die auf den Angaben des Niedersächsischen Sozialministeriums beruhenden **Soll-Vorgaben** führen nach Umrechnung auf die Größenordnung des Landes Niedersachsen mittels Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen zu folgenden personellen Soll-Werten: In den Sozialpsychiatrischen Diensten des Landes Niedersachsen müßten insgesamt 312 Vollzeit-Fachkräfte (40 Wochenarbeitsstunden) beschäftigt sein.

Ein Vergleich mit den zuvor hochgerechneten Ist-Werten ergibt ein **Defizit von 79 Vollzeit-Planstellen** = 3.160 Wochenarbeitsstunden unterschiedlicher Professionen. Sollte das Defizit von 3.160 Wochenarbeitsstunden ungeachtet inhaltlicher Gesichtspunkte, die dieses Konstrukt ad absurdum führen - gleichmäßig auf die von 30 auf 60 hochgerechneten additiven Personalkräfte²⁵⁷ und auf die von 18 auf 36 hochgerechneten konsiliarisch Tätigen verteilt werden, so müßten diese Fachkräfte im Durchschnitt mit 33-Stunden-Verträgen verpflichtet werden,²⁵⁸ was mit der Realität keineswegs übereinstimmt, da die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der additiven und konsiliarischen Personalkräfte zusammengenommen mit 25 Wochenarbeitsstunden angegeben werden kann.²⁵⁹ Es würde rechnerisch ein Defizit von 20 Vollzeit-Planstellen

255 Das Bundesland Niedersachsen ist in 47 Landkreise und kreisfreie Städte (Kommunen) untergliedert. Nach § 10 Abs. 3 NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982 sind die neun Städte Braunschweig, Delmenhorst, Emden, Hannover, Oldenburg, Osnabrück, Salzgitter, Wilhelmshaven und Wolfsburg kreisfrei. Die 47 Kommunen verteilen sich folgendermaßen auf vier Regierungsbezirke:

Reg.-Bez. Braunschweig:	11	Kommunen (Schlüssel-Nr. 101-103 und 151-158)
Reg.-Bez. Hannover:	8	Kommunen (Schlüssel-Nr. 201 u. 251-157)
Reg.-Bez. Lüneburg:	11	Kommunen (Schlüssel-Nr. 351-361)
Reg.-Bez. Weser-Ems:	17	Kommunen (Schlüssel-Nr. 401-405 und 451-462)

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A, Seite 7

Nach § 4 Nds.PsychKG 1978 sind alle "Landkreise und kreisfreien Städte" verpflichtet, einen Sozialpsychiatrischen Dienst einzurichten.

256 Die 22 befragten Dienste repräsentieren 49,81065 % der Landesbevölkerung Niedersachsens zum Zeitpunkt der Befragung. Umrechnungen auf die Gesamtbevölkerung des Landes (100 %) wurden wie folgt durchgeführt:

$$\frac{116,29 \times 100}{49,81065} = 233,4 \quad \frac{27,13 \times 100}{49,81065} = 54,4 \quad \frac{2,43 \times 100}{49,81065} = 4,8$$

257 Rechenexempel:

additive Personalressourcen (n=22):			Hochrechnung	
Vollzeitkräfte	=	25	$\frac{30 \times 7203471}{3588096}$	= 60,228 ≈ 60
Teilzeitkräfte	=	$\frac{5}{30}$		
Summe:				

258 Rechenexempel:

konsiliarisch Tätige (n=22):	=	18	Hochrechnung	
			$\frac{18 \times 7203471}{3588096}$	= 36,137 ≈ 36
additive Kräfte (hochgerechnet)	=	60	Defizit: 3160 Std.,	
konsil. Kräfte (hochgerechnet)	=	36	verteilt auf 96 Kräfte	
Summe:		96	$3160 \div 96 = 32,91 \approx 33$	

259 Rechenexempel:

	Personen	Std.		
additive Vollzeitkräfte	25	1000	$\frac{1182}{48}$	= 24,63 ≈ 25
additive Teilzeitkräfte	5	85		
konsiliarisch Beschäftigte	18	97		
Summen:	48	1182		

bleiben.²⁶⁰

Die IES-ERHEBUNG 1991 A weist als regionale Vollerhebung aller 47 Sozialpsychiatrischen Dienste, allerdings ohne die hier vorgenommene Differenzierung, 677 Mitarbeiter aus, davon 184 in Teilzeit. Selbst diese, gegenüber den hier dargestellten Zahlen, deutlich höhere Mitarbeiterzahl, wird als defizitär bezeichnet.²⁶¹

In den befragten 22 Diensten müßte - den Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums zufolge²⁶² und nach Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen - insgesamt eine personelle Kapazität von 6.219 Wochenarbeitsstunden, das sind 156 Planstellen, zur Verfügung stehen. Bezogen auf unterschiedliche Professionen errechnet sich für diese Dienste ein Planstellen-Soll von 957 Wochenarbeitsstunden für Ärzte = 24 Planstellen; 2.870 Wochenarbeitsstunden für Sozialarbeiter = 72 Planstellen; 957 Wochenarbeitsstunden für Psychologen = 24 Planstellen; 957 Wochenarbeitsstunden für Schreibkräfte = 24 Planstellen und 478 Wochenarbeitsstunden für Verwaltungskräfte = 12 Planstellen. Zur Ermittlung von Personalüberhängen und Personaldefiziten erfolgt eine Gegenüberstellung²⁶³ der Soll-Werte mit den Ist-Werten:

260 Rechenexempel:
Die auf 96 hochgerechneten additiv und konsiliarisch Tätigen (s. Anmerkung) mit einer durchschnittlichen Leistung von 25 Wochenarbeitsstunden (s. Anmerkung) würden insgesamt (96 x 24,6; = 2364,48) ≈ 2364 Wochenarbeitsstunden erbringen.

Da ein Defizit von 3160 Wochenarbeitsstunden existiert, reichen die 2364 Wochenarbeitsstunden nicht aus.
Es verbleiben (3160 ./ 2364 =) 796 Wochenarbeitsstunden.

Diese 796 Wochenarbeitsstunden, umgerechnet in Vollzeit-Planstellen, ergeben (796 ÷ 40 = 19,90) ≈ 20 Planstellen.

261 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, a.a.O., Seite 3 und 4

262 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

263 **Berechnungstabelle zur Ermittlung von Personalüberhängen und Personaldefiziten (Angaben in Wochenarbeitsstunden):**

	IST	-	SOLL	=	Quotient	≈	Quotient gerundet
01. Landkreis Aurich	100,0	-	293,88	=	-193,88	≈	- 194
02. Stadt Emden	120,0	-	86,61	=	+ 33,39	≈	+ 33
03. Landkreis Celle	166,0	-	284,75	=	-118,75	≈	- 119
04. Stadt Osnabrück	200,0	-	265,75	=	- 65,75	≈	- 66
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	154,5	-	201,89	=	- 47,39	≈	- 47
06. Landkreis Osterholz	104,0	-	163,48	=	- 59,48	≈	- 59
07. Landkreis Verden	143,0	-	195,11	=	- 52,11	≈	- 52
08. Landkreis Uelzen	160,0	-	163,48	=	- 3,48	≈	- 3
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	30,0	-	84,54	=	- 54,54	≈	- 55
10. Landkreis Schaumburg	223,0	-	262,71	=	- 39,71	≈	- 40
11. Landkreis Hannover	840,0	-	946,64	=	-106,64	≈	- 107
12. Landkreis Hildesheim	310,0	-	482,99	=	-172,99	≈	- 173
13. Landkreis Gifhorn	154,0	-	220,85	=	- 66,85	≈	- 67
14. Landkreis Wolfsburg	183,0	-	211,41	=	- 28,41	≈	- 28
15. Landkreis Osterode	154,0	-	153,61	=	+ 0,39	≈	± 0
16. Landkreis Goslar	170,0	-	286,67	=	-116,67	≈	- 117
17. Stadt Salzgitter	150,0	-	184,70	=	- 34,70	≈	- 35
18. Stadt Braunschweig	316,0	-	434,60	=	-118,60	≈	- 119
19. Landkreis Göttingen	180,0	-	456,45	=	-276,45	≈	- 276
20. Landkreis Helmstedt	64,0	-	167,24	=	-103,24	≈	- 103
21. Landkreis Rotenburg	170,0	-	242,92	=	- 72,92	≈	- 73
22. Landkreis Emsland	560,0	-	429,09	=	+130,91	≈	+ 131
Summen:	4651,5	-	6219,37	=	-1567,87	≈	- 1568

Für diese Berechnungen wurden die Werte für "Ärzte für ..." und "Amtsärzte" aus der Tabelle 3-2 zusammengefaßt:

Amtsärzte	130,0 Std.
Ärzte für ...:	571,5 Std.
Summe:	701,5 Std.

ÜBERSICHT:

PERSONALÜBERHÄNGE UND PERSONALDEFIZITE BEI 22 BEFRAGTEN DIENSTEN (WOCHENARBEITSSTUNDEN)

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL
Arzt	-25	-13	-38	-1	-29	-6	-30	+15	+7	+3	+14	+6	-30	-10	-14	-34	-18	-47	-30	-22	-27	+74
Soz.-Arb.	-56	+0	-11	-43	+47	-15	+13	-25	-39	+19	+43	-103	+8	+22	+29	-12	+35	+39	-91	-37	+8	+222
Psychologe	-45	+27	-44	-1	-31	-25	-30	+10	-13	-40	-146	-34	-34	-33	-24	-44	-28	-67	-70	-26	-37	-66
Schreibkraft	-45	-13	-44	-41	-21	-25	-10	-25	-3	+0	+54	-4	+6	-33	+16	-24	-8	-27	-50	-6	+3	-66
Verw.-Kraft	-23	+33	+18	+20	-14	+12	+5	+22	-7	-20	-73	-37	-17	+24	-8	-2	-14	-17	-35	-13	-19	+131
Σ	-194	+34	-119	-66	-47	-59	-52	-3	-55	-40	-107	-173	-67	-28	+0	-117	-35	-119	-276	-103	-73	+131

Geringfügige Ungenauigkeiten basieren auf Rundungen der Werte; siehe hierzu die exakten Berechnungen unter Anmerkung.²⁶⁴Quelle: eigene Berechnungen

Die Übersicht offenbart - gemessen an den Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁶⁵ und unter Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen - personelle Über- und Unterbesetzungen bei den befragten Diensten: Insgesamt wird ein personelles Defizit in der Größenordnung von 1.568 Wochenarbeitsstunden, das entspricht 39 Planstellen, sichtbar.

Weitere Aufschlüsselungen ergeben Defizite von 255 Wochenarbeitsstunden bei Ärzten; 802 Wochenarbeitsstunden bei Psychologen; 367 Wochenarbeitsstunden bei Schreibkräften und 196 Wochenarbeitsstunden bei Verwaltungskräften, während bei den Sozialarbeitern ein Personalüberhang von 53 Wochenarbeitsstunden festzustellen ist. Oder anders formuliert: In den befragten Diensten existiert ein ungedeckter Personalbedarf von

264 Tabelle zur Ermittlung personeller SOLL-Werte einzelner Dienste auf der Basis der Empfehlungen der Landesregierung (Angaben in Wochenarbeitsstunden):

Landesregierung: 1 Arzt, 1 Psychologe, 3 Sozialarbeiter, 1 Schreib- und ½ Verwaltungs- kraft auf 150.000 Einwohner	1 Arzt, 1 Psychologe, 1 Schreibkraft	3 Sozial- arbeiter	½ Verwaltungs- Kraft	=	Summe		
01. Landkreis Aurich	(3 x 45,21)	+	135,64	+	22,61	=	293,88
02. Stadt Emden	(3 x 13,32)	+	39,97	+	6,66	=	86,61
03. Landkreis Celle	(3 x 43,81)	+	131,42	+	21,90	=	284,75
04. Stadt Osnabrück	(3 x 40,89)	+	122,66	+	20,44	=	265,75
05. Landkreis Graftsch. Bentheim	(3 x 31,06)	+	93,18	+	15,53	=	201,89
06. Landkreis Osterholz	(3 x 25,15)	+	75,45	+	12,58	=	163,48
07. Landkreis Verden	(3 x 30,02)	+	90,05	+	15,01	=	195,11
08. Landkreis Uelzen	(3 x 25,15)	+	75,45	+	12,58	=	163,48
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	(3 x 13,01)	+	39,02	+	6,50	=	84,54
10. Landkreis Schaumburg	(3 x 40,42)	+	121,25	+	20,21	=	262,71
11. Landkreis Hannover	(3 x 145,64)	+	436,91	+	72,82	=	946,64
12. Landkreis Hildesheim	(3 x 74,31)	+	222,92	+	37,15	=	482,99
13. Landkreis Gifhorn	(3 x 33,98)	+	101,93	+	16,99	=	220,85
14. Landkreis Wolfsburg	(3 x 32,52)	+	97,57	+	16,26	=	211,41
15. Landkreis Osterode	(3 x 23,63)	+	70,90	+	11,82	=	153,61
16. Landkreis Goslar	(3 x 44,10)	+	132,31	+	22,05	=	286,67
17. Stadt Salzgitter	(3 x 28,42)	+	85,25	+	14,21	=	184,70
18. Stadt Braunschweig	(3 x 66,86)	+	200,58	+	33,43	=	434,60
19. Landkreis Göttingen	(3 x 70,22)	+	210,67	+	35,11	=	456,45
20. Landkreis Helmstedt	(3 x 25,73)	+	77,19	+	12,86	=	167,24
21. Landkreis Rotenburg	(3 x 37,37)	+	112,12	+	18,69	=	242,92
22. Landkreis Emsland	(3 x 66,01)	+	198,04	+	33,01	=	429,09
Summen:	(3 x 956,83)		+ 2.870,48		+ 478,41	=	6.219,37

Für weitere Berechnungen werden vorstehende Zahlenwerte (mit zwei Nachkommastellen) zugrunde gelegt.

265 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

6 Planstellen für Ärzte; 20 Planstellen für Psychologen; 9 Planstellen für Schreibkräfte und 5 Planstellen für Verwaltungskräfte, während 1 Planstelle für Sozialarbeiter als Personalüberhang vorhanden ist.²⁶⁶

Die bisherigen Ergebnisse basieren lediglich auf einer Gegenüberstellung der erfragten personellen Ist-Werte mit den Soll-Werten, die auf den Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁶⁷ gründen. Die Berechnungen wurden unter Verwendung der Bevölkerungs-Variablen vorgenommen, weitere Variablen wurden nicht eingerechnet. Daraus resultiert eine begrenzte Vergleichbarkeit des Zahlenmaterials einzelner Dienste miteinander. Zur Egalisierung dieser Begrenzung soll - in dem zuvor angekündigten zweiten Schritt der Hochrechnungen - die Aufgaben-Variable eingerechnet werden:

Bislang wurde unterstellt, daß mit den diskutierten Daten über Personalressourcen ausschließlich PsychKG-Aufgaben erfüllt werden. Da jedoch in den befragten Diensten - ausweislich der Angaben zu Frage 301 - auch sachfremde Aufgabenerfüllungen stattfinden, erscheint eine Bereinigung der vorstehenden Angaben sinnvoll.²⁶⁸ Korrekturen sind bei 11 Diensten vorzunehmen, so daß die Übersicht nach der Korrektur folgende Angaben enthält:

266 **Professionsbezogene Personalüberhänge und -defizite:** Hierfür werden die Werte für "Ärzte für ..." und "Amtsärzte" zusammengefaßt:

Amtsärzte: 130,0 Std.
 Ärzte für: 571,5 Std.
Summe: 701,5 Std.

Profession	SOLL	- ... IST	= Differenz	≈	Differenz	÷ 40	=	Stellendifferenz
Ärzte	956,83	701,5	= - 255,33	.. - 255	- .. 255,33	÷ ... 40	= ... - 6,38	. = 6
Sozialarbeiter:	2870,48	2923,0	= + 52,52	.. + 53	+ .. 52,52	÷ ... 40	= ... + 1,31	. = + 1
Psychologen:	956,83	155,0	= - 801,83	.. - 802	- .. 801,83	÷ ... 40	= ... - 20,04	. = - 20
Schreibkräfte:	956,83	590,0	= - 366,83	.. - 367	- .. 366,83	÷ ... 40	= ... - 9,17	. = - 9
Verwaltungskräfte:	478,41	282,0	= - 196,41	.. - 196	- .. 196,41	÷ ... 40	= ... - 4,91	. = - 5
Summe	6.219,37	4.651,5	= - 1.567,87	.. - 1.568	- 1.567,87	÷ 40	= - 39,19	= - 39

267 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

268 Erfüllt ein Dienst zu 100 % Aufgaben im Sinne der Gesetzesvorschrift (Nds.PsychKG 1978), so kann davon ausgegangen werden, daß dies unter Einsatz sämtlicher in Tabelle 3-2 angegebenen Personalkapazitäten erfolgt. Anders verhält es sich bei solchen Diensten, die außerdem sachfremde Tätigkeiten verrichten, also nur anteilige (< 100 %) Nds.PsychKG-Aufgabenerfüllungen betreiben: Hier werden zwar alle angegebenen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten eingebunden, jedoch nur anteilig im Sinne des Nds.PsychKG 1978 tätig sein. Daher bedürfen die personellen Ist-Werte aus der vorhergehenden Übersicht einer Bereinigung um die Anteile, die das eingesetzte Personal auf die Erledigung dieser sachfremden Tätigkeiten verwendet. Korrekturen sind bei 11 Diensten vorzunehmen:

Berechnungstabelle zur Bereinigung der Personalüberhänge und Personaldefizite unter Einrechnung der Aufgaben-Variable aus Frage 301:

Kommunen:	%	ursprünglich	bereinigt
01. Landkreis Celle	83,1 %	von 166,0 WArbStd.	= 137,95 WArbStd.
02. Stadt Osnabrück	99,0 %	von 200,0 WArbStd.	= 198,00 WArbStd.
03. Landkreis GfSch. Bentheim	80,5 %	von 154,5 WArbStd.	= 124,37 WArbStd.
04. Landkreis Osterholz	92,0 %	von 104,0 WArbStd.	= 95,68 WArbStd.
05. Landkreis L.-Dannenberg	70,0 %	von 30,0 WArbStd.	= 21,00 WArbStd.
06. Landkreis Schaumburg	90,0 %	von 223,0 WArbStd.	= 200,70 WArbStd.
07. Landkreis Hildesheim	93,0 %	von 310,0 WArbStd.	= 288,30 WArbStd.
08. Landkreis Goslar	95,0 %	von 170,0 WArbStd.	= 161,50 WArbStd.
09. Stadt Salzgitter	87,0 %	von 150,0 WArbStd.	= 130,50 WArbStd.
10. Landkreis Rotenburg	95,0 %	von 170,0 WArbStd.	= 161,50 WArbStd.
11. Landkreis Emsland	83,0 %	von 560,0 WArbStd.	= 464,80 WArbStd.
12. Landkreis Osterode		da keine Angaben, wird 100 % unterstellt	

Quelle: eigene Berechnungen

ÜBERSICHT:
PERSONALÜBERHÄNGE UND PERSONALDEFIZITE BEI 22 BEFRAGTEN DIENSTEN (WOCHEARBEITSSTUNDEN)
UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER AUFGABEN - VARIABLEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL
Arzt	-25	-13	-39	-1	-29	-8	-30	+15	-1	-2	+14	+0	-30	-10	-14	-35	-20	-47	-30	-22	-28	+50
Soz.-Arb.	-56	+0	-32	-43	+20	-20	+13	-25	-39	+5	+43	-111	+8	+22	+29	-18	+19	+39	-91	-37	+2	+151
Psychologe	-45	-27	-44	-1	-31	-25	-30	+10	-13	-40	-146	-37	-34	-33	-24	-44	-28	-67	-70	-26	-37	-66
Schreib-Kraft	-45	-13	-44	-41	-23	-25	-10	-25	-6	-4	+54	-9	+6	-33	+16	-25	-11	-27	-50	-6	+1	-66
Verw.-Kraft	-23	+33	+11	+19	-14	+10	+5	+22	-7	-20	-73	-37	-17	+24	-8	-3	-14	-17	-35	-13	-19	+33
Σ	-194	+34	-147	-68	-78	-68	-52	-3	-64	-62	-107	-195	-67	-28	+0	-125	-54	-119	-276	-103	-81	+36

Geringfügige Ungenauigkeiten basieren auf Rundungen der Werte; siehe hierzu die exakten Berechnungen unter Anmerkung.²⁶⁹Quelle: eigene Berechnungen

Die Korrekturen ergeben bei der Gesamtsumme ein Minus von 53,5 Wochenarbeitsstunden. Das entspricht einem Umfang von 6,3 Planstellen, die bei den 22 befragten Diensten für **sachfremde** Tätigkeiten eingesetzt werden. Gemessen an den Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁷⁰ und unter Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen und der Aufgaben-Variablen ergeben sich Unterbesetzungen bei den befragten Diensten:

Es wird ein personelles Defizit in der Größenordnung von 1.821 Wochenarbeitsstunden, das entspricht 46 Planstellen, nachweisbar. Weitere Aufschlüsselungen ergeben Defizite von 301 Wochenarbeitsstunden bei Ärzten; 122 Wochenarbeitsstunden bei Sozialarbeitern; 805 Wochenarbeitsstunden bei Psychologen; 386 Wochenarbeitsstunden bei Schreibkräften und 207 Wochenarbeitsstunden bei Verwaltungskräften. Oder anders formuliert: In den befragten Diensten existiert ein ungedeckter Personalbedarf von 8 Planstellen für Ärzte; 3 Planstellen für Sozialarbeiter; 20 Planstellen für Psychologen; 10 Planstellen für Schreibkräfte und 5 Planstellen für Verwaltungskräfte.

269 **Tabelle zur Ermittlung personeller SOLL-Werte einzelner Dienste auf der Basis der Empfehlungen der Landesregierung (in WArbStd.):**

Landesregierung: 1 Arzt, 1 Psychologe, 3 Sozialarbeiter, 1 Schreib- und ½ Verwaltungs- kraft auf 150.000 Einwohner	1 Arzt, 1 Psychologe, 1 Schreibkraft	3 Sozial- arbeiter	½ Verwaltungs- Kraft	Summe in WArbStd.
01. Landkreis Aurich	(3 x 45,21) +	135,64	+ 22,61	= 293,88
02. Stadt Emden	(3 x 13,32) +	39,97	+ 6,66	= 86,61
03. Landkreis Celle	(3 x 43,81) +	131,42	+ 21,90	= 284,75
04. Stadt Osnabrück	(3 x 40,89) +	122,66	+ 20,44	= 265,75
05. Landkreis Graftsch. Bentheim	(3 x 31,06) +	93,18	+ 15,53	= 201,89
06. Landkreis Osterholz	(3 x 25,15) +	75,45	+ 12,58	= 163,48
07. Landkreis Verden	(3 x 30,02) +	90,05	+ 15,01	= 195,11
08. Landkreis Uelzen	(3 x 25,15) +	75,45	+ 12,58	= 163,48
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	(3 x 13,01) +	39,02	+ 6,50	= 84,54
10. Landkreis Schaumburg	(3 x 40,42) +	121,25	+ 20,21	= 262,71
11. Landkreis Hannover	(3 x 145,64) +	436,91	+ 72,82	= 946,64
12. Landkreis Hildesheim	(3 x 74,31) +	222,92	+ 37,15	= 482,99
13. Landkreis Gifhorn	(3 x 33,98) +	101,93	+ 16,99	= 220,85
14. Landkreis Wolfsburg	(3 x 32,52) +	97,57	+ 16,26	= 211,41
15. Landkreis Osterode	(3 x 23,63) +	70,90	+ 11,82	= 153,61
16. Landkreis Goslar	(3 x 44,10) +	132,31	+ 22,05	= 286,67
17. Stadt Salzgitter	(3 x 28,42) +	85,25	+ 14,21	= 184,70
18. Stadt Braunschweig	(3 x 66,86) +	200,58	+ 33,43	= 434,60
19. Landkreis Göttingen	(3 x 70,22) +	210,67	+ 35,11	= 456,45
20. Landkreis Helmstedt	(3 x 25,73) +	77,19	+ 12,86	= 167,24
21. Landkreis Rotenburg	(3 x 37,37) +	112,12	+ 18,69	= 242,92
22. Landkreis Emsland	(3 x 66,01) +	198,04	+ 33,01	= 429,09
Summen:	(3 x 956,83) +	2.870,48	+ 478,41	= 6.219,37

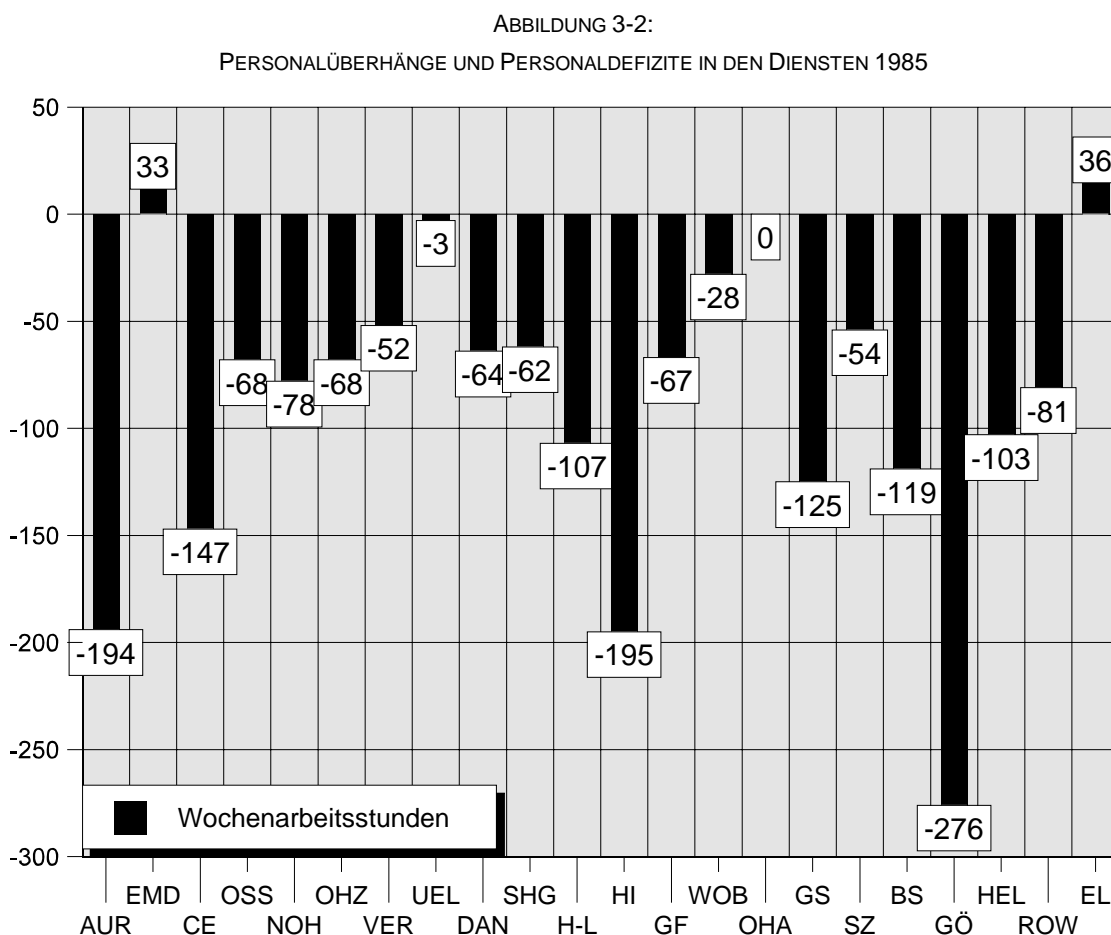
Für weitere Berechnungen werden vorstehende Zahlenwerte (mit zwei Nachkommastellen) zugrunde gelegt.

270 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

Durch Hochrechnungen der personellen Defizite von 22 befragten Diensten auf die Größenordnung des Landes Niedersachsen kann, unter Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen und der Aufgaben-Variablen, ein Defizit von 91 Planstellen im Lande Niedersachsen konstatiert werden.

Auf einzelne Dienste bezogene Betrachtungen führen zu der Erkenntnis, daß auf der Basis der Ausführungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁷¹ und nach Einrechnung der Bevölkerungs-Variablen und der Aufgaben-Variablen von den 22 befragten Diensten drei Dienste adäquate bzw. überhängende Personalbesetzungen aufweisen: beim Landkreis Emsland ist eine Personalüberbesetzung von 36 Wochenarbeitsstunden (= 0,9 Planstellen) vorhanden; bei der Stadt Emden sind es 33 Wochenarbeitsstunden (= 0,8 Planstellen), und das Ergebnis beim Landkreis Osterode bietet eine zahlenmäßige Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums. Die übrigen 19 Dienste sind, mit unterschiedlichen Ausprägungen, personell unterbesetzt: das größte Personaldefizit existiert im Landkreis Göttingen mit 276 Wochenarbeitsstunden (= 7 Planstellen), das geringste beim Landkreis Uelzen mit 3 Wochenarbeitsstunden (= 0,1 Planstelle).

Die folgende Darstellung soll die Personaldefizite der einzelnen Dienste graphisch veranschaulichen:



Quelle: eigene Erhebungen

In eine Rangfolge gebracht, ergibt sich folgende Übersicht:

Rang	Kommune	Wochenarbeitsstunden	Stellen
01.	Landkreis Emsland	+ 36	+ 0.900
02.	Stadt Emden	+ 33	+ 0.825
03.	Landkreis Osterode	± 0	± 0.000
04.	Landkreis Uelzen	- 3	- 0.075
05.	Landkreis Wolfsburg	- 28	- 0.700
06.	Landkreis Verden	- 52	- 1.300
07.	Stadt Salzgitter	- 54	- 1.350
08.	Landkreis Schaumburg	- 62	- 1.550
09.	Landkreis Lüchow-Dannenberg	- 64	- 1.600
10.	Landkreis Gifhorn	- 67	- 1.675
11.	Landkreis Osterholz	- 68	- 1.700
12.	Stadt Osnabrück	- 68	- 1.700
13.	Landkreis Grafschaft Bentheim	- 78	- 1.950
14.	Landkreis Rotenburg	- 81	- 2.025
15.	Landkreis Helmstedt	- 103	- 2.575
16.	Landkreis Hannover	- 107	- 2.675
17.	Stadt Braunschweig	- 119	- 2.975
18.	Landkreis Goslar	- 125	- 3.125
19.	Landkreis Celle	- 147	- 3.675
20.	Landkreis Aurich	- 194	- 4.850
21.	Landkreis Hildesheim	- 195	- 4.875
22.	Landkreis Göttingen	- 276	- 6.900
Summe		- 1.821	= - 45.525

Quelle: eigene Berechnungen

Eine gesonderte Betrachtung soll auf die **Leitung Sozialpsychiatrischer Dienste** gerichtet werden. Das Nds.Psych KG 1978 sieht in § 4 Abs. 2 hierfür einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt vor. Nach den Übergangsbestimmungen des Gesetzes (§ 43 Abs. 4) kann die Leitung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde dem Amtsarzt übertragen werden, solange einer Kommune ein in der psychiatrie-erfahrener Arzt nicht zur Verfügung steht. Der Übertragung der Leitungsfunktion an nichtärztliches Fachpersonal stehen keine arbeitsrechtlichen Bedenken entgegen.

Die Analyse der Befragungsergebnisse zeigt, daß von den 22 befragten Diensten eine amtsärztliche Leitung in 9 Fällen eingesetzt ist: Landkreise Aurich, Osterholz, Lüchow-Dannenberg, Gifhorn, Goslar, Helmstedt und Rotenburg sowie die Städte Wolfsburg und Salzgitter.²⁷² Sieben Dienste verfügen über eine Leitung durch einen vollzeitlich beschäftigten Facharzt. Es sind die Dienste der Landkreise Uelzen, Hannover, Hildesheim, Schaumburg, Göttingen und Emsland sowie der Stadt Osnabrück. Bei der Stadt Emden wurde die Leitungsfunktion faktisch in die Hände eines Psychologen gelegt,²⁷³ und der in nichtöffentlicher Trägerschaft befindliche Dienst des Land-

272 Unberücksichtigt bleiben hierbei die Dienste der Landkreise Schaumburg und Emsland, wo nach Befragungsangaben zwar ein Vollzeit-Amtsarzt für den Sozialpsychiatrischen Dienst zur Verfügung steht, aber gleichzeitig die fachärztliche Kompetenz präsent ist, so daß unter Anwendung von § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978 dem Facharzt die Leitungsfunktion zuzuordnen ist.

273 Obwohl formell auch in diesem Fall der Amtsarzt nach § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978 ermächtigt wurde, jedoch die Leitungsfunktion faktisch an den Psychologen übertragen hat.

kreises Celle wird wechselweise von zwei niedergelassenen Ärzten für Neurologie und Psychiatrie geleitet.²⁷⁴ Die Situation bei den Landkreisen Grafschaft Bentheim, Verden, Osterode und bei der Stadt Braunschweig hingegen erweist sich nach den Befragungsergebnissen als nicht eindeutig: Einerseits stehen nur teilzeitbeschäftigte Ärzte zur Verfügung (bis auf Verden: kein Arzt), andererseits wurde der Amtsarzt nicht erwähnt. Es darf angenommen werden, daß die Leitungsfunktion des Amtsarztes besteht, durch die Befragten jedoch keine Erwähnung fand, weil diese Profession nach den Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums²⁷⁵ und auch nach § 43 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978 im eigentlichen Sinne nicht den Personalressourcen der Dienste zuzurechnen ist. In der Zusammenfassung kann somit folgendes konstatiert werden: Von 22 befragten Diensten werden faktisch 13 von einem Amtsarzt²⁷⁶ geleitet (59,1 %), 8 von Fachärzten für Neurologie und/oder Psychiatrie²⁷⁷ (36,4 %) und 1 Dienst von einem Psychologen (4,5 %).

Ergebnis

Die Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen ist, mit wenigen Ausnahmen, defizitär. Dieser Befund der Erhebung aus dem Jahre 1986 wird durch aktuellere Studien in der Tendenz bestätigt, wenngleich dort die personelle Ausstattung mit geringerer Differenzierung erfragt wurde.

Die mangelnde Personalausstattung und die bei der Hälfte der Dienste durch sachfremde Arbeitsanteile gebundenen Personalressourcen (im Durchschnitt etwa ein Zehntel der Mitarbeiter) vermitteln den Eindruck, daß die kommunale Aufgaben der sozialpsychiatrischen Versorgung gemäß des Nds.PsychKG 1978 von den Kommunen nicht mit allem Nachdruck entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und fachlich notwendigen Rahmenrichtlinien erbracht werden. Die Tatsache, daß gerade ein Drittel der Dienste von einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie geleitet wird, macht an einem Aspekt deutlich, daß die Bedeutung der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Versorgungshandeln seitens der Kommunen mehrheitlich fachlich und personell geringgeschätzt wird.

Die nicht geringe Zahl der offenen Stellen verdeutlicht darüber hinaus, daß die Kommunen als Träger oder Auftraggeber der Dienste die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in Stellenpläne durchaus vollziehen, ohne den Rahmenseetzungen jedoch gerecht zu werden.

Die Einbindung der konsiliarisch Tätigen gibt einen Hinweis darauf, daß die Dienste in einem insgesamt geringen Umfang ihre kapazitativen Probleme durch externe Mitwirkung von fachlich geeigneten Personen lösen. Dabei muß aber die grundsätzliche Eignung solcher Lösungsstrategien in Frage gestellt werden.²⁷⁸

274 vgl. ROSENAU 1983, Seite 36 ff

275 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

276 Gemeint sind die **neun** zu Anfang des Ergebnisses aufgelisteten Dienste, hinzu kommen die **vier** in der Tabelle mit "?" gekennzeichneten Dienste Grafschaft Bentheim, Verden, Osterode und Braunschweig; Summe: 13 Dienste = 59,1 % (bei n=22).

277 Zu den **sieben** bereits aufgelisteten Diensten wird der Dienst des Landkreises Celle addiert, so daß **acht** Dienste 36,4 % der befragten 22 Dienste repräsentieren.

278 Zur Frage der inhaltlichen und methodischen Ausrichtung der Arbeit von Sozialpsychiatrischen Diensten: siehe Band I der Arbeit.

<p>308 Was schätzen Sie, haben Klienten Ihres Einzugsbereiches Probleme, Ihren Sozialpsychiatrischen Dienst zu erreichen?</p> <p>Falls ja, bitte 309 beantworten!</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>309 Können Sie uns die in Frage 308 gemeinten Probleme etwas näher beschreiben?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Forschungsinteresse

In Frage 308 sollen die Dienste hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit durch Bürger bzw. Klienten befragt werden. Die Beantwortung dieser Frage stellt auf die subjektive Einschätzungen der Befragten ab, in den Antworten werden sich also jeweils individuelle Wahrnehmungen und das Problembewußtsein einzelner Personen der Sozialpsychiatrischen Dienste widerspiegeln und es werden sich Aussagen zur Gemeindenähe bzw. Bürgerfreundlichkeit Sozialpsychiatrischer Dienste wiederfinden.

Die Frage 309 beinhaltet eine vertiefende Erfragung nach der Problematik der Erreichbarkeit der Dienste für Klienten, beurteilt aus der Sicht der befragten Dienste. Anhand der eingehenden Antworten soll untersucht werden, ob in ländlich strukturierten Regionen größere Probleme auftreten als in städtischen Zuständigkeitsbereichen. Zu diesem Zwecke sind Kriterien aufzustellen, die eine klare Abgrenzung beider Bereiche (Stadt/Land) gewährleisten. Daß im Kontext dieser Frage nicht nur die geographisch unterschiedlichen infrastrukturellen Gegebenheiten maßgeblich sind, soll dabei nicht verkannt werden.

Bewertungsparameter

Die zu Frage 308 erbetenen Auskünfte verfügen über begrenzte Aussagekraft. Sie geben keinen Aufschluß darüber, ob die angegebenen Erschwernisse oder Arbeitshindernisse objektiv vorhanden sind oder lediglich der subjektiven Einschätzung der Befragten entsprechen. Da die Art der "Probleme" hier nicht weiter definiert wird (siehe hierzu Frage 309), sind weitere Interpretationen nicht möglich.

Datenanalyse

ÜBERSICHT:

WAHRNEHMUNG VON PROBLEMEN BEI DER ERREICHBARKEIT VON 22 BEFRAGTEN DIENSTEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL
ja	✗		✗			✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗		✗	✗			✗	✗	✗	✗
nein		✗		✗	✗					✗				✗			✗	✗				
weiß nicht																						

Quelle: eigene Erhebungen

Festzustellen ist, daß in 15 von 22 Diensten die beantwortenden Mitarbeiter Kenntnisse über Probleme der Klienten/Patienten haben, den jeweiligen Dienst zu erreichen. D.h., mehr als zwei Drittel der Klienten ist die Inanspruchnahme der ambulanten Hilfeangebote erschwert. Bei 7 Diensten (31,8 %) wird von derartige Probleme nicht berichtet.

Bei Frage 309 waren die in Textform erhaltenen Antworten zu systematisieren und sie nach Möglichkeit zu wenigen Kategorien zusammenzufassen. Die tabellarisch darzustellenden Befragungsergebnisse sollen bereits eine Unterscheidung nach ländlichen und städtischen Regionen auf der Basis eines dazu entwickelten Bewertungsschemas²⁷⁹ enthalten.

Im Anschluß an die Tabelle soll zunächst die Interpretation des Gesamtergebnisses (ohne Stadt/Land-Differenzierung) erfolgen, wobei einzeldienstbezogene Betrachtungen beabsichtigt sind. Danach soll eine Gegenüberstellung der städtischen mit den ländlichen Regionen vorgenommen werden, wobei die Bewertung nach der Anzahl der genannten Erschwernisse erfolgen soll.

279 Zur Unterscheidung zwischen ländlichen und städtischen Regionen hat das Niedersächsische Landesverwaltungsamt in Hannover einen aus zahlreichen Kriterien bestehenden Katalog erstellt, der bis auf die Ebene kleinster Gemeinden und Stadtteile reichende Differenzierungen enthält. Die Summen dieser nahezu unübersehbaren Vielzahl jeweils in Einzelfällen getroffenen Festlegung (ländlich oder städtisch) fließen als Bestimmungsgrößen in jeweils übergeordnete Gebietszusammenhänge (Gemeinde, Samtgemeinden, Städte, große selbständige Städte, kreisfreie Städte, Landkreise, Regierungsbezirke) ein.

Für das vorliegende Erkenntnisinteresse erscheint die Festlegung einer Region (ländlich oder städtisch) nach den Kriterien des Landesverwaltungsamtes zu aufwendig. Deshalb wird die Definition pauschal über die statistische Einwohnerdichte als einziges Kriterium festgelegt. Hierbei soll folgende Regelung gelten:

- ländliche Region: Einwohnerdichte < 150 Einwohner pro Quadratkilometer
- städtische Region: Einwohnerdichte > 150 Einwohner pro Quadratkilometer

Bewertungsschema: Bevölkerungsdichte der Kommunen 1985:

ländliche Regionen	Einwohnern pro km ²	städtische Regionen	Einwohnern pro km ²
01. Landkreis Aurich	132,7	02. Stadt Emden	444,6
03. Landkreis Celle	106,4	06. Landkreis Osterholz	145,0
04. Stadt Osnabrück	135,8	10. Landkreis Schaumburg	224,3
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	118,8	11. Landkreis Hannover	261,9
07. Landkreis Verden	142,9	12. Landkreis Hildesheim	231,2
08. Landkreis Uelzen	65,3	14. Landkreis Wolfsburg	599,1
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	40,0	16. Landkreis Goslar	171,4
13. Landkreis Gifhorn	81,7	17. Stadt Salzgitter	475,9
15. Landkreis Osterode	139,2	18. Stadt Braunschweig	305,7
20. Landkreis Helmstedt	143,1	19. Landkreis Göttingen	235,8
21. Landkreis Rotenburg	67,7		
22. Landkreis Emsland	86,0	Niedersachsen gesamt:	151,9

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985

Laut STATISTISCHES BUNDESAMT 1987 betrug 1985 die Bevölkerungsdichte der Bundesrepublik 245 Einwohner pro Quadratkilometer. Im Durchschnitt der Bundesländer ist Niedersachsen das am dünnsten besiedelte Gebiet. In Berlin beispielsweise beträgt die Wohndic hte 3.850 Einw. pro Quadratkilometer (Stand: 31.12.1984). - Aufgrund dieser Fakten darf unterstellt werden, daß Teile des Landes Niedersachsen, die eine Bevölkerungsdichte von < 150 Einwohner pro Quadratkilometer aufzuweisen haben, mit Sicherheit als ländlich strukturierte Gebiete einzustufen sind.

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 1987, Seite 53, Ziffer 3.4

ÜBERSICHT:
BENENNUNG VON PROBLEMEN BEI DER ERREICHBARKEIT VON 22 BEFRAGTEN DIENSTEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Stadt	Land
Code 01	✗		✗			✗	✗		✗			✗	✗		✗	✗			✗	✗	✗	✗	10	3
Code 02			✗					✗								✗				✗			3	1
Code 03	✗							✗			✗		✗			✗					✗		4	2
Code 04	✗																						1	0
Code 05											✗												0	1

Code 01 = Schlechte Verkehrsverbindungen	Code 05 = Art und Schwere der Krankheit
Code 02 = Zu hohe Kosten für öffentliche Verkehrsverbindungen	weiß = Kommunen mit einer Besiedlungsdichte von weniger als 150 Einwohnern pro Quadratkilometer
Code 03 = Ländlich strukturierte Region	grau = Kommunen mit einer Besiedlungsdichte von mehr als 150 Einwohnern pro Quadratkilometer
Code 04 = Mitarbeiter unterwegs; Anrufbeantworter; zu wenig Planstellen; schlechte Besetzung	

Quellen: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A:
Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985; eigene Erhebungen

Die Übersicht gibt Aufschluß darüber, daß die betreffenden 15 Dienste, die zu Frage 308 Schwierigkeiten bezüglich ihrer Erreichbarkeit signalisiert hatten, diese in erster Linie (13 von 15 Diensten = 87 %) mit unzureichenden Verkehrsbedingungen begründeten. Bemängelt wurde im einzelnen das unzureichende öffentliche Verkehrsnetz und lange Anfahrtswege für Klienten zum Dienstgebäude. Dabei spielt nach den Angaben eine wichtige Rolle, daß der betreffende Personenkreis in der Regel nur über wenige eigene Verkehrsmittel verfüge oder nicht in der Lage sei, diese zu benutzen. Andererseits bedinge die gegebene Infrastruktur des Einzugsbereiches lange zeit- und energieaufwendige Anfahrtswege bei Hausbesuchen oder zur Konsultation anderer Institutionen. Mit 40 % aller Antworten (6 von 15 Diensten) wurde die ländlich strukturierte Region der betreffenden Dienste allgemein als nachteiliger Faktor genannt; weitere Aufschlüsselungen folgten hierzu nicht. Im Kontext der vorgenannten Angaben bezeichneten vier Dienste (4 von 15 Diensten = 27 %) die Fahrpreise der öffentlichen Verkehrsmittel als "zu teuer". Der Dienst des Landkreises Aurich verwies auf ungünstige interne Gegebenheiten, die derart gravierend seien, daß sie sich nachhaltig auf die Klienten auswirken würden. Angegeben wurden personelle Unterbesetzungen, die teilweise terminliche Dispositionen nicht zustande kommen ließen. Die Mitarbeiter könnten von Klienten telefonisch häufig nicht erreicht werden, weil diese gezwungen seien, einen Anrufbeantworter einzuschalten. Besonders bei Vertretungen in Urlaubs- und Krankheitsfällen sei selbst eine halbwegs sachgerechte Betreuungsarbeit nicht gewährleistet. Negativ wirke sich auch die organisatorische Anbindung des Dienstes an das Gesundheitsamt aus. Der Landkreis Hannover begründete Erschwernisse in der Erreichbarkeit des Dienstes mit der Art und Schwere der Krankheit der Klienten.

Betrachtungen der einzelnen Dienste bezüglich des Auftretens von Erschwernissen in der Erreichbarkeit des Dienstes für Klienten führen lt. Übersicht zu der Feststellung von Problemhäufungen bei den Diensten der Landkreise Aurich und Goslar: beide Dienste gaben drei Erschwernisgründe an, die übrigen Dienste machten maximal zwei Nennungen. Gemeinsam sind beiden Diensten Erschwernisse aufgrund der ländlich strukturierten Region und der schlechten Verkehrsverbindungen. Darüber hinaus meldet Goslar zu hohe Kosten für öffentliche Verkehrsverbindungen, während Aurich die bereits dargelegten internen Hemmnisse angibt.

Eine Gegenüberstellung der Dienste mit ländlich strukturierten Zuständigkeitsbereichen mit denen städtischer Einzugsgebiete führt zu folgendem Ergebnis: Die Landbevölkerung ist gegenüber der Stadtbevölkerung erheblich benachteiligt, wenn es um die Erreichbarkeit Sozialpsychiatrischer Dienste geht, so schätzen jedenfalls die Dienste selbst die Situation ein. Die Probleme auf dem Lande sind etwa 2 ½ mal (18 : 7) so groß wie in der Stadt. Im Vordergrund stehen dabei die schlechten Verkehrsverbindungen, häufig kombiniert mit zu hohen Kosten für öffentliche Verkehrsmittel und allgemeinen nachteiligen Faktoren aufgrund der ländlichen Struktur, die von den Befragten nicht näher spezifiziert wurden.

Ergebnis

Die Mehrzahl der befragten Sozialpsychiatrische Dienste erkennen Probleme ihrer Klienten, die jeweiligen Dienste zu erreichen. Die objektiv benannten Gründe hierfür spiegeln neben infrastrukturellen Gründen, die eng mit der städtischen bzw. ländlichen Lage der Dienste zusammenhängen auch die Ausstattung der Dienste mit Personal. Deutlich wird auch, daß die Klienten aufgrund ihrer sozialen Lage vermehrt auf öffentliche Verkehrsangebote angewiesen sind, die aber weder ihrer Qualität noch ihres Preises nach als genügende Angebote angesehen werden können.

Exkurs:

Die Angabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Hannover, die Erreichbarkeit des Dienstes sei durch Art und Schwere der Krankheit der Klienten beeinträchtigt, dokumentiert aber auch, welche fundamentalen Mißverständnisse über Aufgaben und Dienstorientierung bestehen. Die Begründung, Erschwernisse in der Erreichbarkeit des Dienstes für die Klienten lägen darin, daß diese so krank seien, daß sie den Dienst nicht aufsuchen könnten, muß aus medizinischer und sozialarbeiterischer Sicht als fachlich bedenklich und sozialpolitisch skandalös bezeichnet werden. Hier wird die individuelle Hilfebedürftigkeit der Klienten von den zur Hilfeleistung gesetzlich verpflichteten Personen gegen die Klienten gewendet. Soziale und infrastrukturelle Defizite treten hinter individuellen Mängelzuschreibungen zurück. Schließlich kann diese Antwort auch auf eine Verweigerung der Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste hindeuten, ihre Aufgabe durch aufsuchende Hilfe und entgegenkommende Bereitstellung der notwendigen Hilfen fachlich angemessen zu leisten.

310 In welchem Ort bietet der Dienst regelmäßig Sprechstunden an?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
---	---

Forschungsinteresse

Die Aspekte der Erreichbarkeit Sozialpsychiatrischer Dienste durch die Klienten (siehe Fragen 308 und 309) gewinnen bei der Ausweitung der Präsenz des ambulanten Dienstleistungsangebotes in Richtung des sozialen Umfeldes des Klientels eine neue Dimension: Sprechstunden der Mitarbeiter in den Gemeinden oder Stadtteilen überbrücken nicht nur die geographische Distanz zwischen Wohnung der Hilfesuchenden und Hauptsitz des Dienstes; sie können zudem Beginn oder Bestandteile eines gemeindepsychiatrischen Ansatzes, wie DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER ihn beschreiben,²⁸⁰ bedeuten. Dieser Ansatz ist aber ausschließlich von der Arbeitskonzeption des Dienstes (siehe hierzu Frage 302) und von der Intention des Sprechstundenangebotes abhängig: Wer die Aktivitäten vor Ort ausschließlich auf Hausbesuche und Einzelfallhilfen in Sprechstunden beschränkt, praktiziert damit noch keine umfassende gemeindepsychiatrische Arbeit.

"Die Beratungsstellen müssen vermehrt *aktiv, mobil, flexibel, zugehend* im Umgang mit den Bürgern sein, die ja gerade deshalb 'Problemgruppen' heißen, weil sie nicht Hilfsdienste aufsuchen können oder wollen, also alte Leute, Unterschicht- und Randgruppen-Bürger, abhängige oder schizophrene Menschen. Berater sollten nicht warten, bis Hilfesuchende an sie herantreten. Es kommen eher die 'angenehmeren' Menschen! Nur wenn die 'Experten' aus ihren Einrichtungen herausgehen zu den Menschen in die Familien, Schulen, Betriebe etc., eng mit ihnen zusammenarbeiten, wird es ihnen möglich sein, die 'echten' Bedürfnisse und die gesundheitsbeeinträchtigenden Bedingungen in der Gemeinde in ihrer Komplexität tiefergehend zu erfassen."²⁸¹

Vielfältig wird die Gültigkeit dieses Ansatzes für unterschiedliche soziale Arbeitsbereiche unterstrichen. So schreibt beispielsweise FINGER: "Präsenz im Stadtteil verschafft schließlich die notwendige Vertrautheit mit den Lebensumständen der Bewohner, mit einem Teil ihrer Alltagssorgen und Schwierigkeiten, sorgt für Bekanntheit und 'Werbung'."²⁸² BREUER/DÖRFLER/HABECK pp. fordern für die betroffenen Bürger die "Erreichbarkeit eines Ansprechpartners für schnelle und direkte Hilfe". Dieser Anforderung "... wird z.B. Rechnung getragen durch den Aufbau dezentraler Kontaktstellen und mobiler Beratung."²⁸³

Die Präsenz des ambulanten Dienstes vor Ort assoziiert somit ein erhöhtes Maß an nutzergerechtem Hilfeangebot, Bürgerfreundlichkeit und Gemeindenähe. Ausgeklammert werden hierbei die negativen Aspekte: soziale Kontrolle, Probleme des Rollenverständnisses sozial tätiger Berufsgruppen, Anonymität der Nutzung

280 vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 70 ff

281 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 71

282 FINGER 1981, Seite 62

283 BREUER/DÖRFLER/HABECK pp. 1983, Seite 153 f

ländlicher Beratungsstellen etc., deren Vertiefung an dieser Stelle nicht erfolgen soll.²⁸⁴

Sprechstundenangebote vor Ort, die es hier näher zu betrachten gilt, sind nur ein Aspekt im Kontext eines gemeindepsychiatrischen Ansatzes. Die Frage der fachlichen und atmosphärischen Akzeptanz des Sprechstundenangebotes (Mit welcher Häufigkeit werden die Sprechstunden von welchen Klientengruppen angenommen? In welchem Umfeld findet die Sprechstunde statt?) kann durch diese Erhebung nicht behandelt werden. Da die Fragestellung auch auf eine weiterführende Ergründung von Intention, Turnus und inhaltlicher Ausgestaltung der Sprechstunden verzichten mußte, können zur Erzielung einer einzeldienstbezogenen Vergleichbarkeit der Ergebnisse lediglich Bestimmungsgrößen wie Bevölkerungs- und Flächenverhältnisse sowie geographische Entfernungen eingerechnet werden. Keinesfalls soll hier die Verpflichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste zur aufsuchenden Hilfe vernachlässigt werden, im Vordergrund steht aber in diesem Interessenzusammenhang, wie die Dienste durch Sprechstundenangebote für die Klienten leichter zu erreichen sind.

Bewertungsparameter

Die Befragungsergebnisse sollen zunächst sumerisch erfaßt und danach an zwei unterschiedlichen Bezugsgrößen gemessen werden:

- a) Bevölkerungszahl,
- b) flächenmäßige Ausdehnung des Einzugsbereiches.

Den aus diesen Vorgaben resultierenden Ergebniswerten (Bevölkerungseinheit pro Sprechstundenangebot bzw. Flächeneinheit pro Sprechstundenangebot) wird jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft unterstellt werden können, weil mit ihnen eine erhebliche Vernachlässigung regionalspezifischer Gegebenheiten in Kauf genommen wird. Abhilfe soll hier eine dritte Bezugsgröße verschaffen:

- c) die maximale geographische Entfernung (Luftlinie),

die ein Bürger zwecks Erreichens des seiner Wohnung am nächsten gelegenen Sprechstunden-Ortes zu überwinden hat.

Bei allen drei vorgenannten Bezugsgrößen sollen die einzeldienstbezogenen Ergebnisse mit den errechneten arithmetischen Mittelwerten der jeweiligen Verteilungen gemessen werden. Auf diese Weise sollen Aussagen zur Über- oder Unterdurchschnittlichkeit der Ergebnisse innerhalb der jeweiligen Verteilungen (Einwohner, Fläche, Entfernung) und bezogen auf die Anzahl der befragten Dienste gewonnen werden. Schließlich sollen die jeweils bei den Verteilungen ermittelten Ergebnisse in eine ordinale Rangskala gebracht und die Ränge mit Wertepunkten belegt werden (günstigste Bedingung = höchste Punktzahl). Anhand der summierten Punkte sollen Aussagen zum Gesamtergebnis erfolgen.

284 vgl. BLINKERT 1976, Seite 56 ff; vgl. PETERS/CREMER-SCHÄFER 1975, Seite 38; vgl. OLK/OTTO 1989, Seite 204 f; vgl. RÖSSNER 1973, Seite 191 ff; vgl. BREUER/DÖRFLER/HABECK pp. 1983, Seite 146 f

Die folgende Übersicht enthält zunächst alle Ergebnisse der bei 22 Diensten durchgeführten Befragung:

Datenanalyse

ÜBERSICHT:
SPRECHSTUNDENANGEBOTE VON 22 BEFRAGTEN DIENSTEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
Ort 1	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	22
Ort 2					×		×			×	×	×	×			×	×			×		×	×	11
Ort 3										×	×					×						×	×	5
Ort 4											×					×							×	3
Ort 5											×					×								2
Ort 6											×													1
Ort 7											×													1
Ort 8											×													1
Ort 9											×													1
Ort 10											×													1
Ort 11											×													1
Σ	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	11	2	2	1	1	5	2	1	2	1	3	4		49

Quelle: eigene Erhebungen

Die Übersicht macht deutlich, daß die 22 befragten Dienste insgesamt an 49 unterschiedlichen Orten (Dienstorte eingeschlossen) Sprechstundenangebote aufrecht erhalten.

Gemessen an der auf diese Dienste entfallenen Bevölkerungszahlen²⁸⁵ bedeutet das rechnerisch folgendes: durchschnittlich 1 Sprechstundenangebot auf 73.227 Einwohner. Nach der flächenmäßigen Ausdehnung der

285 **Bevölkerungs-Variable 1985:**

Einwohner pro Kommune und Jahr 1985:

01. Landkreis Aurich	169.548
02. Stadt Emden	49.968
03. Landkreis Celle	164.277
04. Stadt Osnabrück	153.320
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	116.473
06. Landkreis Osterholz	94.316
07. Landkreis Verden	112.562
08. Landkreis Uelzen	94.316
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	48.773
10. Landkreis Schaumburg	151.562
11. Landkreis Hannover	546.139

Einwohner pro Kommune und Jahr 1985:

12. Landkreis Hildesheim	278.646
13. Landkreis Gifhorn	127.414
14. Landkreis Wolfsburg	121.965
15. Landkreis Osterode	88.624
16. Landkreis Goslar	165.389
17. Stadt Salzgitter	106.560
18. Stadt Braunschweig	250.731
19. Landkreis Göttingen	263.334
20. Landkreis Helmstedt	96.483
21. Landkreis Rotenburg	140.144
22. Landkreis Emsland	247.552

Einwohner in 22 befragten Kommunen:

3.588.096

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985

Einwohner auf 1 Sprechstundenangebot:

3.588.096 Einwohner auf 49 Sprechstundenangebote = 73.227 Einwohner auf 1 Sprechstundenangebot

Rechnung: $\frac{3588096}{49} = 73.226,448 \approx 73.227$

Einzugsbereiche²⁸⁶ bedeutet das rechnerisch: durchschnittlich 1 Sprechstundenangebot auf 462 Quadratkilometer, d.h. ein Gebiet mit einer Ausdehnung von ca. 22 km × 21 km.

Ein Dienst (Landkreis Hannover) bietet in elf unterschiedlichen Orten Sprechstunden an; fünf (Landkreis Goslar) bzw. vier (Landkreis Emsland) Sprechstundenangebote existieren in zwei Gebietskörperschaften, während zwei Dienste an je drei verschiedenen Orten Sprechstunden (Landkreise Rotenburg und Schaumburg) anbieten. Weitere sechs Sozialpsychiatrische Dienste sind jeweils an zwei Orten ihres Einzugsgebietes präsent, d.h. sie bieten außer an ihrem Dienort noch an einem weiteren Ort eine Sprechstunde an (Stadt Salzgitter und Landkreise Verden, Grafschaft Bentheim, Gifhorn, Göttingen und Hildesheim). Elf Dienste, also exakt die Hälfte der befragten 22 Dienste, ist nur am Dienort zu erreichen, zusätzliche Sprechstundenangebote existieren nicht.

Die folgende Tabelle beinhaltet einzeldienstbezogene Berechnungen auf der Basis anteiliger **Bevölkerungsziffern**. In der letzten Spalte dieser Tabelle sind jeweils anhand der Einwohnerzahlen die Bevölkerungszahlen abzulesen, auf die rechnerisch ein Sprechstundenangebot entfällt. Die Auflistung der Dienste erfolgt nach der Größenordnung der in der letzten Spalte enthaltenen Werte:

TABELLE 3-3:
VERTEILUNG DER KOMMUNALEN WOHNBEVÖLKERUNG AUF SPRECHSTUNDENANGEBOTE
DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTE

Kommune/Bevölkerungseinheiten	Einwohner	Anzahl der Sprechstunden	Sprechstunden auf Einwohner		Einwohner	Anzahl der Sprechstunden	Sprechstunden auf Einwohner
01. Landkreis Goslar	165.389	5	33.078	12. Landkreis Osterode	88.624	1	88.624
02. Landkreis Rotenburg	140.144	3	46.715	13. Landkreis Osterholz	94.316	1	94.316
03. Landkreis Lüchow-Dannenberg	48.773	1	48.773	14. Landkreis Uelzen	94.847	1	94.847
04. Landkreis Hannover	546.139	11	49.649	15. Landkreis Helmstedt	96.483	1	96.483
05. Stadt Emden	49.968	1	49.968	16. Landkreis Wolfsburg	121.965	1	121.965
06. Landkreis Schaumburg	151.562	3	50.521	17. Landkreis Göttingen	263.334	2	131.667
07. Stadt Salzgitter	106.560	2	53.280	18. Landkreis Hildesheim	278.646	2	139.323
08. Landkreis Verden	112.562	2	56.281	19. Stadt Osnabrück	153.320	1	153.320
09. Landkreis Grafsch. Bentheim	116.473	2	58.237	20. Landkreis Celle	164.277	1	164.277
10. Landkreis Emsland	247.552	4	61.888	21. Landkreis Aurich	169.548	1	169.548
11. Landkreis Gifhorn	127.414	2	63.707	22. Stadt Braunschweig	250.731	1	250.731
Einwohner in 22 befragten Kommunen (arithmetisches Mittel):	3.588.096	49	(73.227)				

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A:
Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985 und eigene Berechnungen

286 **Flächengrößen-Variable 1985:**

Flächengrößen der Kommunen 1985 in km²

01. Landkreis Aurich	1.278,15
02. Stadt Emden	112,38
03. Landkreis Celle	1.544,12
04. Stadt Osnabrück	119,79
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	980,42
06. Landkreis Osterholz	650,60
07. Landkreis Verden	787,69
08. Landkreis Uelzen	1.453,17
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	1.219,61
10. Landkreis Schaumburg	675,57
11. Landkreis Hannover	2.085,44

Flächengrößen der Kommunen 1985 in km²

12. Landkreis Hildesheim	1.205,08
13. Landkreis Gifhorn	1.559,69
14. Stadt Wolfsburg	203,59
15. Landkreis Osterode	636,70
16. Landkreis Goslar	964,88
17. Stadt Salzgitter	223,91
18. Stadt Braunschweig	192,03
19. Landkreis Göttingen	1.116,81
20. Landkreis Helmstedt	674,30
21. Landkreis Rotenburg	2.069,62
22. Landkreis Emsland	2.880,14

Flächengröße 22 befragter Kommunen: 22.633,69

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985

Flächengröße auf 1 Sprechstundenangebot:
22.633,69 km² auf 49 Sprechstundenangebote = 462 km² auf 1 Sprechstundenangebot
 Rechnung: $\frac{22633,69}{49} = 461,912 \approx 462$

Werden die Bevölkerungsziffern als Bezugsgröße zu den von den Sozialpsychiatrischen Diensten angebotenen Sprechstunden verwendet, so können anhand der Tabelle 3-3 teilweise erhebliche Abweichungen bei den Größenordnungen der auf ein Sprechstundenangebot entfallenen Bevölkerungseinheiten konstatiert werden: Während beispielsweise im Landkreis Goslar durch Sprechstundenangebote an fünf unterschiedlichen Orten rechnerische Einheiten von 33.078 Einwohnern gebildet werden, ist bei der Stadt Braunschweig etwa die 7½-fache Bevölkerungszahl, das sind 250.731 Einwohner, lediglich auf den Hauptsitz des Sozialpsychiatrischen Dienstes angewiesen, da dieser keine weiteren Sprechstundenangebote unterbreitet. Gemessen am arithmetischen Mittelwert (73.227 Einwohner pro Sprechstunde) erzielt je die Hälfte der Dienste ein über- bzw. unterdurchschnittliches Ergebnis. Dabei wird deutlich, daß die Abweichungen vom arithmetischen Mittelwert nach unten hin, d.h. mehr Bewohner je Sprechstundenangebot, sehr stark ausfallen, während sich die Abweichungen nach oben hin eher moderat abbilden.²⁸⁷ Zur Bestimmung des Unterschiedes ist jeweils die Ermittlung der Standardabweichung (s) erforderlich. Das Ergebnis dieser Berechnung belegt, daß die Streuung bei den Positivwerten wesentlich geringer (s= 21,218) ausfällt als im negativen Bereich (s= 63,600). Dies beinhaltet, daß die 11 Dienste, die unterhalb des arithmetischen Mittelwertes angesiedelt sind, im Durchschnitt gegenüber den im Positiv-Bereich angesiedelten Diensten progressive Ausdehnungen der Größenordnungen der rechnerisch auf ein Sprechstundenangebot entfallenen Bevölkerungseinheiten zu verzeichnen haben.

Die folgende Tabelle beinhaltet einzeldienstbezogene Berechnungen auf der Basis anteiliger **Flächengrößen** der Einzugsgebiete. In der letzten Spalte dieser Tabelle sind jeweils anhand der Quadratmeterangaben die Größeneinheiten abzulesen, auf die rechnerisch ein Sprechstundenangebot entfällt. Die Auflistung der Dienste erfolgt nach der Größenordnung der in der letzten Spalte enthaltenen Werte:

287 **Sprechstundenangebote pro Bevölkerungseinheiten**
hier: Berechnungen von Abweichungen vom arithmetischen Mittelwert 73.227 Einwohner

Kommune	Einwohnereinheit	minus \emptyset	=	negative Werte	positive Werte
01. Landkreis Aurich	169.548	- 73.227	=	96.321	
02. Stadt Emden	49.968	- 73.227	=		+ 23.259
03. Landkreis Celle	164.277	- 73.227	=	91.050	
04. Stadt Osnabrück	153.320	- 73.227	=	80.093	
05. Landkreis Gfsh. Bentheim	58.237	- 73.227	=		+ 14.990
06. Landkreis Osterholz	94.316	- 73.227	=	21.089	
07. Landkreis Verden	56.281	- 73.227	=		+ 16.946
08. Landkreis Uelzen	94.847	- 73.227	=	21.620	
09. Landkreis L.-Dannenberg	48.773	- 73.227	=		+ 24.454
10. Landkreis Schaumburg	50.521	- 73.227	=		+ 22.706
11. Landkreis Hannover	49.649	- 73.227	=		+ 23.578
12. Landkreis Hildesheim	139.323	- 73.227	=	66.096	
13. Landkreis Gifhorn	63.707	- 73.227	=		+ 9.520
14. Stadt Wolfsburg	121.965	- 73.227	=	48.738	
15. Landkreis Osterode	88.624	- 73.227	=	15.397	
16. Landkreis Goslar	33.078	- 73.227	=		+ 40.149
17. Stadt Salzgitter	53.280	- 73.227	=		+ 19.947
18. Stadt Braunschweig	250.731	- 73.227	=	177.504	
19. Landkreis Göttingen	131.667	- 73.227	=	58.440	
20. Landkreis Helmstedt	96.483	- 73.227	=	23.256	
21. Landkreis Rotenburg	46.715	- 73.227	=		+ 26.512
22. Landkreis Emsland	61.888	- 73.227	=		+ 11.339
Summen:				- 699.604	+ 233.400

\emptyset = arithmetischer Mittelwert

Grundsatz bei der Auswertung: Je größer die Bevölkerungseinheiten, desto ungünstiger das Ergebnis. Um dieses entsprechend graphisch darstellen zu können, erfolgte eine Umkehrung der Vorzeichen.

TABELLE 3-4:

VERTEILUNG DER FLÄCHENGRÖßEN DER KOMMUNEN AUF SPRECHSTUNDENANGEBOTE DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTE

Kommune/Flächeneinheiten	Fläche in km ²	Anzahl der Sprechstd.	1 Sprechstd. auf x km ²	Fläche in km ²	Anzahl der Sprechstd.	1 Sprechstd. auf x km ²	
01. Stadt Salzgitter	223,91	2	111,95	12. Landkreis Hildesheim	1.205,08	2	602,54
02. Stadt Emden	112,38	1	112,38	13. Landkreis Osterode	636,70	1	636,70
03. Stadt Osnabrück	119,79	1	119,79	14. Landkreis Osterholz	650,60	1	650,60
04. Landkreis Hannover	2.085,44	11	189,58	15. Landkreis Helmstedt	674,30	1	674,30
05. Stadt Braunschweig	192,03	1	192,03	16. Landkreis Rotenburg	2.069,62	3	689,87
06. Landkreis Goslar	964,88	5	192,97	17. Landkreis Emsland	2.880,14	4	720,03
07. Stadt Wolfsburg	203,59	1	203,59	18. Landkreis Gifhorn	1.559,69	2	779,84
08. Landkreis Schaumburg	675,57	3	225,19	19. Landkreis Lüchow-D.	1.219,61	1	1.219,61
09. Landkreis Verden	787,69	2	393,84	20. Landkreis Aurich	1.278,15	1	1.278,15
10. Landkreis Grafschaft Bentheim	980,42	2	490,21	21. Landkreis Uelzen	1.453,17	1	1.453,17
11. Landkreis Göttingen	1.116,81	2	558,40	22. Landkreis Celle	1.544,12	1	1.544,12
Flächenausdehnung der 22 befragten Kommunen (arithmetisches Mittel):				22.633,69	49	(461,91)	

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A:
 Statistische Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985 und eigene Berechnungen

Wird die flächenmäßige Ausdehnung der Einzugsgebiete als Bezugsgröße zu den Sprechstundenangeboten verwendet, so wird erkennbar: Der Dienst der Stadt Salzgitter hat hier die günstigsten Voraussetzungen aufzuweisen; zu jeder der zwei angebotenen Sprechstunden kann rechnerisch ein kreisförmiger Einzugsbereich mit einem Durchmesser von ca. 12 Kilometern zugeordnet werden. Unter optimaler Verteilung der beiden Sprechstunden-Orte auf das Stadtgebiet beträgt rechnerisch die Maximalentfernung eines Bürgers zu der seiner Wohnung am nächsten gelegenen Sprechstunde ca. 6 Kilometer. Das gegenteilige Extrem wird durch den Landkreis Celle verkörpert: Da außer am Hauptsitz des Dienstes keine weiteren Sprechstundenangebote vor Ort existieren, beträgt rechnerisch der Durchmesser des kreisförmigen Einzugsbereiches ca. 44 Kilometer, d.h: für die Bürger kann das Erreichen der nächstgelegenen Sprechstunde rechnerisch die Überwindung einer Entfernung von maximal 22 Kilometern bedeuten, vorausgesetzt, daß sich der Dienort in geographisch zentraler Lage befindet. Die Abstände der einzelnen Dienste zum arithmetischen Mittelwert ergeben sich wiederum derart, daß die Unterschreitung des Mittelwertes (entsprechend mehr km² je Sprechstunde) deutlicher ausfallen als die Überschreitungen (entsprechen weniger km² je Sprechstunde).²⁸⁸ Zur Bestimmung des Unterschiedes ist jeweils die Ermittlung der Standardabweichung (s) erforderlich. Diese errechnet sich mit folgenden Werten: bei den Überschreitungen s = 805,29 und bei den

288 **Sprechstundenangebote pro Flächeneinheiten - hier: Berechnungen von Abweichungen vom arithmetischen Mittelwert 461,912 km²**

Kommune/Flächeneinheiten in km ²	Flächeneinheit	minus \emptyset	=	positive Werte	negative Werte
01. Landkreis Aurich	1.278,150	- 461,912	=		- 816,238
02. Stadt Emden	112,380	- 461,912	=	+ 349,532	
03. Landkreis Celle	1.544,120	- 461,912	=		- 1.082,208
04. Stadt Osnabrück	119,790	- 461,912	=	+ 342,122	
05. Landkreis Gf. Bentheim	490,210	- 461,912	=		- 28,298
06. Landkreis Osterholz	650,600	- 461,912	=		- 188,688
07. Landkreis Verden	393,845	- 461,912	=	+ 68,067	
08. Landkreis Uelzen	1.453,170	- 461,912	=		- 991,258
09. Landkreis L.-Dannenberg	1.219,610	- 461,912	=		- 757,698
10. Landkreis Schaumburg	225,190	- 461,912	=	+ 236,722	
11. Landkreis Hannover	189,585	- 461,912	=	+ 272,327	
12. Landkreis Hildesheim	602,540	- 461,912	=		- 140,628
13. Landkreis Gifhorn	779,845	- 461,912	=		- 317,933
14. Stadt Wolfsburg	203,590	- 461,912	=	+ 258,322	
15. Landkreis Osterode	636,700	- 461,912	=		- 174,788
16. Landkreis Goslar	192,976	- 461,912	=	+ 268,936	
17. Stadt Salzgitter	111,955	- 461,912	=	+ 349,957	
18. Stadt Braunschweig	192,030	- 461,912	=	+ 269,882	
19. Landkreis Göttingen	558,405	- 461,912	=		- 96,493
20. Landkreis Helmstedt	674,300	- 461,912	=		- 212,388
21. Landkreis Rotenburg	689,873	- 461,912	=		- 227,961
22. Landkreis Emsland	720,035	- 461,912	=		- 258,123
Summe der Abweichungen vom Mittelwert:				+2.415,867	- 5.292,702

\emptyset = arithmetischer Mittelwert

Grundsatz bei der Auswertung: Je größer die Flächeneinheiten, desto ungünstiger das Ergebnis. Um dieses entsprechend graphisch darstellen zu können, erfolgte eine Umkehrung der Vorzeichen.

Unterschreitungen $s=1.467,93$. Die Berechnung der Standardabweichung belegt, daß die Streuung bei den Positivwerten wesentlich geringer ausfällt als im negativen Bereich. Dies beinhaltet, daß die 11 Dienste, die unterhalb des arithmetischen Mittelwertes angesiedelt sind, im Durchschnitt gegenüber den im Positiv-Bereich angesiedelten Diensten progressive Ausdehnungen der Größenordnungen der rechnerisch auf ein Sprechstundenangebot entfallenen Flächeneinheiten zu verzeichnen haben.

Beide bisher benutzten Bezugsgrößen führen zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich der Rangfolge der Dienste. Daß darüber hinaus grundsätzlich die Aussagefähigkeit der jeweiligen Ergebnisse als begrenzt angesehen werden muß, wurde bereits dargelegt.

Da durch die Fragestellung 310 gezielt eine Benennung der Dienstorte, in denen Sprechstunden angeboten werden, erbeten wurde, kann nunmehr anhand der 49 vorhandenen Ortsbezeichnungen und unter Zuhilfenahme von Bezirkskarten die jeweils größtmögliche Entfernung von den Sprechstunden-Orten zu den jeweiligen Stadt- bzw. Kreisgrenzen, d.h. den Gegenden, die am weitesten von den Sprechstunden-Orten abgelegen sind, ermittelt werden. Die folgende Tabelle enthält die jeweiligen **Kilometerangaben**, wobei die Auflistung der Dienste nach der Größenordnung der in der letzten Spalte enthaltenen Werte erfolgt:

TABELLE 3-5:
MAXIMALE ENTFERNUNG (LUFTLINIE) VOM WOHNORT ZUR SPRECHSTUNDE

Kommunen/ maximale Entfernung	Ort mit weitester Entfernung zur Sprechstunde	Ort der Sprechstunde	Entfernung in Kilometer
01. Stadt Emden	OT Wybelsum	Emden	7 km
02. Stadt Osnabrück	OT Darum	Osnabrück	8 km
03. Stadt Braunschweig	OT Bevenrode	Braunschweig	9 km
04. Stadt Wolfsburg	OT Neindorf	Wolfsburg	11 km
05. Stadt Salzgitter	OT Steterburg	SZ-Lebenstedt	12 km
06. Landkreis Goslar	Alt Wallmoden	Goslar	16 km
07. Landkreis Schaumburg	Altenhagen	Stadthagen	17 km
08. Landkreis Osterholz	Mittelsmoor	Osterholz	19 km
09. Landkreis Hannover	Stöckendrebber	Neustadt	20 km
10. Landkreis Verden	Benkel	Achim	21 km
11. Landkreis Rotenburg	Heiligensehl	Rotenburg	22 km
12. Landkreis Hildesheim	Ortshausen	Alfeld	23 km
13. Landkreis Uelzen	Bohdorf	Uelzen	24 km
14. Landkreis Emsland	Steider Heck	Lingen	25 km
15. Landkreis Gifhorn	Kaiserwinkel	Gifhorn	27 km
16. Landkreis Osterode	Walkenried	Osterode	28 km
17. Landkreis Helmstedt	Essenrode	Helmstedt	29 km
18. Landkreis GfSch. Bentheim	Laar	Nordhorn	30 km
19. Landkreis Göttingen	Landwehrhagen	Göttingen	31 km
20. Landkreis Aurich	Rysum	Aurich	32 km
21. Landkreis Celle	Faßberg	Celle	33 km
22. Landkreis Lüchow-Dannenberg	Katemin	Lüchow	35 km
Summe der Maximalentfernungen:		=	479 km
arithmetischer Mittelwert:		=	21,773 km

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1984: Bezirkskarten der Regierungsbezirke Braunschweig, Hannover, Lüneburg u. Weser-Ems. Die Entfernungen wurden anhand dieser Karten unter Berücksichtigung der 49 Orte, in denen Sprechstunden angeboten werden, ermittelt.

Werden bei den vergleichenden Betrachtungen der Sprechstundenangebote der 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste die tatsächlichen geographischen Entfernungen zwischen den Sprechstundenorten und den Wohnorten der Bürger (maximale Distanz) zugrunde gelegt, so ergibt sich ein arithmetischer Mittelwert von 21,773 Kilometern. Bei dieser Betrachtung nimmt der Dienst der Stadt Emden die günstigste Position ein: sämtliche Entfernungen, die die Bürger zwecks Erreichens des Sprechstundenangebotes (ein Angebot am Hauptsitz des Dienstes) zu

überwinden haben, sind kürzer als 7 Kilometer. Die ungünstigsten Verhältnisse können für den Dienst des Landkreises Lüchow-Dannenberg konstatiert werden, wo die Bürger aus dem Orte Katemin eine Distanz von 35 Kilometern zurückzulegen haben, bevor sie ein (lediglich in der Stadt Lüchow) vorgehaltenes Sprechstundenangebot wahrnehmen können.

In der Gegenüberstellung der Maximal-Entfernungen der einzelnen Kommunen wird deutlich, daß eine geographische Entfernung von 35 Kilometern mit allen Ansätzen von Gemeindennähe in keiner Weise in Einklang zu bringen ist. Auch regionalspezifische Gegebenheiten (beste verkehrsmäßige Infrastruktur, Personalsituation des Dienstes oder Anzahl der Hausbesuche etc.) können zur Egalisierung dieses Mißstandes nicht in genügender Weise geltend gemacht werden. Bezüglich des errechneten arithmetischen Mittelwertes von 21,773 Kilometern mag strittig bleiben, ob eine derartige Maximaldistanz mit den Grundsätzen von Gemeindennähe kollidiert. Den regionalspezifischen Einflußfaktoren ist hierbei sicherlich größere Beachtung einzuräumen. Gleichwohl ist nicht zu verkennen, daß es sich bei sämtlichen Kilometerangaben um gemessene Luftlinien-Entfernungen handelt, d.h. daß die tatsächlichen Wegstrecken - auch bei besten verkehrsmäßigen Infrastrukturen - um etwa 20-30 % länger sein können.²⁸⁹

Ungeachtet dessen, wie schließlich der arithmetische Mittelwert von 21,773 Kilometern beurteilt werden mag, sollen in der folgenden Graphik die Bedingungen aus den 22 befragten Diensten an diesem Wert gemessen und dargestellt werden.²⁹⁰

289 **Relation von Luftlinie zu Straßen-Kilometern:**

Beispiele:

	Luftlinien-km	Straßen-km	Differenz
Hannover - Hamburg . . .	140 km	164 km	17,1 %
Köln - München	450 km	598 km	32,9 %
Düsseldorf - Hannover . .	234 km	283 km	20,9 %

290 **Sprechstundenangebote und Maximalentfernung**

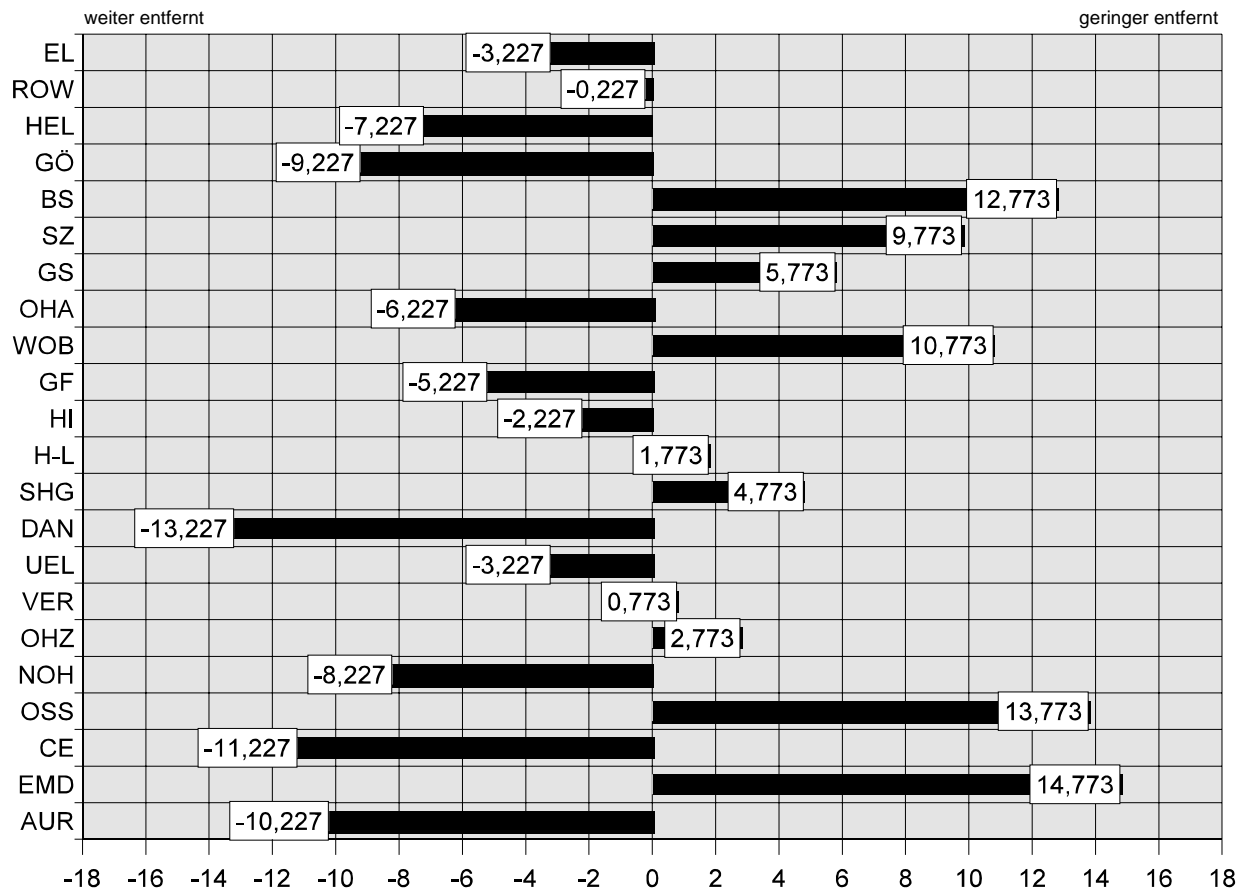
hier: Berechnungen von Abweichungen vom arithmetischen Mittelwert 21.773 Kilometer

Kommune/Entfernungen in km	Maximal-Entfernung	minus \emptyset	negative Werte	positive Werte
01. Landkreis Aurich	32,000	- 21,773	=	10,227
02. Stadt Emden	7,000	- 21,773	=	+ . . 14,773
03. Landkreis Celle	33,000	- 21,773	=	11,227
04. Stadt Osnabrück	8,000	- 21,773	=	+ . . 13,773
05. Landkreis Grfsch. Bentheim	30,000	- 21,773	=	8,227
06. Landkreis Osterholz	19,000	- 21,773	=	+ . . 2,773
07. Landkreis Verden	21,000	- 21,773	=	+ . . 0,773
08. Landkreis Uelzen	24,000	- 21,773	=	3,227
09. Landkreis L.-Dannenberg	35,000	- 21,773	=	13,227
10. Landkreis Schaumburg	17,000	- 21,773	=	+ . . 4,773
11. Landkreis Hannover	20,000	- 21,773	=	+ . . 1,773
12. Landkreis Hildesheim	23,000	- 21,773	=	2,227
13. Landkreis Gifhorn	27,000	- 21,773	=	5,227
14. Stadt Wolfsburg	11,000	- 21,773	=	+ . . 10,773
15. Landkreis Osterode	28,000	- 21,773	=	6,227
16. Landkreis Goslar	16,000	- 21,773	=	+ . . 5,773
17. Stadt Salzgitter	12,000	- 21,773	=	+ . . 9,773
18. Stadt Braunschweig	9,000	- 21,773	=	+ . . 12,773
19. Landkreis Göttingen	31,000	- 21,773	=	9,227
20. Landkreis Helmstedt	29,000	- 21,773	=	7,227
21. Landkreis Rotenburg	22,000	- 21,773	=	0,227
22. Landkreis Emsland	25,000	- 21,773	=	3,227
Summen:	479,000		- 79,724	+ 77,730

\emptyset = arithmetischer Mittelwert

Grundsatz bei der Auswertung: Je größer die Entfernungen, desto ungünstiger das Ergebnis. Um dieses entsprechend graphisch darstellen zu können, erfolgte eine Umkehrung der Vorzeichen.

ABBILDUNG 3-3:
 SPRECHSTUNDENANGEBOTE UND MAXIMALENTFERNUNGEN -
 ABWEICHUNGEN VOM ARITHMETISCHEN MITTELWERT 21,773 KM
 - IN KILOMETERN -



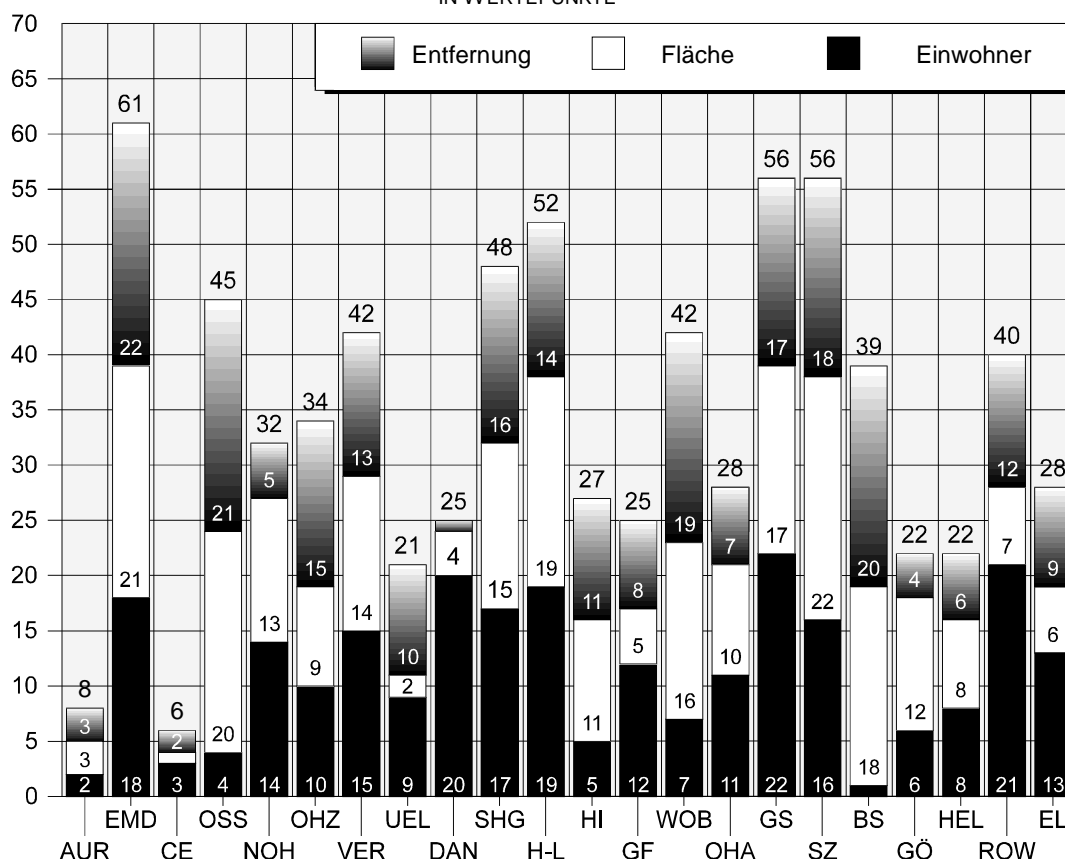
Quelle: eigene Berechnungen

Die Graphik erlaubt keine spontane Äußerung darüber, ob die Ausprägungen im Negativ- oder Positivbereich überwiegen, obwohl links 12 und rechts 10 Säulen zu zählen sind. Zur Bestimmung des Unterschiedes ist jeweils die Ermittlung der Standardabweichung (s) erforderlich. Die Berechnung der Standardabweichung belegt, daß sich die Streuungswerte kaum unterscheiden. Es handelt sich also nahezu um eine gleichmäßige Verteilung. Dies beinhaltet, daß sich die Verhältnisse der 12 Dienste, die unterhalb des arithmetischen Mittelwertes (s = 23,014) angesiedelt sind, zu denen im Positiv-Bereich (s = 24,580) linear verhalten.

Nachdem nunmehr die Einzelauswertungen zu den drei Bezugsgrößen Einwohner, Flächen und Entfernung abgeschlossen sind, sollen die Einzelergebnisse zur zusammenfassenden Gesamtauswertung gelangen. Hierzu sind die vorangehenden Tabellen als ordinale Rangskalen zu betrachten und die jeweiligen Ränge der 22 befragten Dienste mit Wertepunkten zu belegen, wobei dem besterzielten überdurchschnittlichen Ergebnis als Höchstzahl

22 Punkte zugeteilt werden, während das schlechteste unterdurchschnittliche Ergebnis 1 Punkt erhält.²⁹¹ Die Verteilung der Wertepunkte veranschaulicht die folgende Graphik:

ABBILDUNG 3-4:
BEWERTUNG DER SPRECHSTUNDENANGEBOTE NACH EINWOHNERZAHL, FLÄCHE UND ENTFERNUNG
- IN WERTEPUNKTE -



Quelle: eigene Berechnungen

291 Verteilung der Wertepunkte auf die einzelnen Kommunen gemäß Rangfolgen der Einzelergebnisse aus den Tabellen 3-3, 3-4 und 3-5:

Kommunen/ Wertepunkteverteilung	nach Einwohner	nach Fläche	nach Entfernung	Summen
01. Landkreis Aurich	2	3	3	8
02. Stadt Emden	18	21	22	61
03. Landkreis Celle	3	1	2	6
04. Stadt Osnabrück	4	20	21	45
05. Landkreis Grafschaft Bentheim	14	13	5	32
06. Landkreis Osterholz	10	9	15	34
07. Landkreis Verden	15	14	13	42
08. Landkreis Uelzen	9	2	10	21
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	20	4	1	25
10. Landkreis Schaumburg	17	15	16	48
11. Landkreis Hannover	19	19	14	52
12. Landkreis Hildesheim	5	11	11	27
13. Landkreis Gifhorn	12	5	8	25
14. Stadt Wolfsburg	7	16	19	42
15. Landkreis Osterode	11	10	7	28
16. Landkreis Goslar	22	17	17	56
17. Stadt Salzgitter	16	22	18	56
18. Stadt Braunschweig	1	18	20	39
19. Landkreis Göttingen	6	12	4	22
20. Landkreis Helmstedt	8	8	6	22
21. Landkreis Rotenburg	21	7	12	40
22. Landkreis Emsland	13	6	9	28

Die in der Abbildung 3-4 dargestellte Gesamtbeurteilung der Sprechstundenangebote von 22 befragten Diensten, die unter Einbeziehung der Parameter Bevölkerungszahl, Flächenausdehnung und maximale Entfernung von den Wohnungen der Bürger zum Sprechstundenort erfolgte, weist für die **Stadt Emden** das **günstigste** Gesamtergebnis aus. Hier existiert für die städtische Wohnbevölkerung mit 49.968 Einwohnern auf einer Fläche von 112,38 km² Ausdehnung nur eine Sprechstunde am Hauptsitz des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Die Bürger aus dem Einzugsbereich der Stadt Emden müssen im Extremfall eine Strecke von 7 Kilometern (Luftlinie) überwinden, um die Sprechstunde des Dienstes zu erreichen. Während der Dienst bei der Einzelwertung zur Maximalentfernung ebenfalls das beste Ergebnis erzielen konnte, existieren nach der Einzelwertung zur Flächenausdehnung einzig in der Stadt Salzgitter günstigere Bedingungen, und die Einzelwertung zur Bevölkerungsziffer ergab für die Landkreise Goslar, Rotenburg, Lüchow-Dannenberg und Hannover bessere Bedingungen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des **Landkreises Celle** erzielte das **ungünstigste** Gesamtergebnis. Einzelwertungen zu allen drei Bezugsgrößen (Einwohner, Fläche, Entfernung) hatten jeweils im Vergleich der 22 befragten Dienste keine besseren Resultate als Drittplatzierungen gebracht. Für die 164.277 Einwohner des Landkreises (das sind fast 3½ mal so viel wie in der Stadt Emden) existiert ebenfalls nur eine Sprechstunde am Hauptsitz des Dienstes, der einen flächenmäßigen Einzugsbereich von 1.544,12 km² (das ist fast das 14-fache der Stadt Emden) zu versorgen hat. Auch hinsichtlich der Maximalentfernungen von 33 Kilometern (fast das 5-fache der Stadt Emden) erzielte der Dienst kein positives Ergebnis.

Durchschnittliche Gesamtergebnisse konnten die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim, Osterholz, Osterode und Rotenburg sowie der Stadt Braunschweig erzielen.

Ergebnis

Die Analyse von Sprechstundenangeboten der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen ergab bei den 22 befragten Einrichtungen ein uneinheitliches Bild, was die Zahl der je Sprechstundenangebot zu versorgenden Bewohner, die flächenmäßige Zuordnung zu einzelnen Sprechstundenangeboten und die von den Klienten zurückzulegenden Entfernungen bis zu den Orten der Sprechstundenangebote angeht. Insgesamt zeichnet sich eine bessere Versorgungssituation in den städtischen Regionen ab; dieses Ergebnis kann nicht überraschen, da dort erfahrungsgemäß wesentliche Faktoren wie Entfernung und öffentlicher Personennahverkehr günstiger beschaffen sind.

Bezogen auf den gesetzlichen Auftrag des Nds.PsychKG 1978 kann von einer einheitlichen und normerfüllenden Schaffung gleicher Lebensverhältnisse und Versorgungsqualität aber auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Begebenheiten nicht ausgegangen werden.

<p>311 Über welche Spezial- bzw. Zusatzausbildung verfügen die Mitarbeiter des ambulanten Dienstes?</p> <p>(Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind hier auszu-schließen)</p>	<p>Berufsgruppen: </p>	<p>Art der Ausbildung: </p>
--	--	--

<p>312 Sind Spezial- bzw. Zusatzausbildungen mit finanziellen Unterstützungen des Trägers angeboten worden?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Falls JA: Für wen und in welchem Umfang?</p>	<p>..... </p>

Forschungsinteresse

Frage 311 erkundet die Spezial- und Zusatzausbildungen der jeweiligen Berufsgruppen in den Sozialpsychiatrischen Diensten. Der Anspruch zusätzlicher Qualifikationen wurde bereits 1971 vom Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit des Deutschen Bundestages postuliert, noch bevor dieser den Antrag auf Bildung einer Psychiatrie-Enquête-Kommission formulierte.²⁹² Nachdem in den Folgejahren die Forderungen, die auch in die Enquête einfließen, von den bisherigen Bildungsträgern nicht umgesetzt wurden,²⁹³ nahm die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE (DGSP) diese Herausforderung an, indem sie in eigener Trägerschaft Fortbildungen durchführte. Eines ihrer Leitmotive lautete:

292 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 6/2322, Seite 2, Ziffer 6
 293 vgl. CONRAD 1983, Seite 25

"Über alle beruflichen, durch Ausbildung und tarifliche Einordnung bedingte Schranken hinweg soll den in der Psychiatrie Tätigen ermöglicht werden, eine Sprache sprechen zu lernen, die ihnen allen und den Patienten entspricht. Das bedeutet, daß berufliches Spezialwissen nicht in Frage gestellt wird, sondern den Kollegen und den Patienten so zur Verfügung gestellt wird, daß jeder mit dem Wissen des anderen in seinem Bereich selbständig umgehen kann. ..." 294

Diese Grundposition fand später u.a. Unterstützung von gewerkschaftlicher Seite:

"Die Grundausbildung aller Berufe im Gesundheitswesen muß in Zukunft stärker aufeinander abgestimmt, miteinander verzahnt und wechselseitig durchlässig sein. Inhaltlich und organisatorisch muß sichergestellt sein, daß ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und Krankheit erlernt wird. Auf dem Weg zu diesem Ziel ist ein Abbau der Kluft zwischen den akademisch und den nichtakademisch ausgebildeten Berufen, daß heißt eine Aufwertung der Ausbildung der Medizinalfachberufe, eine unabdingbare Voraussetzung." 295

Die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover existiert bereits seit 1969. Sie ist damit eine der ältesten psychiatrischen Fortbildungseinrichtungen für nichtärztliche Berufsgruppen²⁹⁶ und die einzige Fortbildungsstätte mit staatlicher Anerkennung in der Bundesrepublik.²⁹⁷ Nach einer 1983 durchgeführten Befragung wird die angebotene Zusatzausbildung von mehreren Berufsgruppen angenommen, "... im Unterschied etwa zu den 19 Weiterbildungsstätten für psychiatrische Fachkrankenpflege mit nur einer Berufsgruppe ...".²⁹⁸ Im Kontext dieser Ansätze und Möglichkeiten ist Frage 311 aufzufassen, die somit zu einem Gradmesser der Realisierung des von Enquête und DGSP postulierten bildungspolitischen Anspruches werden könnte.

Den Ausführungen zu Frage 311 sind inhaltliche Begründungen über Zusatzqualifikationen des Fachpersonals Sozialpsychiatrischer Dienste zu entnehmen. Daß nach dem Erwerb solcher Qualifikationen Veränderungen formaler Art am Arbeitsplatz eintreten können, hat BASTIAAN am Beispiel der "Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Medizinischen Hochschule Hannover (SPZA)" dargelegt: "Tarifrechtlich haben nach abgeschlossener SPZA Krankenpflegekräfte Anspruch auf Höhergruppierung nach Fallgruppe Kr VI, 13 und Sozialarbeiter 'nach vierjähriger Berufsausübung einer solchen Tätigkeit nach Abschluß der Zusatzausbildung' (Verg Gr IVa BAT). Für andere Berufsgruppen bestehen keinerlei tarifrechtliche Ansprüche."²⁹⁹ BASTIAAN führt weiter aus: "Die Besoldungserhöhung allein wegen verbesserter Qualifikation ist selten, sie erfolgt überwiegend nur, wenn der SPZA-Absolvent auf eine höhere Funktionsstelle gesetzt werden kann."³⁰⁰

Diese Informationen lassen vermuten, daß den Arbeitgebern - hauptsächlich aus finanziellen Erwägungen - am Erwerb von Zusatzqualifikationen des Fachpersonals nicht sonderlich gelegen ist. Diese Hypothese soll durch Frage 312 überprüft werden: Wenn die Arbeitgeber die formalen und finanziellen Konsequenzen den inhaltlichen Argumenten unterordnen, so müßten sie zu finanziellen Beteiligungen an den Ausbildungskosten bereit sein. Inwieweit dies zutrifft und zu welchen Bedingungen Arbeitgeber finanzielle Unterstützungen leisten, soll Frage 312 erörtern.

294 BASTIAAN/SCHÄDLE-DEININGER 1980, Seite 39

295 Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (Ötv), zitiert nach: CONRAD 1983, Seite 25

296 vgl. BASTIAAN 1983, Seite 56

297 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1969, a.a.O.

298 vgl. BASTIAAN 1983, Seite 56

299 BASTIAAN 1983, Seite 64

300 BASTIAAN 1983, Seite 65

Bewertungsparameter

Die Befragungsergebnisse sollen lediglich nach quantitativen Aspekten bewertet werden, d.h.: eine qualitative Unterscheidung verschiedenartiger Qualifikationen ist nicht beabsichtigt, weil diese den Umfang einer anderen, eigenständigen Untersuchung einnehmen würde. Bei der Auswertung soll die Zahl der einzelnen Qualifikationen

- a) mit der Anzahl der Dienste,
- b) mit der Anzahl der Beschäftigten und
- c) innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen

relativiert werden. Auf diese Weise soll eine Übersicht über Bildungsstandards und Bildungsunterschiede in den Einrichtungen und Berufsgruppen erstellt werden.

Datenanalyse

TABELLE 3-6:
ZAHL DER MITARBEITER MIT SPEZIAL- ZUSATZAUSBILDUNGEN IN 22 BEFRAGTEN DIENSTEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	
A Sozialarbeiter		1	1				1				1		1	2				1				1	
B Sozialarbeiter																	1	2					
C Sozialarbeiter																			2				
D Sozialarbeiter			1				1																
E Arzt									1														
F Arzt						1	1				1	1							1				
G Arzt						1																	
H Psychologe								1															
I Psychologe		1										1											
J Krankenpfleger			1																	1			
K Verwaltungskraft		1																					
keine Ausbildung	×			×	×					×						×	×						×

Sozialarbeiter:
 A = Zweijährige Ausbildung DGSP; SPZA an der MHH oder Akademie Düsseldorf
 B = KIM; Klientenzentrierte Gesprächsführung
 C = Gesprächstherapie (GT); Familientherapie
 D = Ausbildung zum Suchttherapeuten

Arzt:
 E = Arzt für Psychiatrie
 F = Psychotherapie; Psychoanalyse
 G = Familientherapie

Psychologe:
 H = Verhaltenstherapie
 I = Verhaltenstherapie/Gesprächstherapie

Krankenpfleger:
 J = SPZA an der MHH

Verwaltungskraft:
 K = Zweijährige Ausbildung DGSP; SPZA an der MHH oder Akademie Düsseldorf; Sozialtherapeut

Quelle: eigene Erhebungen

Die vorstehende Übersicht gibt Aufschluß darüber, daß die Mitarbeiter in 15 von 22 befragten Diensten über eine abgeschlossene Spezial- oder Zusatzausbildung verfügen; in sieben Diensten (Landkreise Aurich, Osnabrück, Grafschaft Bentheim, Schaumburg, Osterode, Goslar und Emsland) sind derartige Qualifikationen nicht anzutreffen.

Insgesamt wurden die Ausbildungen von 29 Personen absolviert; das sind gemessen am Personalbestand aller 22 befragten Dienste 15,1 % der originär und additiv Beschäftigten.³⁰¹ Die höchsten Konzentrationen an Spezial- oder Zusatzausbildungen (je drei Beschäftigte) sind in den Diensten der Landkreise Celle, Göttingen und Verden sowie in den Städten Emden und Braunschweig zu verzeichnen.

Wird die Anzahl vorhandener Zusatzqualifikationen im einzelnen mit den Personalbeständen der 22 befragten Dienste³⁰² in Relation gebracht, so ergibt sich folgende Verteilung:

TABELLE 3-7:
VERTEILUNG VON SPEZIAL- UND ZUSATZAUSBILDUNGEN
AUF DIE JEWEILIGEN PERSONALBESTÄNDE DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTE

Kommunen/Personalbestand und Spezial- bzw. Zusatzausbildungen	Personalbestand	Qualifikationen	rel. Anteil der Qualifikationen	Personalbestand	Qualifikationen	rel. Anteil der Qualifikationen	
01. Stadt Emden	4	3	75,0 %	12. Landkreis Helmstedt	6	1	16,7 %
02. Landkreis Verden	5	3	60,0 %	13. Landkreis Rotenburg	7	1	14,3 %
03. Landkreis Göttingen	6	3	50,0 %	14. Landkreis Uelzen	8	1	12,5 %
04. Landkreis Osterholz	5	2	40,0 %	15. Landkreis Hannover	30	2	6,7 %
05. Landkreis Celle	10	3	30,0 %	16. Landkreis Aurich	5	0	0,0 %
06. Stadt Braunschweig	10	3	30,0 %	17. Stadt Osnabrück	7	0	0,0 %
07. Landkreis Hildesheim	10	2	20,0 %	18. Landkreis Grafschaft Bentheim	8	0	0,0 %
08. Stadt Wolfsburg	10	2	20,0 %	19. Landkreis Schaumburg	8	0	0,0 %
09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	6	1	16,7 %	20. Landkreis Osterode	10	0	0,0 %
10. Landkreis Gifhorn	6	1	16,7 %	21. Landkreis Goslar	7	0	0,0 %
11. Stadt Salzgitter	6	1	16,7 %	22. Landkreis Emsland	18	0	0,0 %
Summen (arithmetisches Mittel)				192	29	15,1 %	

Über die relativ am besten zusätzlich ausgebildeten Personalbestände verfügen lt. Tabelle 3-7 die Dienste der Landkreise Verden und Göttingen sowie der Stadt Emden. Hier kann davon ausgegangen werden, daß jeweils mindestens 50 % der Belegschaften über eine Spezial- oder Zusatzausbildung verfügen, wobei der Dienst der Stadt Emden das beste Ergebnis aufweist: 75 % der Mitarbeiter haben zusätzliche Qualifikationen vorzuweisen; im dortigen Sozialpsychiatrischen Dienst ist ebenfalls eine Verwaltungskraft tätig, die als einzige aus 22 befragten Diensten bzw. von 192 Beschäftigten (oder als einzige von 33 Schreib- und Verwaltungskräften in den befragten 22 Diensten) eine zweijährige Zusatzausbildung abgeschlossen hat.

Professionsspezifische Differenzierungen der Befragungsergebnisse zu Frage 311³⁰³ weisen mit 75,0 % die Psychologen (n=4) als den Berufsstand aus, der anteilig über die höchste Quote an Spezial- oder Zusatzausbildungen

301 Nach der Erhebung kann die Anzahl der Vollzeit- und Teilzeitkräfte dieser 22 Dienste mit 162 originären und 30 additiven = 192 Beschäftigten angegeben werden. Von diesen Personen verfügen 29 über eine Spezial- oder Zusatzqualifikation; das sind 15,1 %. Die konsiliarisch Tätigen wurden bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt, weil sie im engeren Sinne (vgl. die Ausführungen zu Frage 307) nicht als "Mitarbeiter des ambulanten Dienstes" einzustufen sind.

302 Addition der originären und additiven Personalbestände lt. Tabelle 3-2

303 **Verteilung von Spezial- und Zusatzausbildungen auf die jeweiligen Berufsgruppen der Sozialpsychiatrischen Dienste:**

unterschiedliche Berufsgruppen	Personalbestand (Tab. 3-2)	Qualifikationen (Tab. 3-6)	relativer Anteil der Qualifikation	Personalbestand (Tab. 3-2)	Qualifikationen (Tab. 3-6)	relativer Anteil der Qualifikation	
Psychologen	4	3	75,0 %	Berufspraktikanten	18	0	0,0 %
Krankenpflegepersonal	4	2	50,0 %	ABM-Sozialarbeiter	4	0	0,0 %
Sozialarbeiter	86	16	18,6 %	Arzt in Ausbildung	1	0	0,0 %
Ärzte	39	7	17,9 %	Sozialmed. Assistenten	2	0	0,0 %
Verwaltungskräfte	13	1	7,7 %	Modellstellen	1	0	0,0 %
Schreibkräfte	20	0	0,0 %				
Summen:				192	29		

verfügt, gefolgt mit 50,0 % von den Fachkräften der Krankenpflege (n=4), den Sozialarbeitern (n=86) mit 18,6 % und den Ärzten (n=39) mit 17,9 %. Am seltensten sind Zusatzqualifikationen bei den Berufsgruppen der Verwaltungskräfte (n=13) mit 7,7 % und Schreibkräften (n=20) mit 0,0 % feststellbar.

Ergänzend zur Anzahl der Zusatzausbildungen in den Diensten ist eine quantitative Bewertung der Befragungsergebnisse der Frage 312 vorgesehen: Die Anzahl der Arbeitgeber, die sich zu Kostenbeteiligungen erklären, soll mit denen, die dies ablehnen, in Beziehung gesetzt werden. Darüber hinaus soll eine Differenzierung nach Berufsgruppen erfolgen. Schließlich sollen die Bedingungen, zu denen die finanziellen Beteiligungen offeriert werden, einer Analyse unterzogen werden.

Anhand der Antworten zu Frage 312 kann festgestellt werden, daß sich von den 22 befragten Arbeitgebern lediglich 6 zu finanziellen Beteiligungen an den Ausbildungskosten ihrer Bediensteten bereiterklärt haben, das entspricht einer Quote von 27,3 %. Die Gründe bei den Arbeitgebern, die dies nicht anboten, wurden nicht hinterfragt, so daß für unterbliebene Angebote sowohl die Weigerung der Beschäftigungsträger als auch unterbliebene Anfragen der Bediensteten gemutmaßt werden dürfen. Geplante Spezifizierungen des Befragungsergebnisses nach Berufsgruppen sind nicht durchführbar, weil offenbar aufgrund der in diesem Punkte zu unpräzisen Fragestellung keine Angaben verfügbar sind.

Die Konditionen, zu denen Arbeitgeber ihren Bediensteten den Erwerb von Spezial- oder Zusatzausbildungen ermöglichen (n=6), sind sehr unterschiedlich. Nach einer vergleichenden Betrachtung von sechs Diensten kann folgendes dargelegt werden:

Die ungünstigsten Bedingungen unter den Diensten, die überhaupt Zusatzausbildungen fördern, existieren für die Mitarbeiter des Dienstes im Landkreis Goslar. Hier wird die stundenweise Arbeitsbefreiung zwecks Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen an die rechtsverbindlich abzugebende Erklärung der Mitarbeiter gebunden, nach Beendigung der Maßnahme mindestens drei Jahre in derselben Dienststelle verbleiben zu wollen. Verläßt ein Mitarbeiter vor Ablauf dieser Frist seinen Dienstherrn, so kann dieser Regreßansprüche geltend machen. Bei den übrigen fünf Diensten besteht das Angebot zur Förderung mindestens in einer bedingungslosen Gewährung von Dienstbefreiungen. Beim Landkreis Hannover beschränkt es sich hierauf allerdings. Die vier verbleibenden Beschäftigungsträger bieten finanzielle Unterstützungen an, die lediglich bei der Stadt Wolfsburg mit der Verpflichtung des Arbeitnehmers gekoppelt ist, nach Beendigung der Ausbildung mindestens drei Jahre in derselben Dienststelle verbleiben zu wollen. Die ausbildungswilligen Mitarbeiter in den Diensten der Landkreise Celle, Uelzen und Gifhorn erhalten finanzielle Unterstützungen durch ihre Beschäftigungsträger, ohne daß sie weitere rechtliche Bindungen gegenüber ihren Arbeitgebern einzugehen haben. Beim Landkreis Celle erstreckt sich die Beteiligung des Anstellungsträgers auf 80 - 90 % der Fahrtkostenerstattung zu den Ausbildungsorten, während der Landkreis Gifhorn nur für Sozialarbeiter, die an der SPZA in Hannover teilnehmen wollen, finanzielle Unterstützungen vorsieht. Der Dienst des Landkreises Uelzen verfügt als einziger über einen eigenen Haushaltstitel für Fortbildungsmaßnahmen, der offenbar so bemessen ist, daß damit allen bisherigen Ausbildungsansinnen entsprochen werden konnte. Da hier keine weiteren Einschränkungen angegeben wurden, kann im Vergleich zu den vorstehenden fünf Diensten von den günstigsten Bedingungen ausgegangen werden.

Ergebnis

Wegen der geringen Fallzahlen in den einzelnen Berufsgruppen lassen sich die gefundenen Ergebnisse zu Zusatzausbildungen nicht verallgemeinern, ohne eine deutliche Unschärfe in Kauf zu nehmen. Von den 192 beschäftigten Mitarbeitern der 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste haben 15,1 % eine Zusatzausbildung absolviert, korrigiert um jene Dienste, in denen keine Fortbildungen absolviert wurden, steigt die Quote auf 22,5 %. Diese Zahlen weisen keinen besonders hohen Anteil an fortgebildeten bzw. zusatzqualifizierten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus, auch wenn in einzelnen Berufsgruppen andere Quoten erreicht werden. Hierdurch und durch die vorstehenden Ergebnisse zur finanziellen Beteiligung der Arbeitgeber wird die eingangs formulierte Hypothese, den Arbeitgebern sei am Erwerb von Zusatzqualifikationen des Personals nicht sonderlich gelegen, im Trend bestätigt: Dies erfolgt einerseits durch die Tatsache, daß nur etwa $\frac{1}{3}$ der befragten Arbeitgeber ein diesbezügliches Engagement zeigt, wofür jedoch auch andere Gründe ursächlich sein können. Andererseits belegen die z.T. wenig arbeitnehmerfreundlichen Bedingungen, mit denen die Arbeitgeber ihr "Engagement" verbinden, die Richtigkeit der Annahme.

<p>313 Was stört Sie in Ihrer Arbeit am stärksten?</p> <p>Bitte geben Sie die für Sie unangenehmsten Punkte an, die Ihre Arbeit erschweren.</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>
--	--

Forschungsinteresse

In Frage 313 werden die Befragten aufgefordert, Erschwernisse, Störfaktoren oder auftretende Mängel im alltäglichen Arbeitsablauf zu benennen. Die Fragestellung ist so konzipiert, daß lediglich drei kurze, stichwortartige Begriffsnennungen erfolgen sollen. Vertiefende textliche Erläuterungen sind nicht erwünscht, da sie bei der Auswertung systematische Zusammenfassungen und etwaige vergleichende Betrachtungen erschweren.

Durch die Befragungsergebnisse sollen Tendenzen dahingehend aufgezeigt werden, welchen Defiziten oder Störfaktoren aus der Sicht der Befragten Prioritäten eingeräumt werden. Sofern sich hier kein klares Bild abzeichnen sollte, sollen die abgegebenen Antworten zumindest als "Mängel-Katalog" dokumentiert werden.

Bewertungsparameter

Die Befragungsergebnisse können sicherlich nicht als "harte statistische Daten" behandelt werden. Sie gleichen gewissermaßen subjektiven Momentaufnahmen spontaner Wahrnehmungen der Befragten. Begründete Tendenzaussagen können nur dann erfolgen, wenn diese auf einem hohen Signifikanzniveau in Erscheinung treten. Einzeldienstbezogene Gegenüberstellungen sind nicht möglich.

Datenanalyse

TABELLE 3-8:
 STÖRUNGEN/KRITIKPUNKTE IN DER ARBEIT VON 22 BEFRAGTEN DIENSTEN

Kategorie	Störung/Kritikpunkt	Zahl der Nennungen
01	mangelnde personelle Ausstattung, quantitativ oder qualitativ	15
02	zu hoher Verwaltungsaufwand, mangelndes Psychiatrie-Verständnis der Behörde	7
03	organisatorische Anbindung des Dienstes an das Gesundheitsamt bzw. Krankenhaus	5
04	fehlende Supervision	5
05	fehlende komplementäre und/oder flankierende Einrichtungen	5
06	mangelnde räumliche Ausstattung	4
07	mangelnde Kooperation mit der zuständigen psychiatrischen Klinik	3
08	Versorgungsunterschiede durch ein Stadt-Land-Gefälle	2
09	Beschränkung der Diensttätigkeit auf "Feuerwehrfunktion"	2
10	"mehr als ein Dienstort"	2
11	zu große Entfernung zur zuständigen psychiatrischen Klinik (mehr als 100 Km)	1
12	"geht nicht in drei Zeilen"	1
13	fehlende Sachkompetenz des nichtöffentlichen Trägers; Abhängigkeit des Trägers von der Kommune; unregelmäßige Beteiligung des SpD an Schutzmaßnahmen	1
14	fehlende Konzeption; fehlendes Teamgespräch; fehlende ärztliche Fachkompetenz	1

Quelle: eigene Erhebungen

Die Beantwortung der Frage 313 umfaßt insgesamt 54 stichwortartige Begriffe, die zu 14 Klassen zusammengefaßt werden konnten. Nahezu alle Befragten haben sich an die Vorgabe gehalten, maximal nur die drei gravierendsten Mängel anzugeben. Abweichungen beinhalten die Angaben aus den Landkreisen Verden, Osterode und Salzgitter (jeweils vier Merkmale) dem Landkreis Schaumburg (sechs Merkmale) sowie dem Landkreis Hannover, der angibt, daß die Vielzahl der Mängel nicht in drei Zeilen umfassend dargelegt werden könne und daher auf Einzelangaben verzichtet.

Die Hälfte der Befragten aus 22 Sozialpsychiatrischen Diensten hat drei oder mehr Merkmale benannt, die im täglichen Arbeitsablauf als störend empfunden werden. Die Angaben aus vier weiteren Diensten beschränken sich auf zwei Kriterien, während der Rest (sieben Dienste) jeweils nur einen Kritikpunkt darlegt.

Am häufigsten wurde von den Befragten eine mangelnde personelle Ausstattung der Dienste in qualitativer oder quantitativer Hinsicht benannt. Diese Angabe erfolgte bei 15 von 22 Diensten, das entspricht einer Quote von 68,2 %. An zweiter Stelle wurde ein zu hoher Verwaltungsaufwand angeführt, der in einem mangelnden Psychiatrie-Verständnis der Behörde begründet sei. Diese Kritik erfolgte bei sieben von 22 Diensten, das entspricht einer Quote von 31,8 %. An dritter Stelle (fünf von 22 Diensten = 22,7 %) wurden die organisatorische Anbindung des Dienstes an das Gesundheitsamt bzw. Krankenhaus, fehlende Supervisionen und der Mangel an komplementären und/oder flankierenden Einrichtungen im Einzugsgebiet der Dienste beanstandet.

Ergebnis

Es erscheint bedeutsam, daß die vier häufigsten Nennungen mit 32 von insgesamt 54 Nennungen (ca. 60 %) interne organisatorische, strukturelle und finanzielle Aspekte der Dienste betreffen. Werden alle Nennungen zusammengefaßt, die diese interne Ebene der Dienstorganisation, -ausstattung und -anbindung betreffen, ergibt sich das Verhältnis von 43 zu 54 Nennungen, d.h. ca. 80 % der Nennungen von Störungen beziehen sich auf diese Ebene.

<p>401 Welche Hilfen bietet der Sozialpsychiatrische Dienst an?</p>	<p>01) Einzelfallhilfe <input type="checkbox"/></p> <p>02) Beratung psy. Kinder/Jugendl. <input type="checkbox"/></p> <p>03) Beratung geistl. Behinderter <input type="checkbox"/></p> <p>04) Angehörigenarbeit <input type="checkbox"/></p> <p>05) Notbereitschaften <input type="checkbox"/></p> <p>06) Arbeitskreis Suchtkranke <input type="checkbox"/></p> <p>07) Gesprächsgruppen f. Psy-Kr. <input type="checkbox"/></p> <p>08) WG's f. psychisch Kranke <input type="checkbox"/></p> <p>09) Patientenclub <input type="checkbox"/></p> <p>10) Psychosoziale AG <input type="checkbox"/></p> <p>11) Selbsthilfe (außer Sucht) <input type="checkbox"/></p> <p>12) Laienhilfe <input type="checkbox"/></p> <p>13) Selbsthilfegruppen Sucht <input type="checkbox"/></p> <p>14) <input type="checkbox"/></p> <p>15) <input type="checkbox"/></p> <p>16) <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p>402 Beabsichtigt der Sozialpsychiatrische Dienst sein Hilfeangebot demnächst zu erweitern?</p> <p>Falls ja, bitte 403 beantworten!</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>403 Welche Hilfen beabsichtigt der Sozialpsychiatrische Dienst demnächst anzubieten?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: right;">01)</td><td style="width: 85%;">Einzelfallhilfe</td><td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">02)</td><td>Beratung psy. Kinder/Jugend.</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">03)</td><td>Beratung geist. Behinderter</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">04)</td><td>Angehörigenarbeit</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">05)</td><td>Notbereitschaften</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">06)</td><td>Arbeitskreis Suchtkranke</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">07)</td><td>Gesprächsgruppen f. Psy-Kr.</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">08)</td><td>WG's f. psychisch Kranke</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">09)</td><td>Patientenclub</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10)</td><td>Psychosoziale AG</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">11)</td><td>Selbsthilfe (außer Sucht)</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">12)</td><td>Laienhilfe</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">13)</td><td>Selbsthilfegruppen Sucht</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">14)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">15)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">16)</td><td>.....</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	01)	Einzelfallhilfe	<input type="checkbox"/>	02)	Beratung psy. Kinder/Jugend.	<input type="checkbox"/>	03)	Beratung geist. Behinderter	<input type="checkbox"/>	04)	Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>	05)	Notbereitschaften	<input type="checkbox"/>	06)	Arbeitskreis Suchtkranke	<input type="checkbox"/>	07)	Gesprächsgruppen f. Psy-Kr.	<input type="checkbox"/>	08)	WG's f. psychisch Kranke	<input type="checkbox"/>	09)	Patientenclub	<input type="checkbox"/>	10)	Psychosoziale AG	<input type="checkbox"/>	11)	Selbsthilfe (außer Sucht)	<input type="checkbox"/>	12)	Laienhilfe	<input type="checkbox"/>	13)	Selbsthilfegruppen Sucht	<input type="checkbox"/>	14)	<input type="checkbox"/>	15)	<input type="checkbox"/>	16)	<input type="checkbox"/>
01)	Einzelfallhilfe	<input type="checkbox"/>																																															
02)	Beratung psy. Kinder/Jugend.	<input type="checkbox"/>																																															
03)	Beratung geist. Behinderter	<input type="checkbox"/>																																															
04)	Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>																																															
05)	Notbereitschaften	<input type="checkbox"/>																																															
06)	Arbeitskreis Suchtkranke	<input type="checkbox"/>																																															
07)	Gesprächsgruppen f. Psy-Kr.	<input type="checkbox"/>																																															
08)	WG's f. psychisch Kranke	<input type="checkbox"/>																																															
09)	Patientenclub	<input type="checkbox"/>																																															
10)	Psychosoziale AG	<input type="checkbox"/>																																															
11)	Selbsthilfe (außer Sucht)	<input type="checkbox"/>																																															
12)	Laienhilfe	<input type="checkbox"/>																																															
13)	Selbsthilfegruppen Sucht	<input type="checkbox"/>																																															
14)	<input type="checkbox"/>																																															
15)	<input type="checkbox"/>																																															
16)	<input type="checkbox"/>																																															

Forschungsinteresse

Während durch Frage 401 die Schwerpunktbereiche der Hilfen erörtert werden sollen, die Sozialpsychiatrische Dienste zum Zeitpunkt der Befragung anbieten, zielen die Frage 402 und 403 darauf, in Erfahrung zu bringen, ob und in welcher Weise beabsichtigt ist, das bestehende Hilfeangebot zu erweitern. Die beispielhaft aufgeführten Antwortmöglichkeiten orientieren sich an den Vorgaben der Psychiatrie-Enquête,³⁰⁴ sind jedoch nicht als abschließende Aufzählung verfaßt. Anhand der freien Eingabefelder wird dies deutlich. Die Fragestellungen sind allein auf quantitative Merkmale ausgerichtet; die qualitative Ausgestaltung der Hilfen wird dabei zunächst weitestgehend vernachlässigt. Von dem Befragungsergebnis wird Aufschluß über bevorzugte Arbeitsschwerpunkte bzw. eher vernachlässigte Arbeitsbereiche der Dienste erwartet.

In der Auswertung der quantitativen Merkmale soll versucht werden, diese in zwei unterschiedliche Kategorien zu untergliedern: a) Hilfearten, die vorwiegend Elemente einzelfallbezogener, individueller Hilfearten beinhal-

304 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 212 ff

ten (Eingabefelder 01 bis 05) und b) Hilfearten, die auf das soziale Umfeld der Betreuten gerichtet sind, beispielsweise gruppencentrierte Angebote, Gemeinwesenarbeit etc. (Eingabefelder 06 ff).

Frage 402 stellt auf Erweiterungsbestrebungen des bestehenden Hilfeangebotes innerhalb der Sozialpsychiatrischen Dienste ab. Die in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind mit denen in Frage 401 identisch. Auch hier sind freie Eingabefelder vorgesehen. Die Frage ist ebenfalls auf quantitative Merkmale ausgerichtet; die qualitative Ausgestaltung der Hilfen wird dabei zunächst vernachlässigt. Von dem Befragungsergebnis wird Aufschluß über diejenigen Arbeitsfelder der Dienste erwartet, die zukünftig bevorzugt erschlossen werden sollen. Ein Abgleich mit den Ergebnissen der Erhebung zu Frage 401 soll einen Überblick darüber geben, ob und in welcher Weise geplante Expansionen auf den ermittelten Ist-Stand des Hilfeangebotes abgestimmt sind.

Auch unter Frage 403 soll versucht werden, die beabsichtigten Erweiterungen des Hilfeangebotes in zwei Kategorien zu untergliedern: a) Hilfearten, die vorwiegend Elemente einzelfallbezogener, individueller Hilfearten beinhalten (Eingabefelder 1 bis 5) und b) Hilfearten, die auf das soziale Umfeld der Betreuten gerichtet sind, beispielsweise gruppencentrierte Angebote, Gemeinwesenarbeit etc. (Eingabefelder 06 ff). Dabei sollen sowohl Aussagen über die quantitative Relation innerhalb der Kategorien als auch - im Abgleich zur Auswertung in Frage 401 - eine Gesamtbewertung der Verhältnisse zwischen festgestelltem Ist-Stand und geplanten Expansionen des Hilfeangebotes erfolgen.

Bewertungsparameter

Darstellung und Bewertung der quantitativ zu erfassenden Merkmale sollen anhand der Häufigkeitsnennungen erfolgen. In Umkehrung der auf diese Weise zu gewinnenden Aussagen sollen die mit geringeren Prioritäten besetzten Hilfeangebote Sozialpsychiatrischer Dienste identifiziert werden. Die vergleichende Gegenüberstellung der nach qualitativen Aspekten unterschiedenen beiden Kumulationen (Eingabefelder 01 bis 05 versus Eingabefelder 06 ff) soll aufgrund der Beobachtung der Häufigkeitsverteilungen erfolgen.

Aus den Antworten zu Frage 402 soll auf die Expansionsbereitschaft der Dienste im Bereich der Hilfen geschlossen werden. Beabsichtigt ist eine Gegenüberstellung der Dienste, die planen, ihr Angebot zu erweitern, gegenüber denen, die dies nicht tun. Da in der Fragestellung ausdrücklich von der Absicht die Rede ist, wäre es unzulässig, bei der Auswertung der Ergebnisse denjenigen Diensten, die diese Frage verneinen, etwa zu unterstellen, das bestehende Angebot für ausreichend zu beurteilen. Gründe für nicht vorhandene Expansionsabsichten können vielfältiger Art sein (z.B. zu erwartende zusätzliche Personalbelastungen bei aussichtsloser Perspektive bezüglich einer Planstellenvermehrung). Die Absicht zur Angebotserweiterung sollte nicht nur theoretisch vorhanden, sondern hinreichend konkretisierbar sein. Bei Durchführung der Befragung ist daher darauf zu achten, daß eine Bejahung der Frage nur dann als adäquate Antwort zu werten ist, wenn seitens der Dienste bereits erste konkrete Konzeptionsüberlegungen oder Planungsschritte eingeleitet wurden.

Die quantitative Darstellung und Bewertung der zu erfassenden Merkmale aus Frage 403 soll im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Frage 401 erfolgen. Vergleichende Gegenüberstellungen anhand der beiden qualitativen Kategorien (Eingabefelder 01 bis 05 versus Eingabefelder 06 ff) sind - soweit die Nennungen dies erlauben - nach Häufigkeit der Beobachtungen auszuweisen.

Datenanalyse

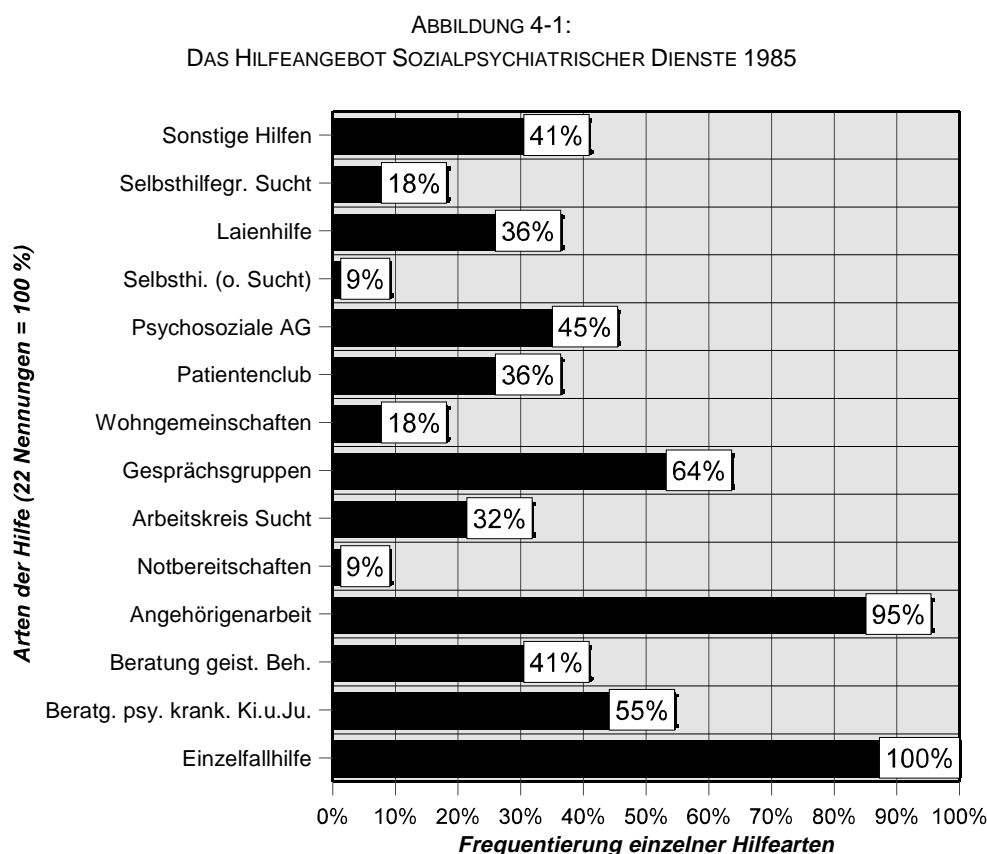
TABELLE 4-1:
DAS HILFEANGEBOT SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE

Frage 401 Angebote werden gemacht	Frage 403 Angebote sollen erweitert werden	AUR	EMD	CE	OS-S	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ		
Erweiterungsabsichten bei Angeboten		ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	⊗	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	16 5 1		
Einzelfallhilfe(n)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	0	
Beratung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher		1			1	1	1	1		1					1	1	1	1					1	1	12	0
Beratung geistig Behinderter						1	1	1		1		1				1		1					1	1	9	0
Angehörigenarbeit		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		21	2
Notbereitschaft(en)							1				1					1					1				2	2
Arbeitskreis(e) Sucht				1	1			1						1	1					1		1	1		7	1
Gesprächsgruppe(n)		1	1	1		1			1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		14	3
Wohngemeinschaft(en)									1						1			1		1					4	1
Patientenclub(s)			1	1	1	1	1		1		1	1		1			1						1		8	2
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft(en)		1	1		1				1			1	1	1	1				1	1	1				10	2
Selbsthilfegrupp(en) (ohne Sucht)									1						1					1					2	0
Laienhilfe(n)		1	1	1	1	1	1	1	1							1				1					8	2
Selbsthilfegrupp(en) Sucht				1					1			1											1		4	0
Sonstige 1) Sonstige 1) - 6)		1	1	1	1	1	2												1						1	6
Sonstige 2) Sonstige 7)								1										1							1	1
Sonstige 3) Sonstige 8) - 12)						1	1		1				1		1						1	1			1	5
Sonstige 4) Sonstige 13) und 14)									1																1	2
Sonstige 5)									1																1	
Sonstige 6)													1												1	
Sonstige 7)													1												1	
Sonstige 8)														1											1	
Sonstige 9)																				1					1	

Erbrachte Hilfeangebote	Angestrebte Erweiterungen der Hilfeangebote
1) "Arbeitskreis psychisch Kranker und seelisch Behinderter" in NOH	1) "Übergangswohnheim" in AUR
2) "Beratung anderer Institutionen" in VER	2) "Gerontopsychiatrie" in EMD
3) "Beratung von Ärzten" in VER	3) "Trägerverein für betreutes Wohnen & Arbeiten" in CE
4) "Aktivitätengruppe psychisch kranker junger erwachsener Straffälliger" in UEL	4) "Gruppenabende mit Angehörigen" in OSS
5) "Vermittlung zu WG's, Patientenclubs, Arbeitskreis Suchtkranker" in DAN	5) "Öffentlichkeitsarbeit" in NOH
6) "Fortbildung privater Pfleger" in HI	6) "Teestube" in NOH
7) "AK 'Gemeindenähe Psychiatrie'" in HI	7) "ärztliche/psychiatrische Beratung von Patienten
8) "Gruppe für Angehörige von Suchtkranken" in GF	8) "Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in UEL
9) "Familientherapie, Paarberatung" in GÖ	9) "Kooperation mit Pastoren" in NOH
	10) "Arbeitsplätze für psych. Kranke" in WOB
	11) "Gruppe für depressive Frauen zwischen 40 u. 55 Jahren" in HI
	12) "präventive Maßnahmen, Vorträge" in GS
	13) "Außensprechstunden" in GÖ
	14) "Außensprechstunden" in HEL und Angehörigen" in SZ

⊗ = weiß nicht

Anhand der Tabelle 4-1 wird ein recht vielfältig strukturiertes Hilfeangebot Sozialpsychiatrischer Dienste sichtbar: Deutliche Akzentuierungen treten dabei in den Angebotsbereichen "Einzelfallhilfen", "Angehörigenarbeit" und "Gesprächsgruppen" hervor, während Initiierung und Unterstützung von "Selbsthilfegruppen" außerhalb des Suchtbereiches und das Angebot von "Notbereitschaften" kaum Bedeutung haben. Im unteren Drittel der Nennungen rangieren zudem "Arbeitskreis(e) Sucht", "Selbsthilfegruppen im Suchtbereich" und Unterstützung von "Wohngemeinschaften". Im Mittelfeld der Nennungen repräsentiert sind hingegen Beratungsangebote für "psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche" und "geistig Behinderte", "Laienhilfe(n)", "Patientenclub(s)" und Organisation und Beteiligung an "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften". In der folgenden Übersicht wird das **vorhandene** vielfältige Angebotsspektrum der Dienste veranschaulicht:



Quelle: eigene Erhebungen

Nach Darstellung der quantitativen Merkmale erfolgt die Unterteilung der Hilfeangebote in folgende Kategorien:

- a) Hilfearten, die vorwiegend Elemente **einzelfallbezogener, individueller** Hilfen beinhalten:
 - Eingabefelder 01 bis 05 sowie aus dem Bereich "Sonstige":
 - "Beratung anderer Institutionen" in VER
 - "Beratung von Ärzten" in VER
 - "Vermittlung zu WG's, Patientenclubs, Arbeitskreis Suchtkranker" in DAN
 - "Fortbildung privater Pfleger" in HI

- b) Hilfearten, die auf das soziale Umfeld der Betreuten gerichtet sind, beispielsweise **gruppenzentrierte** Angebote, Gemeinwesenarbeit etc.:
 - Eingabefelder 06 ff sowie aus dem Bereich "Sonstige":

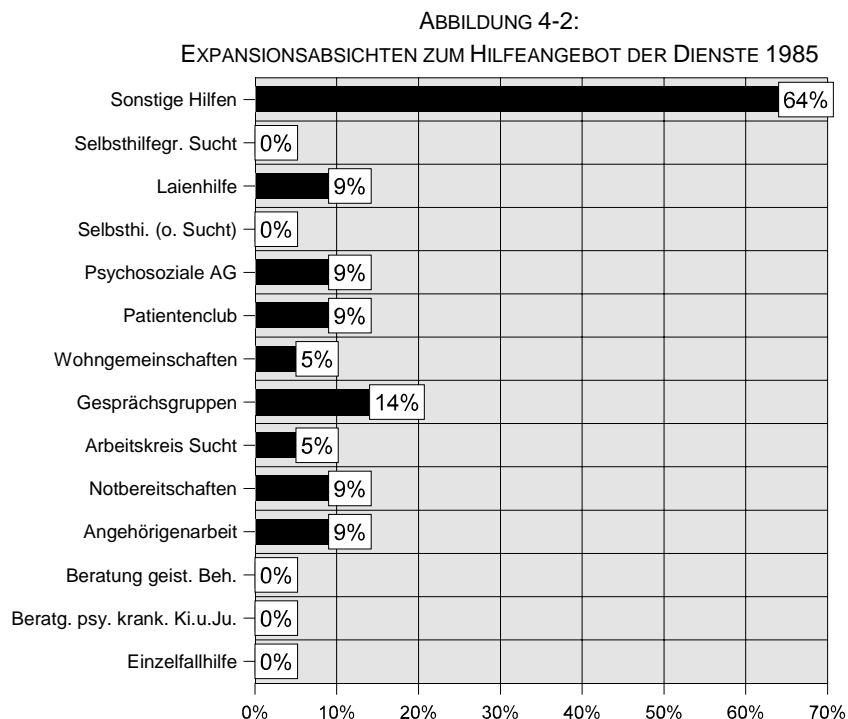
- "Arbeitskreis psychisch Kranker und seelisch Behinderter" in NOH
- "Aktivitätengruppe psychisch kranker junger erwachsener Straffälliger" in UEL
- "Arbeitskreis Suchtkranker" in DAN
- "AK 'Gemeindenahe Psychiatrie'" in HI
- "Gruppe für Angehörige von Suchtkranken" in GF
- "Familientherapie, Paarberatung" in GÖ

Nach der Gegenüberstellung der unterschiedlichen zwei Bereiche der Hilfen, "Einzelfallhilfen" und "Gruppenangebote" wird deutlich, daß nach dem Ergebnis der Befragung von 22 Diensten nur geringfügige Unterschiede zwischen den Kategorien vorhanden sind: Der Bereich der "Einzelfallhilfen" ist mit 70 Nennungen etwas deutlicher repräsentiert als die "Gruppenangebote" mit insgesamt 62 Nennungen. Von einer Vernachlässigung des einen oder anderen Bereiches kann im Durchschnitt der Sozialpsychiatrischen Dienste jedoch nicht ausgegangen werden.

Auf die Frage nach Erweiterungsabsichten, geben 16 der 22 befragten Dienste an, daß solche Absichten zur Erweiterung ihres Hilfeangebotes gehegt werden. Dies entspricht einer Quote von 72,7 %. Nur 5 der befragten Dienste (22,7 %) verfolgen keine Expansionen. Lediglich der Dienst des Landkreises Hannover wollte sich nicht eindeutig festlegen. Die Annahme, daß personell schlechter ausgestattete Dienste wegen bereits eingetretener Überlastungen lediglich über geringe Bereitschaft zur Erweiterung ihres Hilfeangebotes verfügen, kann in Verbindung der Ergebnisse zu Frage 305 (Personalüberhänge und -defizite) lediglich in 6 von 22 Fällen (27,3 %) bestätigt werden. Die weitaus größere Anzahl der befragten Dienste (14 von 22 = 63,6 %) hat auch bei z.T. deutlichen Personaldefiziten Absichten zur Erweiterung des Hilfeangebotes.

Von den 16 Diensten, die eine Erweiterungsabsicht angaben, erfolgten insgesamt 29 Nennungen, mit denen eine konkrete Absicht zur Erweiterung des bestehenden Hilfeangebotes bezeichnet wurde. Rund die Hälfte der Nennungen (15 von 29) kommen im Bereich der vorgegebenen Eingabefelder 01 bis 13 vor; 14 Angaben wurden unter "Sonstige" aufgeführt. Die beabsichtigten Expansionen des Hilfeangebotes sind im einzelnen in der Legende zur Tabelle 4-1 angegeben. - Nach dem Befragungsergebnis soll in den Bereichen "Einzelfallhilfen", "Beratung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche" und "geistig Behinderte" sowie "Selbsthilfegruppen im Suchtbereich" keine Ausdehnung des bestehenden Angebotes erfolgen. Für den "Arbeitskreis Sucht" und die "Wohngemeinschaften" sind geringfügige Expansionen geplant (jeweils 1 Nennung). Die Angebote zur "Angehörigenarbeit", "Notbereitschaften", "Patientenclub", "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften" und "Laienhilfe" sollen zukünftig eine etwas deutlichere Ausweitung erfahren (jeweils 2 Nennungen). Bei den "Gesprächsgruppen" wurden mit insgesamt 3 Nennungen die Bereitschaft zur Erweiterung des Angebotes die meisten Wünsche deutlich.

In der folgenden Übersicht werden die Expansionsabsichten der Dienste veranschaulicht:



Quelle: eigene Erhebungen

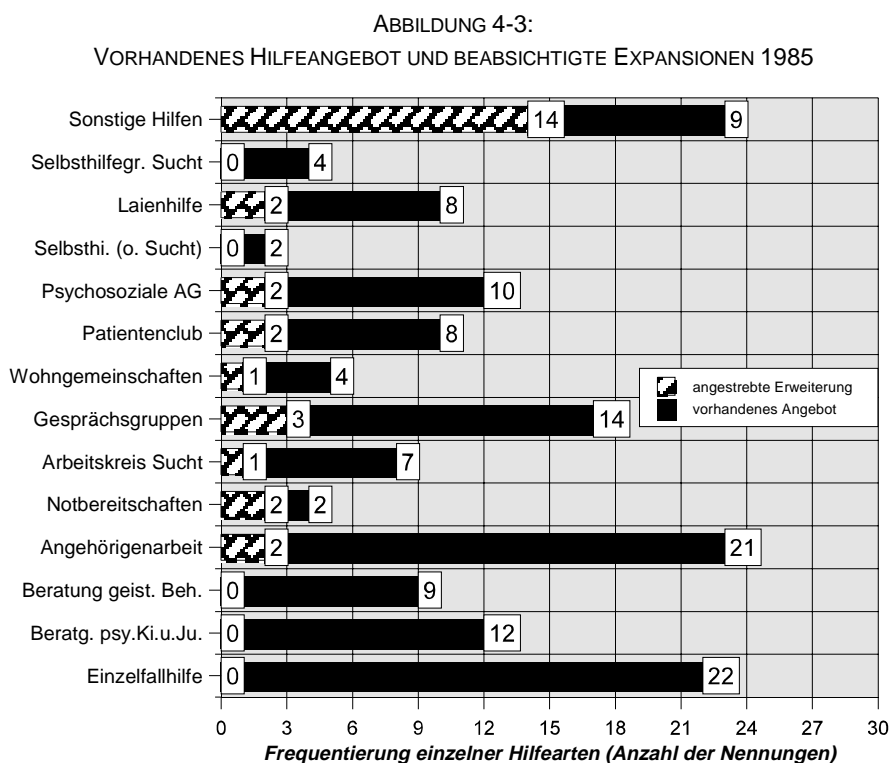
Nach Darstellung der quantitativen Merkmale erfolgt die Unterteilung der beabsichtigten Erweiterungen der Hilfeangebote in folgende zwei Kategorien:

- a) Hilfearten, die vorwiegend Elemente **einzelfallbezogener**, individueller Hilfen beinhalten:
 - Eingabefelder 1 bis 5 sowie aus dem Bereich "Sonstige":
 - "ärztliche/psychiatrische Beratung von Patienten und Angehörigen" in SZ

- b) Hilfearten, die auf das soziale Umfeld der Betreuten gerichtet sind, beispielsweise **gruppenzentrierte** Angebote, Gemeinwesenarbeit etc.:
 - "Übergangswohnheim" in AUR
 - "Gerontopsychiatrie" in EMD
 - "Trägerverein für betreutes Wohnen und Arbeiten" in CE
 - "Gruppenabende mit Angehörigen" in OSS
 - "Öffentlichkeitsarbeit" in NOH
 - "Teestube" in NOH
 - "Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke" in UEL
 - "Kooperation mit Pastoren" in NOH
 - "Arbeitsplätze für psych. Kranke" in WOB
 - "Gruppe f. depressive Frauen zwischen 40 u. 55 Jahren" in HI
 - "präventive Maßnahmen, Vorträge" in GS
 - "Außensprechstunden" in GÖ
 - "Außensprechstunden" in HEL

Die Gegenüberstellung der beiden Kategorien verdeutlicht, daß nach dem Ergebnis der Befragung von 16 Diensten die überwiegenden Erweiterungsabsichten bei den "Gruppenangeboten" mit 82,8 % beabsichtigt sind. Im Bereich der "Einzelfallhilfen" hingegen liegt die Bereitschaft zur Ausdehnung des Angebotes bei 17,2 % der Nennungen.

Ein weiteres Ergebnis wird sichtbar, wenn die unter Frage 401 erfolgten Nennungen zum tatsächlich vorhandenen Hilfeangebot der Dienste mit den Ergebnissen der Frage 403 zu den beabsichtigten Erweiterungen des Angebotes verglichen werden: Die Relation beträgt hier 82 % (132 Nennungen) zu 18 % (29 Nennungen). Die kumulierten Nennungen unter Frage 401 (vorhandenes Hilfeangebot) und Frage 403 (beabsichtigte Erweiterungsabsichten zum Hilfeangebot) geben Hinweise auf über- bzw. unterrepräsentierte Angebotsstrukturen. Die folgende graphische Darstellung verdeutlicht dies:



Quelle: eigene Erhebungen

Geht man davon aus, daß im Idealfall jeder Dienst sämtliche in den Eingabefeldern 01 bis 13 vorgegebenen Hilfearten anbieten sollte bzw. - sofern dies nicht der Fall ist - durch Ausbau des bestehenden Hilfeangebotes hierzu zukünftig in der Lage sein sollte, so ergebe sich eine quantitative Angebotsstruktur von maximal 22 Nennungen pro einzelner Hilfeart. Wenn diese fiktiv mit 100 % gleichgesetzt wird, so wird folgende Relation deutlich: Das (vorhandene und geplante) Hilfeangebot Sozialpsychiatrischer Dienste ist in den meisten Angebotsbereichen unterrepräsentiert, d.h. von weniger als der Hälfte aller Sozialpsychiatrischen Dienste dargelegt worden. Lediglich in den Bereichen "Beratung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher", "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft" und "Gesprächsgruppen" wurden überdurchschnittliche Werte ermittelt. Bei den "Einzelfallhilfen" und im Bereich "Angehörigenarbeit" wurden die besten Ergebnisse erzielt.

Ergebnis

Zusammenfassend dargestellt, zeigt sich folgendes Bild: Die befragten Dienste setzen deutlich auf Einzelfallhilfen und Angehörigenarbeit, zu Lasten von Aufbau und Unterstützungen der Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Notbereitschaftsdienste.

Die Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch die IES-ERHEBUNG 1991 A³⁰⁵ zeigt, daß die Versorgung der Bevölkerung durch Hilfeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen immer noch defizitär eingeschätzt werden muß und daß sich zwischen ländlichen und städtischen Versorgungsräumen mittlerweile sowohl in der Struktur der Hilfeangebote als auch in der Intensität der Betreuung entgegen des Ziels der allmählichen Angleichung der Verhältnisse eine immer stärkere Differenzierung ergeben hat. Dabei bleibt die Betonung von Einzelfallhilfen und Angehörigenarbeit weiterhin zuungunsten gruppenorientierter Hilfeangebote bestehen. Wegen der anders strukturierten Befragung und Datenpräsentation kann eine weitergehende Diskussion der Erhebungsdaten des IES hier nicht geleistet werden.

<p>404 Wer berät vorwiegend Pfleger und Vormünder von</p> <p>a) psychisch Kranken, b) Süchtigen, c) geistig Behinderten?</p>		a)	b)	c)	
	01)	Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	02)	Vormundschaftsgericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	03)	Sozialpsychiatr. Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	04)	Erziehungsberatungsst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	05)	Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	06)	Jugendpsychiatr. Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	07)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

Durch die Frage 404 mit ihren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten soll ermittelt werden, welche Beratungstätigkeiten im Bereich von Pflegschaften und Vormundschaften, die gesetzlich nicht zum Aufgabenspektrum Sozialpsychiatrischer Dienste gehören,³⁰⁶ dennoch durch diese wahrgenommen werden. Ziel der Frage ist, mögliche Unschärfen in der Aufgabentrennung im Bereich dieser Tätigkeiten aufzudecken und ggfs. festzustellen, ob und in welchem Umfange Sozialpsychiatrische Dienste anteilig aufgabenfremde Beratungstätigkeiten verrichten. Aufgrund der mittlerweile erfolgten Novelle zu Betreuungsrecht³⁰⁷ kann davon ausgegangen werden, daß ein wesentlicher Teil dieser Aufgaben nunmehr in die Verantwortung der weitgehend professionalisierten Betreuungseinrichtungen übergegangen ist und somit eine vergleichbare Belastung heute nicht mehr besteht.

Mit der differenzierten Fragestellung soll auch herausgefunden werden, in welchem der drei vorgegebenen Bereiche - Eingabefelder a), b) oder c) - aus der Sicht der befragten Dienste die deutlichste Überschneidung mit den Aufgaben anderer Dienste auftritt und wie sich die Relationen der Eingabefelder untereinander darstellen.

Bewertungsparameter

Aus dem Nds.PsychKG 1978 läßt sich für Sozialpsychiatrische Dienste keine Verpflichtung zur Beratung von Pflegern und Vormündern herleiten.³⁰⁸ Nach § 47 d JUGENDWOHLFAHRTSGESETZ (JWG) trifft in erster Linie die Jugendämter eine Beratungsverpflichtung.³⁰⁹ Abgesehen hiervon ist auch das Vormundschaftsgericht verpflichtet, den Vormund bei seiner Tätigkeit durch Rat und Tat zu unterstützen, so z.B. den Vormund, der keine Rechtskenntnisse besitzt, auf die rechtlichen Folgen seines Tuns und eine zweckmäßige Erledigung hinzuweisen, den Vormund über die Unzweckmäßigkeit von Maßnahmen zu belehren und auf dessen Antrag die

306 vgl. Nds.PsychKG 1978, a.a.O.

307 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1990; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

308 vgl. Nds.PsychKG 1978, a.a.O.

309 § 47 d JUGENDWOHLFAHRTSGESETZ (JWG) 1970: "Das Jugendamt hat die Pfleger, Vormünder, Beistände und Gegenvormünder seines Bezirks planmäßig zu beraten und bei der Ausübung ihres Amtes zu unterstützen."

Hilfe anderer Behörden nachzusuchen.³¹⁰ Für Erziehungsberatungsstellen besteht analog zu Sozialpsychiatrischen Diensten keine Beratungsverpflichtung. Die jeweils zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe (Sozialämter) sind zur Beratung von Pflegern und Vormündern nur indirekt, nach Maßgabe des § 124 Abs. 2 BUNDES-SOZIALHILFEGESETZ (BSHG), angehalten. Einem dort näher bezeichneter Personenkreis - "Hebammen, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Heimerzieher" - trifft "bei Ausübung ihres Berufs" jene Beratungsverpflichtung.³¹¹

Gesundheitspolitische Zielsetzung der Jugendpsychiatrischen Dienste ist die vorbeugende und nachgehende Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche, die durch psychische oder geistige Störungen gefährdet sind oder an diesen leiden. In enger Zusammenarbeit mit den Schulärztlichen Diensten sollen psychische Krankheiten, Fehlentwicklungen und Verhaltensstörungen frühzeitig erkannt und diesen entgegengewirkt werden.³¹² Beispielsweise in der Modellregion Hamburg sind derartige Dienste stärker als in Niedersachsen etabliert. Die einzelnen Aufgabenstellungen lassen sich u.a. aus dem "Erfahrungsbericht der ambulanten Dienste der Modellregion Hamburg-Eilbek" ablesen.³¹³ Beratungstätigkeiten für Pfleger und Vormünder gehören nicht zum typischen Aufgabenspektrum, können jedoch im Rahmen allgemeiner Beratungen wahrgenommen werden. Bietet ein Sozialpsychiatrischer Dienst Beratung im obigen Sinne an, so werden Arbeitskapazitäten aus der im Sinne des Nds.PsychKG 1978 definierten Aufgabenstellung abgezogen.

Datenanalyse

Die Ergebnisse zu dieser Frage weisen eine eindeutige Konzentration der Beratungstätigkeiten durch Sozialpsychiatrische Dienste auf. Am augenfälligsten tritt dies im Bereich der Beratung von Pflegern und Vormündern von psychisch Kranken und Süchtigen in Erscheinung. Eine Umrechnung der Befragungsergebnisse in relative Werte verdeutlicht weitere Einzelheiten. Demnach übernehmen Sozialpsychiatrische Dienste vorrangig vor anderen (zuständigen) Stellen Beratungstätigkeiten für Pfleger und Vormünder von psychisch Kranken, Süchtigen und geistig Behinderten. Im Bereich der psychisch Kranken beträgt der Anteil 54,5 %, ³¹⁴ bei den Süchtigen 50,0 % ³¹⁵

310 vgl. § 1837 BÜRGERLICHES GESETZBUCH (BGB) 1982; vgl. PALANDT 1990, Kommentar zu § 1837 BGB

311 **§ 124 BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1976, Sicherung der Beratung Behinderter:**
 "(1) Eltern und Vormünder, die bei einer ihrer Personensorge anvertrauten Person eine Behinderung wahrnehmen oder durch die in Absatz 2 genannten Personen hierauf hingewiesen werden, haben den Behinderten unverzüglich dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen vorzustellen.

(2) Hebammen, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Heimerzieher, die bei Ausübung ihres Berufs bei den in Absatz 1 genannten Behinderten eine Behinderung wahrnehmen, haben die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf ihre Verpflichtung nach Absatz 1 hinzuweisen. Stellen die Personensorgeberechtigten auch nach wiederholtem Hinweis auf ihre Verpflichtung den Behinderten nicht dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung vor, haben die in Satz 1 genannten Personen das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

(3) Nehmen Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger) bei Ausübung ihres Berufs eine Behinderung bei volljährigen Personen wahr, die nicht unter Vormundschaft stehen, so haben sie diesen Personen anzuraten, das Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen aufzusuchen. Mit ausdrücklicher Zustimmung dieser Personen haben sie das Gesundheitsamt und, wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen, das Arbeitsamt zu benachrichtigen.

(4) Behinderungen im Sinne der Absätze 1 bis 3 sind

1. eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf dem Fehlen oder auf Funktionsstörungen von Gliedmaßen oder auf anderen Ursachen beruht,
2. Mißbildungen, Entstellungen und Rückgratverkrümmungen, wenn die Behinderungen erheblich sind,
3. eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Seh-, Hör- und Sprachfähigkeit,
4. eine erhebliche Beeinträchtigung der geistigen oder seelischen Kräfte oder drohende Behinderungen dieser Art."

312 vgl. HOPF 1984, Seite 348

313 SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HAMBURG-NORD pp. 1985/86, Seite 40 ff

314 100 % = gesamte Beratungstätigkeit für Pfleger und Vormünder **psychisch Kranker**, geleistet von allen beteiligten Stellen

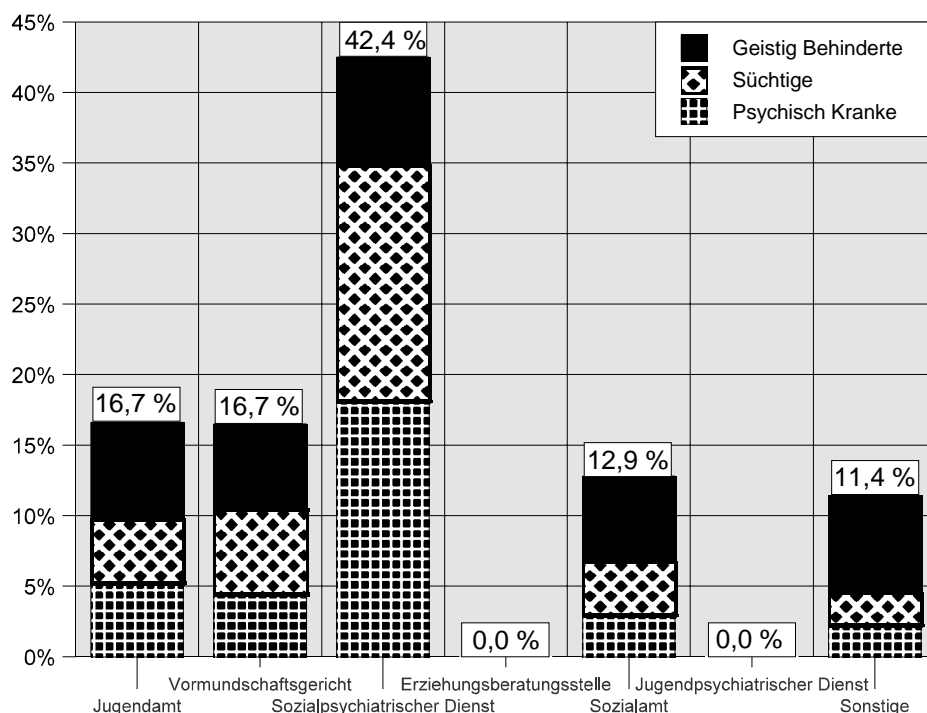
315 100 % = gesamte Beratungstätigkeit für Pfleger und Vormünder **Süchtiger**, geleistet von allen beteiligten Stellen

und bei den geistig Behinderten 22,7 %.³¹⁶ Während die Beratungstätigkeit im Bereich der geistig Behinderten relativ gleichmäßig auf die beteiligten Stellen verteilt ist (fünf Stellen mit ungefähr je 20 %),³¹⁷ sind die Abweichungen in den übrigen beiden Bereichen recht erheblich.³¹⁸ Besonders deutlich wird nach dem Ergebnis der Befragung, daß die rechtlich zur Beratung verpflichteten Stellen (Jugendamt, Vormundschaftsgericht und Sozialamt) ihre Aufgaben lediglich mit jeweils unter 20 % Anteilen wahrnehmen. Erziehungsberatungsstellen und Jugendpsychiatrische Dienste sind auf diesem Gebiet nicht tätig.

Ergebnis

Eine Zusammenfassung sämtlicher Beratungstätigkeiten für Pfleger und Vormünder aus den drei Bereichen (psychisch Kranke, Süchtige und geistig Behinderte) führt zu dem Ergebnis, daß der Sozialpsychiatrische Dienst annähernd die Hälfte (42,4 %), Jugendamt und Vormundschaftsgericht zusammen etwa ein Drittel (jeweils 16,7 %) und Sozialamt und sonstige Stellen zusammen etwa ein Viertel (12,9 % bzw. 11,4 %) der Beratungen durchführen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Verteilung:

ABBILDUNG 4-4:
BERATUNG VON PFLEGERN UND VORMÜNDERN
FÜR PSYCHISCH KRANKE, SÜCHTIGE UND GEISTIG BEHINDERTE



Quelle: eigene Erhebungen

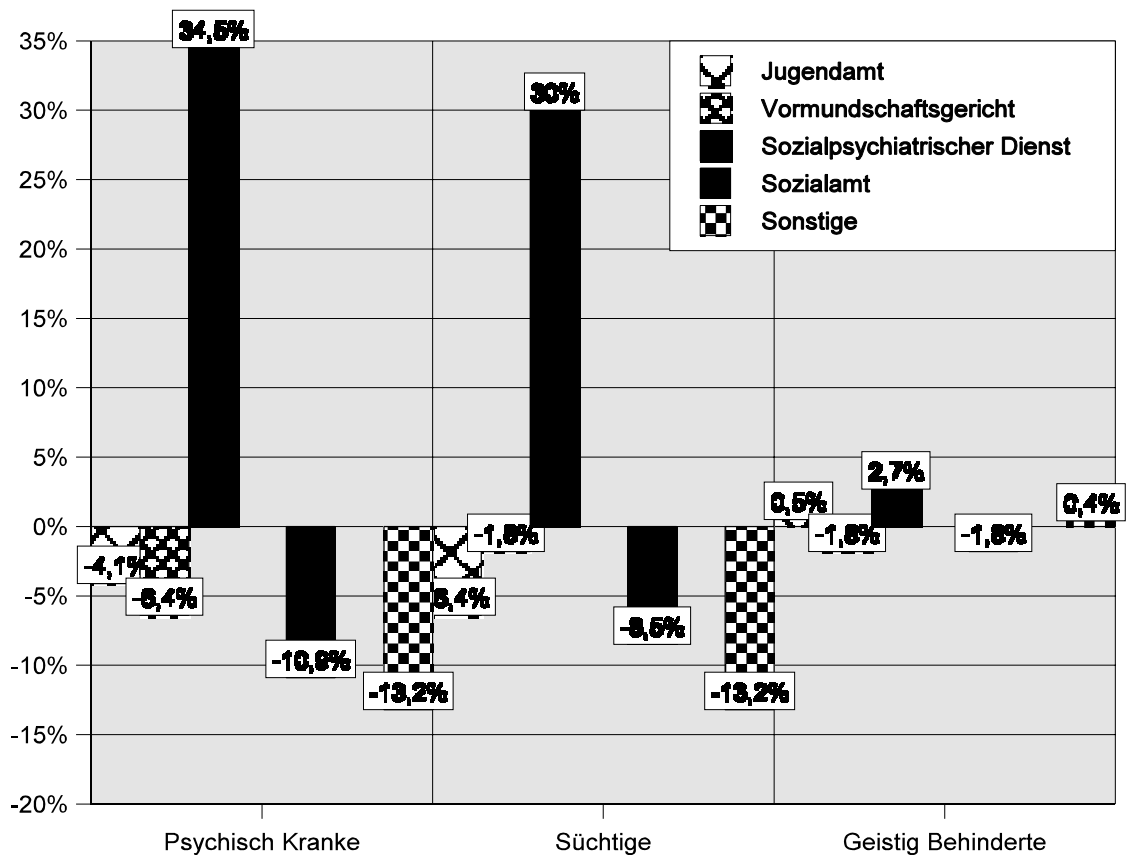
316 100 % = gesamte Beratungstätigkeit für Pfleger und Vormünder **geistig Behinderter**, geleistet von allen beteiligten Stellen

317 01) Jugendamt, 02) Vormundschaftsgericht, 03) Sozialpsychiatrischer Dienst, 04) Erziehungsberatungsstelle **nicht**, 05) Sozialamt, 06) Jugendpsychiatrischer Dienst **nicht** und 07) Sonstige.

318 siehe graphische Darstellung hierzu auf der folgenden Seite

Es bleibt festzuhalten, daß diese Angaben weder direkte Rückschlüsse auf die zum Zeitpunkt der Befragung durch die Beratungen gebundenen Arbeitskapazitäten erlauben noch einen heute zutreffenden Zustand beschreiben. Dennoch ist beeindruckend, in welchem Umfang durch die Dienste aufgabenfremde Leistungen erbracht werden.

318 BERATUNGSTÄTIGKEIT DER DIENSTE FÜR PFLEGER UND VORMÜNDER, GEMESSEN AM DURCHSCHNITT VON 20 %



Quelle: eigene Berechnungen

Forschungsinteresse

Mit den Fragen 405 bis 408 sollen die Anteile an **vorsorgenden, begleitenden** und **nachgehenden** Hilfen festgestellt werden, die Sozialpsychiatrische Dienste - der Ausrichtung der Hilfeangebote und des eigenen Selbstverständnisses entsprechend - erbringen.

Die inhaltliche Definition der Begriffe³¹⁹ erfolgt ergänzend zur quantitativen Auswertung bei der qualitativen Beurteilung der einzelnen Hilfearten.

Bewertungsparameter

Vor der inhaltlichen Definition zu den Begriffen vorsorgender, begleitender und nachgehender Hilfen soll sich die Auswertung zunächst auf Aussagen zur quantitativen Verteilung beschränken. Die durchschnittliche Verteilung soll ermittelt werden. Die Dienste, die am weitesten von den errechneten Durchschnittswerten abweichen, sollen benannt werden.

Datenanalyse

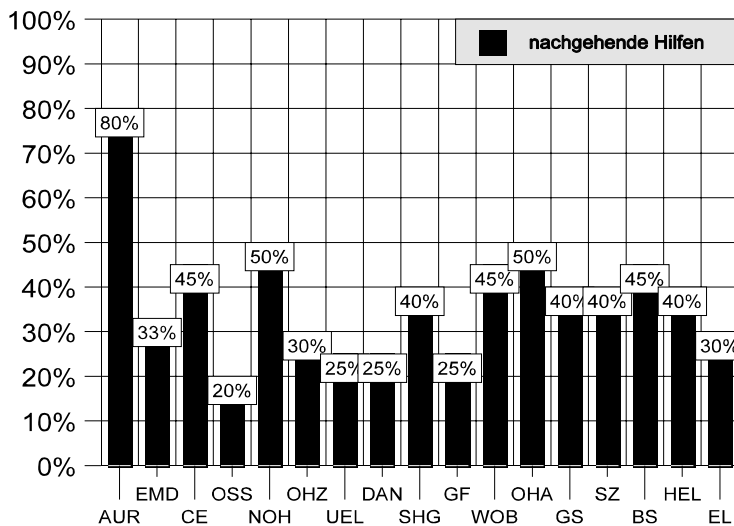
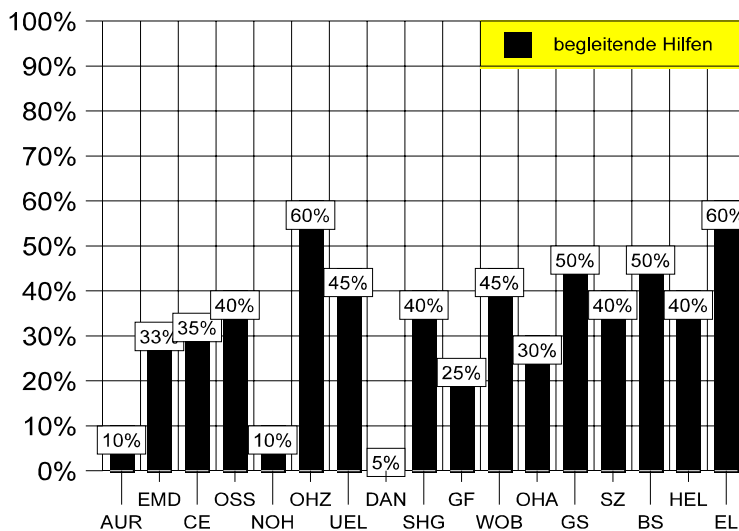
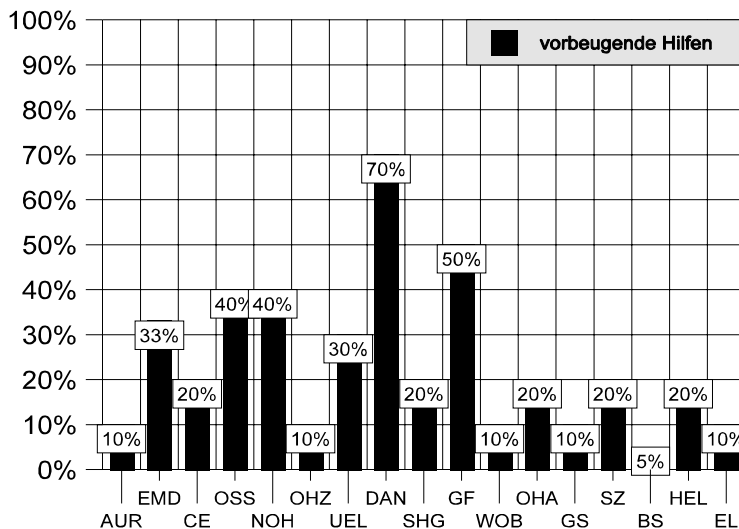
Anhand der Ergebnisse wird deutlich, daß sich die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste durchschnittlich (N=17) zu 24,6 % aus vorsorgenden, 36,4 % aus begleitenden und 39,0 % aus nachgehenden Hilfen zusammensetzt. Nachgehende Hilfen verfügen damit über ein Übergewicht, während vorsorgende Hilfen unterrepräsentiert sind.

An den ermittelten Durchschnittswerten ausgerichtet, treten im Bereich der vorsorgenden Hilfen bei den Diensten des Landkreises Lüchow-Dannenberg mit 70 % und der Stadt Braunschweig mit 5 % die größten Abweichungen auf. Bei den begleitenden Hilfen sind die deutlichsten Abweichungen vom Durchschnittswert bei den Landkreisen Osterholz und Emsland mit jeweils 60 % und dem Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 5 % zu vermerken. Im Bereich der nachgehenden Hilfen können die deutlichsten Abweichungen für den Landkreis Aurich mit 80 % und die Stadt Osnabrück mit 20 % registriert werden.

319 Die Begriffsdefinitionen erfolgen erst zu den Fragen 406 bis 408; siehe Seiten 180 ff, 188 ff und 194 ff.

Die graphische Darstellung veranschaulicht die Relationen der unterschiedlichen Hilfearten untereinander:

ABBILDUNG 4-5:
VERTEILUNG DER GELEISTETEN VORBEUGENDEN, BEGLEIDENDEN UND NACHGEHENDEN HILFEN



Quelle: eigene Erhebungen

Im einzelnen sollen nun die qualitativ orientierten Fragen zu den drei Formen der Hilfen (Frage 406-408) erörtert werden:

a) Frage 406: Welche **vorsorgenden** Hilfen bietet der ambulante Dienst an?

Diese Frage ist in einem engen Zusammenhang zu den Fragen 407 und 408 zu sehen. Sie erbittet Auskünfte über die durch Sozialpsychiatrische Dienste geleisteten vorsorgenden Hilfen. Anhand der qualitativen und quantitativen³²⁰ Ausrichtung dieser auf Prävention ausgerichteten Hilfeart sollen das Selbstverständnis der Dienste und deren auf prophylaktische Arbeit zielende Ansprüche abgebildet werden. Derartige Bewertungen setzen insbesondere eine fachtheoretische Einordnung voraus:

Der Begriff "vorsorgende Hilfen" entspricht der vom Gesetzgeber verwendeten Terminologie in § 3 Abs. 2 Satz 1 Nds.PsychKG 1978: "Durch vorsorgende Hilfen soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß der Betroffene bei Anzeichen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig ärztlich behandelt wird."³²¹

In den "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des sozialpsychiatrischen Dienstes nach den §§ 3 bis 5 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)"³²² werden vorsorgenden Hilfen näher erläutert. Sie beinhalten insbesondere:

- *Früherkennung, Kontaktsuche und Kontaktaufnahme zu Gefährdeten, Kranken und Behinderten;*
- *Förderung zur Früherkennung durch Aufklärung und Aktivierung der Personen und Personengruppen, die in Beziehung zum Gefährdeten, Kranken oder Behinderten stehen (soziales Umfeld);*
- *Beratung durch Angebot von speziellen Informationen und methodischen Hilfen, auch für das soziale Umfeld;*
- *Weckung einer Behandlungsmotivation;*
- *Vermittlung an einen Arzt oder ein Krankenhaus einschließlich Regelung der Kostenfrage;*
- *Krisenintervention (Betreuung in akuten Krisen, wie Suizidandrohung, Suizidversuch, Erregungszustand, pathologischer Rausch, plötzlich ausbrechende Psychose).³²³*

Diese Festlegungen durch den Landesgesetzgeber in Niedersachsen bzw. das Niedersächsische Sozialministerium beinhalten einen engen Präventionsansatz, der der Definition psychischer Störungen nach dem "medizinischen Krankheitsmodell" zuzuordnen ist.³²⁴ Die Unzulänglichkeit dieser Sichtweise wurde längst erkannt. In seiner 1960 (!) erschienenen Untersuchung "The Myth of Mental Illness"³²⁵ stellte Thomas S. SZASZ das Konzept der psychischen Krankheit als Ganzes in Frage. "Danach gibt es kein stichhaltiges Argument, das die Kategorie 'psychisch krank' als gerechtfertigt erscheinen ließe. Betrachtet man nämlich das, was gemeinhin darunter verstanden wird, genauer, so wird deutlich, daß der Begriff Krankheit keinerlei Erläuterungswert besitzt, weil es sich um Abweichungen von psychosozialen Normen als Ausdruck menschlichen Lebenskampfes handelt. Das Etikett Krankheit steht aber einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den Forderungen der sozialen Umwelt im Wege,

320 siehe hierzu insbesondere die Ergebnisse zu Frage 405, Seite 178 ff

321 § 3 Abs. 2 Satz 1 Nds.PsychKG 1978

322 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A

323 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 5

324 vgl. DÖRNER/PLOG 1984, Seite 470 f; vgl. WEIK 1987, Seite 43 f; vgl. TROJAN/WALLER 1980, Seite 6; vgl. KEUPP 1985, Seite 35 ff

325 vgl. SZASZ 1972, a.a.O.

weil damit Probleme und Konflikte verdeckt oder verleugnet werden." ³²⁶Die Sichtweise von SZASZ ist zweifellos nur als ein Indiz für eine Entwicklung zu sehen, in deren Kontext neben kommunikationstheoretischen Ansätzen zum Schizophreniebegriff und epidemiologischen Untersuchungen zu Beziehungen zwischen sozialer Schicht und psychischer Erkrankung (New-Haven-Studie von Hollingshead/Redlich 1958), ³²⁷ die Labeling-Theorie von Scheff, die Antipsychiatrie von Laing und Cooper, aber auch die wissenschaftskritischen Arbeiten von Dörner und Wulff ihre Bedeutung haben. ³²⁸ Ohne an dieser Stelle vertiefend auf jene Wandlungen einzugehen, bleibt als Kristallisationseffekt dieser Entwicklung festzuhalten, daß derartige Einflüsse ein ebenso gewandeltes Präventionsverständnis zur Folge hatten. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER führen unter Bezugnahme auf GESSNER ³²⁹ entsprechend aus: "Ziel jeder Prävention ist es nun, die Sozialisations- und Lebensbedingungen der jeweils beteiligten Personen, Institutionen und sozialen Systeme zu erforschen und diese an bestimmten Punkten so zu verändern, daß die verursachenden, auslösenden und verstärkenden Prozesse und Faktoren möglichst aller Störungen und Behinderungen beseitigt oder in ihrer Auswirkung gering gehalten werden. So kann körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden gefördert und dem schon psychisch Gefährdeten Schutz vor möglicher Störung gewährt werden." ³³⁰ Der aus dieser Entwicklung hervorgegangene erweiterte Präventionsansatz wird u.a. von DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER folgendermaßen präzisiert:

"Didaktisch gilt immer noch die Einteilung von Caplan, der drei Arten von Prävention unterscheidet:

Primäre Prävention bedeutet die Verhinderung des Auftretens psychischer Störung von vornherein bzw. Herstellung und Erhaltung seelischer Gesundheit.

Sekundäre Prävention hat die Aufgabe, eingetretene Störungen möglichst frühzeitig zu behandeln und deren Dauer zu verkürzen sowie Rückfälle zu verhindern.

Tertiäre Prävention dient der Verhinderung oder Milderung von Spätfolgen (Chronifizierungsprozessen) psychischer Störungen." ³³¹

Die von CAPLAN, HÄFNER, CULLBERG, KEUPP und DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER hierzu erfolgten Publikationen vervollständigen den erweiterten Präventionsansatz zu einem Gesamtbild. ³³² FRIEBEM stützt sich ebenfalls auf den Ansatz von CAPLAN. ³³³ Auf Ausführungen zu Krise und Krisenintervention, auf die an anderer Stelle vorliegender Arbeit eingegangen wurde, sei hier verwiesen. ³³⁴

Daß jene Erweiterung des engen, ausschließlich medizinisch determinierten Präventionsansatzes weitreichende Berücksichtigung fand, kann vielfältig belegt werden: Während im "Zwischenbericht der Sachverständigen-

326 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 38

327 vgl. HOLLINGSHEAD/REDLICH 1975, a.a.O.

328 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 294

329 vgl. GESSNER 1976, a.a.O.

330 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 54

331 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 20; siehe hierzu auch: WEIK 1987, Seite 55

332 vgl. CAPLAN 1961, Seite 18; vgl. CAPLAN 1964, Seite 53; vgl. HÄFNER 1974, Seite 140; vgl. HÄFNER 1975, Seite 215; vgl. CULLBERG 1978, Seite 26 ff; vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 55

333 vgl. FRIESSEM 1979, Seite 438 ff

334 siehe vorliegende Arbeit, Frage 209, Seite 72 ff

Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" ³³⁵ 1973 lediglich mit dem Begriff "Vorsorge" operiert wurde, verstanden als "Primärprävention, Früherkennung und Frühbehandlung", ³³⁶ folgte zwei Jahre später die Nomenklaturkommission der Psychiatrie-Enquête dem von CAPLAN entworfenen Ansatz:

"Primärprävention umfaßt alle Maßnahmen, welche das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern. Von der Primärprävention ist die Sekundärprävention zu unterscheiden, welche durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zum Ziel hat, wie auch die Tertiärprävention, die die chronischen Auswirkungen der Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mildern sucht." ³³⁷

Auf insgesamt 10 engbedruckten Seiten stellte anschließend die Sachverständigen-Kommission ihre Vorstellungen zu den unterschiedlichen Präventionsstufen und -arten für verschiedene Personengruppen und gesellschaftliche Bereiche vor: ³³⁸

<p>A. Bereiche der Primärprävention psychischer Störungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medizinischer Bereich; 2. psychosozialer Bereich; 3. soziokultureller Bereich; 4. sozioökonomischer Bereich; 	<p>C. Organisationsformen psychiatrischer und psychotherapeutischer Primärprävention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpermedizin; 2. psychiatrische und psychotherapeutische Dienste; 3. Gesellschaft;
<p>B. Möglichkeiten und Bedeutung der Primärprävention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen in den verschiedenen Lebensphasen: <ol style="list-style-type: none"> a) Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und postnataler Phase; b) Primärprävention psychischer Störungen in Kindes- und Jugendalter; c) Primärprävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter; d) Primärprävention psychischer Störungen im höheren Alter; 	<p>D. Empfehlungen zur Primärprävention psychischer Störungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Gesichtspunkte; 2. Spezielle Empfehlungen, bezogen auf die einzelnen Lebensphasen: <ol style="list-style-type: none"> a) Schwangerschaft, Geburt und der erste Lebensmonat; b) Kinder- und Jugendalter; c) Erwachsenenalter; d) Höheres Alter;
<ol style="list-style-type: none"> 2. spezielle Probleme der Primärprävention psychischer Störungen im Bereich der Gesellschaft: <ol style="list-style-type: none"> a) Primärprävention im Bereich der Arbeit; b) Primärprävention im Bereich von Stadtplanung und Wohnen; 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Weitere Empfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> a) Modellregion zur Erprobung primärpräventiver Maßnahmen; b) Einsetzung einer Arbeitsgemeinschaft zur Prävention psychischer Störungen auf Bundesebene.

335 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/1124, a.a.O.

336 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/1124, Seite 12

337 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 385; vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 20 ff

338 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 386-395

Bei der praktischen Modellerprobung blieb immerhin noch die deutliche Erweiterung des Präventionsansatzes erhalten. Beispielhaft liegen hierzu Darstellungen aus dem Modellverbunds-Projekt Varel von 1976 bis 1980³³⁹ vor:

Ziele	Zielrealisierungen	Organisationsformen³⁴⁰
<p>1) <i>Vorsorgende Hilfen</i> (<i>rechtzeitiges Erkennen</i> <i>und Hinführung</i> <i>zur Behandlung</i>) <i>Verhinderung unnötiger</i> <i>Einweisungen ins Lan-</i> <i>deskrankenhaus,</i> <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kompetenzvermittlung</i> <i>und Abbau von Vor-</i> <i>urteilen</i> - <i>primäre Prävention</i> - <i>Suizidprophylaxe</i> - <i>Öffentlichkeitsarbeit</i> - <i>Gemeindeaktivierung</i> - <i>Herstellung von Arbeits-</i> <i>beziehungen zu Institutio-</i> <i>nen (Ämter, Ärzten),</i> <i>Beratungsstellen</i> - <i>Aufbau von Bezugsgruppen</i> <i>in der Gemeinde (Aktivie-</i> <i>rung, Initiierung und Be-</i> <i>gleitung durch Beratungs-</i> <i>gruppe)</i> - <i>Arbeit mit Randgruppen</i> <i>(Sozialhilfeempfänger, Ar-</i> <i>beitslose)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fallbesprechungsangebote und Vermittlung</i> <i>von Hilfsmöglichkeiten für Mitarbeiter im</i> <i>psychosozialen Vorfeld</i> z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pastoren</i> - <i>Waisenhaus</i> - <i>Schule</i> - <i>Gemeineschwestern</i> - <i>Schulung von Laienhelfern</i> - <i>Vorträge in Gemeinden</i> - <i>VHS-Kurse</i> - <i>PSAG</i> - <i>Suizidprophylaxe</i> - <i>Kontaktgruppen, z.B. für</i> <i>alleinstehende Frauen</i> - <i>Freizeitclub</i> - <i>Jugendgruppe für behin-</i> <i>derte Unterschichtjugend</i>

341

Auf normativer Ebene konnte sich der erweiterte Präventionsanspruch nicht halten. Die Gesetzgeber der Bundesländer sind bei ihrer "zweiten Gesetzgebungsphase" ab 1969³⁴² teilweise weit hinter den Vorgaben der Psychiatrie-Enquête zurückgeblieben. Prävention erstreckt sich vielfach lediglich auf "Durchführung regelmäßiger

339 vgl. Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung", Psychosoziale Versorgung auf dem Lande, Projekt: Varel; BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), a.a.O.

340 Eine Modifizierung der Begriffe (unterstrichen) wurde 1983 von HUTTER vorgenommen. Die Unterschiede zur ursprünglichen Version sind entsprechend kenntlich gemacht. Die letzte Spalte wurde neu gestaltet:

Organisationsformen

- Fallbesprechungsangebote und Vermittlung von Hilfsmöglichkeiten für Mitarbeiter im psychosozialen Vorfeld:
- Mitarbeiter der Behörden
- Mitarbeiter sozialer Einrichtungen
- Gemeindediensten
- Vorträge in Gemeinden und Vereinen
- Volkshochschulkurse
- Mitarbeit in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften
- Gespräche mit Ärzten, Pastoren, Pflegekräften u.a.m.
- Selbsthilfegruppen anregen (alte Menschen, alleinstehende Frauen und Männer etc.)
- Anleitung von Laienhelfern
- Kontaktgruppe, z.B. für alleinstehende Frauen
- Freizeitclub

vgl. BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 156 f; siehe hierzu auch: KÜTTNER/WIGBERS 1980, Seite 58 f

341 Quelle: BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 34; identisch mit: HUTTER 1983 A, Seite 147; siehe hierzu auch: STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 409

342 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 480 ff

Sprechstunden", "Durchführung von Hausbesuchen", "Beratung und persönliche Betreuung", "Verhaltensunterweisung des häuslichen Personenkreises" oder der Kooperation mit anderen Institutionen im Bereich der psychosozialen Versorgung. Eine rühmliche Ausnahme bildet hier das Berliner PsychKG aus dem Jahre 1985, das immerhin Elemente wie "ehrenamtliche Hilfe", "Förderung der Selbsthilfe" und "Bildung Psychosozialer Arbeitsgemeinschaften" beinhaltet. Zur Vertiefung dieser Thematik soll an dieser Stelle auf die synoptische Darstellung von STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER verwiesen werden.³⁴³

Wenn es im Rahmen empirischer Befragung zu beurteilen gilt, ob und in welchem Maße präventive Arbeit geleistet wird, so sollen hierbei die dargelegten zwei Bewertungsschemata maßgeblich sein: Zum einen der erweiterte Präventionsansatz als übergeordnetes theoretisches Konstrukt, zum anderen die engere, normative Vorgabe durch den niedersächsischen Landesgesetzgeber und das Niedersächsische Sozialministerium. Die vielfältigen Angaben der Befragten wurden dabei nach inhaltsgleichen und inhaltsähnlichen Aussagen zu 13 unterschiedlichen Gruppen (hier als Codes 01 bis 13 gekennzeichnet) zusammengefaßt:

Übersicht: Arten vorsorgender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)	
Code 01 =	Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen;
Code 02 =	Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige); präventive Arbeit mit Jugendlichen
Code 03 =	Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien
Code 04 =	Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse
Code 05 =	Kriseninterventionen
Code 06 =	Durchführen von Hausbesuchen, u.a. bei chronisch Kranken
Code 07 =	Initiierung von Hilfsvereinen; Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen
Code 08 =	regelmäßige Veröffentlichung des Jahresberichtes; Erstellung von Faltblättern über den Dienst; Publikation eines eigenen "Wegweisers" über das Beratungsangebot einer Region
Code 09 =	Systematische Nachsorge im Verständnis einer gleichzeitigen Vorsorge (Akten auf "Wiedervorlage")
Code 10 =	Supervision
Code 11 =	diverse Aktivitäten nach dem Motto: Jede Intervention ist eine vorbeugende Maßnahme
Code 12 =	Verstärkte Kooperation mit anderen Diensten, Initiativen, Ärzten (Tendenz Einzelfall-Orientiertheit)
Code 13 =	Durchführung gezielter Schulungen und Fortbildungen für Auszubildende in der Verwaltung und Bedienstete der Sozialstationen

Ungeachtet der Qualität präventiver Arbeit soll zunächst die Quantität der Angaben betrachtet werden. In der folgenden Tabelle 4-2 wird dokumentiert, daß die befragten Dienste maximal fünf Beispiele (Stadt Braunschweig) dafür benannten, die nach ihrer Auffassung vorsorgende Hilfen darstellen. Die Landkreise Helmstedt und Emsland führten exemplarisch nur ein Kriterium an. Am häufigsten wurden Tätigkeiten wie "Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie; Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige), präventive Arbeit mit Jugendlichen" mit 16 von 22 Nennungen (72,7 %) unter vorsorgende Hilfen subsumiert. An zweiter Stelle folgte mit 68,2 % "Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen". An dritter Stelle rangiert mit 50 % die Angabe: "Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations; Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse". Nur selten (jeweils mit 4,5 %) wurde zum Begriff vorsorgende Hilfen angegeben: "Kontakte zu anderen Einrichtungen und Initiativen über den Einzelfall hinaus; Mitwirkung bzw. Förderung oder Initiierung einer PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)", "Supervision", "diverse Aktivitäten nach dem Motto: Jede Intervention ist eine vorbeugende Maßnahme" oder "Verstärkte Kooperation mit anderen Diensten, Initiativen, Ärzten (Tendenz Einzelfall-Orientiertheit)".

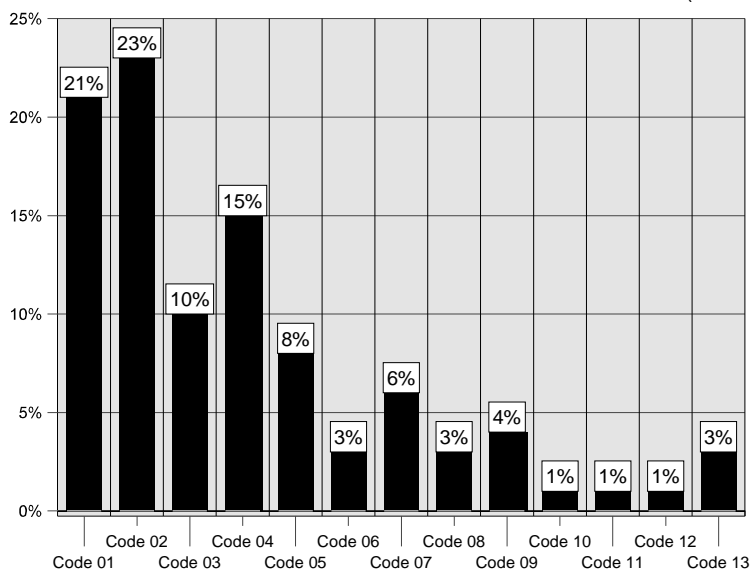
TABELLE 4-2:
ARTEN VORSORGENDER HILFEN BEI SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN
(EIGENAUSKUNFTE DER DIENSTE)

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
k.A.																							0	
Code 01	1		1			1		1	1	1	1	1			1	1	1		1			1	1	15
Code 02	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1		1	1	1					16
Code 03	1				1	1				1		1					1	1						7
Code 04		1	1	1		1	1	1						1		1			1	1	1			11
Code 05					1							1	1				1	1	1					6
Code 06								1	1															2
Code 07		1									1		1					1						4
Code 08		1	1																					2
Code 09				1							1								1					3
Code 10								1																1
Code 11								1																1
Code 12														1										1
Code 13			1						1															2
Σ	3	4	5	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	2	2	2	4	5	4	1	2	1	71	

Erläuterung der Reihencodes: s. Übersicht "Arten vorsorgender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)", Vorseite
Quelle: eigene Erhebungen

Wird die Summe der abgegebenen beispielhaften Nennungen (n=71) mit 100 % gleichgesetzt, so ergibt sich folgende graphische Übersicht:

ABBILDUNG 4-6:
VORSORGENDE HILFEN 1985: ART UND HÄUFIGKEIT DER NENNUNGEN (N = 71)



Erläuterung der Reihencodes: s. Übersicht "Arten vorsorgender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)", Vorseite
Quelle: eigene Erhebungen

Die Beurteilung der Qualität präventiver Arbeit anhand der dargelegten Bewertungsschemata³⁴⁴ gestaltet sich problematisch, weil die stichwortartig abgegebenen Äußerungen der Befragten lediglich über begrenzte Informationsgehalte verfügen. Somit können Unterscheidungen nur global getroffen werden als **A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Primärpräventionsanteilen** und **B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen**.

Übersicht: Vorsorgende Hilfen (A)		
A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Primärpräventionsanteilen:		
Code 02 =	Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige); präventive Arbeit mit Jugendlichen	Diese Tätigkeit beinhaltet relativ hohe Präventionsanteile, weil sie nicht ausschließlich auf den Symptomträger gerichtet ist, sondern dessen soziales Umfeld einbezieht. Im Sinne von Caplan beinhaltet diese vorsorgende Hilfe deutliche Elemente von Primärprävention, was am deutlichsten bei der "präventiven Arbeit mit Jugendlichen" hervortritt, mit fließenden Übergängen zur sekundären Prävention.
Code 04 =	Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse	Diese, vor allem auf Information und Unterrichtung der Bevölkerung gerichtete Tätigkeit ist, so ausgerichtet, weit im Vorfeld einer psychischen Erkrankung oder Gefährdung anzusetzen. Es handelt sich hierbei um Aktivitäten, die nach Caplan als Primärprävention anzusehen sind.
Code 07 =	Initiierung von Hilfsvereinen; Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen	Nach Caplan beinhaltet diese Aktivität deutliche Elemente der Primärprävention.
Code 08 =	regelmäßige Veröffentlichung des Jahresberichtes; Erstellung von Falblättern über den Dienst; Publikation eines eigenen "Wegweisers" über das Beratungsangebot einer Region	Informationen über vorhandene Beratungsangebote beinhalten - nach Caplan - primärpräventive Elemente.
Code 13 =	Durchführung gezielter Schulungen und Fortbildungen für Auszubildende in der Verwaltung und Bedienstete der Sozialstationen	Vergleichsweise zu den unter Code 04 aufgeführten Elementen stellen auch hier die auf Unterrichtung bestimmter Zielgruppen ausgerichteten Tätigkeiten Formen der von Caplan umschriebenen Primärprävention dar.

Nach erfolgter Differenzierung erfüllt ein beachtlicher Anteil der beispielhaft genannten "vorsorgenden Hilfen" nicht den Anspruch der Primärprävention im Sinne von Caplan. Die Übersicht belegt dies deutlich:

Nach kritischer Würdigung der unter Frage 406 von den Befragten angegebenen Beispiele "vorsorgender Hilfen" bleibt festzuhalten, daß es sich hierbei nur zu 47 % um primärpräventive Hilfen im Sinne von Caplan handelt. Die übrigen Angaben erfüllen die als strengen Maßstab angelegten Anforderungen jenes erweiterten Präventionsansatzes nicht bzw. nur in geringer Form (53 % aller Nennungen). Ein weitaus größerer Anteil der bezeichneten Angaben verdient jedoch das Attribut "vorsorgend" im Sinne des Nds.PsychKG 1978, dessen Grundlage - wie bereits dargelegt - einen "engen", medizinisch determinierten Krankheitsbegriff beinhaltet und die inhaltliche Ausgestaltung jeder Hilfen weitestgehend offenläßt.

Übersicht: Vorsorgende Hilfen (B)

B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen:

Code 01 =	Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen	Bei dieser Aktivität können keine Hinweise auf typische Formen primärpräventiver Arbeit im Sinne von Caplan erkannt werden. Weitaus naheliegender ist die Vermutung, es handele sich um Sekundärprävention, also um das Bemühen, durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zu bewirken.
Code 03 =	Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien	Hier gilt analog die zu Code 01 dargelegte Vermutung von Sekundärprävention.
Code 05 =	Kriseninterventionen	"Krisenintervention" ist unter dem Gesichtspunkt der Prävention in diesem Kontext besonders schwierig zu bewerten. Dies ist insbesondere dem Umstand fehlender Angaben über die Ausgestaltung jener lediglich stichwortartig angegebenen Tätigkeit zuzuschreiben. Wird jedoch davon ausgegangen, daß die befragten Dienste keine organisierten Angebote der Krisenintervention als Nacht- und Wochenenddienste bereithalten ³⁴⁵ und mit erheblichen Personaldefiziten ³⁴⁶ arbeiten, so kann Krisenintervention kaum als Primärprävention im Sinne Caplans erfolgen. Die von ihm formulierten Anforderungen - im einzelnen unter Frage 209 ausführlicher dargestellt ³⁴⁷ - setzen überdies optimierte psychosoziale Infrastrukturen voraus, ³⁴⁸ die sicherlich so in Niedersachsen generell nicht anzutreffen sind, ³⁴⁹ so daß von Sozialpsychiatrischen Diensten geleistete Kriseninterventionen mindestens in gleichem Maße als "Krisenfeuerwehr" - i.S. des Gesundheitsamtes alter Prägung ³⁵⁰ - denn - nach Caplan - als primärpräventive Arbeit ausgeführt werden. Aus diesen Gründen gebietet sich eine Einstufung unter "Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen".
Code 06 =	Durchführen von Hausbesuchen, u.a. chronisch Kranken	Diese Art der vorsorgenden Tätigkeit stellt nach Caplan tertiäre Prävention dar.
Code 09 =	Systematische Nachsorge im Verständnis einer gleichzeitigen Vorsorge (Akten auf "Wiedervorlage")	Diese Tätigkeit ist Ausdruck verwaltungstechnokratischer Gepflogenheiten. Im Sinne tertiärer wie auch primärer Prävention nach Caplan kommt ihr nur geringe Bedeutung zu.
Code 10 =	Supervision	Die Supervision von Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten ³⁵¹ entspricht nicht primärpräventiven Anforderungen.
Code 11 =	diverse Aktivitäten nach dem Motto: "Jede Intervention ist eine vorsorgende Maßnahme."	Jene undifferenzierte Angabe impliziert Konzeptionsschwäche bezüglich Prävention. Wird hiernach die aktive Arbeit ausgerichtet, kann sie kaum brauchbare Primärprävention im Sinne von Caplan darstellen.
Code 12 =	Verstärkte Kooperation mit anderen Diensten, Initiativen, Ärzten (Tendenz Einzelfall-Orientiertheit)	Diese Art der Intervention kann sicherlich primärpräventive Momente nach Caplan enthalten; sie wird jedoch wegen ihrer Einzelfallorientierung mit dem Prädikat "gering" belegt.

345 siehe vorliegende Arbeit, Ergebnis zu Frage 209, Seite 76

346 Personaldefizite: siehe vorliegende Arbeit, Ergebnis zu Frage 305, Seite 137 ff

347 siehe vorliegende Arbeit, Frage 209, Seite 72 ff

348 vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 70 ff

349 vgl. MELCHINGER 1984, Seite 68 ff; vgl. HEINZE/VON SCHACK 1983, Seite 798; vgl. WINDORFER/HEINZE/FOX 1987, Seite 28; vgl. STEGEMERTEN 1988, Seite 29

350 vgl. BAUER/HASELBECK 1983, Seite 87; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 501

351 Zur Widerlegung der Vermutung, bei dieser Angabe sei nicht die Supervision **von** Beschäftigten Sozialpsychiatrischer Dienste gemeint, sondern **durch** diese, sei auf die Ergebnisse unter Frage 311, Tabelle 3-6, Seite 158, (Spezial- bzw. Zusatzausbildung) verwiesen, aus denen hervorgeht, daß sämtliche befragten Bediensteten **keine** Supervisionsausbildung oder vergleichbare Qualifikation vorzuweisen haben.

b) Frage 407: Welche **begleitenden** Hilfen bietet der ambulante Dienst an?

Frage 407 ist in einem engen Zusammenhang zu den Fragen 405 bis 408 zu sehen. Die Frage verlangt nach Auskünften über die durch Sozialpsychiatrische Dienste faktisch geleisteten Anteile begleitender Hilfen. Anhand der qualitativen und quantitativen Ausrichtung dieser Hilfeart sollen das Selbstverständnis der Dienste und deren Arbeit gemessen werden. Derartige Bewertungen setzen insbesondere eine fachtheoretische Einordnung voraus:

Im Vergleich zu den "vorsorgenden" und "nachgehenden" Hilfen nimmt der Begriff der "begleitenden" Hilfen in der Fachliteratur als Terminus technicus eine untergeordnete Position ein. Nach der begrifflichen Definition sind begleitende Hilfen im Gegensatz zur "sekundären Prävention" - wie unter Frage 406 erwähnt - wesentlich enger gefaßt,³⁵² was insbesondere anhand von Gesetzestexten deutlich wird.³⁵³ Lediglich ein Bericht aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit enthält eine detaillierte inhaltliche Beschreibung der "begleitenden Hilfen", deren Anspruch nahezu mit dem von Caplan verwendeten Kriterien der Sekundärprävention³⁵⁴ gleichgesetzt werden kann. Die Autoren BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER pp. formulieren als Ziele begleitender Hilfen:

*"Rechtzeitige ärztliche psychologisch/psychotherapeutische und soziale Beratung und Behandlung, wobei der Betroffene soweit wie möglich in seinem gewohnten Lebensbereich verbleiben soll (ortsnahe Hilfen)"*³⁵⁵

Die Realisierung dieser Ziele soll erreicht werden durch:

- Kooperation mit u. Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, Allgemeinkrankenhaus u. Landeskrankenhaus
- Vermittlung zu Bezugspersonen in der Gemeinde (Laien Helfer, Pastoren, Nachbarschaft)
- Vermittlung und Zusammenarbeit mit: Erziehungsberatungsstellen, Nervenärzten und anderen psychosozialen Einrichtungen in der Region³⁵⁶

Als konkrete Handlungs- und Organisationsformen begleitender Hilfen wird im einzelnen folgendes beschrieben:

1. Direkte Beratung auch unter Einbeziehung der Bezugspersonen, Krisenintervention, Hausbesuche
2. Längerfristige Beratungen/Behandlungen (wegen Mangel an Zuweisungsstellen, verkehrstechnische Schwierigkeiten)
3. Therapeutische Gruppen
4. Stationäre Gruppen (in Krankenhäusern u.ä.)
5. Angehörigengruppe
6. Dezentrale Kontaktstellen oder Sprechstunden
7. Problemorientierte Gruppenarbeit
8. Nachbarschaftshilfe und Laienkontakte
9. Betreuung von Suizidgefährdeten und Patienten nach Suizidversuchen"³⁵⁷

352 siehe vorliegende Arbeit, Seite 181, vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 20 und Seite 51; vgl. WEIK 1987, Seite 55; vgl. STARK 1982, Seite 132; vgl. CIOMPI 1984, Seite 5

353 vgl. BREMEN: PsychKG 1979; vgl. HAMBURG: HmbPsychKG 1977; vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: PsychKG NRW 1969; vgl. Nds.PsychKG 1978

354 siehe vorliegende Arbeit, Seite 181

355 BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 157

356 ebenda

357 ebenda

"Der Begriff der begleitenden Hilfen wird lediglich in drei Psychisch-Kranken-Gesetzen verwandt: in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Bremen. Niedersachsen nimmt eine entsprechende Umschreibung vor.³⁵⁸ Mit den begleitenden Hilfen erfolgt keineswegs die Beschreibung einer eigenständigen Hilfeart, sondern ausschließlich eine Klarstellung, daß die reflexiv auf stationäre Unterbringungen weisenden, z.T. ausführlicher dargestellten vorbeugenden und nachgehenden Hilfen erforderlichenfalls auch neben der ambulanten ärztlichen Behandlung geleistet werden. Die Gesetzgeber wollten damit offenbar formale Abgrenzungen zwischen ärztlichen Leistungen und ambulanten Hilfen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen vermeiden und unterstrichen auf diese Weise die Unterschiedlichkeit der Dienstleistungsangebote, die erforderlichenfalls auch gleichzeitig gewährt werden sollen."³⁵⁹

In der "Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)" des Landes Nordrhein-Westfalen heißt es unter Ziffer 2.2 unter anderem: "... eine die ärztliche Behandlung begleitende Hilfe, etwa durch Unterweisung der Umwelt in der Familie und am Arbeitsplatz oder durch geeignete Sicherung der Wirksamkeit ärztlich verordneter Maßnahmen, kommt jedoch auf Anregung des behandelnden Arztes oder jedenfalls in Abstimmung mit ihm in Betracht."³⁶⁰

In den "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des sozialpsychiatrischen Dienstes nach den §§ 3 bis 5 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds. PsychKG)"³⁶¹ sollen begleitende Hilfen insbesondere beinhalten:

- bei ambulanter Behandlung, soweit erforderlich Hilfe bei der Vorbereitung einer stat. Behandlung;
- Beratung und Betreuung im sozialen Umfeld während stationärer Behandlung;
- ggf. begleitende Heilbehandlung.³⁶²

Gegenüber den auf sozialpsychiatrischen Ansätzen basierenden Erfahrungswerten aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit läßt sich anhand der durch Gesetzgeber und zuständiger Ministerien bezogenen Grundposition unzweifelhaft eine deutliche Akzentuierung des medizinischen Krankheitsmodells erkennen. Dem vom Niedersächsischen Sozialministerium verfaßten Entwurf von Ausführungsbestimmungen zum Nds.PsychKG 1978 zufolge wird der Terminus "begleitende Hilfen" nicht etwa mit der Begleitung eines Klienten durch eine insbesondere von CAPLAN beschriebene Krise³⁶³ assoziiert, sondern mit den Begleiterscheinungen der stationären Unterbringung eines Patienten.

Derartige Betrachtungsweisen konterkarieren wegen der ihnen immanenten Haltung selbst Bestimmungen aus dem Nds.PsychKG 1978, die da lauten: "Bei allen Maßnahmen gegenüber einem Kranken oder Behinderten ist auf dessen Zustand besondere Rücksicht zu nehmen. Maßnahmen, die nicht unumgänglich sind, haben zu unterbleiben, wenn zu befürchten ist, daß sie den Zustand des Kranken oder Behinderten nachteilig beeinflussen."³⁶⁴ "Die Hilfen sind so zu leisten, daß der Betroffene so weit wie möglich in seinem gewohnten

358 Der Begriff "begleitende Hilfen" ist expressis verbis in folgenden Ländergesetzen enthalten: BREMEN: PsychKG 1979, § 2 Abs. 2 Satz 2; HAMBURG: HmbPsychKG 1977, § 2 Satz 4 und NORDRHEIN-WESTFALEN: PsychKG NRW 1969, § 2 Satz 3. In § 3 Abs. 2 Satz 2 Nds.PsychKG 1978 erfolgt eine Umschreibung: "Neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung werden diejenigen Hilfen gewährt, die zusätzlich erforderlich sind."

359 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 495

360 vgl. ebenda

361 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A

362 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 6

363 siehe. insbesondere die ausführlichen Darlegungen zum Krisenbegriff unter Frage 209 der vorliegenden Arbeit, Seite 72 ff

364 vgl. § 2 Nds.PsychKG 1978

Lebensbereich verbleiben kann (ortsnahe Hilfen). Es ist darauf hinzuwirken, daß die vorhandenen Einrichtungen der nichtklinisch-stationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung und Rehabilitation sowie soziale und pädagogische Dienste in Anspruch genommen werden können." ³⁶⁵

Es bleibt zu prüfen, ob und inwieweit sich in der Praxis ein sich vom medizinischen Krankheitsmodell abhebendes Bewußtsein zur Gewährung begleitender Hilfen herausgebildet hat.

TABELLE 4-3:
ARTEN BEGLEITENDER HILFEN BEI SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN
(EIGENAUSKÜNFTEN DER DIENSTE)

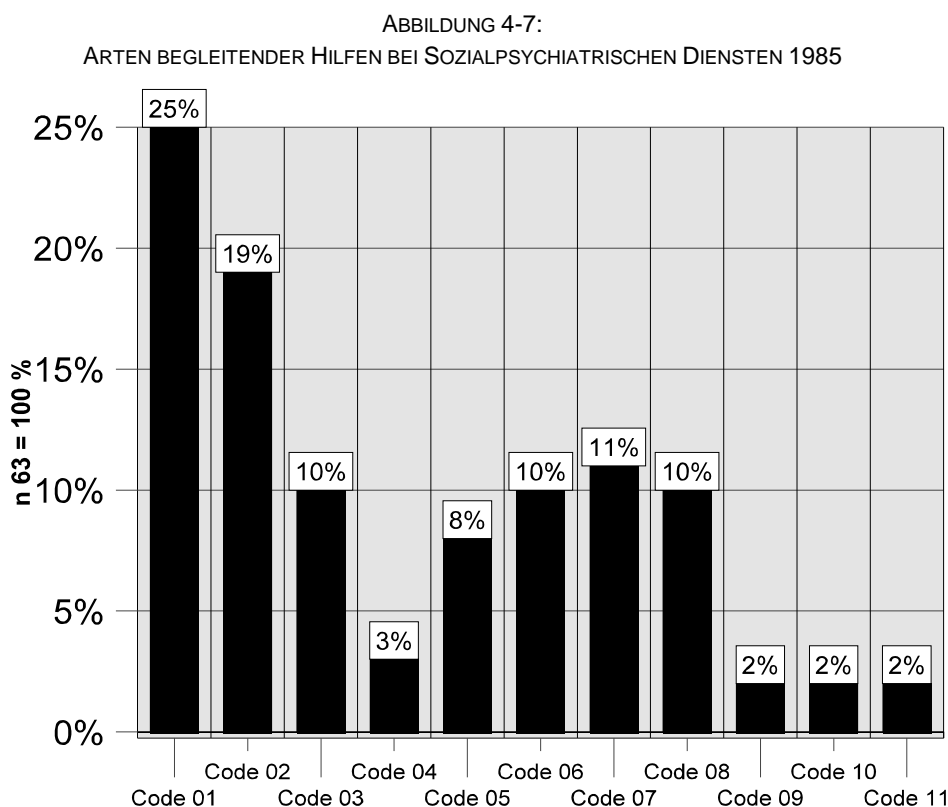
	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
kein Dat.									1															1
Code 01		1	1				1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		16
Code 02		1	1	1	1	1		1		1			1		1			1	1	1				12
Code 03			1	1						1						1		1		1				6
Code 04				1				1													1			2
Code 05			1		1			1		1								1						5
Code 06		1	1			1		1						1				1						6
Code 07	1				1			1					1		1				1	1				7
Code 08										1	1						1	1		1				6
Code 09	1																							1
Code 10	1																							1
Code 11											1													1
Σ	3	3	5	3	3	2	1	6	./.	5	3	1	3	2	3	2	2	6	3	4	2	1		63

Übersicht: Arten begleitender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)

Code 01 =	Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen
Code 02 =	Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige); Kontakte mit Sozialbehörden und Polizei
Code 03 =	Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien
Code 04 =	Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse
Code 05 =	Kriseninterventionen; ambulante Begleitung während einer bestehenden Krise; tägliche Besuche in Krisenzeiten; Begleitung zu Arztbesuchen
Code 06 =	Durchführen von Hausbesuchen
Code 07 =	regelmäßige Besuche der in der Klinik befindlichen Klienten; Zusammenarbeit mit der Klinik während der stationären Klientenbehandlung; Entlassungsvorbereitungen
Code 08 =	Gruppenangebote, WG-Angebote, Wohnungsangebote
Code 09 =	Durchführung von Schutzmaßnahmen
Code 10 =	Aktivitäten zwecks Vermeidung von Schutzmaßnahmen
Code 11 =	PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)

Ungeachtet der Qualität begleitender Hilfen soll zunächst die Quantität der Angaben betrachtet werden:

Die vorstehende Tabelle 4-3 dokumentiert, daß die befragten Dienste maximal sechs Beispiele (Stadt Braunschweig und Landkreis Uelzen) ihrer Tätigkeit als begleitende Hilfen benannten. Die Landkreise Verden, Hildesheim und Emsland führten exemplarisch jeweils ein Kriterium an. Hierbei wurden Tätigkeiten wie "Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen" mit 16 von 21 Nennungen (76,2 %) am häufigsten als Gewährung begleitender Hilfen verstanden. An zweiter Stelle folgte mit 57,1 % "Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige); Kontakte mit Sozialbehörden und Polizei". An dritter Stelle rangiert mit 33,3 % die Angabe: "regelmäßige Besuche der in der Klinik befindlichen Klienten; Zusammenarbeit mit der Klinik während der stationären Klientenbehandlung; Entlassungsvorbereitungen". - Nur selten (jeweils mit 4,8 %) wurde zum Begriff begleitende Hilfen angegeben: "Durchführung von Schutzmaßnahmen"; "Aktivitäten zwecks Vermeidung von Schutzmaßnahmen" und "PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)". Wird die Summe der abgegebenen beispielhaften Nennungen (n=63) mit 100 % gleichgesetzt, so ergibt sich folgende graphische Übersicht:



Erläuterung der Codes: s. Übersicht: "Arten begleitender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)" auf der Vorseite
Quelle: eigene Erhebungen

Die Beurteilung der Qualität präventiver Arbeit anhand der dargelegten Bewertungsschemata³⁶⁶ gestaltet sich problematisch, weil die stichwortartig abgegebenen Äußerungen der Befragten lediglich über begrenzte Informationsgehalte verfügen. Somit können Unterscheidungen nur global getroffen werden als **A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Sekundärpräventionsanteilen** und **B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Sekundärpräventionsanteilen**. Diese Analyse wird in der nachfolgenden Übersicht dokumentiert:

Übersicht: Begleitende Hilfen (A)

A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Sekundärpräventionsanteilen:

Code 01 =	Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; erste Vermittlungen	Diese Form der Hilfen wird als Sekundärprävention angesehen, zumal es um das Bemühen geht, durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zu bewirken. Bei dieser Aktivität können - siehe die Ausführungen unter Code 01 zu Frage 406 - keine Hinweise auf typische Formen primärpräventiver Arbeit im Sinne von Caplan erkannt werden.
Code 02 =	Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige); Kontakte mit Sozialbehörden und Polizei	Diese Tätigkeit beinhaltet relativ hohe Präventionsanteile, weil sie nicht ausschließlich auf den Symptomträger gerichtet ist, sondern dessen soziales Umfeld einbezieht. Im Sinne von Caplan beinhaltet diese begleitende Hilfe deutliche Elemente von Sekundärprävention, mit fließenden Übergängen zur primären Prävention. ³⁶⁷
Code 03 =	Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien	Hier gilt analog die zu Code 01 dargelegte Vermutung von Sekundärprävention.
Code 05 =	Kriseninterventionen; ambulante Begleitung während einer bestehenden Krise; tägliche Besuche in Krisenzeiten; Begleitung zu Arztbesuchen	Der Begriff "Krisenintervention" ist unter dem Gesichtspunkt der Prävention in diesem Kontext besonders schwierig zu bewerten. Dies ist insbesondere dem Umstand fehlender Angaben über die Ausgestaltung jener lediglich stichwortartig angegebenen Tätigkeit zuzuschreiben. Wird jedoch davon ausgegangen, daß die befragten Dienststellen bereithalten ³⁶⁸ und mit erheblichen Personaldefiziten ³⁶⁹ arbeiten, so kann Krisenintervention kaum als Primärprävention im Sinne Caplans erfolgen. Die von ihm formulierten Anforderungen - im einzelnen unter Frage 209 ausführlicher dargestellt ³⁷⁰ - setzen überdies optimierte psychosoziale Infrastrukturen voraus, ³⁷¹ die sicherlich so in Niedersachsen generell nicht anzutreffen sind, ³⁷² so daß von Sozialpsychiatrischen Diensten geleistete Kriseninterventionen mindestens in gleichen Maße als "Krisenfeuerwehr" - im Sinne des Gesundheitsamtes alter Prägung ³⁷³ - denn - nach Caplan - als primärpräventive Arbeit ausgeführt werden. Aus diesen Gründen erfolgte unter Frage 406, Code 05, eine Einstufung unter "Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen". Unter dem Anspruch von Sekundärprävention können hohe Präventionsanteile vor allem wegen der ambulanten Begleitung des Klienten während einer bestehenden Krise, täglicher Besuche in Krisenzeiten und Begleitung des Betroffenen bei Arztbesuchen konstatiert werden.
Code 07 =	regelmäßige Besuche der in der Klinik befindlichen Klienten; Zusammenarbeit mit der Klinik während der stationären Klientenbehandlung; Entlassungsvorbereitungen	Diese Tätigkeit stellt zweifellos eine Form der Sekundärprävention im Sinne von Caplan dar. Sofern ein Sozialpsychiatrischer Dienst sich jedoch ausschließlich hierauf beschränkt, betreibt er begleitende Hilfe im Sinne des "engen" medizinischen Krankheitsmodells.
Code 09 =	Durchführung von Schutzmaßnahmen	Diese Tätigkeit stellt zweifellos eine Form der Sekundärprävention im Sinne von Caplan dar. Sofern ein Sozialpsychiatrischer Dienst sich jedoch ausschließlich hierauf beschränkt, betreibt er begleitende Hilfe im Sinne des "engen" medizinischen Krankheitsmodells.
Code 10 =	Aktivitäten zwecks Vermeidung von Schutzmaßnahmen	Auch hier können hohe Anteile von Sekundärprävention konstatiert werden.

367 siehe vorliegende Arbeit, Darlegungen zu Code 02 bei Frage 406, Seite 186

368 siehe vorliegende Arbeit, Ergebnis zu Frage 209, Seite 76

369 Personaldefizite: siehe vorliegende Arbeit, Ergebnis zu Frage 305, Seite 137 ff

370 siehe vorliegende Arbeit, Ergebnis zu Frage 209, Seite 76

371 vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 70 ff

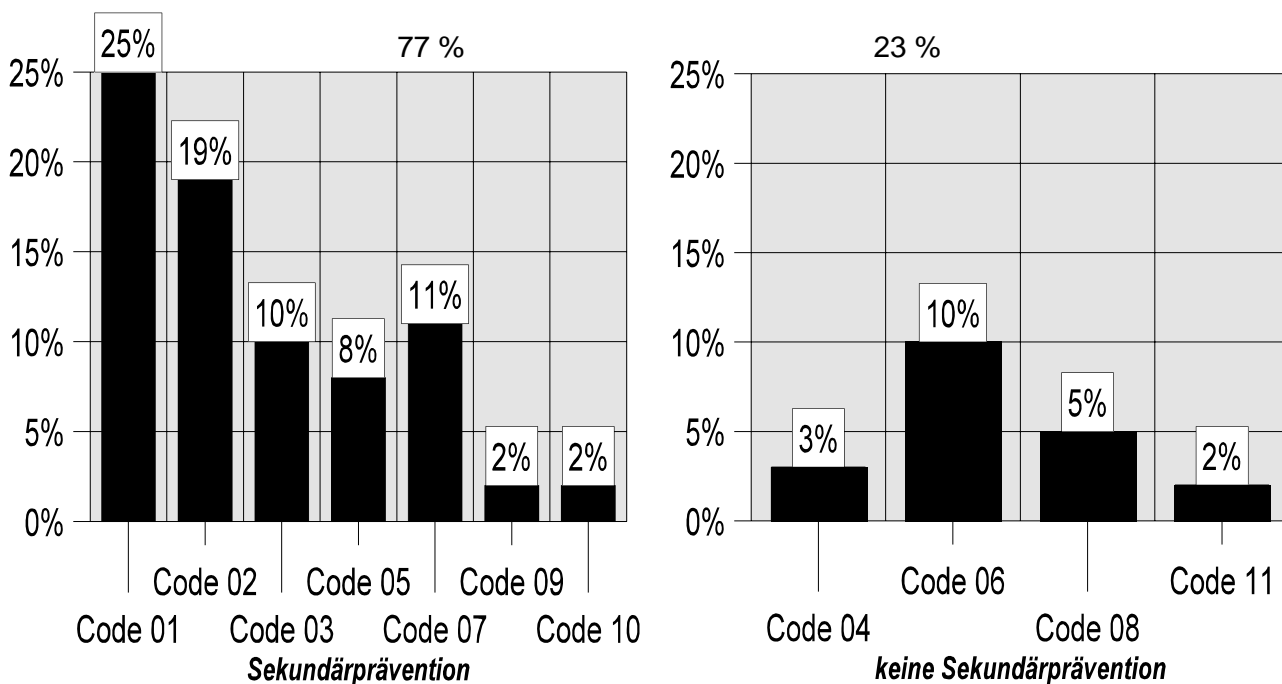
372 vgl. MELCHINGER 1984, Seite 68 ff; vgl. HEINZE/VON SCHACK 1983, Seite 798; vgl. WINDORFER/HEINZE/FOX 1987, Seite 28; vgl. STEGEMERTEN 1988, Seite 29 ff

373 vgl. BAUER/HASELBECK 1983, Seite 87; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 501

Übersicht: Begleitende Hilfen (B)		
B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Sekundärpräventionsanteilen:		
Code 04 =	Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse	Diese, vor allem auf Information und Unterrichtung der Bevölkerung gerichtete Tätigkeit ist, so ausgerichtet, weit im Vorfeld einer psychischen Erkrankung oder Gefährdung anzusetzen. Es handelt sich hierbei um Aktivitäten, die nach Caplan als Primärprävention anzusehen sind.
Code 06 =	Durchführen von Hausbesuchen	Diese Art der begleitenden Tätigkeit stellt nach Caplan tertiäre Prävention dar.
Code 08 =	Gruppenangebote, WG-Angebote, Wohnungsangebote	Diese Form der Hilfen wird als Sekundärprävention mit fließenden Übergängen zur Tertiärprävention angesehen.
Code 11 =	PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften können dort, wo sie vorhanden und konzeptionell entsprechend ausgerichtet sind, sekundärpräventive Unterstützungen leisten. ³⁷⁴ In Ermangelung entsprechender Informationen aus den befragten Diensten erfolgt die Einstufung unter "Tätigkeiten mit geringen oder keinen Sekundärpräventionsanteilen".

Nach erfolgter Differenzierung erfüllt der überwiegende Anteil der beispielhaft genannten "begleitenden Hilfen" den Anspruch der Sekundärprävention im Sinne von Caplan. Die folgende Abbildung veranschaulicht dies deutlich:

ABBILDUNG 4-8:
SEKUNDÄRPRÄVENTION: BEREINIGTE WERTE - NACH CAPLAN



Erläuterung der Codes: siehe Tabelle 4-3, Seite 190
Quelle: eigene Erhebungen

374 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1985), Seite 34 ff; vgl. BOSCH/FEHR/HUTTER 1985, a.a.O.; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 415 ff

Nach kritischer Würdigung der unter Frage 407 von den Befragten angegebenen Beispiele "begleitender Hilfen" bleibt festzuhalten, daß es sich hierbei zu 77 % um sekundärpräventive Hilfen im Sinne von Caplan handelt. Die übrigen Angaben erfüllen die als strengen Maßstab angelegten Anforderungen jenes erweiterten Präventionsansatzes nicht bzw. nur in geringer Form. Ein weitaus größerer Anteil der bezeichneten Angaben verdient jedoch das Attribut "begleitend" im Sinne des Nds.PsychKG 1978, dessen Grundlage einen "engen", medizinisch determinierten Krankheitsbegriff beinhaltet und die inhaltliche Ausgestaltung jener Hilfen weitestgehend offenläßt.

c) Frage 408: Welche **nachgehenden** Hilfen bietet der ambulante Dienst an?

Frage 408 ist ebenfalls in engem Zusammenhang zu den Fragen 405 bis 407 zu sehen. Die Frage soll Auskünfte über die durch Sozialpsychiatrische Dienste faktisch geleisteten Anteile nachgehender Hilfe liefern. Anhand der qualitativen und quantitativen³⁷⁵ Ausrichtung dieser Hilfeart sollen das Selbstverständnis der Dienste und deren Arbeit gemessen werden. Derartige Bewertungen setzen eine fachtheoretische Einordnung voraus:

Der Begriff "nachgehende Hilfen" entspricht der vom Gesetzgeber verwendeten Terminologie in § 3 Abs. 2 Satz 3 Nds.PsychKG 1978: "Durch nachgehende Hilfen soll den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden."³⁷⁶

"Nachgehende Hilfen sind als Nachsorge nach der Entlassung aus einer Unterbringung aufzufassen." In nahezu wörtlicher Übereinstimmung nennen die Gesetzgeber der Länder Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen als Ziele der Hilfen die Erleichterung des Überganges in das Leben außerhalb des Krankenhauses oder der Anstalt und der Anpassung des Betroffenen an die Gemeinschaft.³⁷⁷ Das Berliner PsychKG beinhaltet in § 3 Abs. 1 Satz 1 diese Zielsetzungen sinngemäß.

Nach Darlegung der Gesetzgeber bestehen nachgehende Hilfen vor allem in individueller ärztlicher (medizinischer) und/oder psychosozialer Beratung und Betreuung.³⁷⁸ Darüber hinaus wird die Überwachung von Auflagen, die einem Betroffenen bei vorläufiger Entlassung aus stationärer Unterbringung erteilt wurden, als nachgehende Hilfe aufgefaßt.³⁷⁹ Für diesen Personenkreis ist ebenfalls die eindringliche Belehrung über die Folgen der Unterbrechung einer für die Zeit nach beendeter Entlassungsfrist ggfs. notwendigen ärztlichen Behandlung als nachgehende Hilfe beschrieben.³⁸⁰ Das nordrhein-westfälische PsychKG sieht außerdem bei der Gewährung nachgehender Hilfen die enge Zusammenarbeit mit der Außenfürsorge von Krankenhäusern und Anstalten vor.³⁸¹

375 siehe hierzu insbesondere die Ergebnisse zu Frage 405, vorliegende Arbeit, Seite 178 ff

376 § 3 Abs. 2 Satz 3 Nds.PsychKG 1978

377 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 34 Abs. 1 PsychKG NRW; vgl. HAMBURG: § 42 Abs. 1 HmbPsychKG; § 3 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978; vgl. SCHLESWIG-HOLSTEIN: § 4 Abs. 3 PsychKG SH; vgl. BREMEN: § 40 Abs. 1 PsychKG HB

378 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 34 Abs. 1 PsychKG NRW - hier nur: "ärztlich geleitet" und keine psychosoziale Beratung bzw. Betreuung erwähnt; vgl. HAMBURG: § 42 Abs. 1 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 40 Abs. 1 PsychKG HB

379 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 34 Abs. 2 PsychKG NRW; vgl. HAMBURG: § 42 Abs. 2 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 40 Abs. 2 PsychKG HB

380 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 2 PsychKG NRW; vgl. HAMBURG: § 43 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 41 PsychKG HB - In den Gesetzen der Länder Bremen und Hamburg lautet die Formulierung "beraten" anstelle von "eindringlich belehren".

381 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW

Die Durchführung von regelmäßigen Sprechstunden und Hausbesuchen sowie die Verhaltensunterweisung des häuslichen Personenkreises werden in den gesetzlichen Bestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen im Unterschied zu den übrigen Psychisch-Kranken-Gesetzen gesondert erwähnt.³⁸²

Die nach den meisten Ländergesetzen vorgesehenen Mitteilungspflichten der entlassenden Einrichtung an die einweisende bzw. nachbetreuende Stelle sind in den Gesetzen der Länder Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Bremen und Berlin in entsprechender Weise, hier jedoch unter dem Tenor der nachgehenden Hilfen, abgefaßt.³⁸³

In den "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des sozialpsychiatrischen Dienstes nach den §§ 3 bis 5 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)"³⁸⁴ werden nachgehende Hilfen näher erläutert. Sie beinhalten insbesondere:

- *Vorbereitung der Rückkehr aus stationärer Behandlung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten;*
- *langfristige, ggf. lebensbegleitende Stützung;*
- *Sicherung einer notwendigen Nachbehandlung;*
- *Unterstützung bei familiärer, beruflicher und sozialer Wiedereingliederung.*³⁸⁵

Diese Festlegungen durch den Landesgesetzgeber in Niedersachsen bzw. das Niedersächsische Sozialministerium bleiben hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung "nachgehender Hilfen" hinter den vorerwähnten Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein zurück. Dem niedersächsischen Gesetz sind Begriffe wie "psychosoziale Beratung und Betreuung",³⁸⁶ "eindringliche Belehrung über den Abbruch einer Behandlungsmaßnahme"³⁸⁷ und "enge Zusammenarbeit mit der Außenfürsorge von Krankenhäusern und Anstalten"³⁸⁸ fremd. Formulierungen wie "Durchführung von regelmäßigen Sprechstunden und Hausbesuchen" sowie eine "Verhaltensunterweisung des häuslichen Personenkreises"³⁸⁹ werden weder im Gesetzestext noch in den "Hinweisen und Empfehlungen ..." des Niedersächsischen Sozialministeriums erwähnt, obwohl dadurch die mittelbar intendierte Absicht zur Gewährung jener Hilfen durch Gesetzgeber und Ministerium in Niedersachsen nicht in Abrede gestellt werden soll.

Die von Caplan vorgenommene Definition

*"Tertiäre Prävention dient der Verhinderung oder Milderung von Spätfolgen (Chronifizierungsprozessen) psychischer Störungen."*³⁹⁰

382 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 1 Satz 2 PsychKG NRW

383 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 36 PsychKG NRW; vgl. HAMBURG: § 44 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 42 PsychKG HB; zitiert nach STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 494

384 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A

385 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 6

386 vgl. HAMBURG: § 42 Abs. 1 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 40 Abs. 1 PsychKG HB - Im Nds.PsychKG 1978 sind "beschäftigungs- und arbeitstherapeutische, ... heilpädagogische und, soweit möglich, auch .. psychotherapeutische Maßnahmen" vorgesehen, allerdings nur für stationär Untergebrachte. - vgl. § 27 Nds.PsychKG 1978

387 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 2 PsychKG NRW; vgl. HAMBURG: § 43 HmbPsychKG; vgl. BREMEN: § 41 PsychKG HB - In den Gesetzen der Länder Bremen und Hamburg lautet die Formulierung "beraten" anstelle von "eindringlich belehren".

388 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW. - Die entsprechende Formulierung im Nds.PsychKG 1978 ist deutlich allgemeiner gefaßt: "Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte." - § 4 Abs. 2 Satz 2 Nds.PsychKG 1978

389 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 35 Abs. 1 Satz 2 PsychKG NRW

390 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 20; siehe hierzu auch: WEIK 1987, Seite 55; s. Ausführungen unter Frage 406, Seite 181

findet ihre differenzierteste inhaltliche Ausformulierung wiederum in dem bereits zu den Fragen 406 und 407 zitierten Bericht aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Die Autoren BREUER/DÖRFLER/HABECK pp. formulieren als Ziele nachgehender Hilfen:

*"Erleichterung und Hilfe bei der Wiedereingliederung in die Gemeinschaft durch nachgehende Betreuung, Verhinderung von Rückfällen"*³⁹¹

Die Realisierung dieses Zieles soll erreicht werden durch:

- *Aufbau eines sozialen Netzwerkes (Kontakte, Ansprechpartner bei Schwierigkeiten)*
- *Zusammenarbeit mit rehabilitativen Einrichtungen (Ämter, Werkstätten)*³⁹²

Als konkrete Handlungs- und Organisationsformen nachgehender Hilfen wird im einzelnen folgendes beschrieben:

- " - *nachgehende Betreuung innerhalb und außerhalb des Landeskrankenhauses*
- *Eingliederung in Kontaktgruppen*
- *Vermittlung von Bezugspersonen*
- *Patientenclub*
- *Klärung von: finanziellen Belangen, Vormundschaft/Pflegschaft, Wohnsituation, Arbeitsplatz/Werkstatt, ärztliche Nachsorge*
- *Hilfestellung für Angehörige und Betroffene durch Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes"*³⁹³

Eine kritische Betrachtung der vorbeschriebenen Definitionen läßt vor allem bei den normativen Vorgaben durch den niedersächsischen Gesetzgeber und das Sozialministerium eine Behaftung im kurativen Denkmodell erkennen,³⁹⁴ die allerdings, aufgelockert durch punktuell über den rein medizinischen Krankheitsansatz hinaus vorgetragene Einstellungsbekundungen, Durchlässigkeiten beinhaltet.³⁹⁵ Obwohl im vorzitierten Bericht aus dem Modellverbund das Landeskrankenhaus eine herausragende Stellung als Ausgangsposition zur Bestimmung nachgehender Hilfen einnimmt,³⁹⁶ wäre es verfehlt zu behaupten, die Erfahrungswerte aus diesem Projekt basierten auf einem zu engen, ausschließlich medizinisch determinierten Ansatz. Der Nachsorgeanspruch im Modellprojekt Varel war differenzierter und "breiter". Das ist dem Bericht an anderer Stelle zu entnehmen. Auch Aussagen von HUTTER bestätigen dies.³⁹⁷ Es bleibt zu prüfen, ob und inwieweit sich in der Praxis der Sozialpsychiatrischen Dienste ein sich vom medizinischen Krankheitsmodell abhebendes Bewußtsein zur Gewährung nachgehender Hilfen herausgebildet hat.

391 BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 157

392 vgl. BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 157

393 BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983, Seite 157

394 vgl. § 3 Abs. 2 Satz 3 Nds.PsychKG 1978; vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 6

395 vgl. hierzu u.a. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 39 ff

396 "Die Nachsorge und Hilfe bei der Wiedereingliederung nach Aufenthalt im Landeskrankenhaus war wegen unbefriedigender Kooperation mit diesem zunächst schwierig und nur in einem geringen Umfang möglich." HUTTER 1991, Seite 40 - "Aufgrund dieser geringen Kooperation mit dem zuständigen Versorgungskrankenhaus erstreckten sich unsere Bemühungen um Nachbetreuung auf die Kontakte zu den Ämtern, die Klienten nach einem stationären Aufenthalt im LKH zu uns schickten." BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 62 - "Es ist zu wünschen, daß diese Zusammenarbeit sich stabilisiert, ja noch ausgebaut wird im Interesse der Patienten." KÜTTNER/WIGBERS 1980, Seite 51

397 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 61 ff
"Ausgehend von der Erkenntnis, daß psychische, soziale und somatische Faktoren den Charakter vieler Störungen und Erkrankungen bestimmen und daher folgerichtig medizinische, psychologische, soziale und sozialpädagogische Hilfen ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen müssen, bemühten wir uns, Arbeits- und Organisationsformen zu finden, die auch den regionalen Gegebenheiten Rechnung trugen." HUTTER 1991, Seite 37

Datenanalyse

TABELLE 4-4:
ARTEN NACHGEHENDER HILFEN BEI SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN
(EIGENAUSKÜNFTEN DER DIENSTE)

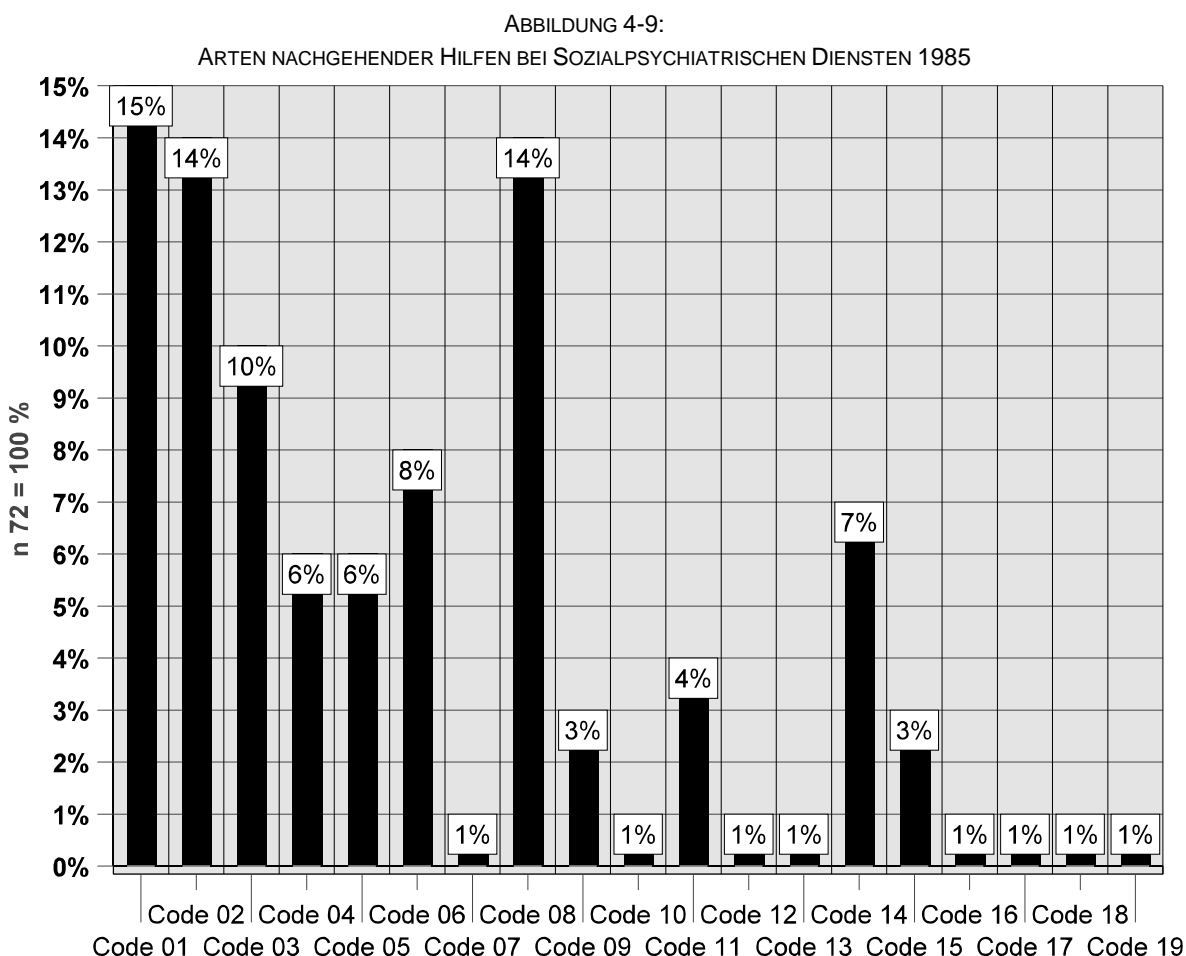
	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	
k. A.																								0
Code 01			1		1						1	1	1		1		1	1	1		1	1		11
Code 02	1	1		1									1		1		1	1	1	1		1		10
Code 03			1						1	1			1				1	1	1					7
Code 04		1	1	1																		1		4
Code 05			1														1	1	1					4
Code 06						1				1			1		1				1	1				6
Code 07		1																						1
Code 08	1	1	1					1		1	1		1		1		1	1						10
Code 09						1												1						2
Code 10														1										1
Code 11		1		1							1													3
Code 12	1																							1
Code 13																				1				1
Code 14	1		1					1					1							1				5
Code 15									1			1												2
Code 16																	1							1
Code 17																1								1
Code 18					1																			1
Code 19							1																	1
Σ	4	5	6	3	2	2	1	2	2	3	3	2	6	1	4	1	6	6	5	4	2	2		72

Übersicht: Arten nachgehender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)

- Code 01 = Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; langfristige Kontakte
 Code 02 = Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige)
 Code 03 = Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien
 Code 04 = Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag) PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse
 Code 05 = Kriseninterventionen
 Code 06 = Durchführen von Hausbesuchen
 Code 07 = Initiierung von Hilfsvereinen; Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen
 Code 08 = Gruppenangebote; Angehörigengruppen; Nachsorgegruppen; Nachbetreuungsgruppen, Patientenclubs
 Code 09 = Systematische Nachsorge im Verständnis einer gleichzeitigen Vorsorge (Akten auf "Wiedervorlage")
 Code 10 = LKH-Besuche; Entlassungsvorbereitung
 Code 11 = Kontakte zu anderen Einrichtungen und Initiativen über den Einzelfall hinaus; Mitwirkung bzw. Förderung oder Initiierung einer PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)
 Code 12 = WG-Angebote; Wohnungsangebote
 Code 13 = Verstärkte Kooperation mit anderen Diensten, Initiativen, Ärzten (Tendenz Einzel-fallorientiertheit)
 Code 14 = Arbeitsbeschaffung; Unterstützungen in der Arbeitssituation; Arbeitstrainings; Arbeitserprobung
 Code 15 = Überprüfung der Medikationen, Laborkontrollen
 Code 16 = "Überwachung" zur rechtzeitigen Einleitung von Hilfsmaßnahmen
 Code 17 = Nachsorge akuter Phasen und Einweisungen
 Code 18 = Rehabilitation
 Code 19 = "kaum, nur nach Klinikaufenthalt"

Vor der Qualität nachgehender Hilfen soll zunächst die Quantität der Angaben betrachtet werden: Die vorstehende Tabelle 4-4 dokumentiert, daß die befragten Dienste maximal sechs Beispiele (Landkreise Celle, Gifhorn und Salzgitter sowie Stadt Braunschweig) ihrer Tätigkeit als nachgehende Hilfen benannten. Die Landkreise Verden und Goslar sowie die Stadt Wolfsburg führten exemplarisch jeweils ein Kriterium an. Hierbei wurden Tätigkeiten wie "Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; langfristige Kontakte" mit 11 von 22 Nennungen (50,0 %) am häufigsten als Gewährung nachgehender Hilfen verstanden. An zweiter Stelle folgte mit jeweils 45,4 % "Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige) und "Gruppenangebote; Angehörigengruppen; Nachsorgegruppen; Nachbetreuungsgruppen; Patientenclubs". An dritter Stelle rangiert mit 31,8 % die Angabe: "Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien". Nur selten (jeweils mit 4,5 %) wurde zum Begriff nachgehende Hilfen angegeben: "Initiierung von Hilfsvereinen; Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen"; "LKH-Besuche; Entlassungsvorbereitung"; "Überwachung" zur rechtzeitigen Einleitung von Hilfsmaßnahmen"; "Nachsorge akuter Phasen und Einweisungen"; "Rehabilitation"; "kaum, nur nach Klinikaufenthalt".

Wird die Summe der abgegebenen beispielhaften Nennungen (n=72) mit 100 % gleichgesetzt, so ergibt sich folgende graphische Übersicht:



Erläuterung der Codes: siehe Tabelle 4-4, vorhergehende Seite
Quelle: eigene Erhebungen

Die Beurteilung der Qualität **nachgehender** Hilfen anhand der dargelegten Bewertungsschemata³⁹⁸ gestaltet sich problematisch, weil die stichwortartig abgegebenen Äußerungen der Befragten lediglich über begrenzte Informationsgehalte verfügen. Somit können Unterscheidungen nur global getroffen werden als **A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Tertiärpräventionsanteilen** und **B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen**, wie sie in der nachfolgenden Analyse erarbeitet werden:

Übersicht: Nachgehende Hilfen (A)

A. Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Tertiärpräventionsanteilen:

Code 06 =	Durchführen von Hausbesuchen	Diese Art der Tätigkeit stellt nach Caplan tertiäre Prävention dar.
Code 13 =	Verstärkte Kooperation mit anderen-Diensten, Initiativen, Ärzten (Tendenz Einzelfall-Orientiertheit)	Diese Art der Intervention enthält hohe tertiärpräventive Anteile.
Code 14 =	Arbeitsbeschaffung; Unterstützung der Arbeitssituation; Arbeitstrainings; Arbeitserprobung	Diese Art der Intervention enthält hohe tertiärpräventive Anteile.
Code 18 =	Rehabilitation	Diese Art der Intervention enthält hohe tertiärpräventive Anteile.

Übersicht: Nachgehende Hilfen (B)

B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen:

Code 01	Beratung, Gespräche, Einzelfallhilfen für Betroffene; Förderung der Therapiemotivation; langfristige Kontakte	Diese Form der Hilfen wird als Sekundärprävention angesehen, zumal es um das Bemühen geht, durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zu bewirken. Bei dieser Aktivität können - siehe die Ausführungen unter Code 01 zu Frage 406 - keine Hinweise auf typische Formen primärpräventiver Arbeit im Sinne von Caplan erkannt werden. Nach tertiärpräventiven Maßstäben können hier nur geringe Anteile konstatiert werden.
Code 02 =	Beratung, Gespräche im Umfeld des Betroffenen (Familie, Nachbarn, Arbeitgeber, Angehörige)	Diese Tätigkeit beinhaltet relativ hohe Präventionsanteile, weil sie nicht ausschließlich auf den Symptomträger gerichtet ist, sondern dessen soziales Umfeld einbezieht. Im Sinne von Caplan beinhaltet diese Hilfe deutliche Elemente von Sekundärprävention, mit fließenden Übergängen zur primären Prävention. ³⁹⁹
Code 03 =	Vermittlung an Fachdienste: Ärzte, Arbeitsamt, Bewährungshilfe, langfristige Therapien	Hier gilt analog die zu Code 01 dargelegte Vermutung von Sekundärprävention.
Code 04 =	Öffentlichkeitsarbeit; Public Relations: Kurse in Volkshochschulen; Vorträge in Schulen; entsprechende Tätigkeiten an Fachhochschulen (z.B. mittels Lehrauftrag); PR-Aktionen in Fußgängerzonen; Bekanntmachung der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalpresse	Diese, vor allem auf Information und Unterrichtung der Bevölkerung gerichtete Tätigkeit ist, so ausgerichtet, weit im Vorfeld einer psychischen Erkrankung oder Gefährdung anzusetzen. Es handelt sich hierbei um Aktivitäten, die nach Caplan als Primärprävention anzusehen sind.

398 siehe vorliegende Arbeit, Seite 181 ff

399 siehe vorliegende Arbeit, Darlegungen zu Code 02 bei Frage 406, Seite 186

Übersicht: Nachgehende Hilfen (B) - Fortsetzung -

B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen:

Code 05 =	Krisenintervention	Der Begriff "Krisenintervention" ist unter dem Gesichtspunkt der Prävention in diesem Kontext besonders schwierig zu bewerten. Dies ist insbesondere dem Umstand fehlender Angaben über die Ausgestaltung jener lediglich stichwortartig angegebenen Tätigkeit zuzuschreiben. Wird jedoch davon ausgegangen, daß die befragten Dienste keine organisierten Angebote der Krisenintervention als Nacht- und Wochenenddienste bereithalten ⁴⁰⁰ und mit erheblichen Personaldefiziten ⁴⁰¹ arbeiten, so kann Krisenintervention kaum als Primärprävention im Sinne Caplans erfolgen. Die von ihm formulierten Anforderungen - im einzelnen unter Frage 209 ausführlicher dargestellt ⁴⁰² - setzen überdies optimierte psychosoziale Infrastrukturen voraus, ⁴⁰³ die sicherlich so in Niedersachsen generell nicht anzutreffen sind, ⁴⁰⁴ so daß von Sozialpsychiatrischen Diensten geleistete Kriseninterventionen mindestens in gleichen Maße als "Krisenfeuerwehr" -im Sinne des Gesundheitsamtes alter Prägung ⁴⁰⁵ - denn - nach Caplan - als primärpräventive Arbeit ausgeführt werden. Aus diesen Gründen erfolgte unter Frage 406, Code 05, eine Einstufung unter "Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen". Unter dem Anspruch von Tertiärprävention können ebenfalls nur geringe Präventionsanteile ausgemacht werden, weil diese Art der Intervention vielmehr einem Eingeständnis des Versagens geeigneterer tertiärpräventiver Hilfen gleichkommt.
Code 07 =	Initiierung von Hilfsvereinen; Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen	Nach Caplan beinhaltet diese Aktivität deutliche Elemente der Primärprävention.
Code 08 =	Gruppenangebote, Angehörigen-gruppen; Nachsorgegruppen; Nachbetreuungsguppen; Patientenclubs	Diese Form der Hilfen wird als Sekundärprävention mit fließenden Übergängen zur Tertiärprävention angesehen.
Code 09 =	Systematische Nachsorge im Verständnis einer gleichzeitigen Vorsorge (Akten auf "Wiedervorlage")	Diese Tätigkeit ist Ausdruck verwaltungstechnokratischer Gepflogenheiten. Im Sinne tertiärer wie auch primärer Prävention nach Caplan kommt ihr nur geringe Bedeutung zu.
Code 10 =	LKH-Besuch; Entlassungsvorbereitung	Diese Tätigkeit stellt zweifellos eine Form der Sekundärprävention im Sinne von Caplan dar.
Code 11 =	Kontakte zu anderen Einrichtungen und Initiativen über den Einzelfall hinaus; Mitwirkung bzw. Förderung oder Initiierung einer PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)	Die angegebenen "Kontakte" wurden nicht näher spezifiziert. Das erschwert eine sachgerechte Zuordnung. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften können dort, wo sie vorhanden und konzeptionell entsprechend ausgerichtet sind, tertiärpräventive Unterstützungen leisten. ⁴⁰⁶ In Ermangelung entsprechender Informationen aus den befragten Diensten erfolgt die Einstufung unter "Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen".
Code 12 =	WG-Angebote, Wohnungsangebote	Diese Form der Hilfen wird als Sekundärprävention mit fließenden Übergängen zur Tertiärprävention angesehen.
Code 15 =	Überprüfung der Medikationen, Laborkontrollen	Selbst Caplan mag diese Tätigkeiten unter Tertiärprävention subsumiert haben. Sofern ein Sozialpsychiatrischer Dienst sich jedoch ausschließlich hierauf beschränkt, betreibt er nachgehende Hilfe im Sinne des "engen" medizinischen Krankheitsmodells.

400 siehe vorliegender Band II der Arbeit, Seite 77 (Ergebnis)

401 zu den Personaldefiziten: siehe vorliegender Band II der Arbeit, Seite 137 f

402 siehe vorliegender Band II der Arbeit, Frage 209, Seite 72 ff

403 vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 70 ff

404 vgl. MELCHINGER 1984, Seite 68 ff; vgl. HEINZE/VON SCHACK 1983, Seite 798; vgl. WINDORFER/HEINZE/FOX 1987, Seite 28; vgl. STEGEMERTEN 1988, Seite 29 ff

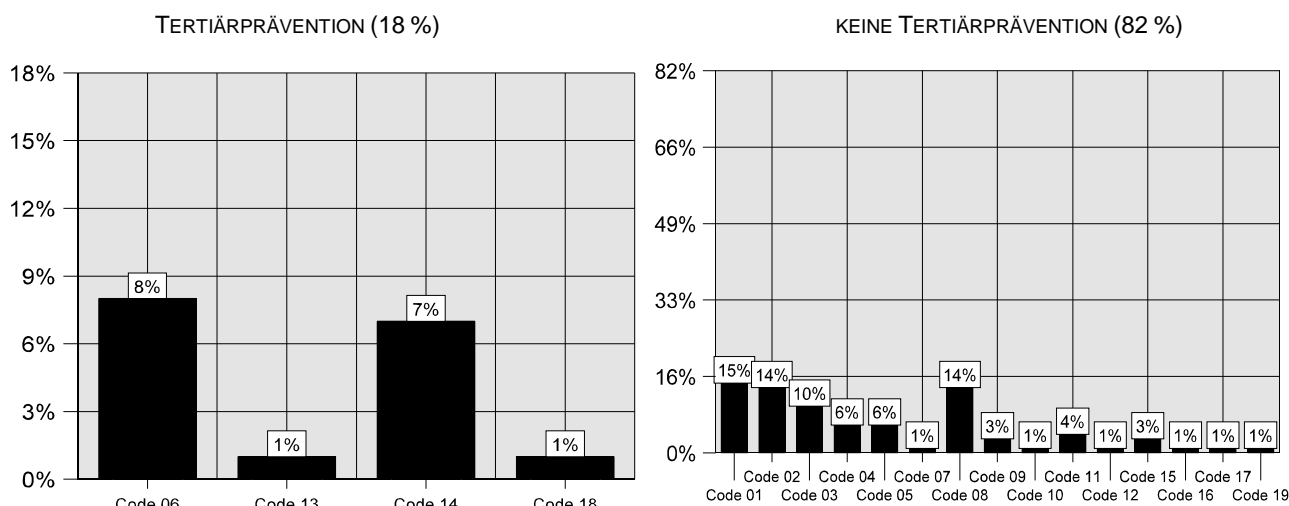
405 vgl. BAUER/HASELBECK 1983, Seite 87; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 501

406 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166), Seite 34 ff; vgl. BOSCH/FEHR/HUTTER 1985, a.a.O.; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 415 ff

Übersicht: Nachgehende Hilfen (B) - Fortsetzung -		
B. Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen:		
Code 16 =	"Überwachung" zur rechtzeitigen Einleitung von Hilfsmaßnahmen	Diese Tätigkeit ist Ausdruck verwaltungstechnokratischer Gepflogenheiten. Im Sinne tertiärer Prävention kommt ihr nur geringe Bedeutung zu.
Code 17 =	Nachsorge akuter Phasen und Einweisungen	Unter dem Anspruch von Tertiärprävention können nur geringe Präventionsanteile ausgemacht werden, vergleichbar der "Krisenintervention" (Code 05).
Code 19 =	"kaum, nur nach Klinikaufenthalt"	Äußerst geringe, auf medizinisches Krankheitsmodell fixierte, tertiärpräventive Aktivität.

Nach erfolgter Differenzierung erfüllt der überwiegende Anteil der beispielhaft genannten "nachgehenden Hilfen" nicht den Anspruch der Tertiärprävention im Sinne von Caplan. Die folgende Abbildung veranschaulicht dies deutlich:

ABBILDUNG 4-10:
TERTIÄRPRÄVENTION (BEREINIGTE WERTE) NACH CAPLAN



Erläuterung der Codes: siehe Seite 197
Quelle: eigene Erhebungen

Nach kritischer Würdigung der unter Frage 408 von den Befragten angegebenen Beispiele "nachgehender Hilfen" bleibt festzuhalten, daß es sich hierbei zu 18 % um tertiärpräventive Hilfen im Sinne von Caplan handelt. Die übrigen Angaben erfüllen die als strengen Maßstab angelegten Anforderungen jenes erweiterten Präventionsansatzes nicht bzw. nur in geringer Form. - Ein weitaus größerer Anteil der bezeichneten Angaben verdient jedoch das Attribut "nachgehend" im Sinne des Nds.PsychKG 1978, dessen Grundlage einen "engen", medizinisch determinierten Krankheitsbegriff beinhaltet und die inhaltliche Ausgestaltung jeder Hilfen weitestgehend offenläßt.

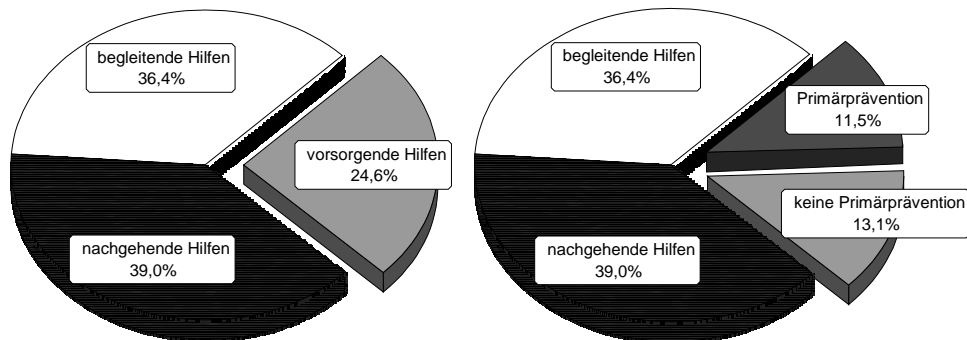
Ergebnis

Entsprechend der bei der Analyse der Daten unterlegten Kategorien nach Caplan können zusammenfassend folgende Ergebnisse der Erhebung dokumentiert werden:

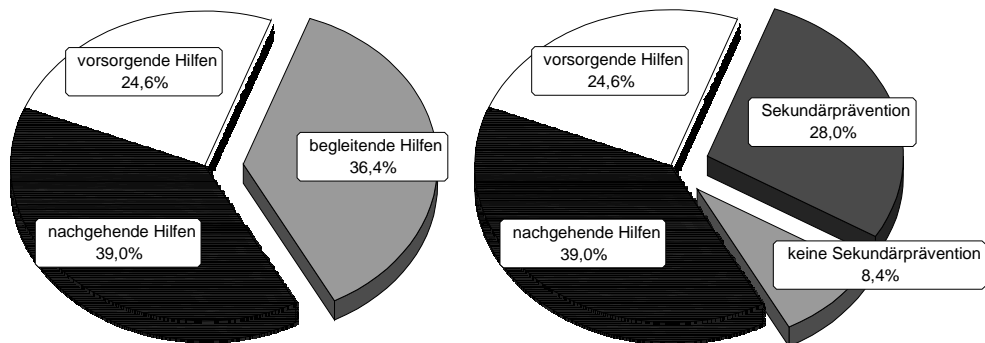
Von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten (N=17) wurden von den insgesamt erbrachten Hilfen je 24,6 % vorsorgenden, 36,4 % begleitenden und 39,0 % nachgehenden Hilfeangeboten zugerechnet. Die detaillierte Analyse der von den Diensten angegebene Hilfeformen erbringt eine Verschiebung dieses Bildes dahingehend, daß von den insgesamt erbrachten Hilfen je nur 11,5 % vorsorgenden, 28,0 % begleitenden und 7,0 % nachgehenden Hilfeangeboten zugerechnet werden können, sofern die von Caplan formulierten Präventionsansprüche angelegt werden.

ABBILDUNG 4-11:
VORSORGENDE, BEGLEITENDE UND NACHGEHENDE HILFEN
ALS PRIMÄR-, SEKUNDÄR- UND TERTIÄRPRÄVENTION

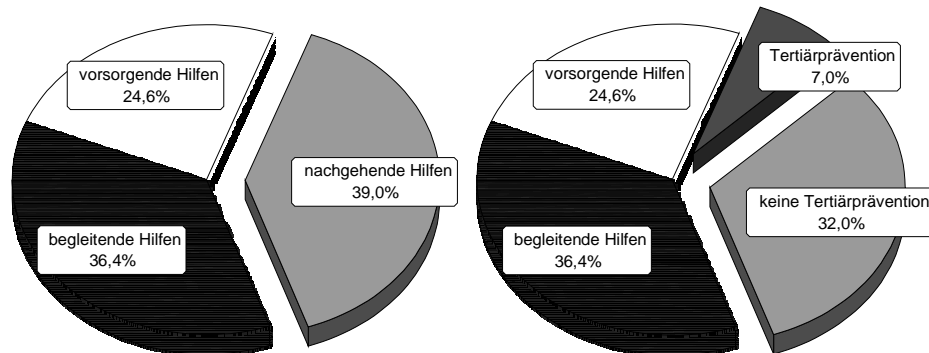
Vorsorgende Hilfen vs. Primärprävention



Begleitende Hilfen vs. Sekundärprävention



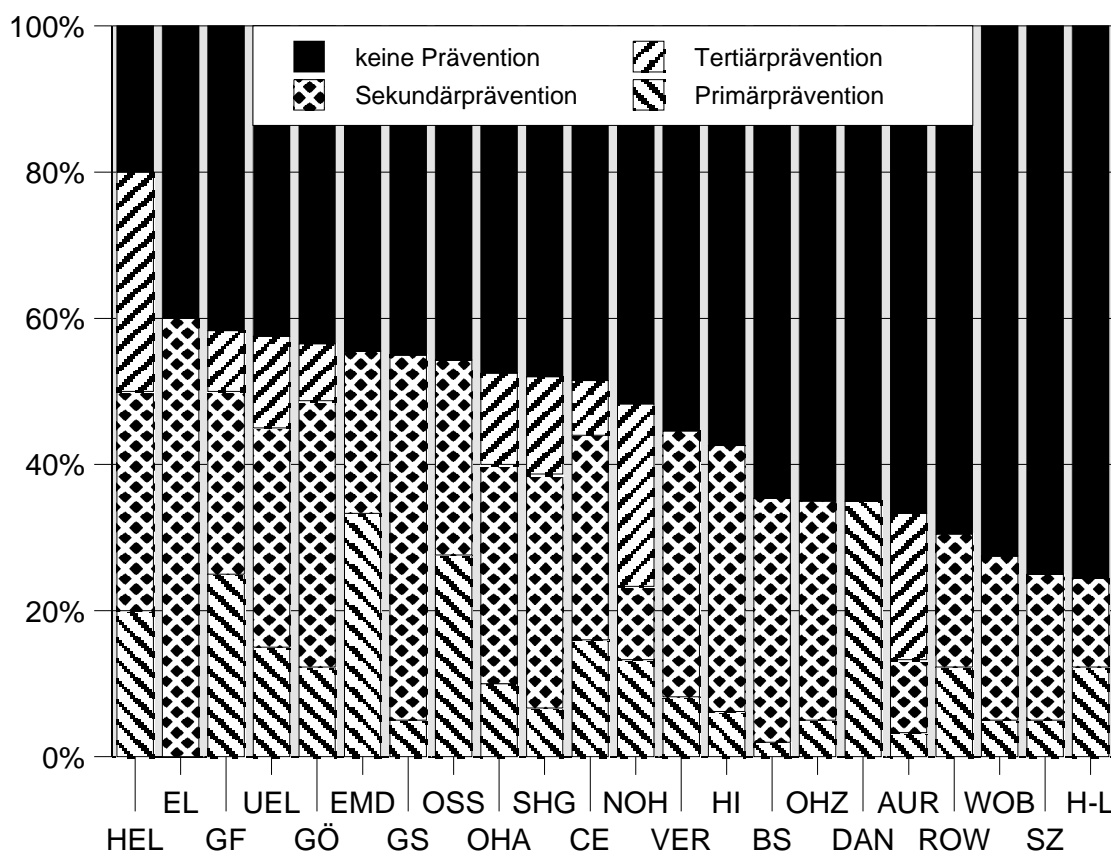
Nachgehende Hilfen vs. Tertiärprävention



Dies bedeutet, daß von 100 % angegebenen Hilfeformen nur 46,5 % den fachlichen und inhaltlichen Kriterien eines zeitgemäßen Versorgungs- und Betreuungsverständnisses entsprechen, welches im Sinne Caplans definiert werden kann.

Wird die von Caplan postulierte Präventionsgliederung als Bewertungsfolie⁴⁰⁷ oder als Beurteilungsmaßstab an die von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten geleisteten vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen im Rahmen von Einzelfallbetrachtungen angelegt, so ergeben sich folgende Abweichungen von den bislang benannten Durchschnittswerten:

ABBILDUNG 4-12:
VORSORGENDE, BEGLEITENDE UND NACHGEHENDE HILFEN
UND IHRE PRÄVENTIONSANTEILE - EINZELBETRACHTUNGEN



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

So kann gefolgert werden, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise Helmstedt, Emsland und Gifhorn im Vergleich zu den 19 befragten übrigen Diensten die größten Anteile präventiver Arbeit im Rahmen vorsorgender, begleitender und nachgehender Hilfen leisten, während für die Städte Wolfsburg und Salzgitter sowie den Landkreis Hannover die geringsten Anteile präventiver Arbeit zu verzeichnen sind.

Für die abschließende Beurteilung der Rangfolge der befragten Dienste soll die nachfolgende Übersicht herangezogen werden:

407 vgl. DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 20; vgl. WEIK 1987, Seite 55; siehe hierzu auch die inhaltlichen Ausführungen in vorliegendem Band II der Arbeit, Frage 406, Seite 180 ff

ÜBERSICHT: PRÄVENTIONSANTEILE EINZELNER DIENSTE AUFGRUND VORSORGENDER, BEGLEITENDER UND NACHGEHENDER HILFEN

Rang (kumulierter Wert)	Präventivanteil vorsorgender Hilfen (n=22)	Präventivanteil begleitender Hilfen (n=21)	Präventivanteil nachgehender Hilfen (n=22)	Präventivanteil insgesamt (n=21,7)
1... HEL	20,0 %	30,0 %	0,0 %	80,0 %
2... EL	0,0 %	60,0 %	0,0 %	60,0 %
3... GF	25,0 %	25,0 %	8,3 %	58,3 %
4... UEL	15,0 %	30,0 %	2,5 %	57,5 %
5... GÖ	12,3 %	36,4 %	7,8 %	56,5 %
6... EMD	33,3 %	22,2 %	0,0 %	55,5 %
7... GS	5,0 %	50,0 %	0,0 %	55,0 %
8... OSS	26,7 %	26,7 %	0,0 %	53,4 %
9... OHA	10,0 %	30,0 %	2,5 %	52,5 %
10... SHG	6,7 %	32,0 %	3,3 %	52,0 %
11... CE	16,0 %	28,0 %	7,5 %	51,5 %
12... NOH	13,3 %	10,0 %	5,0 %	48,3 %
13... VER	8,2 %	36,4 %	0,0 %	44,6 %
14... HI	6,2 %	36,4 %	0,0 %	42,6 %
15... BS	2,0 %	33,4 %	0,0 %	35,4 %
15... OHZ	5,0 %	30,0 %	0,0 %	35,0 %
17... DAN	35,0 %	k.A.	0,0 %	35,0 %
18... AUR	3,3 %	10,0 %	0,0 %	33,3 %
19... ROW	12,3 %	18,2 %	0,0 %	30,5 %
20... WOB	5,0 %	22,5 %	0,0 %	27,5 %
21... SZ	5,0 %	20,0 %	0,0 %	25,0 %
22... H-L	12,3 %	12,1 %	0,0 %	24,4 %

Die Berechnungen erfolgten aufgrund der Verteilungen nach den Tabellen 4-2, 4-3 und 4-4 und unter Berücksichtigung des Befragungsergebnisses in Tabelle 4-1.⁴⁰⁸

Aus welchen Gründen sich die ländlichen Gemeinden und ihre Dienste eher an den fachlichen und inhaltlichen Standards orientiert erweisen, kann im Kontext dieser Erhebung nur gemutmaßt werden. Der Befund korrespondiert aber mit den Ergebnissen der IES-ERHEBUNG 1991 A, die ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Diensten und den von ihnen erbrachten Hilfen ausweist.⁴⁰⁹

Das aus beiden Untersuchungen und anderen Quellen ergänzend bestätigte Resumé zu den erbrachten Hilfen durch Sozialpsychiatrische Dienste läuft auf die Feststellung hinaus, daß gemeinsame Standards in den Diensten und in der Gruppe aller befragten Dienste in Niedersachsen nicht auszumachen sind. In den erteilten Eigenauskünften der Dienste wird eine breite, z.T. desorientierende Wahrnehmung bzw. Arbeitsdefinition von Hilfeangeboten deutlich.

408 Berechnungen nach der Formel:

$$P_{(rel.)} = \frac{PA \cdot F}{N_{(405)}}$$

$$\text{Präventivanteil}_{(rel.)} = \frac{\text{Präventivanteil}_{(abs.)} \cdot \text{Faktor}_{(405)}}{\text{Anzahl der Nennungen}_{(abs.)}}$$

N = Anzahl der absoluten Nennungen; Nennungen einzelner Dienste zu vorsorgenden Hilfen (Frage 406); begleitenden Hilfen (Frage 407); nachgehenden Hilfen (Frage 408).

PA = absoluter Präventivanteil; Anteil von N, der den Anforderungen der Definition nach CAPLAN entspricht

F = Faktor₍₄₀₅₎ = Verteilungsverhältnis von vorsorgenden zu begleitenden zu nachgehenden Hilfen gemäß Ergebnis zu Frage 405

Die Detailberechnungen zu dieser Rangfolgenbestimmung werden hier nicht ausgewiesen.

409 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 4 ff

Im Bereich der **primären Prävention** ergeben sich, bei einer großen Streuung der Angaben, bei 11 von 17 befragten Diensten Anteile von 20 % und weniger an der gesamten Arbeit,⁴¹⁰ bei 16 von 17 Diensten erreichen die Anteile bis zu 50 %. Die genannten Anteile beinhalten - nach dem Selbstverständnis der Dienste - jedoch auch solche Tätigkeiten, die im eigentlichen Sinne nicht der Primärprävention zuzurechnen sind. Diese Einschränkung trifft bei etwa der Hälfte der Nennungen zu. Im Ergebnis können deshalb nur 11,5 % der gesamten Arbeit, der Sozialpsychiatrischen Dienste dem Bereich der primären Prävention zugerechnet werden (bei einer beträchtlichen zahlenmäßigen und inhaltlichen Streuung). Dieser Anteil ist als durchaus sehr gering und auch im Rahmen der Intention des Nds.PsychKG 1978 als kaum ausreichend einzuschätzen.

Im Bereich der **sekundären Prävention** leisten 15 von 17 Diensten Anteile von bis zu 50 % an der gesamten Arbeit, auch hier mit beträchtlicher Streuung der Daten. Die genannten Anteile beinhalten - nach dem Selbstverständnis der Dienste - jedoch auch solche Tätigkeiten, die im eigentlichen Sinne nicht der Sekundärprävention zuzurechnen sind. Von den genannten Anteile können etwa drei Viertel als sekundärpräventive Leistungen akzeptiert werden, d.h., daß insgesamt etwa 28 % der in den Sozialpsychiatrischen Diensten erbrachten gesamten Arbeit als sekundärpräventive Dienstleistungen im eigentliche Sinne anzurechnen sind. Dieser Anteil kann als allgemeiner Durchschnitt der gefundenen Daten und in der Folge von Berechnungen zunächst positiv bewertet werden. Die sehr starke Streuung der Angaben und in den Diensten vorherrschende Selbstverständnisse legen aber nahe, näher am Einzeldienst orientiert zu fragen. Dies führt zu der Beobachtung, daß bei zahlreichen Diensten sekundärpräventive Arbeitsschwerpunkte gesetzt wurden, während bei einigen Diensten dieser Bereich in hohem Maße unterrepräsentiert ist.

Im Bereich der **tertiären Prävention** leisten 16 von 17 Diensten, bei einer großen Streuung der Nennungen, Anteile von bis zu 50 % an der gesamten Arbeit. Die genannten Anteile beinhalten - nach dem Selbstverständnis der Dienste - jedoch auch solche Tätigkeiten, die im eigentlichen Sinne nicht der Tertiärprävention zuzurechnen sind. Von den hier genannten Anteilen kann gemäß der Definition Caplans nur ein Fünftel als tertiärpräventive Leistungen anerkannt werden, das sind etwa 7 % der gesamten Arbeit. Gemäß den Vorgaben des Nds.PsychKG 1978 können jedoch erhebliche weitere Anteile der erbrachten Leistungen als nachgehende Hilfen angesehen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß von 100 % angegebener Hilfeformen (vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen) nur 46,5 % (11,5 % Primär-, 28,0 % Sekundär- und 7,0 % Tertiärprävention) den fachlichen und inhaltlichen Kriterien eines zeitgemäßen Versorgungs- und Betreuungsverständnisses entsprechen, welches im Sinne Caplans definiert werden kann.

Für die Bürger lautet das Ergebnis dieser Analyse, daß sie gesetzlich verankerte Betreuungs- und Nachsorgeansprüche aus nicht nachvollziehbaren Gründen nach unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Arbeitsdefinitionen erhalten und sich die Qualität der Hilfen nach dem Wohnort richtet, nicht jedoch nach fachlichen Standards.

410 Mit dem Begriff "gesamte Arbeit" ist die Summe vorsorgender, begleitender und nachgehender Hilfen nach § 3 Nds.PsychKG 1978 gemeint.

409 Wer berät und betreut vorwiegend: a) psychisch erkrankte, b) geistig behinderte Kinder und Jugendliche?		a)	b)
	Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jugendärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Forschungsinteresse

Die Frage 409 soll Auskunft über die Verteilung der sachlichen Zuständigkeiten für die Beratung psychisch erkrankter bzw. geistig behinderter Kinder und Jugendlicher geben. Die alternierende Fragestellung entspricht dem Erkenntnisinteresse zur Gewinnung von Angaben über die Inanspruchnahme der in der Fragestellung vorgegebenen Dienste und Dienststellen. Mit Blick auf den Sozialpsychiatrischen Dienst soll eruiert werden, ob und inwieweit sachfremde Aufgabenwahrnehmungen erfolgen.⁴¹¹

Bewertungsparameter

Für den Personenkreis der psychisch erkrankten bzw. geistig behinderten Kinder und Jugendlichen läßt sich im Gegensatz etwa zu Nordrhein-Westfalen⁴¹² die sachliche Zuständigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste aus dem Nds.PsychKG 1978 nicht herleiten. Dies ist insbesondere dem Umstand der Überarbeitung des § 2 Absatz 1 des Gesetzes zuzuschreiben, dessen Entwurffassung aus dem Jahre 1975 noch folgende Formulierung aufwies: "(1) Die Hilfen sollen Personen aller Altersstufen mit psychischen Krankheiten oder entsprechenden Störungen durch ärztlich geleitete Beratung und Betreuung eine menschenwürdige Lebensführung ermöglichen. Sie sollen dazu beitragen, daß psychische Krankheiten oder entsprechende Störungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden sowie sicherstellen, daß im Zusammenwirken mit der Behandlung Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Dienste in Anspruch genommen werden können."⁴¹³ Nach der geltenden Gesetzeslage⁴¹⁴ darf davon ausgegangen werden, daß Sozialpsychiatrischen Diensten in diesem Kontext eine untergeordnete Rollenfunktion zukommt.

411 siehe hierzu auch die Ausführungen und Ergebnisse zu Frage 301, Seite 110 ff

412 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 2 PsychKG NRW 1969: "Die Hilfen sollen Personen aller Altersstufen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und Betreuung befähigen, ein der Gemeinschaft angepaßtes Leben zu führen. ..."

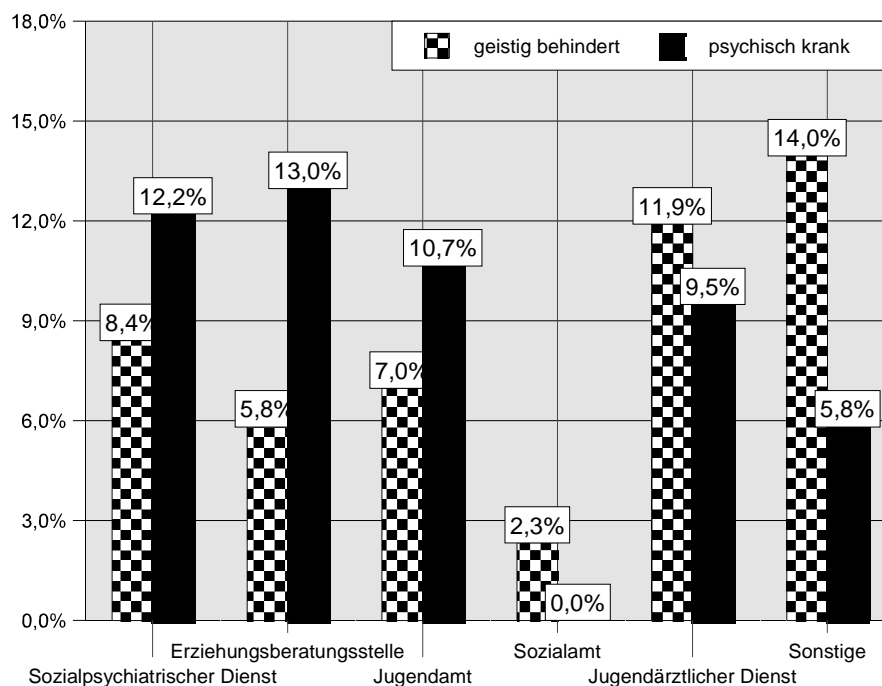
413 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573, § 2 Absatz 1 des Entwurfes eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) von 1975, Seite 4; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 533

414 § 1 Nds.PsychKG 1978: "Dieses Gesetz regelt 1. Hilfen für Personen, die an einer Psychose, einer Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen; 2. Schutzmaßnahmen einschließlich der Unterbringung und des gerichtlichen Verfahrens zur Unterbringung für Personen, die an einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne der Nummer 1 leiden."

Datenanalyse

Im Bereich der Beratung und Betreuung **psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher** stehen im Vergleich zu Erziehungsberatungsstellen, Jugendämtern, Sozialämtern, Jugendärztlichen Diensten und sonstigen Stellen die Sozialpsychiatrischen Diensten hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme mit einem Anteil von 23,9 % an zweiter Position. Lediglich die Erziehungsberatungsstellen mit 25,4 % werden mehr in Anspruch genommen. Auf die übrigen verteilen sich die Inanspruchnahmen wie folgt: Jugendämter 20,8 %, Jugendärztliche Dienste 18,5 %, sonstige Stellen 11,4 % und Sozialämter 0,0 % . - Die Beratung und Betreuung **geistig behinderter Kinder und Jugendlicher** erfolgt zu 16,7 % durch Sozialpsychiatrische Dienste. Damit bewegen sie sich hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme nach sonstigen Stellen (28,6 %) und Jugendärztlichen Diensten (23,8 %) an dritter Position, gefolgt von Jugendämtern (14,3 %) und Sozialämtern (4,7 %). Die folgende Abbildung verdeutlicht die einzelnen Anteile:

ABBILDUNG 4-13:
BERATUNG UND BETREUUNG GEISTIG BEHINDERTER UND PSYCHISCH KRANKER KINDER UND JUGENDLICHER
- INSGESAMT -



Quelle: eigene Berechnungen

Wird von der gesamten Beratungs- und Betreuungstätigkeit für psychisch erkrankte und geistig behinderte Kinder und Jugendliche ausgegangen, so stehen Sozialpsychiatrische Dienste im Vergleich zu Erziehungsberatungsstellen, Jugendämtern, Sozialämtern, Jugendärztlichen Diensten und sonstigen Stellen hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme mit einem Anteil von 20,3 % an zweiter Position. Lediglich die Jugendärztlichen Dienste mit 21,4 % werden stärker in Anspruch genommen. Auf die übrigen verteilen sich die Inanspruchnahmen wie folgt: sonstige Stellen 19,8 %, Erziehungsberatungsstellen 18,8 %, Jugendämter 17,6 % und Sozialämter 2,3 %.

Ergebnis

Die nicht unmittelbar aus dem Nds.PsychKG 1978 ableitbare Aufgabe der Beratung und Betreuung psychisch kranker und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher wird von den Diensten nach deren eigener Einschätzung im Durchschnitt aller Regionen relativ häufig wahrgenommen. Dies kann, ohne genaues Wissen über die dadurch gebundene Arbeitskapazität der Dienste, als ein weiteres Indiz für die fachlich-inhaltlich ungenügende Aufgabenklarheit gelten.

<p>410 Bitte geben Sie hier an, wieviel Arbeitszeit Sie im Jahresdurchschnitt für nebenstehende Personengruppen aufwenden?</p> <p>(Bei Mehrfachbehinderungen ist jeweils die leitsymptomatische Behinderung zu berücksichtigen.)</p>	<p style="text-align: right;">prozentual</p> <p>Geistig Behinderte <input type="text"/></p> <p>Suchtkranke <input type="text"/></p> <p>Psychisch Kranke, psychotisch <input type="text"/></p> <p>Psychisch Kranke, hirnorganisch <input type="text"/></p> <p>Neurotische Störungen <input type="text"/></p> <p>Sonstige <input type="text"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Die Frage 410 soll Aufschluß über die zeitliche Inanspruchnahme der Betreuung von Personen mit unterschiedlichen Erkrankungsformen geben. Es ist beabsichtigt, die Ergebnisse dieser Frage mit anderen Fragestellungen, vor allem mit Frage 414, in Verbindung zu bringen.

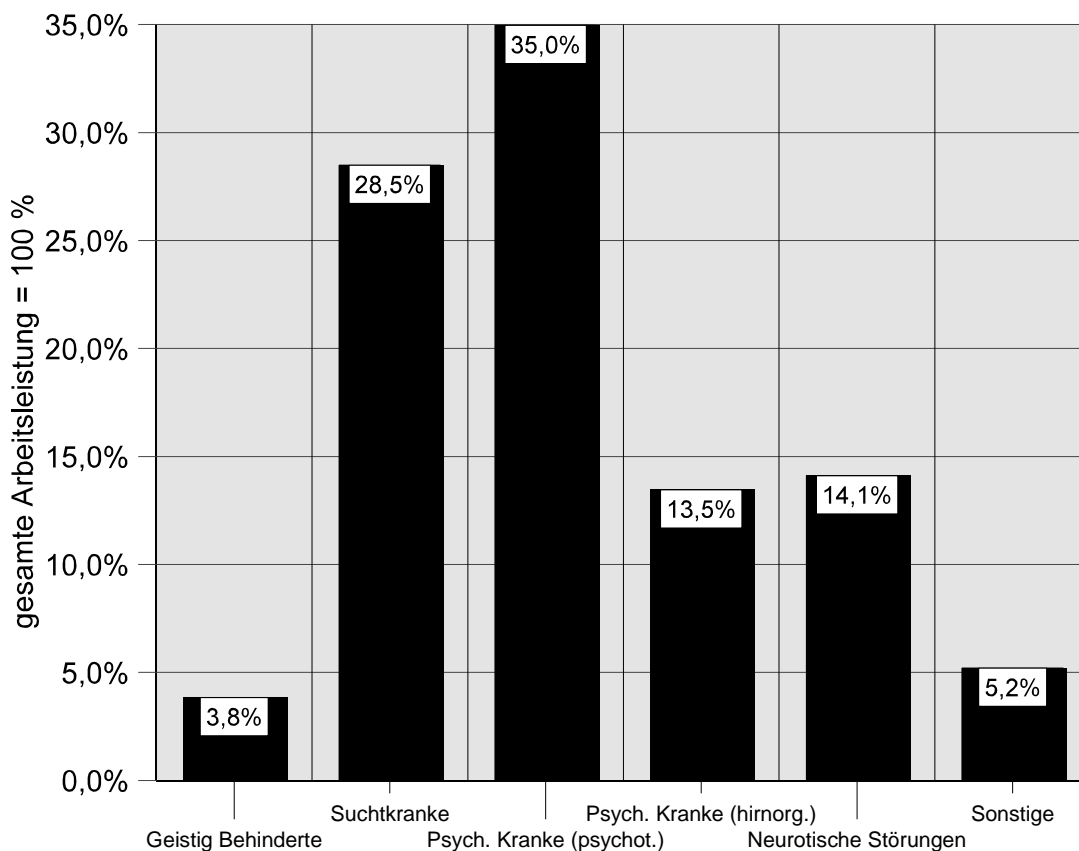
Bewertungsparameter

Die Ergebnisse der Frage dienen zunächst der rein quantitativen Erfassung der von bestimmten Betreuungsgruppen ausgehenden Arbeitsbelastung. Eine über den rein deskriptiven Stellenwert hinausgehende Bedeutung kommt den Daten nicht zu.

Die Auswertung der gewonnenen Daten belegt, daß die betreute Gruppe der psychisch Kranken und Psychotiker die am zeitaufwendigste Betreuung mit fast 35 % Anteilen erfordert. Der Personenkreis der Suchtkranken bindet mit 28,5 % ebenfalls einen relativ hohen Zeitaufwand. Auf Klienten mit hirnorganischen und neurotischen Störungen verwenden die befragten Dienste jeweils etwa 1/7 ihrer Gesamtarbeitszeit. Mit 5 bzw. 4 % sind die Zeitanteile zur Betreuung von geistig Behinderten und Klienten mit sonstigen Symptomatikern verhältnismäßig gering.

Die graphische Darstellung veranschaulicht die im Durchschnitt aufgewendeten Anteile der insgesamt verfügbaren Betreuungszeiten:

ABBILDUNG 4-14:
ZEITAUFWAND ZUR BETREUUNG BESTIMMTER PERSONENGRUPPEN



Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Die gefundenen Inanspruchnahmequoten durch bestimmte Klientengruppen entsprechen den Erwartungen für diesen Bereich der ambulanten Betreuung. Sie korrespondieren hinsichtlich ihrer Verteilung mit den Befunden der IES-ERHEBUNG aus 1991. Hier lauten die entsprechenden Angaben: Geistig Behinderte [nicht erhoben], Suchtkranke 25,1 %, Psychisch Kranke (Psychosen und depressive Zustände) 34,0 %, Psychisch Kranke (hirnorg.) [nicht erhoben], Neurotische Störungen (incl. psychosomatische Erkrankungen) 10,3 %, Sonstige [nicht ausgewiesen].⁴¹⁵

Unterschiedliche Erhebungsmethodik und Begrifflichkeit lassen einen direkten Vergleich beider Untersuchungen nicht zu.

Forschungsinteresse

Mit diesen vier Fragen ist beabsichtigt, nähere Informationen zur Struktur der von den Sozialpsychiatrischen Diensten behandelten bzw. betreuten Klientel zu erhalten. Der Terminus "behandelt" wurde deshalb in die Fragestellungen aufgenommen, weil § 3 Abs. 2 Satz 1 Nds.PsychKG 1978 zwar die "rechtzeitige ärztliche Behandlung" fordert, jedoch offenläßt, ob diese auch von abhängig beschäftigten Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes geleistet werden kann⁴¹⁶ Es wird jedoch im weiteren empirischen Verfahren auf die Differenzierung zwischen den Begriffen "Behandeln" und "Betreuen" verzichtet.

Im einzelnen ist beabsichtigt, durch die Fragen 411 bis 414 folgende Merkmale zu erheben:

in Frage 411:	Anzahl der Klienten;
in Frage 412:	Geschlechterproporz;
in Frage 413:	Altersverteilung und
in Frage 414:	Diagnosenverteilung.

In Frage 411 sollen nach Ermittlung der Betreuungszahlen Aussagen zur Inanspruchnahme der einzelnen Dienste formuliert werden. Durch Einbeziehung der jeweiligen Bevölkerungsziffern ist die Errechnung vergleichender Verhältniszahlen⁴¹⁷ beabsichtigt.

Die Frage 412 bezieht sich auf die Geschlechterverteilung bei den von den Diensten unter Frage 411 bezifferten Klienten. Das Befragungsergebnis soll insbesondere Abweichungen in der Gleichmäßigkeit der Verteilung beider Geschlechter verdeutlichen.⁴¹⁸

In Frage 413 wird die Altersstruktur der von den Diensten unter Frage 411 bezifferten Klienten erörtert. Die vorgegebene Untergliederung in sechs Altersgruppen entspricht der von den Diensten verwendeten Statistikbögen nach den Normen der Weltgesundheitsorganisation, der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD).⁴¹⁹ Eine inhaltliche Erklärung für den Umstand, daß die Altersvorgaben mit dem 18. Lebensjahr beginnen, wurde bereits unter Frage 409 abgegeben.⁴²⁰ Daß hier der niedersächsische Gesetzgeber eine Unterscheidung zu der Bestimmung im PsychKG NRW vorgenommen hat, welches in § 2 die Hilfen für "Personen aller Altersstufen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen"⁴²¹ vorsieht, wurde bereits an anderer Stelle angeführt.⁴²²

416 § 3 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978:

"(2) Durch vorsorgende Hilfen soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß der Betroffene bei Anzeichen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig ärztlich behandelt wird. Neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung werden diejenigen Hilfen gewährt, die zusätzlich erforderlich sind. Durch nachgehende Hilfen soll den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden. Die Hilfen treten nicht an die Stelle der Sozialleistungen, die nach anderen Vorschriften von anderen Stellen zu gewähren sind."

417 Die Inanspruchnahmerate wird hier im Sinne von behandelter bzw. administrativer Inanspruchnahme verwendet. vgl. hierzu u.a. HOLLINGSHEAD/REDLICH 1975, Seite 133 ff; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 65 ff

418 Der Anteil der Frauen an der Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen betrug im Jahre 1985 52,0 % (3.742.095), der der Männer 48,0 % (3.454.823). - Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVORWALTUNGSSAMT 1986 B, Seite 9

419 siehe auch die Ausführungen zu dieser Thematik unter Frage 414, vorliegender Band II der Arbeit, Seite 224 ff

420 siehe Frage 409 unter "Bewertungsparameter", vorliegender Band II der Arbeit, Seite 206 ff

421 vgl. NORDRHEIN-WESTFALEN: § 2 PsychKG NRW 1969: "Die Hilfen sollen Personen aller Altersstufen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und Betreuung befähigen, ein der Gemeinschaft angepaßtes Leben zu führen. ..."

422 siehe vorliegender Band II der Arbeit, Seite 206, "Bewertungsparameter", 1. Absatz

Konsequenzen dieser unterschiedlichen normativen Festlegungen spiegeln sich entsprechend in den Berichten aus dem Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit wider: So wird beispielsweise aus dem Modellprojekt Köln die Angabe betreuter Klienten mit "jünger als 18 Jahre"⁴²³ angegeben; im Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Steinburg in Itzehoe (Schleswig-Holstein) wurden während der Modellprojektphase sogar Klienten im Lebensalter von unter 4 Jahren betreut,⁴²⁴ während sich beispielsweise in den Berichten über die in Niedersachsen durchgeführten Modellprojekte Hannover und Uelzen deutliche Hinweise darauf finden, daß die Zielgruppe der betreuten Klientel erst mit Eintritt in das Erwachsenenalter beginnt.⁴²⁵ Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang das Modellprojekt Varel, innerhalb dessen auch eine Betreuung von Klienten in der Altersgruppe von 0 -18 Jahren erfolgte.⁴²⁶ Es ist beabsichtigt, die Altersverteilung betreuter Klienten in den Diensten mit der Altersstruktur der Wohnbevölkerung abzugleichen, um auf diese Weise Übereinstimmungen und Abweichungen festzustellen.

Die Frage 414 soll Auskunft über die Verteilung der Diagnosezuschreibungen beim Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste geben. In der Fragestellung sind weitere Differenzierungen nach Altersgruppen (analog zu Frage 413) und Geschlechtszugehörigkeit (analog zu Frage 412) vorgesehen.

Bewertungsparameter

Die Erhebung des quantitativen Datenmaterials zu den Fragen 411 bis 414 erfolgt durchgängig auf der Basis des in den Diensten ohnehin verwendeten statistischen Verfahrens nach den Normen der Weltgesundheitsorganisation, der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD).⁴²⁷ Insoweit kann von einer Vergleichbarkeit der Daten unterhalb der verschiedenen Dienste ausgegangen werden.

Eine Vergleichbarkeit der zu ermittelnden Inanspruchnahmeraten mit anderen Verhältniszahlen ist wegen der Unterschiedlichkeit zugrundeliegender Erfassungsmodalitäten problematisch. Vergleichbar sind streng genommen nur solche Zahlen, die unter gleichen Voraussetzungen, d.h. unter Verwendung des vorerwähnten ICD-Verfahrens, gewonnen bzw. errechnet werden. Für die Sozialpsychiatrischen Dienste des Landes Niedersachsen existiert hierzu lediglich ein durch das Niedersächsische Sozialministerium im Jahre 1984 ermittelter Anhaltswert. Eine weitere Angabe bezieht sich auf die 16 Landkreise und kreisfreien Städte des Regierungsbezirkes Weser-Ems.

Die Inanspruchnahmerate gibt die Anzahl der aufgetretenen Fälle bezogen auf 1.000 Einwohner der jeweiligen Wohnbevölkerung an:

423 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 216, Abbildung 3.3

424 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 240, Abbildung 2

425 **Projekt Hannover:** "Berücksichtigt man, daß beide ambulanten Dienste definitionsgemäß keine jünger als 18 bzw. 16 Jahre alten Patienten betreuen, so zeigt sich, daß in beiden Patientengruppen, besonders aber im Bereich der Beratungsstelle, die über 60-jährigen überrepräsentiert sind."; BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 95 f

Projekt Uelzen: "Mit ein Grund für die abweichende Altersstruktur liegt sicher darin, daß der Dienst besondere Arbeitsfelder, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, ... nicht in seine Arbeit einbezieht und Alterskranke zum großen Teil auch anderweitig versorgt werden."; BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 36 f

426 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164), Seite 59 f; siehe auch KÜTTNER/WIGBERS 1980, Seite 122

427 In den Diensten werden durch das Niedersächsische Landesverwaltungsamt über die Bezirksregierungen jeweils zum Schluß eines Kalenderjahres mittels eines 2 DIN-A-4-Seiten umfassenden standardisierten Fragebogens "Tätigkeit des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke und Süchtige" - Formblätter 9,0 (1) und 9,0 (2) Jahresgesundheitsbericht - Daten zur Erstellung des Jahresgesundheitsberichtes der Landesregierung erhoben. Diese Erhebung erfolgt - Stand: 1985 - nach der 8. Revision des ICD-Diagnoseschlüssels (ICD = International Classification of Diseases) aus dem Jahre 1969.

Sozialpsychiatrische Dienste Land Niedersachsen 1984: Inanspruchnahmerate = 2,857⁴²⁸
 Sozialpsychiatrische Dienste Regierungsbezirk Weser-Ems 1983: Inanspruchnahmerate = 3,320⁴²⁹

Weiteres Datenmaterial zu den Inanspruchnahmeraten, das jedoch nicht mit den bisherigen Verhältniszahlen vergleichbar ist, kann dennoch zur Orientierung benutzt werden:

ÜBERSICHT: INANSPRUCHNAHMERATE SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE
 (BEZOGEN AUF 1.000 EINWOHNER WOHNBEVÖLKERUNG)

Einzugsbereich	Einwohner	Jahr	Klientenzahl	Inanspruchnahmerate
Landkreis Uelzen	95.872	1980	629	6,561
Landkreis Hameln-Pyrmont	155.765 ⁴³⁰	1983	1.000 ⁴³¹	6,420
Stadt Hannover	120.000 ⁴³²	1979	691 ⁴³³	5,758
Landkreis Uelzen ⁴³⁴	95.917	1979	547	5,703
Landkreis Uelzen	96.178	1978	506	5,216
Landkreis Uelzen	96.576	1977	498	5,157
LK und Stadt Oldenburg	238.178 ⁴³⁵	1984	1.200 ⁴³⁶	5,038
Landkreis Hörter ⁴³⁷	141.892	1984	528	3,721
Landkreis Hörter	142.283	1983	466	3,275
LK Steinburg (Itzehoe)	130.000 ⁴³⁸	1983	385 ⁴³⁹	2,962
Landkreis Hörter	143.228	1982	355	2,479
Landkreis Hörter	143.884	1981	292	2,029
Landkreis Hörter	143.860	1980	258	1,793

428 "Nach einer 1984 durchgeführten Untersuchung zum Aufgabenspektrum hatte innerhalb eines Monats jeweils einer von rund 350 Bürgern in Niedersachsen Kontakte zu Mitarbeitern eines Sozialpsychiatrischen Dienstes." - WINDORFER/HEINZE/FOX 1987, Seite 27

Land Niedersachsen 1984:

Einwohner 7.203.471
 Erkrankte 20.581
 Inanspruchnahmerate 2,857

vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 40

429 **Regierungsbezirk Weser-Ems 1983:**

Einwohner 2.122.311
 Erkrankte 7.047
 Inanspruchnahmerate 3,320

vgl. BOPP 1985, Seite 59, Tabelle VII

430 NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1969-1986 (1984), Seite 115

431 FISCHER 1984, Seite 61

432 Stadt Hannover: Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Hannover-Linden, Einzugsbereich des Sektors 120.000 Einwohner, Stand 1977-1980; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 25 und Seite 39

433 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 52 f, Tabelle 6

434 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165), Seite 35, Abbildung 2; NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1969-1986, a.a.O.

435 Stadt Oldenburg: 138.469 Einwohner
 Landkreis Oldenburg: 99.709 Einwohner
 Zusammen: 238.178 Einwohner

vgl. NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1969-1986 (1985), Seite 117

436 vgl. BIELL 1986, Seite 225

437 Alle hier verwendeten Einwohner- und Klientenzahlen des Landkreises Hörter bzw. des Sozialpsychiatrischen Dienstes Brakel entstammen: BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 67, Tabelle 3

438 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 205

439 Oktober 1980 bis August 1983 = 1.124 Klienten; umgerechnet auf ein Jahr = $\frac{1.124 \times 12}{35} =$ 385 Klienten

vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 238 ff

Datenanalyse

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Erhebung zu Frage 411 in absoluten Zahlenwerten und die sich ergebenden Inanspruchnahmeraten:

TABELLE 4-5:
ANZAHL DER BEHANDELTEN BZW. BETREUTEN KLIENTEN

Kommune	Anzahl der betreuten bzw. behandelten Klienten	Errechnete Inanspruchnahmeraten der Regionen
Landkreis Aurich	221	1,3
Stadt Emden	198	4,0
Landkreis Celle	485	2,9
Stadt Osnabrück	437	1,8
Landkreis Grafschaft Bentheim	211	2,4
Landkreis Osterholz	225	2,4
Landkreis Verden	455	4,0
Landkreis Uelzen	621	6,6
Landkreis Lüchow-Dannenberg	164	3,4
Landkreis Schaumburg	294	1,98
Landkreis Hannover	2.926	5,4
Landkreis Hildesheim	565	2,0
Landkreis Gifhorn	284	2,2
Stadt Wolfsburg	./.	./.
Landkreis Osterode	253	2,9
Landkreis Goslar	329	2,0
Stadt Salzgitter	2.206	20,7
Stadt Braunschweig	1.356	5,4
Landkreis Göttingen	841	3,2
Landkreis Helmstedt	1.358	14,1
Landkreis Rotenburg	399	2,9
Landkreis Emsland	./.	./.
$\sum_{(n=20)}$	\sum 13.828	\emptyset 4,296

Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

In Tabelle 4-5 wird dokumentiert, daß den Angaben von 20 Diensten zufolge im Jahre 1985 insgesamt 13.828 Klienten betreut bzw. behandelt wurden. Diese Dienste versorgen eine Population in der Größenordnung von 3.218.579 Einwohnern, das sind 44,7 % des gesamten Landes Niedersachsen.⁴⁴⁰ Wird die erhobene Anzahl auf das Land hochgerechnet, so ist von 30.948 Klienten auszugehen. Das heißt: Einer von jeweils rd. 230 Bürgern in Niedersachsen hatte im Jahre 1985 Kontakte zu Mitarbeitern eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Auf den September des Vorjahres bezogene Ermittlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums führten - wie bereits erwähnt - zu dem Ergebnis: "einer von jeweils rd. 350 Bürgern ..." ⁴⁴¹

440 Bevölkerung Niedersachsen 1985 gesamt: 7203471 Einwohner
Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSSAMT 1986 A, Seite 9

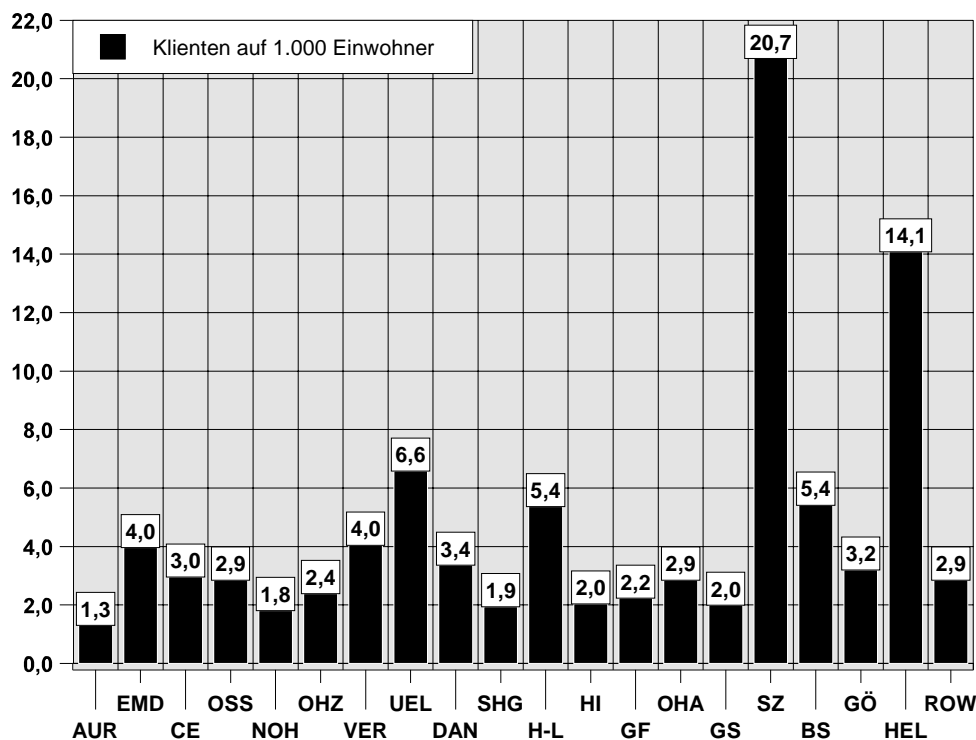
$\frac{3218579}{7203471} = 44,68094 \%$

441 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 40

Unter Einbeziehung der Bevölkerungsziffern errechnen sich die in der vorstehenden Tabelle 4-5 ausgewiesenen Inanspruchnahmeraten für die befragten Regionen. Es ergibt sich für den Versorgungsbereich der 20 einbezogenen Dienste ein Mittelwert von 4,296 Klienten auf 1.000 Einwohner. Dieser Wert liegt vergleichsweise zu den vorhandenen Daten für das Land Niedersachsen (2,857) und den Regierungsbezirk Weser-Ems (3,320)⁴⁴² relativ hoch. Teilweise ist dies auf zwei statistische "Ausreißer" zurückzuführen: Für die Stadt Salzgitter und den Landkreis Helmstedt wurden mit 20,702 bzw. 14,075 Klienten auf 1.000 Einwohner der Regionen Inanspruchnahmeraten in etwa 5-facher bzw. 3½-facher Höhe des Durchschnittswertes ermittelt. Die Ursachen hierfür sind nicht bekannt. Werden die "Ausreißer" statistisch nicht berücksichtigt, läßt sich der Mittelwert von 18 Diensten mit 3,178 Klienten auf 1.000 Einwohner errechnen. Mit dieser Quote erfolgt eine Annäherung an den im Jahre 1983 für den Regierungsbezirk Weser-Ems ermittelte Wert.

Die Gegenüberstellung der für unterschiedliche Regionen (N=20) ermittelten Raten läßt eine Abweichung vom Mittelwert 4,296 in einer Breite von minus 2,993 bis plus 16,406 erkennen. Die Varianz beträgt 21,09, die Standardabweichung 4,59. Der Dienst des Landkreises **Aurich** verfügt mit einer Quote von 1,3 über die niedrigste, der des Landkreises Uelzen mit 6,6 über die höchste Rate, abgesehen von den beiden statistischen "Ausreißern" Stadt Salzgitter und Landkreis Helmstedt mit 20,702 bzw. 14,075 Klienten auf 1.000 Einwohner. - Die unterschiedlichen Inanspruchnahmeraten werden in der folgenden Abbildung dargestellt:

ABBILDUNG 4-15:
INANSPRUCHNAHMERATEN BEI DEN SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN



Quelle: eigene Berechnungen

442 siehe vorliegender Band II der Arbeit, Seite 214

Bei der Erhebung der Geschlechtszugehörigkeit der angegebenen Klienten sollen zunächst vier Werte als Maßstab einer Bewertung der Befragungsergebnisse dienen: Zum einen die jeweiligen Geschlechterverteilungen innerhalb der Wohnbevölkerung der einzelnen Kommunen,⁴⁴³ zum zweiten der Geschlechterproporz der anteilig auf die Einzugsbereiche der befragten Dienste entfallenen Bevölkerungszahl;⁴⁴⁴ zum dritten der aus den befragten Diensten zu errechnende Mittelwert der Geschlechterverteilung betreuter Klienten und zum vierten die Information über die Verteilung der Geschlechter innerhalb der Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen (Anteil der Frauen im Jahre 1985: 52,0 %; Anteil der Männer: 48,0 %).⁴⁴⁵

443	Nr. Kommune	Einwohner		weiblich		männlich	
		absolut	absolut	relativ	absolut	relativ	
	01. Landkreis Aurich	169.548	88.336	0,52	81.212	0,48	
	02. Stadt Emden	49.968	26.235	0,53	23.733	0,47	
	03. Landkreis Celle	164.277	86.110	0,52	78.167	0,48	
	04. Stadt Osnabrück	153.320	82.529	0,54	70.791	0,46	
	05. Landkreis Grafschaft Bentheim	116.473	60.140	0,52	56.333	0,48	
	06. Landkreis Osterholz	94.316	47.428	0,50	46.888	0,50	
	07. Landkreis Verden	112.562	57.632	0,51	54.930	0,49	
	08. Landkreis Uelzen	94.316	48.640	0,52	45.676	0,48	
	09. Landkreis Lüchow-Dannenberg	48.773	25.480	0,52	23.293	0,48	
	10. Landkreis Schaumburg	151.562	79.504	0,52	72.058	0,48	
	11. Landkreis Hannover	546.139	282.205	0,52	263.934	0,48	
	12. Landkreis Hildesheim	278.646	148.459	0,53	130.187	0,47	
	13. Landkreis Gifhorn	127.414	63.569	0,50	63.845	0,50	
	14. Landkreis Osterode	88.624	47.280	0,53	41.344	0,47	
	15. Landkreis Goslar	165.389	86.889	0,53	78.500	0,47	
	16. Stadt Salzgitter	106.560	56.500	0,53	50.060	0,47	
	17. Stadt Braunschweig	250.731	135.370	0,54	115.361	0,46	
	18. Landkreis Göttingen	263.334	135.181	0,51	128.153	0,49	
	19. Landkreis Helmstedt	96.483	50.775	0,53	45.708	0,47	
	20. Landkreis Rotenburg	140.144	70.573	0,50	69.571	0,50	
	Summen	3.218.579	1.678.835	∅ 0,52	1.539.744	∅ 0,48	

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A, Seite 8 f

444 Summe der Einwohner aus den Einzugsbereichen der 20 Dienste = 3.218.579; davon weibli. = 1.678.835 (52 %); davon männlich = 1.539.744 (48 %).

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A, Seite 8 f

445 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B, Seite 9

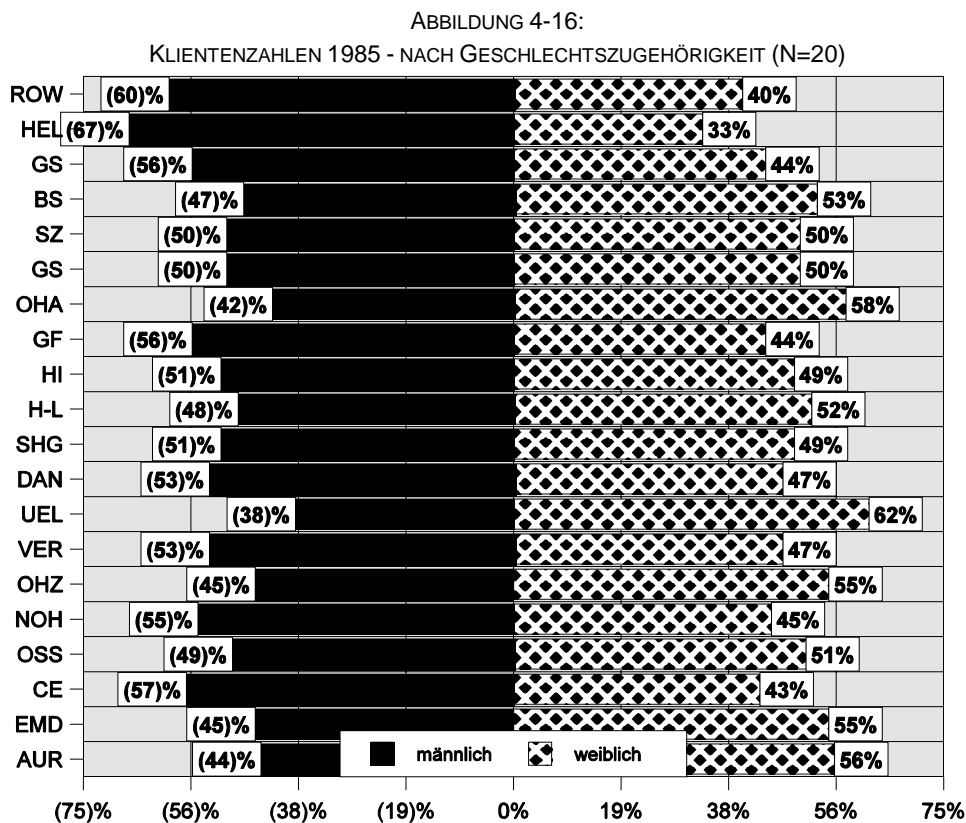
TABELLE 4-6:
ABSOLUT- UND RELATIVVERTEILUNG DER KLIENTEN NACH GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT

Kommune	Geschlechtszugehörigkeit der Klienten von Sozialpsychiatrischen Diensten (absolute Zahlen)		Geschlechtszugehörigkeit der Klienten von Sozialpsychiatrischen Diensten (relative Zahlen)	
	♀	♂	♀	♂
Landkreis Aurich	124	97	56	44
Stadt Emden	109	89	55	45
Landkreis Celle	210	275	43	57
Stadt Osnabrück	222	215	51	49
Landkreis Graftschaft Bentheim	95	116	45	55
Landkreis Osterholz	123	102	55	45
Landkreis Verden	214	241	47	53
Landkreis Uelzen	386	235	62	38
Landkreis Lüchow-Dannenberg	77	87	47	53
Landkreis Schaumburg	143	151	49	51
Landkreis Hannover	1.523	1403	52	48
Landkreis Hildesheim	279	286	49	51
Landkreis Gifhorn	125	159	44	56
Stadt Wolfsburg	./.	./.	./.	./.
Landkreis Osterode	146	107	58	42
Landkreis Goslar	164	165	50	50
Stadt Salzgitter	1.110	1.096	50	50
Stadt Braunschweig	716	640	53	47
Landkreis Göttingen	374	467	44	56
Landkreis Helmstedt	442	916	33	67
Landkreis Rotenburg	160	239	40	60
Landkreis Emsland	./.	./.	./.	./.
\sum (n=20)	\sum 6.742	\sum 7.086	ϕ 49	ϕ 51

Quelle: eigene Erhebungen

Während in Tabelle 4-6 die Spalten zwei und drei das Befragungsergebnis aus 20 Sozialpsychiatrischen Diensten in absoluten Zahlen widerspiegelt, beinhalten die nächsten beiden Spalten die daraus errechneten Relativwerte. Danach ergibt sich bei den befragten Diensten im Durchschnitt ein Anteil von 49 % durch Sozialpsychiatrische Dienste betreute Frauen, während der Anteil der Männer bei 51 % liegt. Bezogen auf Relationen bei der Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen (Anteil der Frauen im Jahre 1985: 52,0 %; Anteil der Männer: 48,0 %) ⁴⁴⁶ treten bei den Diensten männliche Klienten leicht überproportional in Erscheinung, während der Frauenanteil unterrepräsentiert ist. Wird vom Geschlechterproporz der anteilig auf die Einzugsbereiche der

20 befragten Dienste entfallenen Bevölkerungszahl ausgegangen, so ist das Ergebnis gleichlautend, da von gleichen Verhältniszahlen auszugehen ist.⁴⁴⁷ Die folgende Graphik verdeutlicht die unterschiedlichen Anteile in der Verteilung der Geschlechter innerhalb der von den Diensten betreuten Populationen:



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

Abweichungen ergeben sich bei den deutlich überproportionalen Anteilen betreuter weiblicher Klienten bei den Diensten der Landkreise Uelzen, Osterode, Aurich und der Stadt Braunschweig, während der Anteil der betreuten männlichen Klienten bei den Diensten der Landkreise Rotenburg, Helmstedt, Göttingen, Gifhorn, Grafschaft Bentheim und Celle überproportional hervortritt.

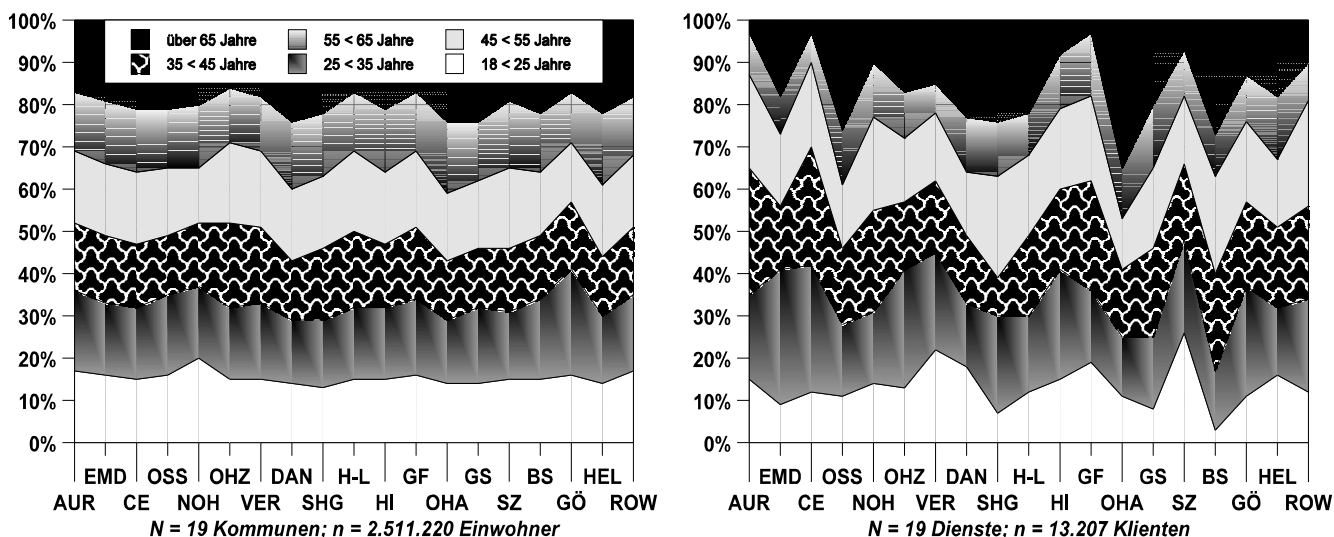
Am deutlichsten sind die Abweichungen beim Dienst des Landkreises Helmstedt (16-20 % mehr betreute Männer als Frauen im Verhältnis zu den Vergleichsdaten) und beim Landkreis Uelzen (10-13 % mehr betreute Frauen als Männer im Verhältnis zu den Vergleichsdaten).

Die Auswertung der Befragungsergebnisse kann nur in deskriptiver Weise erfolgen. Darüber hinausgehende Analysen wären rein spekulativer Natur.

447 Der Anteil der Frauen an der Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen betrug 1985: 52,0 % (3.742.095), der der Männer 48,0 % (3.454.823). Einwohner aus den Einzugsbereichen der 20 befragten Dienste = 3.218.579; davon weiblich = 1.678.835 (52 %); davon männlich = 1.539.744 (48 %).
Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A, Seite 8 f

Nachfolgend werden die Altersverteilungen innerhalb der jeweils von den Diensten betreuten Klientel den Anteilen der Altergruppen⁴⁴⁸ an der Wohnbevölkerung der jeweiligen Regionen⁴⁴⁹ dargestellt. Aus Gründen unvollständiger Daten können nur 19 Dienste einbezogen werden:

ABBILDUNG 4-17:
ALTERSVERTEILUNG WOHNBEVÖLKERUNG NIEDERSACHSEN 1985 VERSUS
ALTERSVERTEILUNG BETREUTES KLIENTEL DER DIENSTE INSGESAMT



Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B, Seite 16 ff

Quelle: eigene Erhebungen

Anhand der Gegenüberstellungen der Altersverteilungen in den vorstehenden Abbildungen lassen sich Unterschiede in der Zusammensetzung der durch Sozialpsychiatrische Dienste betreuten Klientel im Vergleich zur Altersverteilung der jeweils darauf bezogenen Wohnbevölkerung der Regionen erkennen. Diese globale Übersicht der Unterschiede soll deutlicher erarbeitet werden:

448 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B, Seite 16 ff

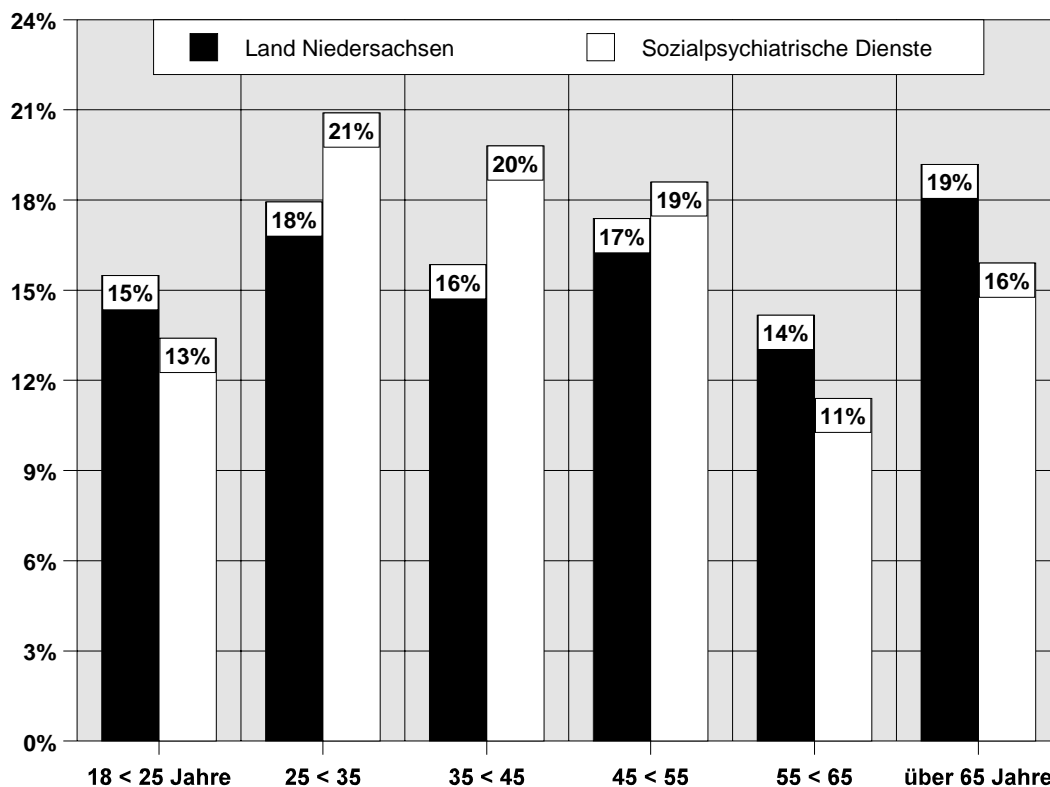
449 **Wohnbevölkerung 1985** (ohne Altersgruppe 0 - 18 Jahre)

01. AUR	=	Landkreis Aurich	128.966
02. EMD	=	Stadt Emden	39.134
03. CE	=	Landkreis Celle	129.616
04. OSS	=	Stadt Osnabrück	127.305
05. NOH	=	Landkreis Grafschaft Bentheim	87.472
06. OHZ	=	Landkreis Osterholz	75.016
07. VER	=	Landkreis Verden	89.107
08. DAN	=	Landkreis Lüchow-Dannenberg	38.951
09. SHG	=	Landkreis Schaumburg	123.073
10. H-L	=	Landkreis Hannover	439.735
11. HI	=	Landkreis Hildesheim	223.930
12. GF	=	Landkreis Gifhorn	100.513
13. OHA	=	Landkreis Osterode	71.755
14. GS	=	Landkreis Goslar	137.290
15. SZ	=	Stadt Salzgitter	85.258
16. BS	=	Stadt Braunschweig	207.902
17. GÖ	=	Landkreis Göttingen	219.524
18. HEL	=	Landkreis Helmstedt	77.549
19. ROW	=	Landkreis Rotenburg	109.194
Summe:			2.511.290

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B, Seite 16 ff

Die folgende graphische Übersicht enthält neben den ermittelten Betreuungszahlen der 19 Dienste die jeweiligen Anteile der entsprechenden Altersgruppen an der gesamten Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen:

ABBILDUNG 4-18:
ALTERSVERTEILUNG 1985 - WOHNBEVÖLKERUNG VERSUS BETREUTES KLIENTEL SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE



Quelle: NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B, Seite 8 f und eigene Erhebungen

Die Gegenüberstellung der ermittelten Betreuungszahlen aus 19 Diensten mit den jeweiligen Anteilen der entsprechenden Altersgruppen an der gesamten Wohnbevölkerung des Landes Niedersachsen führt zu der Erkenntnis, daß Sozialpsychiatrische Dienste vorrangig ein Klientel zwischen 25 und 55 Jahren betreuen. Diese Altersgruppen treten bei den Diensten - gemessen an ihren Bevölkerungsanteilen - überproportional in Erscheinung, während im Bereich jüngerer Menschen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren und Personen ab dem 55. Lebensjahr eine geringere Betreuungstätigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste zu verzeichnen ist.

Die Altersverteilungen der betreuten Klientel der 19 einbezogenen Dienste im einzelnen zeigt teilweise deutliche Unterschiede:

Im Bereich der betreuten Klientel der 18-25 jährigen sind Auffälligkeiten bei den Diensten der Städte Salzgitter und Braunschweig zu verzeichnen: Während diese Altersgruppe in der Stadt Salzgitter etwa ¼ aller betreuten Personen des Dienstes umfaßt, beträgt sie für den Dienst der Stadt Braunschweig lediglich 3 %. Die Ursachen hierfür können im einzelnen nicht erörtert werden; fest steht jedoch, daß die Gründe in beiden Fällen nicht in überdurchschnittlichen Anteilen jener Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung der Regionen zu sehen sind.

Die Altersgruppe der 25-35jährigen tritt am seltensten in den Diensten der Landkreise Lüchow-Dannenberg und Osterode sowie der Stadt Braunschweig in Erscheinung. Dies entspricht bezüglich der beiden Landkreise in etwa den proportionalen Bevölkerungsanteilen. In der Stadt Braunschweig ist jene Altersgruppe jedoch überdurchschnittlich repräsentiert, so daß von einer deutlichen Unterrepräsentierung jener Klientel im Sozialpsychiatrischen Dienst ausgegangen werden muß. Die größte überproportionale Ausprägung mit etwa $\frac{1}{3}$ aller betreuten Klienten ist - bei durchschnittlichen Bevölkerungsanteilen jener Altersgruppe - für den Dienst der Stadt Emden feststellbar. Deutliche Überrepräsentationen existieren ebenso für die Dienste der Landkreise Celle, Hildesheim und Schaumburg.

In der Altersgruppe der 35-45jährigen treten Auffälligkeiten der Dienste Aurich, Celle, Grafschaft Bentheim, Gifhorn und Schaumburg hervor: Während bei den ersten vier erwähnten Diensten jene Altersgruppe - im Gegensatz zum adäquaten Anteil an der Wohnbevölkerung jener Regionen - überproportional in Erscheinung tritt, ist der Dienst des Landkreises Schaumburg dadurch gekennzeichnet, daß jene Altersgruppe lediglich 9 % der insgesamt betreuten Klienten umfaßt. An der Wohnbevölkerung des Landkreises Schaumburg (18jährige und älter) beträgt der Anteil dieser Altersgruppe 16 %.

Die Altersgruppe der 45-55jährigen tritt am deutlichsten in den Diensten der Landkreise Rotenburg und Schaumburg sowie der Stadt Braunschweig in Erscheinung. Da der jeweilige Bevölkerungsproportz jener Altersgruppe in den genannten Regionen keine Auffälligkeiten aufweist und sich dem Durchschnittswert von 17,4 % annähert, kann davon ausgegangen werden, daß die Altersgruppe in jenen Diensten tatsächlich überproportional in Erscheinung tritt. - Im Landkreis Osterode ist der gegenteilige Effekt zu beobachten: Bei den Betreuungszahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes tritt die Altersgruppe unterrepräsentiert mit einem Anteil von 12 % in Erscheinung, während ihr Bevölkerungsanteil mit 17 % etwa dem Landesdurchschnitt entspricht.

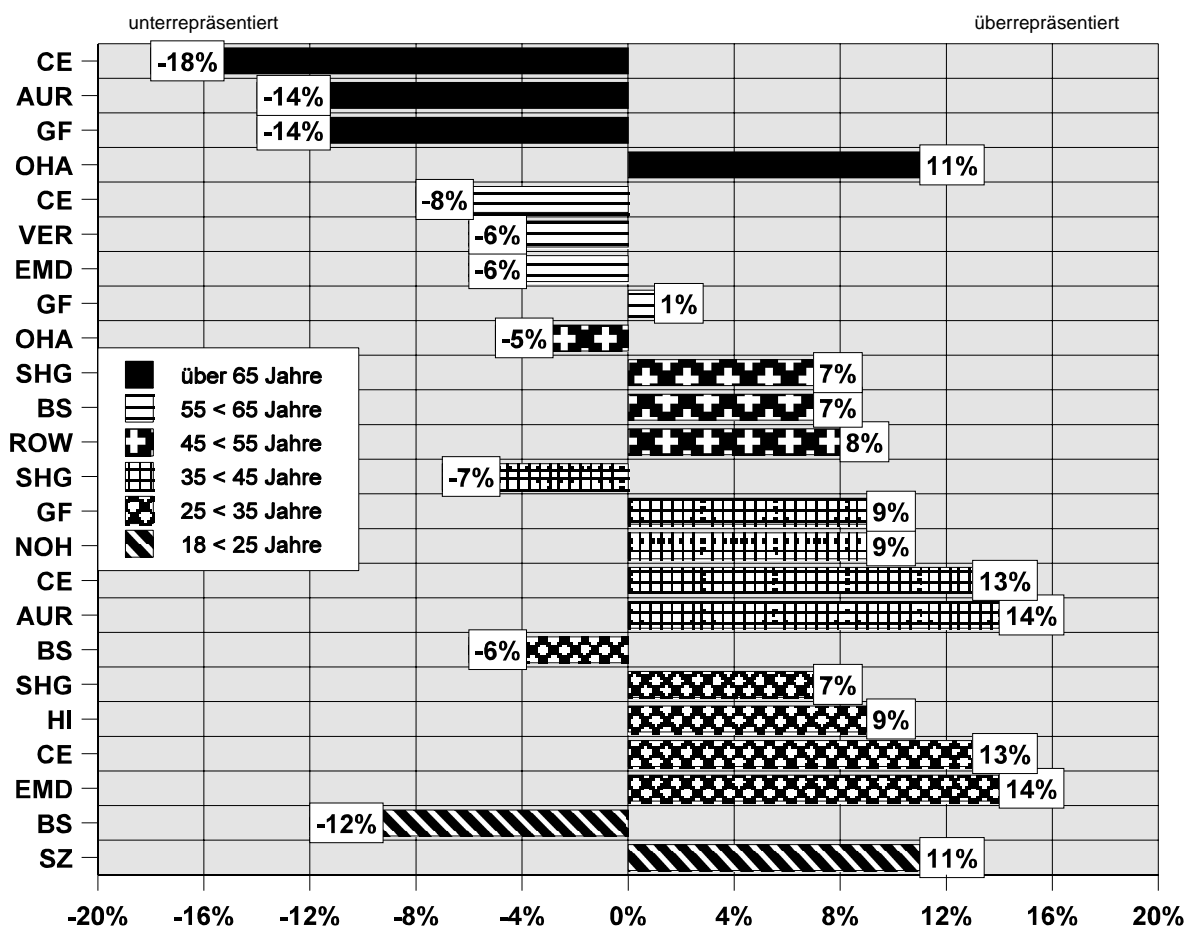
Bei der Altersgruppe der 55-65jährigen spiegeln sich nur im Falle des Dienstes des Landkreises Goslar die quantitativen Anteile der Wohnbevölkerung jener Region wider. Darüber hinaus tritt jene Altersgruppe beim Dienst des Landkreises Gifhorn etwas stärker in Erscheinung als es ihrem relativen Bevölkerungsanteil entspricht. In allen übrigen Diensten sind Klienten im Alter von 55-65 Jahren unterrepräsentiert. Die deutlichsten Beispiele hierfür können für die Landkreise Celle und Verden sowie die Stadt Emden angegeben werden.

Die Altersgruppe der über 65jährigen ist in den 19 befragten Diensten sehr unterschiedlich repräsentiert. Die Variationsbreite (total range) um den Mittelwert von 15,9 % umfaßt 32 %. Die größte Ausprägung im Bereich der Betreuung jener Altersgruppe kann für den Dienst des Landkreises Osterode festgestellt werden, dessen Klientel zu mehr als $\frac{1}{3}$ aus Personen besteht, die über 65 Jahre alt sind. Geringe Anteile dagegen nimmt die gleiche Altersgruppe bei den Diensten der Landkreise Aurich, Celle und Gifhorn mit jeweils 3 % ein. Gemessen an den Altersverteilungen der Wohnbevölkerung der jeweiligen Regionen bleibt für den Landkreis Osterode eine deutliche Überrepräsentierung festzuhalten, während der Landkreis Celle vor Aurich und Gifhorn deutlich unterrepräsentierende Zahlen aufweist.

Folgende Zusammenfassung der wichtigsten Kernaussagen vorstehender Einzelauswertungen zu Frage 413 basiert auf der Betrachtung der Diskrepanzen zwischen den relativen Anteilen der betreuten Klientel der jeweiligen Altersgruppen zu den proportionalen Anteilen der darauf bezogenen regionalen Bevölkerungspopulationen.

Der Transparenz wegen soll die Zusammenfassung einiger Auffälligkeiten zunächst in der grafischen Darstellung erfolgen:

ABBILDUNG 4-19:
DURCHSCHNITTSABWEICHUNGEN IN DER BETREUUNG BESTIMMTER ALTERSGRUPPEN



Quelle: eigene Berechnungen

Die vorstehende Abbildung läßt erkennen, daß der Dienst der Stadt Braunschweig die deutlichsten Auffälligkeiten aufweist: Während die Altersgruppen der 18- bis 25-jährigen und 25- bis 35-jährigen jeweils unterrepräsentiert erscheinen, erfolgt eine überproportionale Konzentration auf die Altersgruppe der 45- bis 55-jährigen. Auch im Bereich der Altergruppe der 35- bis 45-jährigen und bei den über 65-jährigen besteht ein Überhang in der Betreuung, während die Altersgruppe der 55- bis 65-jährigen unterrepräsentiert ist.

Eine deutliche Konzentration in der Betreuung der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen erfolgt im Dienst der Stadt Salzgitter, während sich die Dienste der Landkreise Celle, Hildesheim, Schaumburg und der Stadt Emden verstärkt mit der Altersgruppe der 25- bis 35-jährigen Klienten befassen. Die Dienste der Landkreise Aurich, Celle, Grafschaft Bentheim und Gifhorn haben den Schwerpunkt ihrer Betreuungsarbeit auf die Altersgruppe der 35- bis 45-jährigen ausgerichtet, während in den Diensten der Landkreise Rotenburg und Schaumburg (und, sowie bereits erwähnt, in der Stadt Braunschweig) das Hauptaugenmerk in der Betreuung der Klienten im Alter von 45 bis 55 Jahren angesiedelt ist. Die deutlichste überproportionale Betreuung in der Altersgruppe der 55- bis 65-jährigen findet im Dienst des Landkreises Gifhorn statt, während sich der Dienst des Landkreises Osterode verstärkt auf die Altersgruppe der über 65 Jahre alten Klienten konzentriert.

Klienten im Alter von 35 bis 45 Jahren sind in der Betreuung durch den Dienst des Landkreises Schaumburg deutlich unterrepräsentiert. Dies gilt analog für die Altersgruppe der 45- bis 55-jährigen in Osterode sowie für die Altersgruppe der 55- bis 65-jährigen in den Diensten der Landkreise Verden, Celle sowie der Stadt Emden. Ältere Klienten (über 65 Jahre alt) nehmen in den Diensten der Landkreise Gifhorn, Aurich und Celle einen weniger bedeutenden Umfang in der Betreuungsarbeit ein.

Zur Frage der Diagnosen der in den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten und behandelten Patienten sollen die Ergebnisse der Frage 414 Aufschluß geben. Die quantitative Erhebung ist von einer Problematik behaftet, die an dieser Stelle thematisiert werden soll: Gemeint ist die nicht durchgängig gewährleistete Vergleichbarkeit der Daten. Dies ist ursächlich auf die Anwendung unterschiedlicher statistischer Erhebungs- und Dokumentationsverfahren in den Diensten rückführbar. Dieser Umstand ist bereits mehrfach aus verschiedenen Projekten des Modellverbundes "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" bekanntgeworden.⁴⁵⁰

Das einzige offizielle Erhebungsinstrumentarium zur Ermittlung der quantitativen "Tätigkeit des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke und Süchtige" ist ein 2 DIN-A-4-Seiten umfassender Fragebogen der Bezirksregierungen, basierend auf dem Diagnoseschlüssel ICD-68 aus dem Jahre 1969.⁴⁵¹ Dieses inzwischen veraltete Verfahren ist nur in begrenztem Umfang geeignet, die Tätigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste adäquat abzubilden. Das hängt zum einen wesentlich damit zusammen, daß das Instrumentarium aus einer Zeit stammt, in der noch keine Sozialpsychiatrischen Dienste existierten und somit besagter Fragenkatalog auf Tätigkeitserfassung der staatlichen Gesundheitsämter alter Prägung mit "Sozialhygienischen Sprechstunden" ausgerichtet war. Zum anderen erfolgt mit der statistischen Erhebung die Abfrage zahl-

**Landesarbeitsgemeinschaft
Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V.**

Landesarbeitsgemeinschaft sozialpsychiatrischer Dienste, Bürgerstraße 32b, 2900 Oldenburg

<small>Niedersächsischer Sozialminister Niedersächsisches Landes- verwaltungsamt -Statistik- Postfach 1 07 3000 Hannover</small>	<small>Bezirksregierungen - Medizinal-Referat - a) Braunschweig b) Hannover c) Lüneburg d) Weser-Ems</small>	<small>Geschäftsstelle Bürgerstraße 32b 2900 Oldenburg Tel.: 0441-85139</small>
--	--	---

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom _____ Ihr Zeichen, unsere Nachricht vom 17.108/145 Datum 5. Januar 1987

Jahresgesundheitsbericht, Tätigkeit des Gesundheitsamtes für psychisch Kranke und Süchtige, Blatt 9.0 (1) und 9.0 (2)

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch die 9. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sind im Bereich der psychischen Erkrankungen erhebliche Veränderungen in der Diagnoseeinteilung gegenüber der 8. ICD-Revision entstanden. Da zum Jahresgesundheitsbericht noch immer die Erhebungsbögen mit den Diagnosegruppen der 8. ICD-Revision verwendet werden, ist für die sozialpsychiatrischen Dienste eine ordnungsgemäße Erstellung der Jahresstatistik nicht möglich.

Die Einstufung von Patienten nach der ICD erfolgt größtenteils durch die Niedersächsischen Landeskrankenhäuser, privaten Nervenkliniken und psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern, in denen bereits seit Jahren nach der 9. ICD-Revision gearbeitet wird. Niedergelassene Nervenärzte verfahren in der Regel ebenfalls nach der 9. ICD-Revision.

Diagnosen, die nach der 9. ICD-Revision gestellt wurden, lassen sich nicht in die Systematik der 8. ICD-Revision übertragen.


Hinzu kommt noch ein weiterer Umstand: Einige Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nehmen per öffentlich-rechtlichen Vertrag Teilaufgaben des Nds. PsychKG wahr. In ihren Einrichtungen wird das betreute Klientel im Zweifel nach dem "Einrichtungszugehörigen Informationssystem" (EBIS) erfaßt. Die auf diese Weise ermittelten Daten lassen sich ebenso nicht in die ICD übertragen.

Um jedoch aussagefähige Statistiken zu erhalten, bedarf es eines einheitlichen Erhebungsinstrumentariums. Solange dieses nicht zugrundeliegt, ist ein statistisch signifikanter Jahresgesundheitsbericht hinsichtlich psychisch Kranker und Süchtiger nicht möglich.

Wir halten es für dringend notwendig, für diesen Bereich rasche Abhilfe zu schaffen, zumal der umfangreiche Arbeitsaufwand, der von zahlreichen unserer Mitglieder zur statistischen Datenerfassung betrieben wird, als ineffizient betrachtet werden muß, da er in keiner Weise zu einem verwertbaren Ergebnis führen kann, das jedoch sehr wohl für die Gewinnung von Eckdaten für eine entsprechende Sozial- und Gesundheitsplanung erforderlich wäre.

Wir bitten um Ihre Stellungnahme.

Mit freundlichem Gruß



i. A.
B. Stegemerten
(1. Vorsitzender)

Der gemeinnützige Verein ist unter Nr. 14 beim Amtsgericht Oldenburg eingetragen. - Spenden gemäß Spendenbescheinigung

Konten: Landesarbeitsgemeinschaft zu Oldenburg: Kontonr. 014 120181, BLZ 25050100
Postfachamt Hannover: Kontonr. 528176305, BLZ 251 10020

450 vgl. beispielsweise BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 65 und Seite 238 f

451 Auf dieses Instrumentarium wurde bereits kurz unter Frage 411, vorliegender Band II der Arbeit, Seite 213, eingegangen.

Den Beschäftigten im Arbeitsbereich Sozialpsychiatrischer Dienste ist diese Problematik bestens bekannt.⁴⁵² Angemahnte Verbesserungen bzw. Aktualisierungen des statistischen Verfahrens und dessen einheitliche Anwendung (In den Arztbriefen wird zur selben Zeit der ICD der 9. Revision aus dem Jahre 1979 benutzt.⁴⁵³) sind in Niedersachsen bisher jedoch nicht verwirklicht worden. Verwundern darf angesichts dieser Situation nicht, daß mitunter Mitarbeiter der Dienste zur Außerdarstellung ihrer Arbeit-Quantifizierungen wählen, die sich deutlich von

DER NIEDERSÄCHSISCHE SOZIALMINISTER

406 - 445 80 / L. 49

Bei Antwort bitte mein Zeichen angeben

Postanschrift: Der Niedersächsische Sozialminister - Postfach 148 - 3000 Hannover

Landesarbeitsgemeinschaft
Sozialpsychiatrischer Dienste
Niedersachsen e. V.
Bürgerstraße 32 B
2900 Oldenburg

Verwendung von Diagnoseschlüsseln zur öffentlichen Gesundheitsstatistik

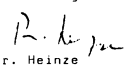
Bezug: Ihr Schreiben vom 05.01.1987 - Az. 17.108/145

Sehr geehrte Damen und Herren,

die von Ihnen angesprochenen Probleme sind mir bekannt. Da es sich bei den Jahresgesundheitsberichten um ländereinheitliche mit der Bundesstatistik abzustimmende Verfahren handelt, sind Modifikationen nur mit erheblichem Abstimmungsaufwand zu realisieren.

Eine Vereinheitlichung der Dokumentationen aller Einrichtungen auch außerhalb einer öffentlichen Trägerschaft ist zwar wünschenswert, kurzfristig aber nicht realisierbar. Durch qualifizierte Berechnung sind die wesentlichen Ergebnisse unterschiedlicher Erhebungen im übrigen in der Regel durchaus vergleichbar darzustellen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrage


Dr. Heinze

Hannover 23.01.1987

☎ (0511)
Bearbeiter
120- 491
Veranstaltung
120-1

Demographische
Hauptstadt
Hauptstadt
P am Eingang
des Dienstgebäudes

Besuchstermin
Mo-Fr
9-12 Uhr
Besuche bitte möglichst voranmelden

Telefon
0 52 476
120-4 43

Übertragungen an Niedersächsische Landeshaushaltskasse Hannover
Landesamt für Steuern Hannover, Konto-Nr. 01 847 (S/L 2 750 000 00)
Niedersächsische Landesbank Hannover, Konto-Nr. 26 897 (S/L 2 750 000 00)
Postbescheidkonto Hannover, Konto-Nr. 90-304 (S/L 2 750 000 00)

der Vorgabe des ICD-68-Instrumentariums unterscheiden.⁴⁵⁴

452 vgl. vorstehend abgebildete Schreiben der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V. an das Niedersächsische Sozialministerium vom 5. Januar 1987 und Antwortschreiben des Psychiatrie-Referenten vom 23. Januar 1987

453 Die 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD = International Classification of Diseases) wurde im Jahre 1975 von der internationalen WHO-Konferenz in Genf verabschiedet; vgl. DEGKWITZ/HELMCHEN/KOCKOTT/MOMBOUR 1979, a.a.O.

Die BRD führte erst 1979 diese Fassung ein; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J., Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten u. Todesursachen (ICD) 1979, 9. Revision, Bd. I, Systematisches Verzeichnis, Consulting-Verl., Wuppertal, o.J.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben (Hg.) einigte sich erst drei Jahre später auf den ICD-9 und nannte seine Ausgabe: "Gemeinsamer einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung - gültig ab 1. Januar 1982. Erstellt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD - 9. Revision 1979)". 2. Auflage, Frankfurt/Main (ohne Jahresangabe); vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GEMEINSCHAFTSAUFGABEN O.J.

Nach § 16 Abs. 4 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BpflV) vom 21. August 1985 sind alle Krankenhäuser ab 1. Januar 1986 verpflichtet, Aufstellungen über die im abgelaufenen Abrechnungszeitraum gestellten Diagnosen anzufertigen. Zur Kodierung ist der dreistellige ICD-9 anzuwenden. Ab 1. Januar 1988 ist die Diagnosenstatistik nach Altersgruppen getrennt unter zusätzlicher Angabe der zugehörigen durchschnittlichen Verweildauern zu führen. vgl. KRANKENHAUSD RUCKE-VERLAG 1985, Vorwort zur 4. Auflage, Wanne-Eickel 1985; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J., a.a.O.

Gegenwärtig existieren international unterschiedliche Klassifikationssysteme: In den angelsächsischen Ländern konkurrieren im wesentlichen zwei Systeme miteinander: ICD-9 und das DSM III (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen). Nach BAUER sind beide Systeme "... Kompromißklassifikationssysteme, da aus allgemein- und psychiatriepolitischen Gründen kontroverse Standpunkte unter Preisgabe von Klarheit und Logik in ein und dasselbe Diagnosesystem aufgenommen werden mußten." vgl. BAUER 1987, Seite 36; vgl. KOEHLER 1984, a.a.O.

In Frankreich existiert eine wesentlich detailliertere Unterscheidung einzelner diagnostischer Befunde. - DUNCKER/KULHANECK haben 1982 den Versuch unternommen, diese Differenziertheit in die Bundesrepublik zu übertragen.; vgl. DUNCKER/KULHANECK 1982, a.a.O.

Unerwähnt soll in diesem Kontext nicht das AMDP-System bleiben, einem Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, das seit 1965 von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - (AMDP) herausgegeben wird; vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1981, a.a.O.

454 vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST EMDEN o.J., a.a.O.; vgl. OSTERMANN/KRETSCHMER-UBBEN 1986, Seite 31 ff; vgl. GEPHART 1984, Seite 57 ff; vgl. FISCHER 1984, Seite 60 f; vgl. ROSENAU 1983, Seite 35 ff; vgl. ROSENAU 1984 B, Seite 61 ff; vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1982, a.a.O.; vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1983, a.a.O.; vgl. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1984-1986, a.a.O.

Das kritisch vorausgeschickt, läßt den erhobenen Daten nur eine begrenzte Aussagefähigkeit zuteil werden. Dieser Hinweis erscheint hier notwendig, obwohl an anderer Stelle wesentlich "sorgloser" mit besagtem Phänomen umgegangen wird.⁴⁵⁵

TABELLE 4-7:
ÜBERSICHT ÜBER DIAGNOSEGRUPPEN BEI BETREUTEN KLIENTENGRUPPEN

a) organische Psychosen, ICD-8: 292-294 (außer 293,2)

Frage 414 a	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	3	0	2	3	0	0	0	k.A.	0	0	5	0	0	k.A.	0	0	40	k.A.	1	6	0	k.A.	60
25 bis <35 Jahre	1	10	9	1	1	2	2	k.A.	2	2	8	0	1	k.A.	1	1	25	k.A.	4	7	4	k.A.	81
35 bis <45 Jahre	2	9	5	5	3	0	2	k.A.	0	0	4	3	2	k.A.	0	1	20	k.A.	12	1	5	k.A.	74
45 bis <55 Jahre	2	4	4	1	0	4	3	k.A.	0	1	18	1	2	k.A.	1	2	54	k.A.	9	0	1	k.A.	107
55 bis <65 Jahre	3	3	1	5	1	3	2	k.A.	0	0	23	2	1	k.A.	2	4	105	k.A.	15	64	1	k.A.	235
65 Jahre+älter	1	19	2	60	7	12	54	k.A.	29	51	350	20	1	k.A.	83	41	89	k.A.	79	201	21	k.A.	1120
o weiblich	11	32	5	50	7	15	45	k.A.	20	36	281	18	5	k.A.	59	36	171	124	75	129	#16	k.A.	1135
o männlich	1	13	18	25	5	6	18	k.A.	11	18	127	8	2	k.A.	28	13	162	36	45	150	#16	k.A.	702
o Klienten	12	45	23	75	12	21	63	k.A.	31	54	408	26	7	k.A.	87	49	333	160	120	279	32	k.A.	1837

b) endogene Psychosen, ICD-8: 309 (außer 309,4); 295; 296-299

Frage 414 b	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	7	2	14	12	12	7	13	k.A.	2	7	35	20	15	k.A.	7	7	109	k.A.	24	26	12	k.A.	331
25 bis <35 Jahre	8	10	39	18	14	28	24	k.A.	9	31	91	53	13	k.A.	10	24	128	k.A.	55	44	30	k.A.	629
35 bis <45 Jahre	9	3	76	17	19	17	13	k.A.	10	15	111	31	15	k.A.	15	26	120	k.A.	42	59	30	k.A.	628
45 bis <55 Jahre	10	3	33	18	25	17	18	k.A.	9	33	131	31	13	k.A.	12	17	93	k.A.	62	47	29	k.A.	601
55 bis <65 Jahre	5	0	11	12	15	12	12	k.A.	9	19	70	31	18	k.A.	9	17	47	k.A.	25	37	19	k.A.	368
65 Jahre+älter	4	1	9	16	8	6	9	k.A.	5	12	62	10	2	k.A.	4	11	25	k.A.	19	8	10	k.A.	221
o weiblich	25	11	79	59	50	51	45	k.A.	22	66	303	80	37	k.A.	32	62	253	228	122	100	#65	k.A.	1690
o männlich	18	8	103	34	43	36	44	k.A.	22	51	197	96	39	k.A.	25	40	269	176	105	121	#65	k.A.	1492
o Klienten	43	19	182	93	93	87	89	k.A.	44	117	500	176	76	k.A.	57	102	522	404	227	221	130	k.A.	3182

c) Neurosen, ICD-8:300-302

Frage 414 c	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
	4	8	10	3	10	5	30	k.A.	0	3	48	43	1	k.A.	10	4	19	k.A.	30	52	7	k.A.	287
25 bis <35 Jahre	0	14	17	12	7	9	19	k.A.	1	8	66	50	4	k.A.	13	9	25	k.A.	72	28	6	k.A.	360
35 bis <45 Jahre	1	5	7	5	8	4	16	k.A.	0	1	65	37	7	k.A.	12	8	21	k.A.	21	37	2	k.A.	257
45 bis <55 Jahre	2	4	9	6	4	1	9	k.A.	0	3	63	38	2	k.A.	7	6	19	k.A.	25	21	5	k.A.	224
55 bis <65 Jahre	1	0	0	5	5	1	2	k.A.	1	2	33	23	0	k.A.	10	6	13	k.A.	10	5	3	k.A.	120
65 Jahre+älter	0	4	0	3	2	1	2	k.A.	0	2	14	8	2	k.A.	2	7	4	k.A.	0	4	0	k.A.	55
o weiblich	4	23	22	15	14	12	40	k.A.	0	11	151	113	9	k.A.	28	16	60	92	81	56	#11	k.A.	758
o männlich	4	12	21	19	22	9	38	k.A.	2	8	138	86	7	k.A.	26	24	41	44	77	91	#12	k.A.	681
o Klienten	8	35	43	34	36	21	78	k.A.	2	19	289	199	16	k.A.	54	40	101	136	158	147	23	k.A.	1439

d) psychosomatische Erkrankungen, ICD-8:306,0-8

Frage 414 d	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	2	0	2	0	0	3	4	k.A.	0	0	44	6	7	k.A.	1	3	9	k.A.	1	5	1	k.A.	88
25 bis <35 Jahre	4	0	7	0	0	1	0	k.A.	1	1	52	3	3	k.A.	0	1	14	k.A.	2	11	1	k.A.	101
35 bis <45 Jahre	1	0	2	0	0	3	1	k.A.	0	0	35	3	4	k.A.	2	1	11	k.A.	3	8	1	k.A.	75
45 bis <55 Jahre	1	0	7	1	0	1	2	k.A.	0	1	40	1	3	k.A.	0	5	2	k.A.	0	16	0	k.A.	80
55 bis <65 Jahre	1	0	4	1	0	0	0	k.A.	1	0	7	0	2	k.A.	1	2	1	k.A.	0	6	0	k.A.	26
65 Jahre+älter	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	20	0	0	k.A.	0	0	7	k.A.	0	1	0	k.A.	28
o weiblich	4	0	13	1	0	5	4	k.A.	1	0	139	12	12	k.A.	1	6	26	0	4	29	#1	k.A.	258
o männlich	5	0	9	1	0	3	3	k.A.	1	2	59	1	7	k.A.	3	6	18	0	2	18	#2	k.A.	140
o Klienten	9	0	22	2	0	8	7	k.A.	2	2	198	13	19	k.A.	4	12	44	0	6	47	3	k.A.	398

e) Alkoholismus, Alkoholpsychosen, ICD-8:291; 303

Frage 414 e	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	6	2	3	6	1	2	1	k.A.	0	3	30	5	10	k.A.	0	5	26	k.A.	12	65	6	k.A.	183
25 bis <35 Jahre	21	17	26	18	7	8	20	k.A.	4	11	99	18	11	k.A.	0	16	67	k.A.	44	85	16	k.A.	488
35 bis <45 Jahre	49	9	21	34	18	6	32	k.A.	10	10	177	23	35	k.A.	1	23	66	k.A.	57	128	36	k.A.	735
45 bis <55 Jahre	29	17	33	28	16	8	26	k.A.	8	27	184	27	26	k.A.	2	26	60	k.A.	48	108	47	k.A.	720
55 bis <65 Jahre	11	10	14	24	7	6	13	k.A.	9	15	90	15	13	k.A.	1	16	34	k.A.	33	64	12	k.A.	387
65 Jahre+älter	1	5	2	8	5	6	4	k.A.	1	6	37	6	1	k.A.	0	5	4	k.A.	10	22	6	k.A.	129
o weiblich	61	20	38	41	16	10	26	k.A.	9	17	184	26	23	k.A.	3	26	87	120	51	66	#61	k.A.	885
o männlich	56	40	61	77	38	26	70	k.A.	23	55	433	68	73	k.A.	1	65	170	304	153	406	#62	k.A.	2181
o Klienten	117	60	99	118	54	36	96	k.A.	32	72	617	94	96	k.A.	4	91	257	424	204	472	123	k.A.	3066

f) Drogen, ICD-8: 3040, 4-7

Frage 414 f	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	7	0	13	4	3	0	8	k.A.	1	2	31	0	3	k.A.	0	1	10	k.A.	10	28	9	k.A.	130
25 bis <35 Jahre	7	0	29	2	3	1	9	k.A.	0	5	23	0	0	k.A.	0	3	0	k.A.	8	8	8	k.A.	106
35 bis <45 Jahre	2	0	8	0	0	0	3	k.A.	0	0	4	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	5	1	k.A.	23
45 bis <55 Jahre	2	0	1	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	2	0	k.A.	6
55 bis <65 Jahre	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	1
65 Jahre+älter	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0
o weiblich	9	0	23	1	4	1	2	k.A.	0	1	10	0	0	k.A.	0	0	6	0	6	7	#9	k.A.	79
o männlich	9	0	28	5	2	0	18	k.A.	1	6	50	0	3	k.A.	0	4	4	0	12	36	#9	k.A.	187
o Klienten	18	0	51	6	6	1	20	k.A.	1	7	60	0	3	k.A.	0	4	10	0	18	43	18	k.A.	266

g) sonstigeMedikamente, ICD-8:304, 1-3, 8-9

Frage 414 g	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	0	0	0	0	0	0	1	k.A.	0	2	5	1	1	k.A.	0	0	10	k.A.	0	0	1	k.A.	21
25 bis <35 Jahre	0	2	1	2	0	2	1	k.A.	1	0	13	1	1	k.A.	0	0	10	k.A.	1	3	2	k.A.	40
35 bis <45 Jahre	0	0	3	0	0	0	0	k.A.	2	0	9	1	2	k.A.	0	0	12	k.A.	2	5	0	k.A.	36
45 bis <55 Jahre	2	2	4	1	1	0	0	k.A.	0	2	5	1	1	k.A.	0	2	9	k.A.	0	0	1	k.A.	31
55 bis <65 Jahre	0	1	3	1	0	0	0	k.A.	0	1	7	0	1	k.A.	0	2	2	k.A.	2	0	0	k.A.	20
65 Jahre+älter	0	0	1	2	0	0	0	k.A.	1	0	2	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	1	2	0	k.A.	9
o weiblich	2	2	9	4	1	2	2	k.A.	4	4	27	3	5	k.A.	0	4	26	20	5	4	#2	k.A.	126
o männlich	0	3	3	2	0	0	0	k.A.	0	1	14	1	1	k.A.	0	0	17	12	1	6	#2	k.A.	63
o Klienten	2	5	12	6	1	2	2	k.A.	4	5	41	4	6	k.A.	0	4	43	32	6	10	4	k.A.	189

h) Alkoholismus mit Drogen oder Medikamente, ICD-8: 303 mit 304

Frage 414 h	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	0	0	9	2	1	0	2	k.A.	1	0	8	0	1	k.A.	0	1	5	k.A.	2	4	3	k.A.	39
25 bis <35 Jahre	0	0	12	2	0	1	3	k.A.	0	6	10	2	0	k.A.	0	0	4	k.A.	16	5	2	k.A.	63
35 bis <45 Jahre	0	0	8	4	0	0	1	k.A.	0	1	14	4	1	k.A.	0	2	1	k.A.	22	2	2	k.A.	62
45 bis <55 Jahre	0	0	3	1	0	1	2	k.A.	0	2	12	1	1	k.A.	0	1	0	k.A.	13	3	1	k.A.	41
55 bis <65 Jahre	0	0	0	2	0	0	0	k.A.	0	1	4	1	0	k.A.	0	1	0	k.A.	3	2	0	k.A.	14
65 Jahre+älter	0	0	0	2	0	0	0	k.A.	0	0	2	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	4
o weiblich	0	0	13	9	0	1	6	k.A.	0	4	21	6	2	k.A.	0	4	1	0	15	9	#4	k.A.	95
o männlich	0	0	19	4	1	1	2	k.A.	1	6	29	2	1	k.A.	0	1	9	0	41	7	#4	k.A.	128
o Klienten	0	0	32	13	1	2	8	k.A.	1	10	50	8	3	k.A.	0	5	10	0	56	16	8	k.A.	223

i) geistig Behinderte, ICD-8

Frage 414 i	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	5	1	0	7	2	7	38	k.A.	25	2	0	2	0	k.A.	10	4	163	k.A.	9	26	6	k.A.	307
25 bis <35 Jahre	3	2	0	5	1	4	22	k.A.	6	1	4	8	0	k.A.	8	2	120	k.A.	11	15	7	k.A.	219
35 bis <45 Jahre	2	1	0	1	0	2	10	k.A.	4	0	4	2	0	k.A.	3	4	53	k.A.	6	5	2	k.A.	99
45 bis <55 Jahre	1	1	0	1	0	0	7	k.A.	5	0	1	3	0	k.A.	3	0	25	k.A.	1	8	4	k.A.	60
55 bis <65 Jahre	1	1	0	1	0	0	1	k.A.	1	0	1	0	3	k.A.	3	0	15	k.A.	1	6	1	k.A.	35
65 Jahre+älter	0	0	0	1	0	2	1	k.A.	0	1	5	0	1	k.A.	0	0	1	k.A.	0	3	0	k.A.	15
o weiblich	8	4	0	5	1	6	42	k.A.	16	4	11	6	1	k.A.	16	4	196	0	7	17	#10	k.A.	354
o männlich	4	2	0	11	2	9	37	k.A.	25	0	4	9	3	k.A.	11	6	181	0	21	46	#10	k.A.	381
o Klienten	12	6	0	16	3	15	79	k.A.	41	4	15	15	4	k.A.	27	10	377	0	28	63	20	k.A.	735

j) Anfallsranke, ICD-8: 293,2; 309,4

Frage 414 j	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	0	0	0	0	0	0	1	k.A.	0	0	3	0	0	k.A.	1	1	18	k.A.	1	5	1	k.A.	31
25 bis <35 Jahre	0	0	0	1	0	1	2	k.A.	1	0	4	0	0	k.A.	3	0	11	k.A.	2	5	0	k.A.	30
35 bis <45 Jahre	0	0	0	1	2	0	2	k.A.	1	0	4	0	0	k.A.	8	1	15	k.A.	0	7	1	k.A.	42
45 bis <55 Jahre	0	0	0	4	0	0	1	k.A.	0	1	3	0	0	k.A.	4	1	5	k.A.	2	7	0	k.A.	28
55 bis <65 Jahre	0	0	0	1	0	0	0	k.A.	0	0	2	0	0	k.A.	1	0	0	k.A.	0	6	0	k.A.	10
65 Jahre+älter	0	0	0	0	0	1	0	k.A.	0	0	1	0	0	k.A.	0	0	0	k.A.	0	1	0	k.A.	3
o weiblich	0	0	0	2	1	1	1	k.A.	1	0	8	0	0	k.A.	7	0	28	0	3	11	#1	k.A.	64
o männlich	0	0	0	5	1	1	5	k.A.	1	1	9	0	0	k.A.	10	3	21	0	2	20	#1	k.A.	80
o Klienten	0	0	0	7	2	2	6	k.A.	2	1	17	0	0	k.A.	17	3	49	0	5	31	2	k.A.	144

k) unklare Diagnosen, ICD-8: 55

Frage 414 k	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
18 bis <25 Jahre	0	5	3	12	0	5	1	k.A.	1	1	144	9	15	k.A.	0	1	159	k.A.	3	6	2	k.A.	367
25 bis <35 Jahre	0	8	7	15	3	5	3	k.A.	1	0	139	9	16	k.A.	0	0	78	k.A.	3	5	12	k.A.	304
35 bis <45 Jahre	0	3	6	10	0	4	0	k.A.	1	0	140	4	8	k.A.	0	4	83	k.A.	3	5	8	k.A.	279
45 bis <55 Jahre	0	3	4	5	0	3	3	k.A.	0	2	101	3	10	k.A.	1	2	80	k.A.	1	4	10	k.A.	232
55 bis <65 Jahre	0	2	1	4	0	3	0	k.A.	0	0	61	4	5	k.A.	2	1	33	k.A.	2	6	0	k.A.	124
65 Jahre+älter	0	7	0	21	0	10	0	k.A.	1	0	146	1	0	k.A.	0	1	27	k.A.	1	3	4	k.A.	222
o weiblich	0	17	8	35	1	19	1	k.A.	4	0	388	15	31	k.A.	0	6	256	132	5	14	#18	k.A.	950
o männlich	0	11	13	32	2	11	6	k.A.	0	3	343	15	23	k.A.	3	3	204	68	8	15	#18	k.A.	778
o Klienten	0	28	21	67	3	30	7	k.A.	4	3	731	30	54	k.A.	3	9	460	200	13	29	36	k.A.	1728

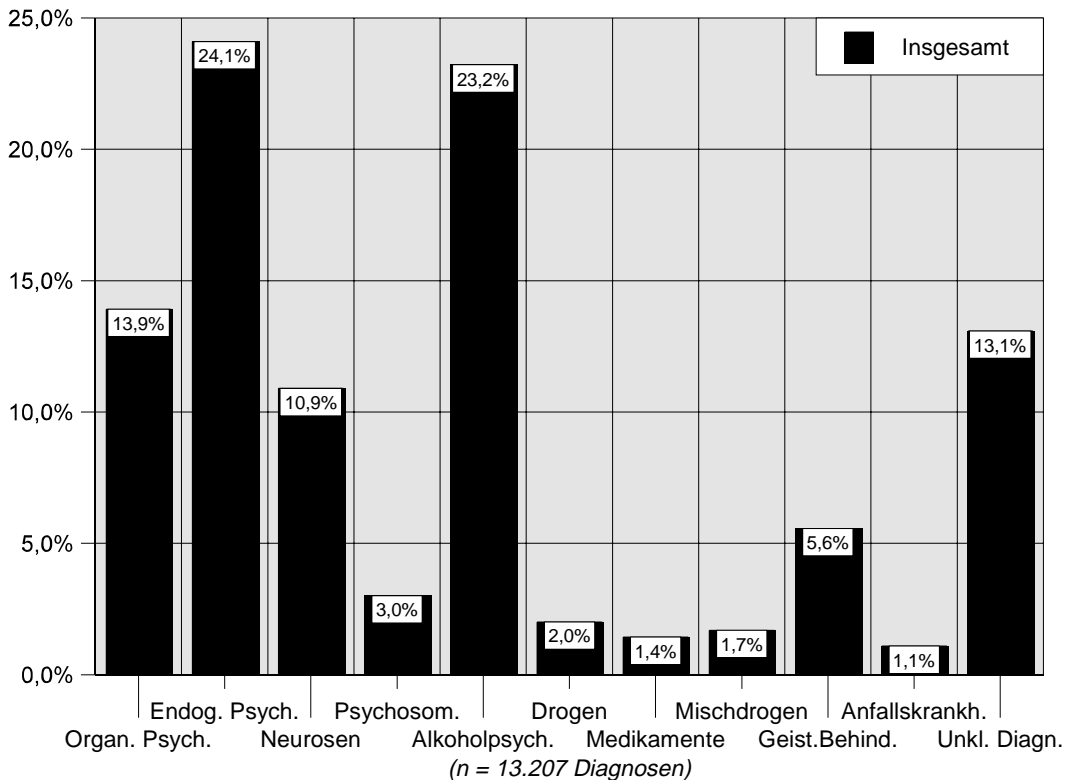
Legende: k.A. = keine Angaben / 0 = bei diesem Item keine Angabe / # = Schätzwerte / o = Durchschnittswerte / Quelle: eigene Erhebungen

Nach der Befragung liegen vollständige Angaben aus 19 befragten Diensten vor. Aufgrund dieser Datenbasis ergibt sich folgende Analyse:

Mit 24,1 % ist die Klientenpopulation der endogen psychisch Kranken am stärksten bei den Sozialpsychiatrischen Diensten vertreten. Ebenfalls zu etwa einem Viertel (23,2 %) betreuen die Dienste Klienten, die an Alkoholismus bzw. an Alkoholpsychosen leiden. An dritter Stelle folgen Klienten mit organisch begründbaren psychischen Störungen (organische Psychosen) mit einem Anteil von 13,9 %. Eine vergleichbare Größenordnung nehmen mit 13,1 % Klienten ein, deren Hauptdiagnose nicht psychiatrisch oder ungeklärt ist. Danach folgt die Gruppe der neurotisch Kranken, einschließlich Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil von 10,9 %. Deutlich geringere Anteile haben die geistig Behinderten mit 5,6 %, psychosomatisch Kranke mit 3,0 % sowie Drogenabhängige mit 2,0 %. In geringem Umfang treten Klienten mit Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit (Mischdrogen) mit 1,7 % in Erscheinung sowie Medikamentenabhängige mit 1,4 % und Anfallsranke mit 1,1 %.

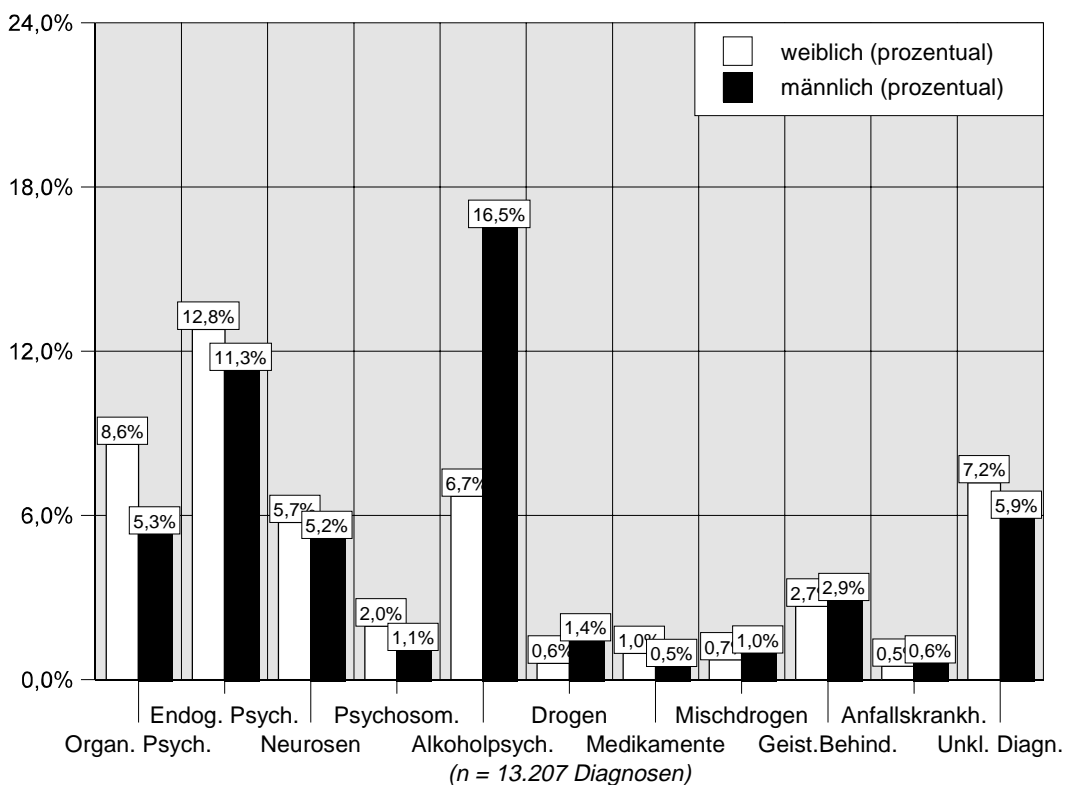
Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick hinsichtlich der Diagnoseverteilungen aus 19 befragten Diensten und verdeutlichen die proportional unterschiedlichen Anteile beider Geschlechter bei den einzelnen Diagnosegruppen:

ABBILDUNG 4-20:
DIAGNOSEVERTEILUNG 1985 NACH ICD-8 BEI 19 BEFRAGTEN DIENSTEN



Quelle: eigene Erhebungen

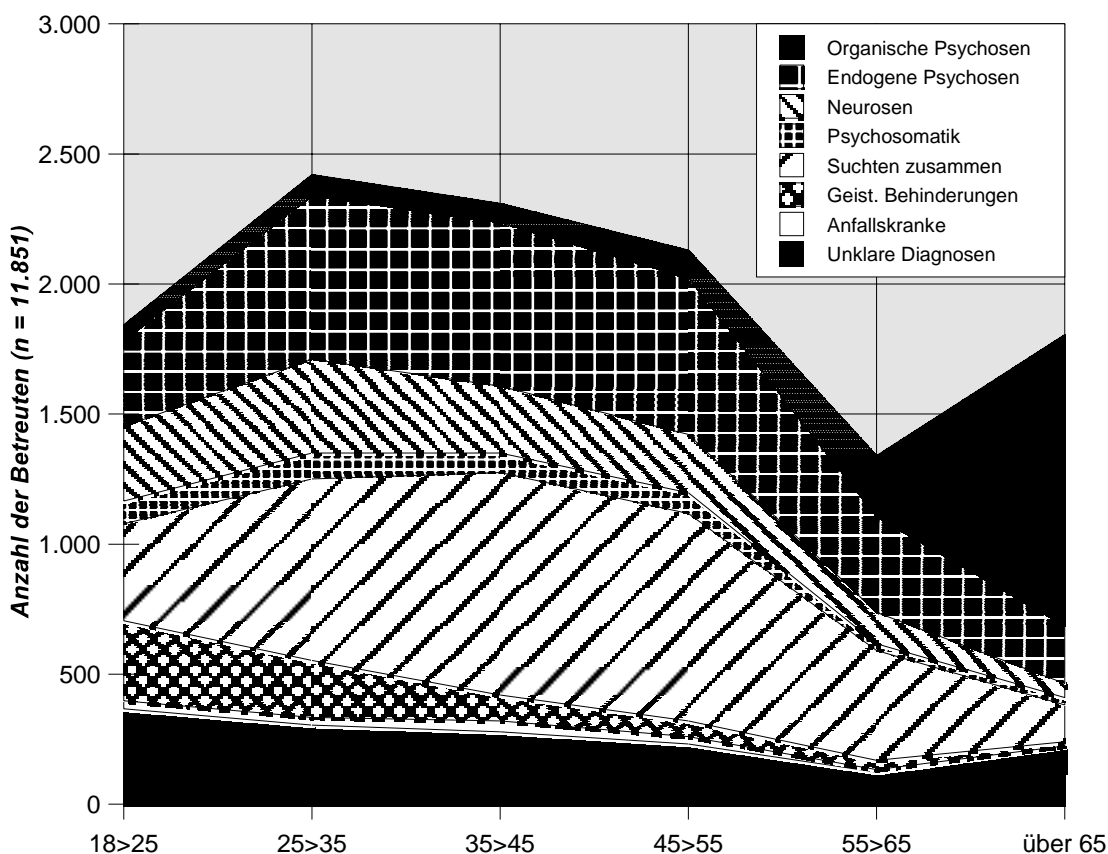
ABBILDUNG 4-21:
DIAGNOSEVERTEILUNG 1985 NACH ICD-8 UNTERHALB DER GESCHLECHTER



Quelle: eigene Erhebungen

Während der Anteil weiblicher und männlicher Klienten mit endogenen Psychosen, Neurosen und im Bereich der Mischdrogenabhängigkeiten, geistigen Behinderungen und Anfallskrankheiten quantitativ nahezu gleich ist, treten bei den übrigen sechs Diagnosegruppen unterschiedliche Verteilungen in Erscheinung: Besonders ungleichmäßig ist die Verteilung bei den Suchtkrankheiten. Bei Alkohol- wie bei der Drogenabhängigkeit ist der Anteil der betroffenen Männer mehr als doppelt so hoch wie der der Frauen. In den verbleibenden vier (der sechs) Diagnosegruppen haben jeweils die Frauen überproportionale Anteile gegenüber ihren männlichen Geschlechtsgenossen: Bei den organischen Psychosen beträgt der Unterschied 3,3 %, bei den Klienten mit unklarer Diagnose 1,3 % und bei den psychosomatischen Erkrankungen 0,9 %. Im Bereich der Medikamentenabhängigkeiten beträgt zwar der Abstand nur 0,5 %; dies bedeutet jedoch gleichzeitig, daß der Anteil der Frauen mit Medikamentenabhängigkeiten doppelt so hoch liegt wie der ihrer männlichen Geschlechtsgenossen.

ABBILDUNG 4-22:
DIAGNOSEVERTEILUNG 1985 NACH ICD-8 UNTERHALB DER ALTERSGRUPPEN



Quelle: eigene Berechnungen

In der Abbildung 4-22 wird die Diagnosenverteilung innerhalb der einzelnen Altersgruppen deutlich.⁴⁵⁶ Es hat sich herausgestellt, daß Sozialpsychiatrische Dienste vorzugsweise ein Klientel zwischen 25 und 55 Jahre betreuen, während im Bereich jüngerer Menschen zwischen 18 und 25 Jahren und bei Personen ab dem 55. Lebensjahr eine Abnahme der Betreuungstätigkeit zu verzeichnen ist. Dies wird auch durch die vorstehende Abbildung bestätigt.

456 Einbezogen wurden die Daten von 18 befragten Diensten (11.851 betreute Klienten), weil für den Dienst der Stadt Braunschweig keine Spezifizierung nach Diagnose- und Altersgruppen erfolgte. - 11.851 Klienten (18 Dienste) + 1.356 Klienten (Stadt Braunschweig) = 13.207 Klienten (19 Dienste)

Deutlich treten auch hier die beiden größten Gruppen betreuter Klienten mit **endogenen Psychosen** und **Suchtmittelabhängigkeiten** (hier: Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeiten zusammen) hervor.⁴⁵⁷ Die Abbildung zeigt bei den endogenen Psychosen im Bereich der 25- bis 35-jährigen, 35- bis 45-jährigen und 45- bis 55-jährigen die größten Ausprägungen, während in der Altersgruppe davor sowie ab dem 55. Lebensjahr ein deutlicher Abstieg erfolgt. Bei den Suchtmittelabhängigkeiten ist die Tendenz ähnlich, wobei in der Altersgruppe der 35- bis 45-jährigen mit 856 Klienten der höchste Stand erreicht wird, während es bei der Altersgruppe der über 65 Jahre alten Klienten 142 Betroffene sind.

Eine deutliche Auffälligkeit tritt im Bereich der **organischen Psychosen** hervor: Während ein nahezu gleichmäßiger Anstieg in den ersten vier Altersgruppen (18- bis 55-jährige) zu verzeichnen ist, erfolgt eine Verdoppelung der Klientenzahlen von der vierten zur fünften Altersgruppe, um dann einen fast fünffachen Anstieg in der Altersgruppe der über 65-jährigen zu vollziehen.

Die **neurotischen Erkrankungen** treten am häufigsten in der Altersgruppe der 25- bis 35-jährigen auf (360 Klienten) und nehmen dann relativ mit den Altersgruppen ab bis hin zu 55 Klienten in der Altersgruppe der über 65-jährigen.

Ebenso treten **psychosomatische Erkrankungen** am häufigsten im Lebensalter zwischen 25 und 35 Jahren auf, nehmen dann in der Altersgruppe der 35- bis 45-jährigen ab um wiederum in der darauffolgenden Altersgruppe der 45- bis 55-jährigen anzusteigen. Danach folgt in der Altersgruppe der 55- bis 65-jährigen ein deutlicher Abstieg, verbunden mit einem geringeren Abstieg bei den über 65-jährigen.

Der Anteil der betreuten **geistig Behinderten** in den Sozialpsychiatrischen Diensten ist in der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen mit 307 Klienten relativ hoch, um sodann stetig abzunehmen, bis hin zu 15 betreuten Klienten der Altersgruppe der über 65-jährigen.

Bei den **Anfallskranken** dominiert die Altersgruppe der 35- bis 45-jährigen; danach nimmt die Quote der betreuten Anfallskranken stetig ab, bis hin zu 3 betreuten Klienten der Altersgruppe der über 65-jährigen.

Die insgesamt 950 Klienten mit **unklaren Diagnosen** verteilen sich zu mehr als einem Drittel auf die Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen und etwa zu einem Viertel auf die Altersgruppe der über 65-jährigen.

Die Daten dieser Erhebung sollen mit denen der IES-ERHEBUNG 1991 A⁴⁵⁸ in einer kurzen Gegenüberstellung verglichen werden. Dabei wird deutlich, daß die Erhebungsmethodik der Vergleichsstudie von der für diese Erhebung gewählten deutlich abweicht. Sowohl die Gruppierung der Diagnosegruppen als auch die Bezeichnung der Problemgruppen sind zueinander inkompatibel. Die Daten der IES-ERHEBUNG 1991 A wurden in diesem Bereich unter der Voraussetzung der Vergleichbarkeit mit anderen ambulanten Angeboten (niedergelassene Nervenärzte) gewonnen und unterliegen damit einem gesonderten Betrachtungs- und Auswertungsinteresse.⁴⁵⁹ Deshalb wurde auf methodisch zweifelhafte Umrechnungen verzichtet und die vergleichende Gegenüberstellung nach den Kriterien der inhaltlichen Entsprechung der Items vorgenommen.

457 s. hierzu auch die Abbildung 4-20

458 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 11 ff

459 Hierzu gehört unter anderem auch die Verwendung des ICD-9 bei der Erhebung, die zwar in Nervenanarztpraxen sinnvoll ist, mit dem Dokumentationssystem der Sozialpsychiatrischen Dienste aber nicht übereinstimmt.

TABELLE 4-8:
DIAGNOSEN/PROBLEMGROUPEN VON KLIENTEN SOZIALPSYCHIATRISCHER PATIENT IM VERGLEICH

Diagnosegruppe lt. IES-ERHEBUNG 1991 A	Diagnosegruppe lt. eigener Erhebung	eigene Erhebung 1986	IES-ERHEBUNG 1991 A
Psychosen	endogene Psychosen organische Psychosen	24,1 % 13,9 %	25,4 %
depressive Zustände	nicht erhoben		8,6 %
Suchtmittelabhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Medikamente)	Alkoholismus und Folgeerkrankungen	23,2 %	25,1 %
	andere Drogen (illegale Drogen)	2,0 %	
	Medikamenten- abhängigkeit	1,4 %	
	Mischdrogen-Nutzung	1,7 %	
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	10,9 %	10,3 %
	psychosomatische Erkrankungen	3,0 %	
Partnerkonflikte und Sexualstörungen	nicht erhoben		2,9 %
psychisch kranke alte Menschen	über 65 Jahre alte Klienten	[15,9 %]	11,9 %
psychisch kranke Kinder und Jugendliche	nicht erhoben		3,2 %
psychisch kranke Rechtsbrecher	nicht erhoben		0,5 %
Menschen mit allgemeinen Lebensproblemen	nicht erhoben		8,8 %
andere psychische Störungen	unklare, andere Störungen	13,1 %	3,1 %
	geistig behinderte Klienten	5,6 %	
	anfallsranke Klienten	1,1 %	

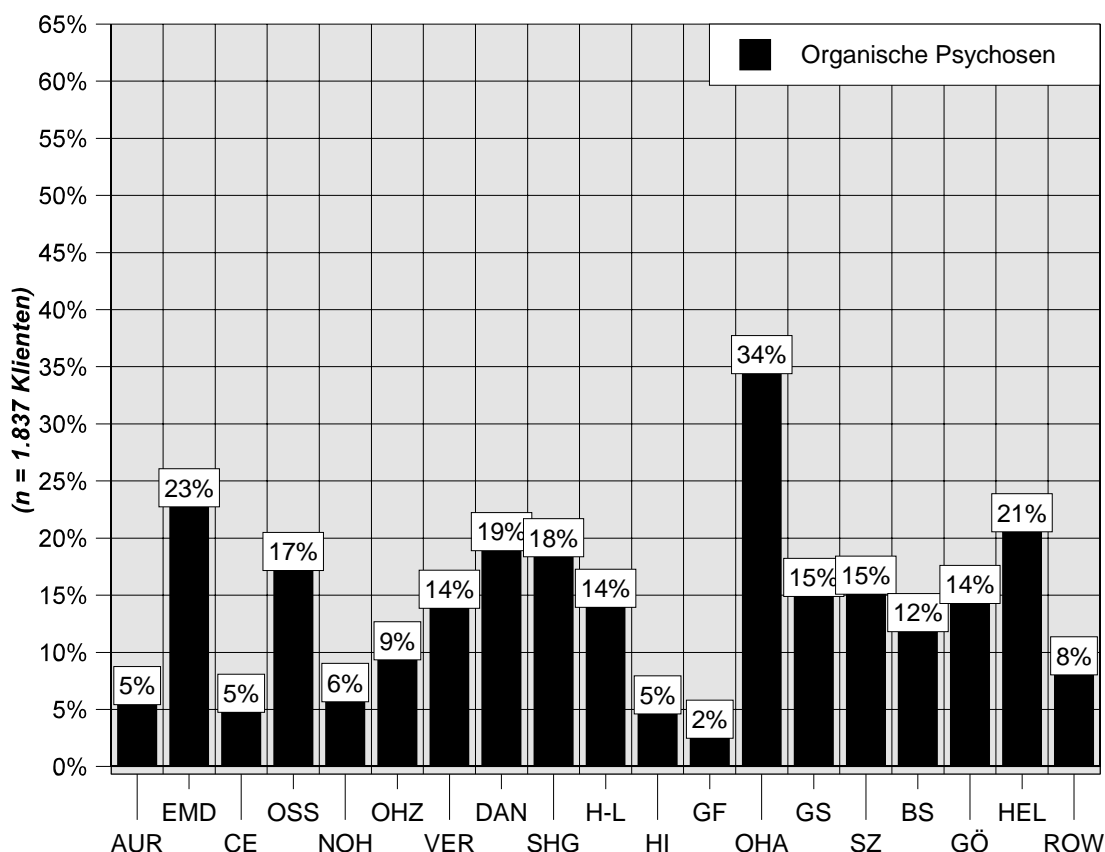
Quellen: INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 11 f; eigene Erhebungen

Übereinstimmend bilden sich bei beiden Erhebungen die Inanspruchnahmeraten der Dienste durch psychose- und suchtkranke Klienten mit etwa der Hälfte aller Betreuungskontakte ab. Auch bei den anderen Diagnosegruppen ergeben sich Annäherungen der gefundenen Ergebnisse, so daß davon ausgegangen werden kann, daß sich die Befunde der IES-ERHEBUNG 1991 A und die eigene Erhebung in einem, auch schon weiter vorn in der Arbeit dokumentierten Grad der Übereinstimmung befinden und die gefundenen Werte als valide bezeichnet werden können.

Die sehr unterschiedliche Erhebungsmethodik macht an dieser Stelle weitergehenden Diskussionen der Ergebnisse allerdings unfruchtbar.

Nach der Gesamtbetrachtung der Diagnoseverteilungen des Jahres 1985 (n=13.207 Diagnosen), soll nunmehr das Augenmerk auf die Verteilung der Diagnosen bei den einzelnen befragten Diensten gelenkt werden. Hierbei gilt es, Verteilungsauffälligkeiten festzustellen, die sich von den Durchschnittswerten aller befragter Dienste abheben. Die folgenden Abbildungen 4-23 bis 4-30 geben jeweils für die einzelnen befragten 19 Dienste die prozentualen Anteile der einzelnen Diagnosegruppen an:

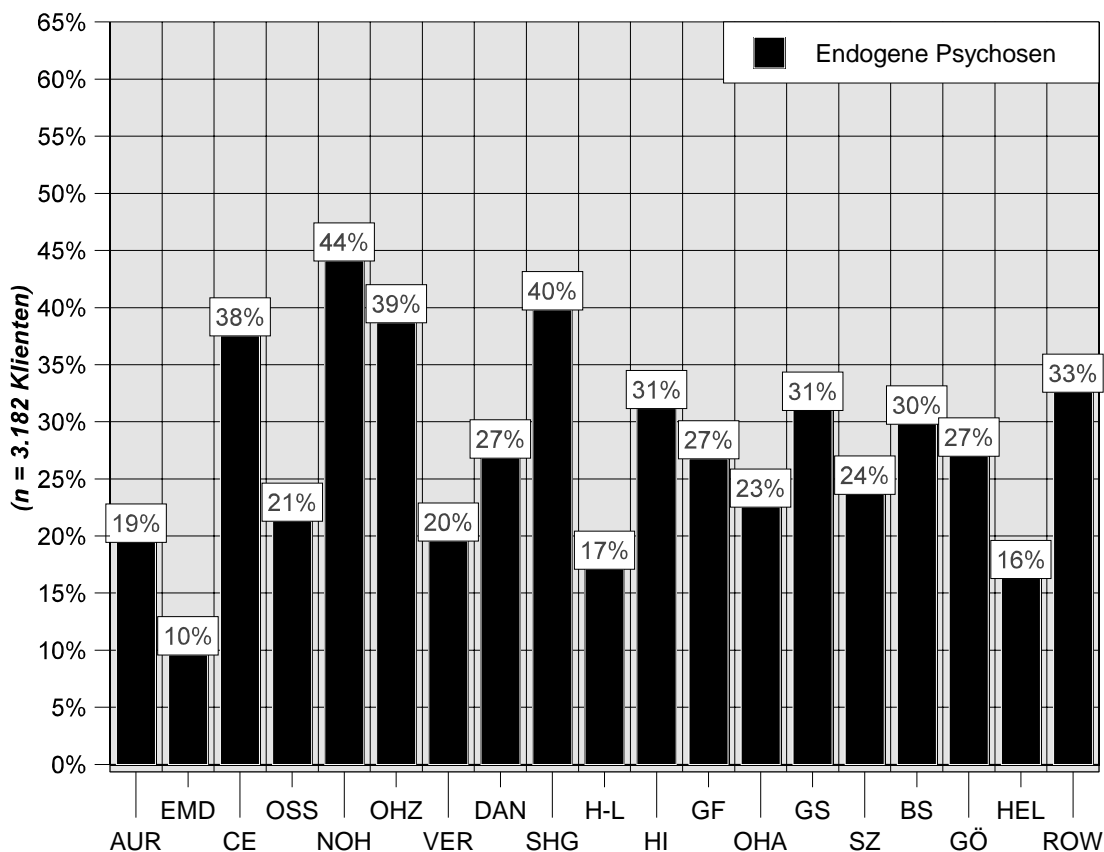
ABBILDUNG 4-23:
ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT ORGANISCHEN PSYCHOSEN,
GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Der Anteil betreuter Klienten mit **organischen Psychosen** beläuft sich im Durchschnitt der 19 befragten Dienste auf 13,9 %. Anhand der Abbildung 4-23 wird deutlich, daß mehr als ein Drittel der vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Osterode betreuten Klienten an organischen Psychosen erkrankt sind. Im Gegensatz hierzu beträgt der Anteil der vom Dienst in Gifhorn Betreuten lediglich 2 %. Das bedeutet in absoluten Zahlen: Der Dienst in Gifhorn betreut 7 Klienten mit organischen Psychosen, der in Osterode fast die 13-fache Anzahl von 87 Klienten. Überdurchschnittliche Anteile von Klienten mit organischen Psychosen sind darüber hinaus für die Dienste der Stadt Emden mit 23 % sowie der Landkreise Helmstedt mit 21 %, Lüchow-Dannenberg mit 19 %, Schaumburg mit 18 % und für den Dienst der Stadt Osnabrück mit 17 % zu verzeichnen. Die Dienste der Landkreise Hildesheim (5 %), Celle (5 %), Aurich (5 %) und Grafschaft Bentheim (6 %) betreuen demgegenüber eine relativ geringe Anzahl von Klienten mit organischen Psychosen. Dies gilt ebenso für die Dienste der Landkreise Rotenburg mit 8 % und Osterholz mit 9 %.

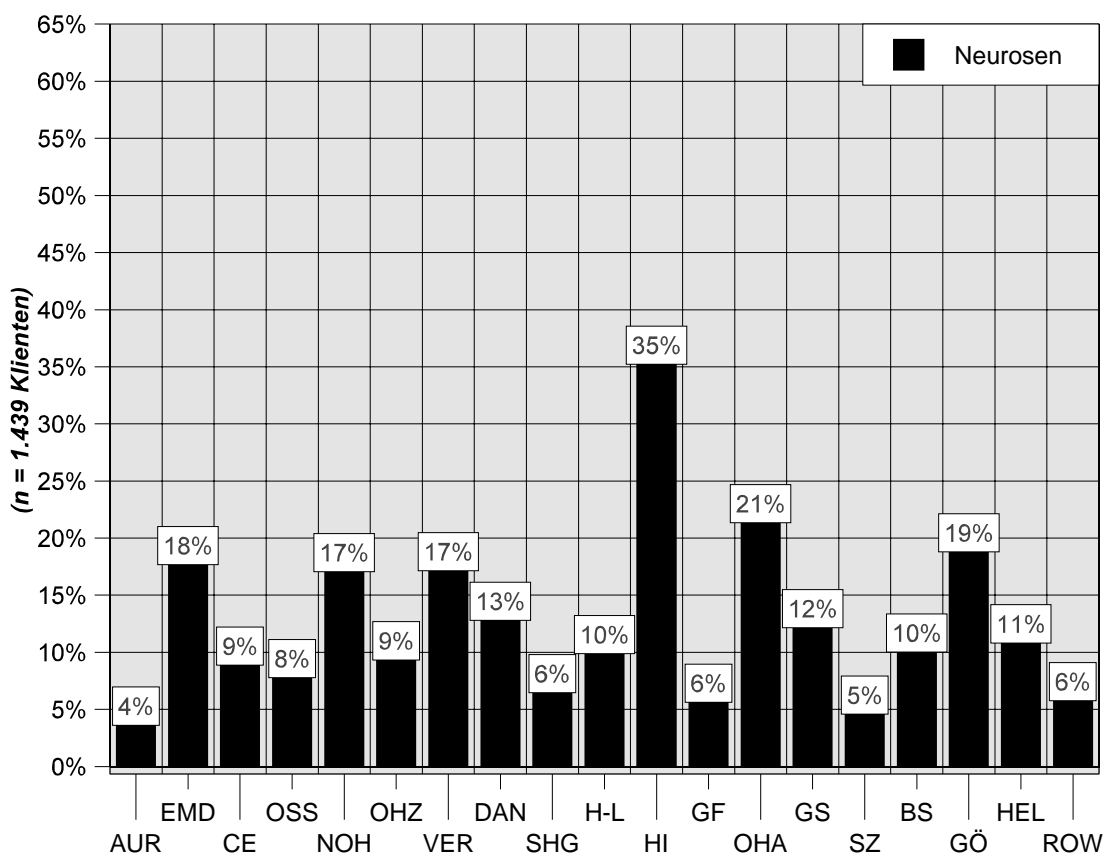
ABBILDUNG 4-24:
ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT ENDOGENEN PSYCHOSEN,
GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUTER



Quelle: eigene Berechnungen

Nach Abbildung 4-24 beträgt der Anteil betreuter Klienten mit **endogenen Psychosen** im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 24,1 %. Im Bereich der Betreuung dieser Klientengruppe treten die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim mit 44 %, Schaumburg mit 40 %, Osterholz mit 39 % und Celle mit 38 % deutlich hervor. Überproportionale Anteile in der Betreuung von Klienten mit endogenen Psychosen weisen ebenfalls die Dienste der Landkreise Rotenburg mit 33 %, Hildesheim mit 31 % und Goslar mit 31 % sowie der Dienst der Stadt Braunschweig mit 30 % auf. Auch für die Dienste der Landkreise Lüchow-Dannenberg, Gifhorn und Göttingen mit jeweils 27 % werden überproportionale Betreuungsziffern dokumentiert. Klienten mit endogenen Psychosen treten hingegen in den Diensten der Stadt Emden mit 10 %, den Landkreisen Helmstedt mit 16 %, Hannover mit 17 %, Aurich mit 19 % und Verden mit 20 % seltener in Erscheinung.

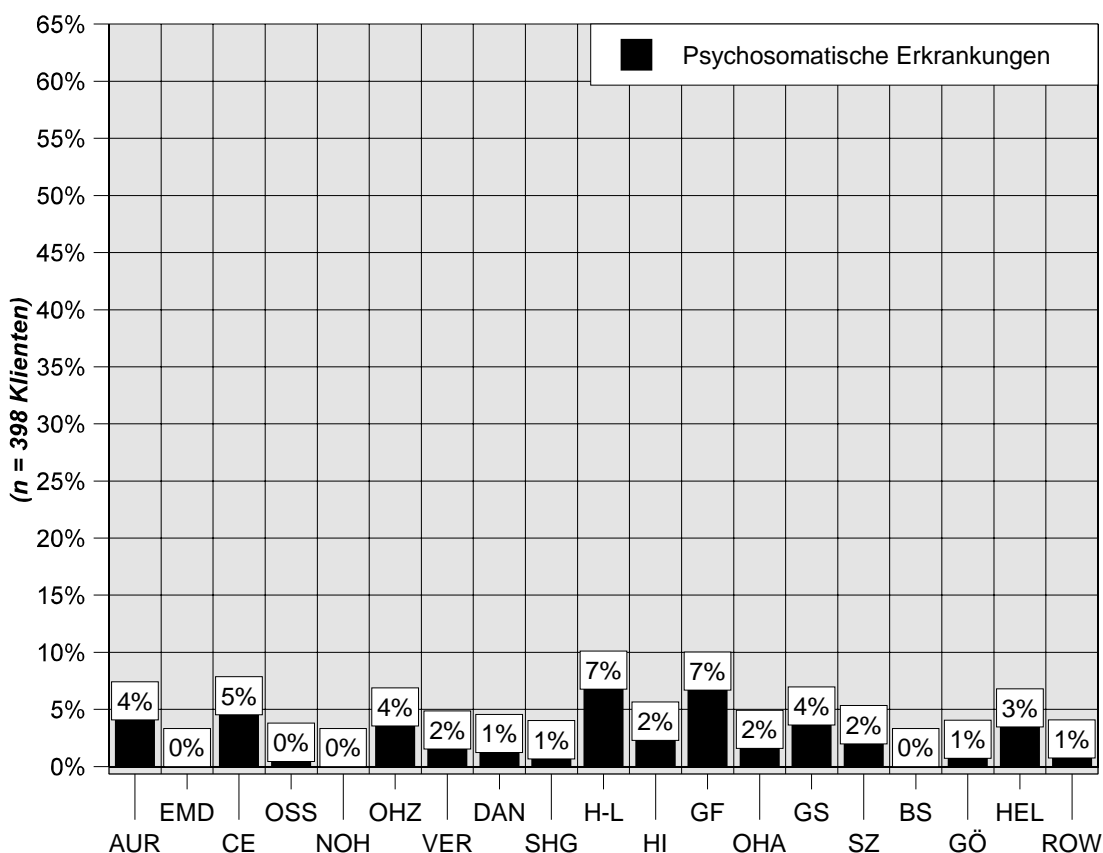
ABBILDUNG 4-25:
 ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIEN TEN MIT NEUROSEN,
 GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Für den Diagnosebereich **Neurosen** beträgt der Anteil betreuter Klienten mit Neurosen im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 10,9 %. Im Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Hildesheim werden zu mehr als einem Drittel neurotische Klienten betreut. In absoluten Zahlen sind das 199 Klienten und damit etwa 25 mal so viel wie vergleichbar im Dienst des Landkreises Aurich mit 8 neurotischen Klienten. Überdurchschnittliche Anteile betreuter Klienten mit Neurosen sind ebenfalls für die Dienste der Landkreise Osterode mit 21 %, Göttingen mit 19 %, der Stadt Emden mit 18 % sowie der Landkreise Grafschaft Bentheim und Verden mit jeweils 17 % zu verzeichnen. Unterdurchschnittliche Repräsentationen der Klientengruppe mit neurotischen Erkrankungen treten in den Diensten der Stadt Salzgitter mit 5 %, der Landkreise Rotenburg, Gifhorn und Schaumburg mit jeweils 6 % in Erscheinung.

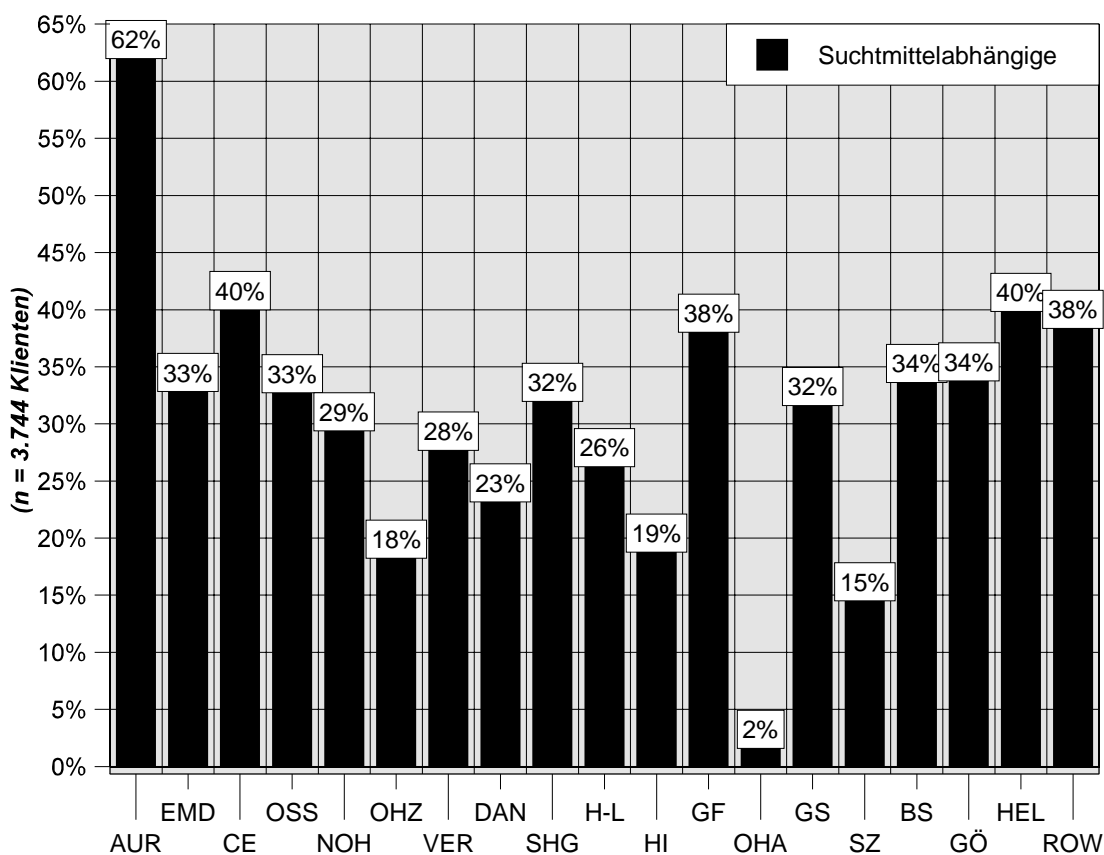
ABBILDUNG 4-26:
 ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN,
 GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Die Klienten mit **psychosomatischen Erkrankungen** ergeben im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 3,0 Prozent aller Betreuungskontakte. Diese Klientengruppierung wird in den Diensten der Landkreise Hannover und Gifhorn mit jeweils 7 % quantitativ überdurchschnittlich betreut. Hingegen in den Diensten der Städte Emden, Osnabrück und Braunschweig sowie des Landkreises Grafschaft Bentheim tritt diese Klientel kaum oder gar nicht in Erscheinung. Mit jeweils 1 % an der Gesamtmenge aller betreuter Klienten der Dienste der Landkreise Lüchow-Dannenberg, Schaumburg, Göttingen und Rotenburg ist der Anteil jener Population ebenfalls nur sehr gering.

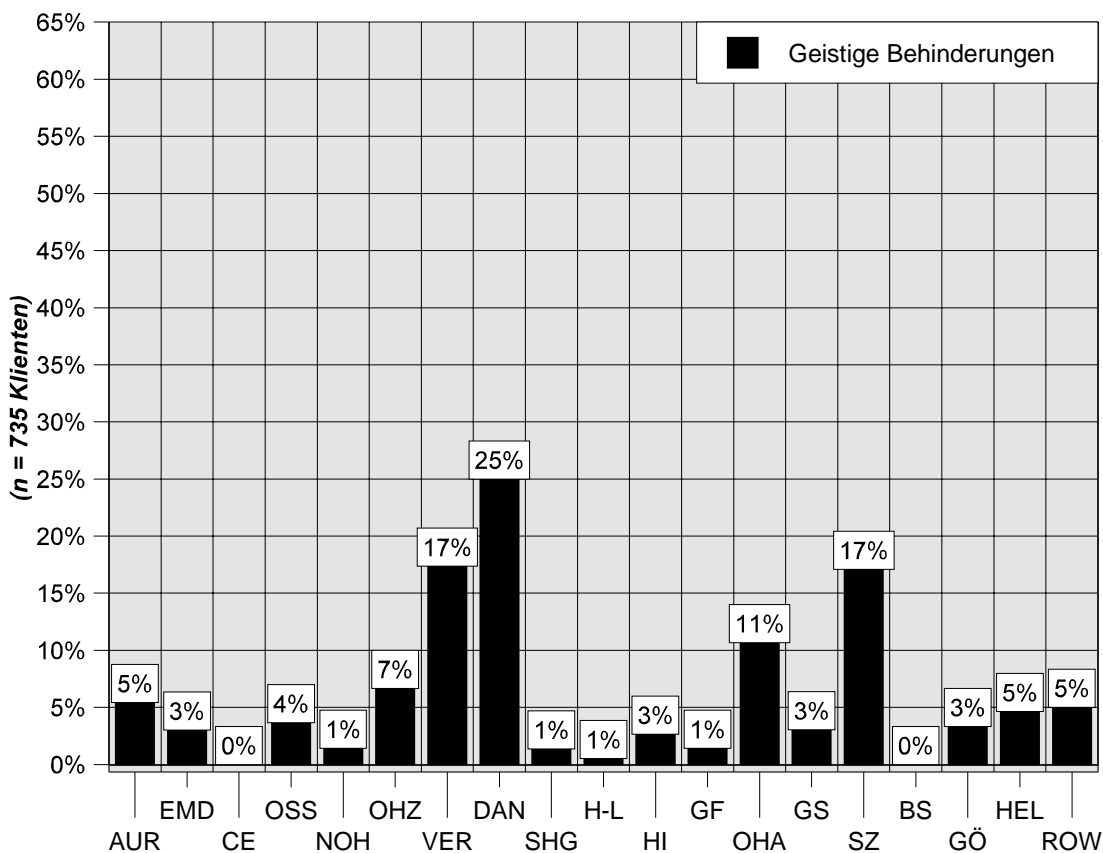
ABBILDUNG 4-27:
ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENEN MIT SUCHTMITTELABHÄNGIGKEITEN,
GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Entsprechend der Ergebnisse in Abbildung 4-27 beträgt der Anteil betreuter Klienten mit **Suchtmittelabhängigkeiten** (Alkohol, Drogen, Medikamente, Mischdrogen zusammen) im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 28,3 %. Suchtmittelabhängige Klienten machen etwa zwei Drittel des vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Landkreises Aurich betreuten Klientel aus. In absoluten Zahlen sind das 137 von 221 betreuten Klienten. Vergleichsweise hierzu ist der Anteil jener Klientenpopulation im Dienst des Landkreises Osterode mit 2 % (4 von 253 betreuten Klienten) extrem gering. Deutlich überdurchschnittliche Werte sind darüber hinaus für die Dienste der Landkreise Helmstedt und Celle mit jeweils 40 %, Gifhorn und Rotenburg mit jeweils 38 % und des Landkreises Göttingen und der Stadt Braunschweig mit jeweils 34 % zu verzeichnen. Unterdurchschnittliche Werte liegen hingegen für die Dienste der Stadt Salzgitter mit 15 % sowie der Landkreise Osterholz mit 18 % und Hildesheim mit 19 % vor.

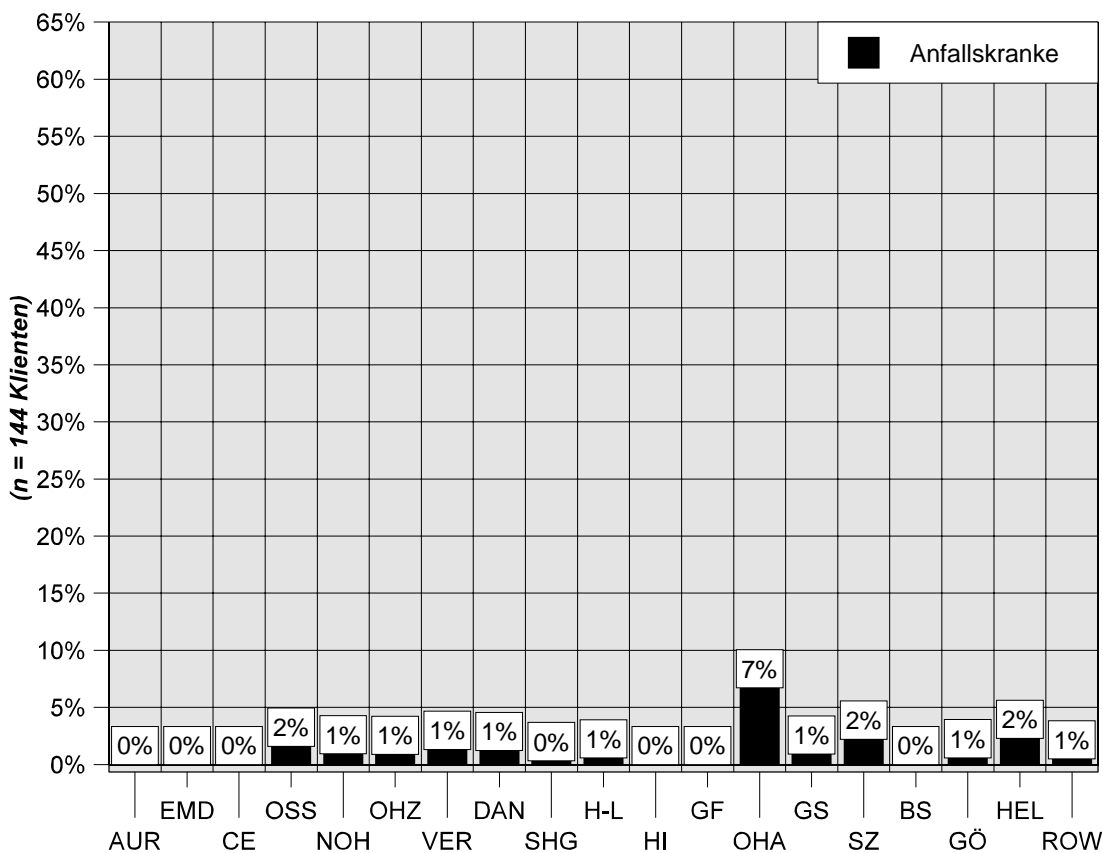
ABBILDUNG 4-28:
 ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT GEISTIGEN BEHINDERUNGEN,
 GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Erhebungen

Der Anteil betreuter Klienten mit **geistigen Behinderungen** betrug im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 5,6%. Diese Klientengruppe nimmt quantitativ bei den Diensten der Landkreise Lüchow-Dannenberg mit 25% und Verden mit 17% sowie beim Dienst der Stadt Salzgitter mit ebenfalls 17% überproportional viel Raum ein. Demgegenüber treten Klienten mit geistigen Behinderungen bei den Diensten der Landkreise Celle, Grafschaft Bentheim, Schaumburg, Hannover, Gifhorn sowie beim Dienst der Stadt Braunschweig mit jeweils 1% oder darunter kaum in Erscheinung.

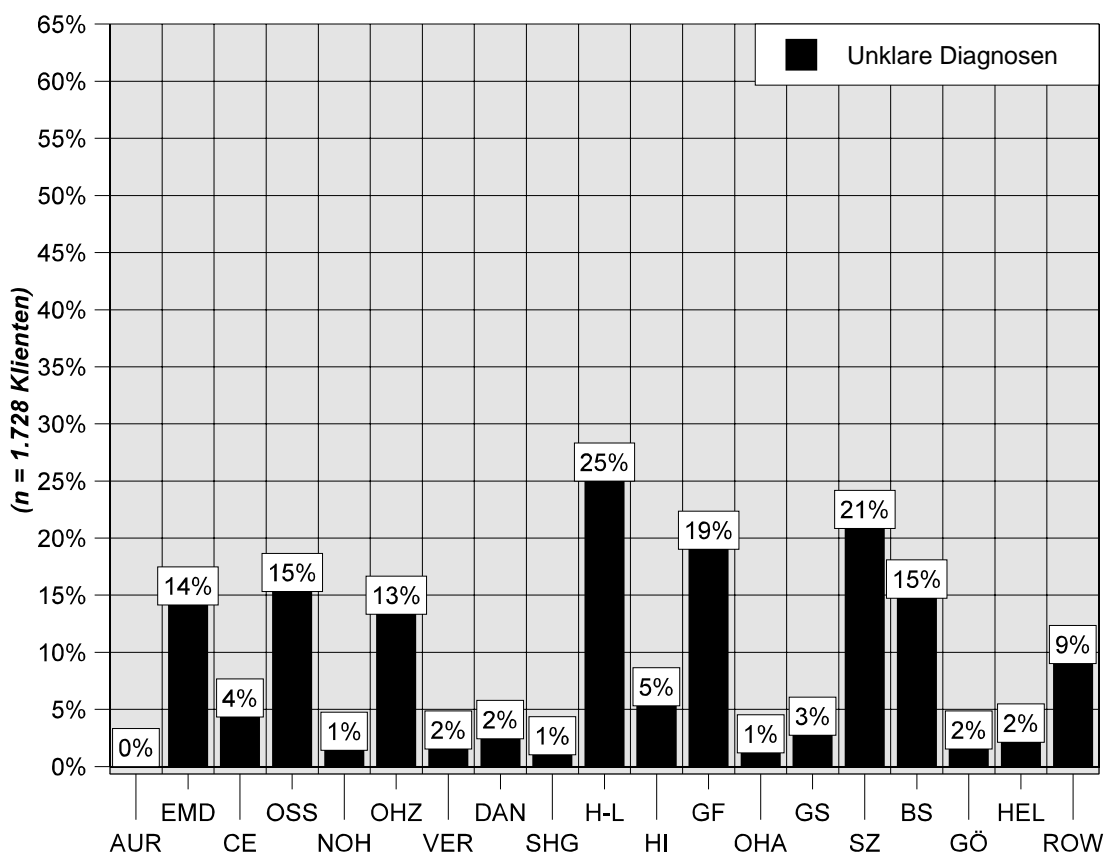
ABBILDUNG 4-29:
 ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT ANFALLSLEIDEN,
 GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Klienten mit **Anfallsleiden** wurden im Durchschnitt der 19 befragten Dienste mit 1,1 % der Gesamtzahl an Klienten betreut. Diese Klientenpopulation wurde im Jahre 1985 durch die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise Aurich, Celle, Schaumburg, Hildesheim, Gifhorn sowie der Städte Emden und Braunschweig nicht betreut. Demgegenüber beträgt der Anteil betreuter Anfallskranker für den Dienst des Landkreises Osterode 7 %. Hinter diesem Wert verbergen sich 17 Klienten, währenddessen es für den Dienst der Stadt Salzgitter 49 Klienten (2 %) sind. Bei den übrigen Diensten entspricht der Anteil jener Klientenpopulation in etwa den Durchschnittswert.

ABBILDUNG 4-30:
 ANTEIL DER 1985 BETREUTEN KLIENTEN MIT UNKLAREN DIAGNOSEN,
 GEMESSEN AN DER GESAMTZAHL BETREUER



Quelle: eigene Berechnungen

Nach der Selbstauskunft der Sozialpsychiatrischen Dienste beträgt der Anteil betreuter Klienten mit **unklaren Diagnosen** im Durchschnitt der 19 befragten Dienste 13,1 %. In absoluten Zahlen betrachtet gab es 1985 im Landkreis Hannover mit 731 Klienten (25 %), gefolgt von der Stadt Salzgitter mit 460 Klienten (21 %) und der Stadt Braunschweig mit 200 Klienten (15 %) die größten zahlenmäßigen Konzentrationen an Klienten, deren Diagnosen ungeklärt blieben. Relativ betrachtet nimmt diese Klientenpopulation genau ein Viertel der im Landkreis Hannover betreuten Klienten ein; in der Stadt Salzgitter sind es 21 %, im Landkreis Gifhorn 19 %. Mit jeweils 15 % für die Städte Osnabrück und Braunschweig und 14 % für die Stadt Emden sind die Anteile noch überdurchschnittlich hoch. Geringe relative Anteile jener Klientengruppe sind für die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim, Schaumburg, Osterode, Göttingen, Helmstedt, Lüchow-Dannenberg, Verden, Celle und Hildesheim mit Anteilen zwischen 1 % und 5 % zu verzeichnen. Beim Dienst des Landkreises Aurich trat diese Klientenpopulation 1985 nicht in Erscheinung.

Ergebnis

Die befragten Sozialpsychiatrischen Dienste sind mit ihren Inanspruchnahmeraten bei der Betreuung im Durchschnitt bei relativ großer Streuung oberhalb der zum Zeitpunkt der Erhebung bekannten Leitzahlen für Niedersachsen zu verorten.

Bei der Inanspruchnahme durch Männer und Frauen ergeben sich im Durchschnitt geringfügige Verschiebungen zwischen den Geschlechtern zugunsten der männlichen Betreuten gegenüber der Geschlechterverteilung in der Bevölkerung.

Bei der Altersstruktur der betreuten Klientel ergeben sich Hinweise darauf, daß die Altersgruppen der 18-25-Jährigen und der ab 55-Jährigen gegenüber der Verteilung in der Bevölkerung unterproportional vertreten sind. Entsprechend häufiger sind Klienten in der Altergruppe der 26-54-Jährigen unter den betreuten Personen vertreten. Regionale Schwankungen bei diesen Verhältnissen lassen sich sehr deutlich belegen.

Durch die Methodik der Befragung wurde die Erfassung der durch die Dienste betreuten Kinder und Jugendlichen nicht vorgenommen; deshalb können hierzu keine Angaben gemacht werden.

Die Diagnose- und Problemgruppen, auf die die in den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Klienten entfallen, können als typische Verteilung bezeichnet werden, wie ein teilweiser Vergleich mit anderen Ergebnissen zeigt. Dabei wird deutlich, daß die Dienste vermehrt mit jenen Klienten zu tun haben, bei denen die Erkrankungen ursächlich oder begleitend zu sozialen Notlagen (Suchtklienten) oder in Krisensituationen (Psychoseklienten) auftreten. Alle anderen Klientengruppen sind deutlich geringer vertreten.

Vorbemerkungen zu Fragenkomplex 5:

Die Durchführung der Befragung des Fragenkomplexes 5 weist Besonderheiten auf. In Abweichung von der üblichen Verfahrensweise wurden die zuständigen Ordnungsämter der 47 kommunalen Gebietskörperschaften direkt angeschrieben. Sie haben die Vordrucke der Fragen 501 bis 505 (Einweisungsziffern) zur Beantwortung erhalten. Auf diese Weise wurde die Rückmeldung exakterer "harter" Daten erwartet, weil die Ordnungsämter gehalten sind, entsprechende Statistiken zu führen und diese zur Beantwortung heranziehen können.

Zu Frage 508 (Entmündigungen/Wiederbemündigungen) wurde die Auswertung von Datenmaterial des Bundeszentralregisters vorgesehen. Das Register, das bei der Generalbundesanwaltschaft in Berlin geführt wird, verfügt über statistische Meldungen der insgesamt 79 Amtsgerichtsbezirke in Niedersachsen zu den Be- und Entmündigungsziffern.

<p>501 Wieviel Einweisungen nach dem SOG bzw. Nds.PsychKG erfolgten in den Jahren 1976 bis 1984?</p> <p>Wieviel Personen wurden insgesamt (ggfs. mehrmals) eingewiesen?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Personen</th> <th>Einweisungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1976:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1977:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1978:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1979:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1980:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1981:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1982:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1983:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1984:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Personen	Einweisungen	1976:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1977:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1978:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1979:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1980:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1981:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1982:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1983:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1984:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Personen	Einweisungen																													
1976:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1977:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1978:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1979:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1980:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1981:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1982:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1983:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
1984:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
<p>502 Wieviel Einweisungen nach dem Nds.PsychKG erfolgten im Jahre 1985?</p> <p>Wieviel Personen wurden insgesamt (ggfs. mehrmals) eingewiesen?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Personen</th> <th>Einweisungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1985:</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Personen	Einweisungen	1985:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
	Personen	Einweisungen																													
1985:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													

Forschungsinteresse

Frage 501 erfragt die Anzahl der Einweisungen, die in der Zeit von 1976 bis 1984 auf der Grundlage jeweils geltender Rechtsvorschriften - in das zuständige Landeskrankenhaus bzw. in die Psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses vorgenommen wurden. Gleichzeitig erfolgt für denselben Zeitraum eine Erkundigung nach der Anzahl der eingewiesenen Personen. Diese Differenzierung (zwischen Anzahl der Einweisungen und Anzahl der Personen) erfolgt in der Absicht zur Feststellung von Wiederholungseinweisungen. Für das Jahr 1985 werden diese Angaben nochmals gesondert in Frage 502 erbeten.

Bei Durchführung der Befragung wurden in Abweichung von der üblichen Verfahrensweise die zuständigen Ordnungsämter der 47 kommunalen Gebietskörperschaften direkt angeschrieben. Ihnen wurden die Vordrucke der Fragen 501 bis 505 zur Beantwortung vorgelegt.

Von dieser Fragestellung wird Aufschluß über den quantitativen Umfang unfreiwilliger stationärer Aufenthalte in Landeskrankenhäusern bzw. Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erwartet. Es soll ein Überblick über Veränderungen der Einweisungsraten innerhalb eines Zeitraumes von neun Jahren erfolgen.

Bewertungsparameter

Die Auflistung der in Frage 501 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beginnt 1976, dem Jahr nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquête. Zu diesem Zeitpunkt kann von den an Unterbringungsverfahren beteiligten Dienststellen erwartet werden, daß sie für die Problematik des psychiatrischen Bereiches entsprechend sensibilisiert waren. Mit Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 im Juli 1978 (gesetzliche Grundlagen - SOG bzw. Nds.PsychKG 1978)⁴⁶⁰ wurden für psychisch Kranke die Bereiche der Hilfen und Schutzmaßnahmen sondergesetzlich geregelt.⁴⁶¹ Vor Inkrafttreten des Gesetzes fiel jener Personenkreis, subsumiert unter Begriffe wie "Geisteskranke", "Rauschgift- und Alkoholsüchtige", in den Geltungsbereich des Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (SOG) vom 01.04.1951,⁴⁶² das Ende 1977 eine umfangreiche Novellierung erfuhr,⁴⁶³ mit Wirkung vom 1. Februar 1978 modifiziert wurde⁴⁶⁴ und in seinen Grundzügen heute immer noch gilt. Bis dahin oblag es den Polizeibehörden und Ordnungsämtern, zum Zwecke der Gefahrenabwehr oder zur Wiederherstellung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einzugreifen und aufgrund psychiatrischer Erkrankungen

460 Bis zum Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 am 01.07.1978 galt das Nieders. Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 31.03.1978 (Nds.SOG), Nieders.GVBl. 1978, Seite 279. Die Aufhebung der die Zwangseinweisung betreffenden Bestimmungen erfolgte mit § 43 Nds.PsychKG 1978:

"(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1978 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. die §§ 10 bis 12 des Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung in der Fassung vom 31. März 1978 (Nieders.GVBl. S. 279) ..."

Die §§ 10 bis 12 des Nds.SOG hatten folgenden Wortlaut:

§ 10 Nds.SOG von 1978

- "(1) Unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 kann auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch das Amtsgericht die Unterbringung eines Geisteskranken, Rauschgift- oder Alkoholsüchtigen in einer Heil- oder Entziehungsanstalt angeordnet werden. Ist der Unterzubringende in Verwahrung genommen, so muß eine gerichtliche Entscheidung spätestens am folgenden Tage ergehen. Das Amtsgericht hat dem Unterzubringenden einen Rechtsanwalt beizuordnen. Von der Entscheidung sind die Angehörigen zu benachrichtigen.
- (2) Dem Antrag der Verwaltungsbehörde ist ein Gutachten des für den Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Unterzubringenden zuständigen Amtsarztes beizufügen. In Fällen, die keinen Aufschub gestatten, kann an die Stelle des amtsärztlichen Gutachtens das Gutachten zweier in Deutschland approbierter Ärzte treten. Ist der Unterzubringende in Verwahrung genommen, und kann das Gutachten nicht rechtzeitig beigebracht werden, so kann das Gericht anordnen, daß die Verwahrung für weitere drei Tage fortbestehen kann.
- (3) Wird die Unterbringung nicht auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens angeordnet, so hat das Gericht zusätzlich und unverzüglich ein Gutachten der Unterbringungsanstalt zu fordern und seine Entscheidung zu überprüfen.
- (4) Das Gericht kann den Unterzubringenden bis zur Dauer von sechs Wochen zur Beobachtung in eine Heil- oder Entziehungsanstalt vorläufig einweisen.
- (5) Die Ausführung der vom Gericht angeordneten Maßnahmen obliegt der Verwaltungsbehörde."

§ 11 Nds.SOG von 1978

- "(1) Das Gericht ordnet die Entlassung an, wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr vorliegen.
- (2) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf nicht länger als zwei Jahre dauern.
- (3) Bei einer Unterbringung in einer Heilanstalt hat das Gericht jeweils spätestens vor Ablauf von zwei Jahren zu entscheiden, ob die Voraussetzungen der Unterbringung noch vorliegen.
- (4) Das Gericht hat auch während des Laufs der in den Absätzen 2 und 3 bestimmten Fristen auf Antrag der Verwaltungsbehörde, des Anstaltsarztes oder des gesetzlichen Vertreters des Unterbrachten, und wenn ein anderer begründeter Anlaß hierfür gegeben ist, zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Unterbringung noch vorliegen.
- (5) Lehnt das Gericht die Entlassung ab, so beginnt bei einer Unterbringung in einer Heilanstalt mit dieser Entscheidung der Lauf der in Absatz 3 genannten Frist von neuem."

§ 12 Nds.SOG von 1978

"Auf das gerichtliche Verfahren finden die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Mai 1898 (Reichsgesetzbl. S. 189) Anwendung. Zuständig ist sowohl das Gericht des Wohnsitzes als auch das des Aufenthaltsortes des Betroffenen. Gegen die Entscheidung des Gerichts ist die sofortige Beschwerde gegeben."

§ 9 Abs. 1 Nds.SOG von 1978 lautete:

- "(1) Die Verwaltungs- und die Polizeibehörden dürfen nur dann Personen in Verwahrung nehmen, wenn diese Maßnahme erforderlich ist
1. zum Schutze ihrer eigenen Person
 2. zur Beseitigung einer bereits eingetretenen Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung oder zur Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, falls die Beseitigung der Störung oder die Abwehr der Gefahr auf andere Weise nicht möglich ist."

vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978, a.a.O.; vgl. Nds.PsychKG 1978; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 522 ff

461 s. hierzu insbesondere die Ausführungen von STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 522 ff; vgl. Nds.PsychKG 1978

462 vgl. GESETZ ÜBER DIE ÖFFENTLICHE SICHERHEIT UND ORDNUNG (SOG) 1951, a.a.O.; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 522 ff

463 vgl. SCHNUPP 1978, Seite 5

464 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978, a.a.O.

Auffällige oder Suchtkranke in polizeilichen Gewahrsam zu nehmen.⁴⁶⁵ Die Auffälligen (Kranke) wurden wie gesetzbrecherische Straftäter behandelt, bevor sie - nach Einschaltung des zuständigen Amtsgerichtes - in eine psychiatrische Klinik gebracht wurden.

Mit dem Nds.PsychKG 1978 brachte der Gesetzgeber fürsorgerische Aspekte in die bis dahin allein materielle und verfahrensrechtliche Regelungen enthaltenen Bestimmungen des Nds.SOG mit "ausschließlich polizeirechtlichem Charakter" ein.⁴⁶⁶ Er wollte damit die gesellschaftliche Verpflichtung, "... sich ihrer psychisch Kranken anzunehmen ..." deutlicher in den Vordergrund rücken.⁴⁶⁷

Die Auswirkungen des neuen Gesetzes (Nds.PsychKG 1978) dürften sich recht deutlich in den Einweisungsquoten widerspiegeln. Insbesondere sei hier das Augenmerk auf das Jahr 1978 gerichtet, für das eine Reduzierung der Anzahl eingewiesener Personen sowie der Anzahl der Einweisungen erwartet wird.

Zur Interpretation der Daten soll das jeweilige Jahr der Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste (s. Frage 101) berücksichtigt werden. Hier wird unterstellt, daß die Bewertung der Einweisungsziffern in Abhängigkeit von der Funktionstüchtigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste gesehen werden muß, da nur unter dieser Bedingung die im Nds.PsychKG 1978 festgeschriebenen Hilfen zur Vermeidung von Schutzmaßnahmen wirken können.

Die Befragungsergebnisse sollen jeweils in Relation zu den jeweiligen Wohnbevölkerungen kommunaler Einzugsgebiete betrachtet werden.

465 vgl. §§ 10-12 NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978

466 vgl. Allgemeine Begründung zum Entwurf des Nds.PsychKG 1978: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573, Seite 15

467 vgl. Allgemeine Begründung zum Entwurf des Nds.PsychKG 1978: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573, Seite 15; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 531 ff

Datenanalyse

TABELLE 5-1:
EINWEISUNGEN IN DEN JAHREN 1976 BIS 1985 NACH DEN JEWEILS GÜLTIGEN GESETZEN
AUFGRUND VON ANGABEN DER ORDNUNGSÄMTER DER GEBIETSKÖRPERSCHAFTEN
(NACH ZAHL DER PERSONEN UND NACH ZAHL DER EINWEISUNGEN)

1) 2)	AUR	EMD	CE	OS-S	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS
1976		15 16	30 31		19 19	9 11	22 22		20 21			34 39	89 92	113 117		
1977		10 10	61 65		16 16	8 9	28 29		19 19			25 26	72 77	111 116		
1978		4 4	69 73		14 14	5 6	14 14		8 8			23 23	83 87	91 93		
1979		16 17	78 80		12 13	12 21	36 36		21 23			65 65	95 100	62 63		
1980		19 19	78 83		10 10	9 16	28 28		14 15			88 91	107 111	102 104		
1981		14 15	67 68		10 10	15 16	21 22		18 19			62 64	94 99	157 164		
1982		17 19	47 47		23 25	17 24	25 25		9 9			83 85	90 95	171 178		
1983		7 8	54 56		20 20	8 9	25 25		6 6			90 92	85 90	150 168		
1984		14 15	42 44		23 23	7 12	22 22		12 13			95 99	59 62	131 138		
1985		18 18	45 49		20 21	9 10	25 25		11 12			123 132	69 72	118 125		
∑		134 141	571 596		167 171	99 134	246 248		138 145			688 716	843 885	120 126		
Ø		13,414,1	157,159,6		16,717,1	9,9 13,4	24,624,8		13,814,5			68,871,6	84,388,5	121 127		

1) 2)	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	OLL	WHV	DEL	OSL	FRI	WL	VEC	SFA	OLS	PE
1976			28 32				27 27	12 14					20 21			46 46
1977			19 23				32 32	29 30					33 33			47 47
1978			15 19				28 28	24 26					24 24			34 34
1979			20 24				25 25	42 43					26 30			85 86
1980			32 40				32 32	38 38					32 32			73 77
1981			40 46				43 43	44 49					42 43			57 59
1982			42 43				36 36	40 40					49 50			72 75
1983			59 64				36 36	29 33					37 37			53 59
1984			43 43				50 50	31 32					37 42			57 61
1985			39 44				48 49	35 38					38 39			77 81
∑			337 378				357 358	324 343					338 351			601 625
Ø			33,7 37,8				35,7 35,8	32,4 34,3					33,8 35,1			60,1 62,5

1) 2)	HM	HOL	STD	WF	NOM	BRA	LER	WST	LG	H	CLP	CUX	DH	∑ (n=19)
1976	27 28	9 9	26 26		58 61			33 33						637 665
1977	35 38	20 22	31 31		62 65			37 37						695 725
1978	39 40	17 19	20 20		64 66			60 60						636 658
1979	41 41	36 37	40 40		60 63			60 60						832 867
1980	40 41	43 43	27 27		64 68			64 64						900 939
1981	38 42	43 47	20 20		74 79			52 52						911 957
1982	26 28	74 81	14 14		42 46			65 65						942 985
1983	46 47	48 51	22 22		58 60			60 60						893 943
1984	39 40	44 48	23 23		45 47			74 74						848 888
1985	32 35	35 35	21 25		48 50			46 46						857 906
∑	363 380	369 392	244 248		575 605			551 551						8151 8533
Ø	36,3 38	36,9 39,2	24,4 24,8		57,5 60,5			55,1 55,1						815,1 853,3

1) = Einweisungen nach Personenzahl

2) = Einweisungen nach Einweisungsanzahl

Quelle: eigene Erhebungen

Die vorstehende Tabellen 5-1 enthält Daten aus den Fragen 501 und 502. Während alle Angaben der befragten Kommunen (n=19) der Jahre 1976 bis 1984 aus Frage 501 in die Tabellen aufgenommen wurden, enthält jeweils die drittletzte Tabellenreihe selektiv ausgewählte Daten der Frage 502 für das Jahr 1985. Diese Selektion erfolgte in der Weise, daß von den in Frage 502 vorhandenen Daten von 26 Kommunen nur diejenigen Kommunen berücksichtigt wurden, bei denen auch in Frage 501 Meldungen vorlagen. Diese Anpassung war erforderlich, um eine Vergleichbarkeit der Daten von Frage 501 und 502 herzustellen.

In den so in Deckung der Datenätze verbleibenden 19 Kommunen des Landes Niedersachsen (Regierungsbezirk Weser-Ems: 6; Regierungsbezirke Braunschweig und Lüneburg: je 5; Regierungsbezirk Hannover: 3) wurden in den Jahren von 1976 bis 1985 insgesamt 8.533 Zwangseinweisungen in die stationäre Psychiatrie vorgenommen.

Betroffen hiervon waren insgesamt 8.151 Personen; in 382 Fällen handelt es sich um Wiederholungseinweisungen. Der Anteil der Wiederholungsfälle liegt damit bei 4,7 %.⁴⁶⁸

Eine Hochrechnung der ermittelten Werte auf die einwohnermäßige Größenordnung des Landes Niedersachsen führt zu dem Ergebnis, daß in 10 Jahren (1976 bis 1985) bei insgesamt 24.174 Personen 25.307 Zwangseinweisungen erfolgten.⁴⁶⁹ Im Jahresdurchschnitt sind das 2.417 Personen und 2.531 Einweisungen. Die Einweisungsquote liegt somit im Durchschnitt bei etwa 35,0 Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohner.⁴⁷⁰ Vergleichbare Daten aus anderen Untersuchungen stehen kaum zur Verfügung. Die Angaben der Niedersächsi-

468 **Ermittlung der Wiederholungseinweisungsquote für die Jahre 1976 bis 1985:**

Jahr	a	b	c	d	
1976	665	637	28	4,40 %	a = Anzahl der Einweisungen b = Anzahl der eingewiesenen Personen c = Differenz a-b (absolut) = Anzahl der Wiederholungseinweisungen (absolut) d = Differenz c in Relation zu b ($\frac{a-b}{b}$) = Wiederholungseinweisungen (prozentual)
1977	725	695	30	4,32 %	
1978	658	636	22	3,46 %	
1979	867	832	35	4,21 %	
1980	939	900	39	4,33 %	
1981	957	911	46	5,05 %	
1982	985	942	43	4,56 %	
1983	943	893	50	5,60 %	
1984	888	848	40	4,72 %	
1985	906	857	49	5,72 %	
Σ	88.533	8.151	382	4,69 %	

469 **Umrechnungstabelle zur Ermittlung der Einweisungszahlen für das Land Niedersachsen (Hochrechnung auf der Basis N=19)**

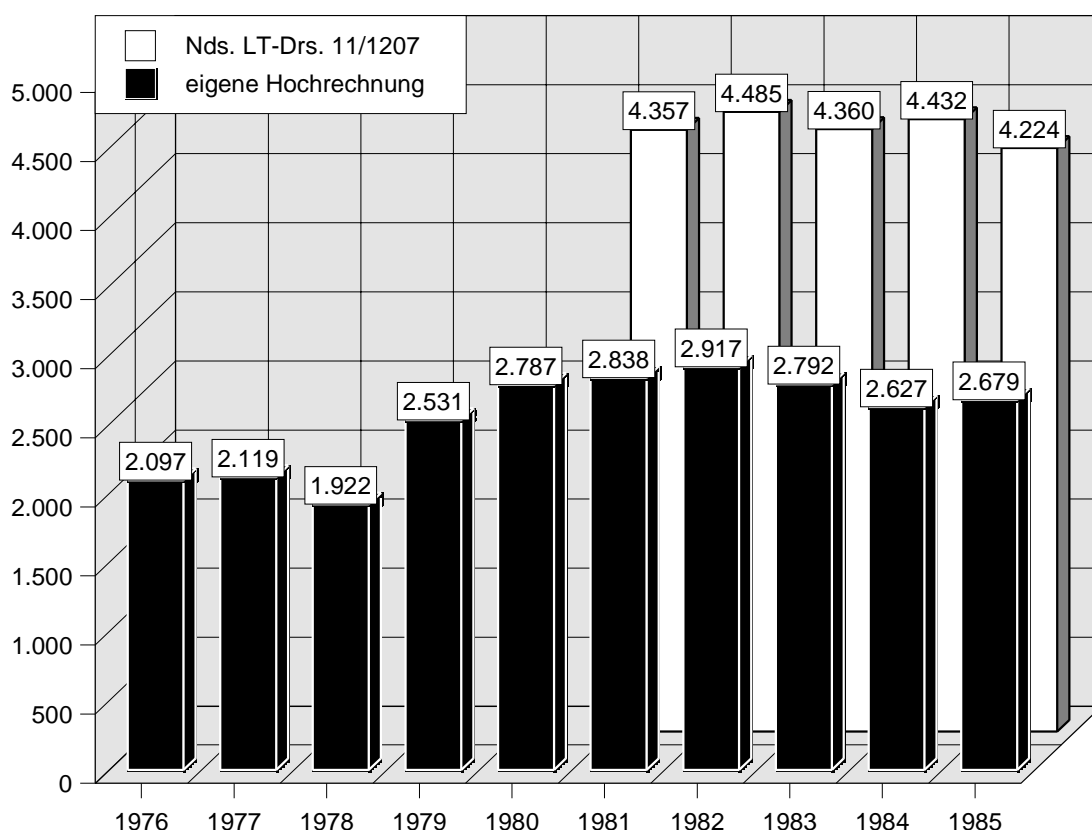
Jahr	Einwohner Niedersachsen	Einwohner befr. Dienste	rel. Anteil befr. Dienste
1976	7.226.897	2.292.267	31,72 %
1977	7.224.165	2.471.995	34,22 %
1978	7.225.167	2.473.836	34,24 %
1979	7.234.000	2.477.840	34,25 %
1980	7.256.386	2.445.183	33,70 %
1981	7.267.106	2.450.758	33,72 %
1982	7.256.769	2.450.201	33,76 %
1983	7.248.536	2.448.105	33,77 %
1984	7.216.304	2.439.602	33,81 %
1985	7.203.471	2.436.405	33,82 %

Jahr	Hochrechnung:			Hochrechnung:		
	eingewiesene Personen bei befragten Diensten	durchgeführte Einweisungen bei befragten Diensten	relativer Anteil befragter Dienste	eingewiesene Personen Niedersachsen	durchgeführte Einweisungen Niedersachsen	
1976	637	665	31,72 %	2.008	2.096	
1977	695	725	34,22 %	2.031	2.119	
1978	636	658	34,24 %	1.857	1.922	
1979	832	867	34,25 %	2.429	2.531	
1980	900	939	33,70 %	2.671	2.786	
1981	911	957	33,72 %	2.702	2.838	
1982	942	985	33,76 %	2.790	2.918	
1983	893	943	33,77 %	2.644	2.792	
1984	848	888	33,81 %	2.508	2.626	
1985	857	906	33,82 %	2.534	2.679	
				24.174	25.307	

470 Einweisungsquote pro 100.000 Einwohner: $2.531 \text{ Einweisungen auf } 7.235.880 \text{ Einwohner (durchschnittliche Einwohnerzahl der Jahre 1976-1985: } 72.358.801 \div 10 = 7.235.880) = 34,98 \text{ Einweisungen auf } 100.000 \text{ Einwohner}$

schen Landesregierung aus dem Jahre 1987⁴⁷¹ lassen jedoch vermuten, daß die tatsächliche Quote mit 60,8 Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohner⁴⁷² deutlich über den durch die Hochrechnung ermittelten Wert liegt. Allerdings gilt es hierbei zwei nicht unwesentliche Aspekte zu berücksichtigen: Einerseits handelt es sich bei den Vergleichswerten um Angaben über "die Zahl der insgesamt nach Landesrecht gestellten Unterbringungsanträge" ⁴⁷³ und nicht etwa um Daten über tatsächlich erfolgte Zwangseinweisungen. Andererseits werden an mehreren Stellen die überdurchschnittlich hohen Einweisungsraten in der Landeshauptstadt Hannover thematisiert,⁴⁷⁴ die naturgemäß bei der linearen Hochrechnung nicht in Erscheinung treten konnten. Hier die Einweisungszahlen der einzelnen Jahre in der graphischen Übersicht:

ABBILDUNG 5-1:
EINWEISUNGEN NACH DEN UNTERBRINGUNGSGESETZEN IN NIEDERSACHSEN
VON 1976 BIS 1985 (HOCHRECHNUNG)



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

471 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/862; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1207

472 **Unterbringungsanträge Niedersachsen:**

1981 .. = . . . 4.357	1984 .. = . . . 4.432	Durchschnitt pro Jahr: 26.392 ÷ 6 = 4.398,7
1982 .. = . . . 4.485	1985 .. = . . . 4.224	
1983 .. = . . . 4.360	1986 .. = . . . 4.534	
26.392		

Quelle: NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1207

Unterbringungsanträge pro 100.000 Einwohner:
4.399 Anträge (Durchschnitt der Jahre 1981-1986) auf 7.238.437 Einwohner (durchschnittliche Einwohnerzahl der Jahre 1981-1986:
43.430.622 ÷ 6 = 7.238.437) = 60,78 Unterbringungsanträge auf 100.000 Einwohner

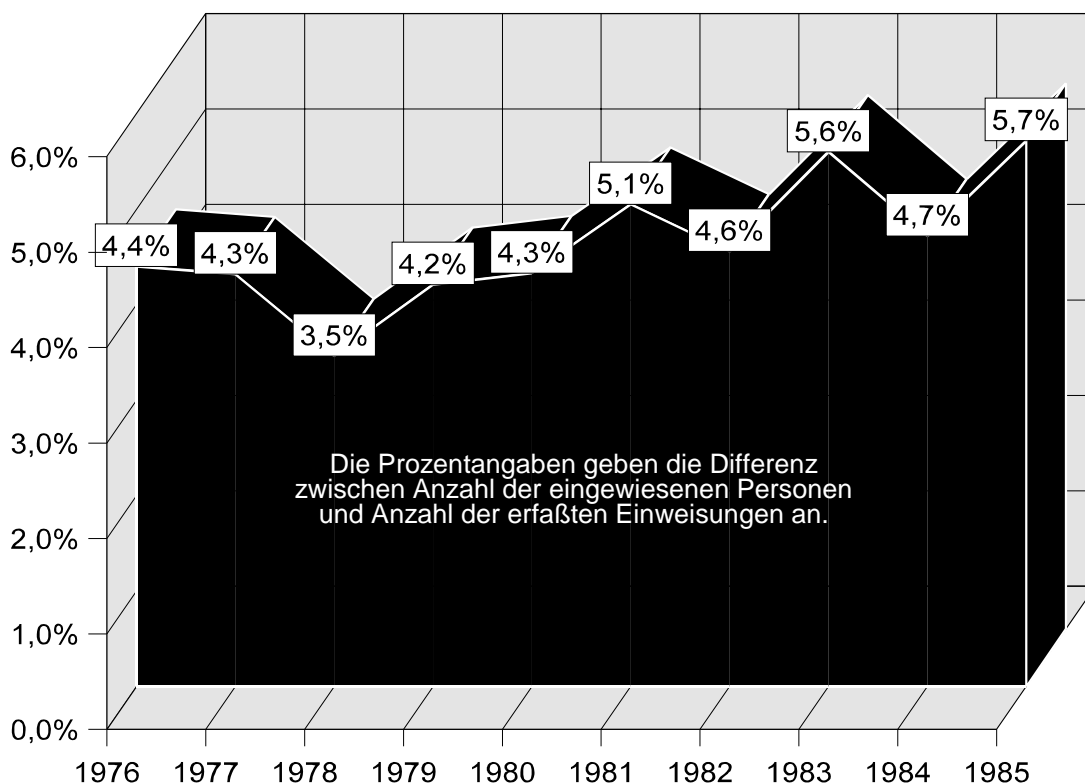
473 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1207, Seite 2

474 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469, Ziffer 2.3; vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1207; vgl. BUSCHE/HEINRICH 1985, Seite 34 und Seite 37

Der Anteil der Wiederholungseinweisungen lag in den Jahren 1976 und 1977, also vor Inkrafttreten des Nds.Psych KG 1978, bei durchschnittlich 4,4 %; in den Vergleichsjahren 1978 und 1979, also ab Inkrafttreten des Nds.Psych KG 1978, sank die Ziffer auf 3,9 %, um ihren bisher höchsten Stand im Jahre 1985 mit 5,7 % zu erreichen.⁴⁷⁵

Die folgende Graphik verdeutlicht den Anteil der Wiederholungseinweisungen über einen Zeitraum von 10 Jahren:

ABBILDUNG5-2:
WIEDERHOLUNGSEINWEISUNGEN IN NIEDERSACHSEN VON 1976 BIS 1985 (HOCHRECHNUNG)



Quelle: eigene Berechnungen

In den 19 befragten Kommunen befanden sich vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 im Jahresdurchschnitt nominal 666 Personen aufgrund gesetzlicher Regelungen (zum größeren Teil wahrscheinlich ohne ihre Einwil-

475 Ermittlung der Wiederholungseinweisungsquote für die Jahre 1976 bis 1985:

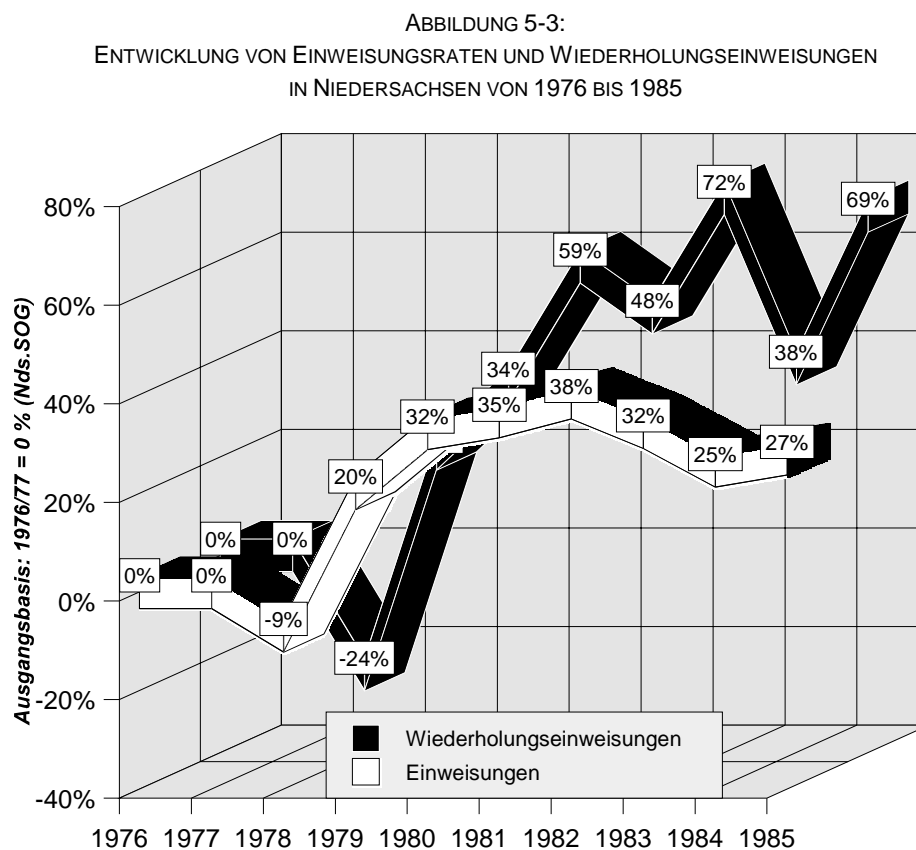
Jahr	a	b	c	d
1976	665	637	28	4,40 %
1977	725	695	30	4,32 %
1978	658	636	22	3,46 %
1979	867	832	35	4,21 %
1980	939	900	39	4,33 %
1981	957	911	46	5,05 %
1982	985	942	43	4,56 %
1983	943	893	50	5,60 %
1984	888	848	40	4,72 %
1985	906	857	49	5,72 %
1986	88.533	8.151	382	4,69 %

a = Anzahl der Einweisungen
 b = Anzahl der eingewiesenen Personen
 c = Differenz a-b (absolut) = Anzahl der Wiederholungseinweisungen
 d = Differenz c in Relation zu b $\frac{a-b}{b}$ = Wiederholungseinweisungen prozentual

Wiederholungseinweisungen der Jahre 1976 und 1977: 58 bei insgesamt 1332 eingewiesenen Personen = 4,35 %
 Wiederholungseinweisungen der Jahre 1978 und 1979: 57 bei insgesamt 1468 eingewiesenen Personen = 3,88 %

ligung) in stationärer psychiatrischer Behandlung;⁴⁷⁶ in der Zeit von 1978 bis 1979 waren es 734 Personen jährlich (s. Tabelle 5-1). - Dies läßt, bei einer Gegenüberstellung der Einweisungspraxis bei Nds.SOG und Nds.PsychKG 1978, den Schluß zu, daß das neue Gesetz von 1978 zwar zunächst für einen Abbau der Wiederholungseinweisungen (Drehtürpsychiatrie) sorgte, daß dieser jedoch einherging mit einem Anstieg der nominalen durchschnittlichen Jahreseinweisungszahlen um 10,2 %.⁴⁷⁷

Wird die nominale Entwicklung der Einweisungsraten⁴⁷⁸ nach Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 am quantitativen Niveau der erfolgten Unterbringungen⁴⁷⁹ vor Inkrafttreten jenes Gesetzes gemessen und dabei das quantitative Niveau der erfolgten Unterbringungen des letztgenannten Zeitraumes mit $\pm 0\%$ gleichgesetzt, so lassen sich tendenzielle Steigerungen der Einweisungsraten für die Jahre 1979 bis 1985 ablesen. Für das Jahr 1978 ist ein Absinken der Einweisungsraten unterhalb des quantitativen Niveaus des Basiswertes beobachtbar. Die analoge Betrachtung der Entwicklung der Wiederholungseinweisungsraten führt zu ähnlichen Erkenntnissen. In der graphischen Darstellung lassen sich beide Verläufe deutlich ablesen:



Quelle: eigene Berechnungen

476 eingewiesene Personen der Jahre 1976 und 1977: $637 + 695 = 1332$; Jahresdurchschnitt: 666
eingewiesene Personen der Jahre 1978 und 1979: $636 + 832 = 1468$; Jahresdurchschnitt: 734

477 Jahresdurchschnitt 1976/1977: 666 eingewiesene Personen
Jahresdurchschnitt 1978/1979: 734 eingewiesene Personen
Anstieg Jahresdurchschnitt 1976/1977 zu 1978/1979: von 666 auf 734 = Differenz 68 = 10,21 %

478 Gemeint ist die Anzahl der erfolgten Einweisungen in den Jahren 1978-1985

479 Gemeint ist die Anzahl der erfolgten Einweisungen in den Jahren 1976-1977

Bei den vorstehenden Aussagen zur Entwicklung der Einweisungen und Wiederholungseinweisungen erweist sich das Fehlen von Informationen über die Verweildauern stationärer Behandlung als Mangel. Daten hierüber würden die Aussagefähigkeit der Ergebnisse wesentlich erhöhen. Sie wurden in eigener Untersuchung nicht erhoben. Vergleichbare Angaben sind nicht bekannt. Die von MELCHINGER durchgeführte empirische Analyse des Ist-Zustandes der Versorgung in Westniedersachsen beinhaltet lediglich eine Stichprobe aus dem Jahr 1982, auf die in diesem Zusammenhang verwiesen wird.⁴⁸⁰

Im Verlaufe weiterer Auswertungen sollen die absoluten Einweisungszahlen (Tabelle 5-1) mit den jeweiligen Bevölkerungsgrößen der einzelnen Kommunen (in den jeweiligen Jahren 1976 bis 1985) relativiert werden. Die auf diese Weise ermittelten Äquivalenzwerte geben die Anzahl der durchgeführten Einweisungen auf 100.000 Einwohner an.⁴⁸¹

Nach den vorliegenden Daten ist die Einweisungsquote pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung in 19 der befragten Kommunen des Landes Niedersachsen in den Jahren 1976 bis 1985 extrem unterschiedlich: Sie reicht - nach eigenen Berechnungen - von 6,48 Einweisungen pro 100.000 Einwohner im Landkreis Osterholz 1978 bis 142,85 Einweisungen pro 100.000 Einwohner im Bereich der Stadt Wolfsburg 1982.

Bei den relativ zur Wohnbevölkerung berechneten Einweisungsziffern im Querschnitt der Jahre 1976 bis 1985 tritt die Stadt Wolfsburg mit fünf Nennungen aufeinanderfolgender Jahre (1981-1985) durch extrem hohe Ziffern in Erscheinung: für diesen Zeitraum wurden jährlich mit einer Quote von 102 bis 143 Einweisungen pro 100.000 Einwohner Personen mit richterlichem Beschluß in die stationäre Psychiatrie verbracht. Dies entspricht etwa der 13- bis 22-fachen Anzahl von Einweisungen, die im Jahre 1978 in den Regionen Emden (7,66 Einweisungen pro 100.000 Einwohner), Göttingen (7,36 Einweisungen pro 100.000 Einwohner) und Osterholz (6,48 Einweisungen pro 100.000 Einwohner, unteres Extrem) vorgenommen wurde.

Da die Interpretation und Kommentierung von weiteren (insgesamt 190 vorliegenden) Einzeldaten den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, soll an dieser Stelle lediglich auf die im Anhang ausgewiesenen Daten und die Anmerkungen zu den dort vorhandenen Übersichten zu den einzelnen Einweisungsziffern pro 100.000 Einwohner (10 Angaben à 19 Kommunen) verwiesen werden. Die folgende graphische Übersicht enthält daher die hoch aggregierten Daten für den Zeitraum von 1976 bis 1985, errechnet als durchschnittliche regionale Einweisungsquoten pro 100.000 Einwohner:

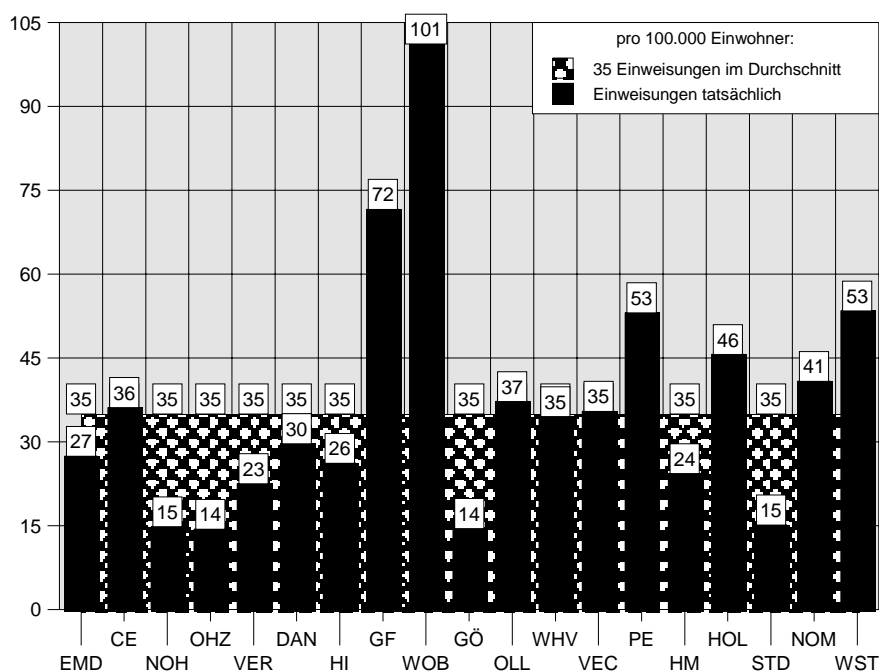
480 vgl. MELCHINGER 1984, Seite 61 ff

481 Die Berechnung der Äquivalenzwerte erfolgt nach folgender Formel:

$$\frac{\sum \text{d. Einweisungen aus 19 Kommunen} \times 100.000}{\sum \text{der Einwohner aus 19 Kommunen}} = \text{Anzahl der Einweisungen pro 100.000 Einwohner}$$

Die Daten für die einzelnen Jahrgänge und Kommunen finden sich im Anhang dieses Bandes, Seite 357 ff

ABBILDUNG 5-4:
EINWEISUNGSRATEN PRO 100.000 EINWOHNER WOHNBEVÖLKERUNG
HIER: DURCHSCHNITT DER JAHRE 1976 BIS 1985



Quelle: eigene Erhebungen

Die vorstehende Abbildung belegt, daß für psychisch erkrankte Bürger die Wahrscheinlichkeit, gegen ihren Willen in die stationäre Psychiatrie eingewiesen zu werden, in der Stadt Wolfsburg sowie in den Landkreisen Gifhorn, Peine, Ammerland, Holzminden und Northeim besonders hoch ist, gemessen an anderen Regionen, in denen das Aufkommen von Zwangseinweisungen relativ niedrig ist: Landkreise Göttingen, Osterholz, Grafschaft Bentheim, Stade, Verden, Hildesheim und Stadt Emden. Durchschnittliche Werte weisen die Landkreise Vechta, Celle, Oldenburg, Lüchow-Dannenberg sowie die Stadt Wilhelmshaven auf.

Die Einweisungsziffern und Wiederholungseinweisungsraten der einzelnen Kommunen sind sehr unterschiedlich.⁴⁸² Zunächst soll eine zusammenfassende Bewertung der **Einweisungsraten** erfolgen, um sodann über die Angaben zu den **Wiederholungseinweisungen** zu resümieren. Bezüglich der Einweisungsraten werden zunächst die Angaben der Jahre 1976 und 1977 betrachtet, also der Zeitraum vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978:

Einweisungsraten

In 11 von 19 befragten Kommunen war vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 (in den Jahren 1976 bis 1977) die Einweisungsrate im Anstieg begriffen. Die größten Ausprägungen sind hierbei beobachtbar im Landkreis Holzminden mit 144,4 % Steigerung (von 9 auf 22 Einweisungen); für die Stadt Wilhelmshaven mit 114,3 % Steigerung (von 14 auf 30 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Celle mit 109,7 % Steigerung (von 31 auf 65 Einweisungen). - Niedrige Steigerungsraten hingegen traten auf im Landkreis Ammerland mit 12,1 % Steigerung (von 33 auf 37 Einweisungen); im Landkreis Northeim mit 6,6 % Steigerung (von 61 auf 65 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Peine mit 2,2 % Steigerung (von 46 auf 47 Einweisungen).

482 siehe. hierzu Graphiken zu den einzelnen Kommunen im Anhang dieses Bandes, Seite 357 ff

Bei den verbleibenden 8 (von 19) befragten Kommunen war die Ziffer der erfolgten Einweisungen vor Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 (in den Jahren 1976 bis 1977) im Abstieg begriffen. Die größten Ausprägungen sind hierbei beobachtbar bei der Stadt Emden mit 37,5 % Senkung (von 16 auf 10 Einweisungen); für den Landkreis Hildesheim mit 33,3 % Senkung (von 39 auf 26 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Göttingen mit 28,1 % Senkungen (von 32 auf 23 Einweisungen). Hingegen geringe Ausprägungen sind anzutreffen in der Stadt Wolfsburg mit 0,9 % Senkung (von 117 auf 116 Einweisungen); für den Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 9,5 % Senkung (von 21 auf 19 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Grafschaft Bentheim mit 15,8 % Senkung (von 19 auf 16 Einweisungen).

Es folgt die Betrachtung der Einweisungsraten des Jahres 1978 (Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978) im Vergleich zum Vorjahr: Mit Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 erfolgte in 14 von 19 befragten Kommunen eine Senkung der Einweisungsraten (von 1977 auf 1978). Die deutlichsten Ausprägungen sind hierbei beobachtbar für die Stadt Emden mit 60 % **Senkung** (von 10 auf 4 Einweisungen); für den Landkreis Verden mit 51,7 % Senkung (von 29 auf 14 Einweisungen); für den Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 42,1 % Senkung (von 19 auf 8 Einweisungen); für den Landkreis Stade mit 35,5 % Senkung (von 31 auf 20 Einweisungen) und für den Bereich des Landkreises Osterholz mit 33,3 % Senkung (von 9 auf 6 Einweisungen). Dieser Trend sinkender Einweisungsziffern wurde im Folgejahr (1979) lediglich in 3 von 14 der angegebenen Kommunen fortgesetzt, und zwar in der Stadt Wolfsburg mit 32,3 % Senkung (von 93 auf 63 Einweisungen); im Landkreis Oldenburg mit 10,7 % Senkung (von 28 auf 25 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Grafschaft Bentheim mit 7,1 % Senkung (von 14 auf 13 Einweisungen). - In den übrigen 11 der 14 benannten Kommunen, deren Einweisungsraten von 1977 auf 1978 im Senken begriffen waren, sind im Anschluß daran (von 1978 auf 1979) die Einweisungsraten wiederum zum Teil erheblich angestiegen. Die größten Ausprägungen hierbei sind beobachtbar bei der Stadt Emden mit 325 % Steigerung (von 4 auf 17 Einweisungen); für den Landkreis Osterholz mit 250 % Steigerung (von 6 auf 21 Einweisungen); für den Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 187,5 % Steigerung (von 8 auf 23 Einweisungen); für den Landkreis Hildesheim mit 182,6 % Steigerung (von 23 auf 65 Einweisungen) und im Bereich des Landkreises Peine mit 152,9 % Steigerung (von 34 auf 86 Einweisungen). - In den verbleibenden 5 (von 19) befragten Kommunen erfolgte mit Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 eine **Steigerung** der Einweisungsziffern. Die größten Ausprägungen traten hierbei auf im Landkreis Ammerland mit 62,2 % Steigerung (von 37 auf 60 Einweisungen); für den Landkreis Gifhorn mit 13,0 % Steigerung (von 77 auf 87 Einweisungen) und für den Bereich des Landkreises Celle mit 12,3 % Steigerung (von 65 auf 73 Einweisungen). - Geringere Ausprägungen sind zu verzeichnen für den Landkreis Hameln mit 5,3 % Steigerung (von 38 auf 40 Einweisungen) und für den Bereich des Landkreises Northeim mit 1,5 % Steigerung (von 65 auf 66 Einweisungen). In diesen Kommunen wurde auch im darauffolgenden Jahr (von 1978 auf 1979) der Trend steigender Einweisungsziffern fortgesetzt; mit Ausnahme des Landkreises Northeim, der eine Senkung um 4,5 % zu verzeichnen hat und des Landkreises Ammerland, der mit 60 Einweisungen den Stand des Jahres 1978 bestätigte.

Wiederholungseinweisungen

Die Quote der Wiederholungseinweisungen variiert bei 19 befragten Diensten im Zeitraum von 1976 bis 1985 nominal zwischen 0 und 18. Während der Landkreis Ammerland für den gesamten Zeitraum von 10 Jahren keine Wiederholungseinweisung verzeichnete, gab die Stadt Wolfsburg für das Jahr 1983 nominal 18 Wiederholungseinweisungen an. Gemessen an der in Wolfsburg vorhandenen relativ hohen Anzahl der erfolgten Einweisungen (in 1983 waren es 168 Einweisungen) betrug die Quote der Wiederholungseinweisungen 10,7 %. Dieses Resultat wurde beispielsweise im Landkreis Göttingen im Jahre 1980 mit 20 % Wiederholungseinweisungen übertroffen. Drei Angaben aus dem Landkreis Osterholz aus den Jahren 1979, 1980 und 1982 sprechen dafür, daß in dieser Region Wiederholungseinweisungen besonders häufig sind: sie betragen für 1979 42,9 %, für 1980 43,8 % und für 1982 29,2 %. Allerdings gilt hierbei zu berücksichtigen, daß jene Region die wenigsten Zwangseinweisungen

(pro 100.000 Einwohner) durchführte und daß somit die Quote der Wiederholungseinweisungen, gemessen an der (relativ niedrigen) Anzahl der Gesamteinweisungen, automatisch einen hohen Prozentsatz zur Folge hat. Die Anzahl der Wiederholungseinweisungen lag im Landkreis Osterholz nominal zwischen 1 und 9.

Die vorstehenden skizzenhaften Darstellungen über die Entwicklung der Einweisungsziffern in den 19 befragten Kommunen für die Jahre 1976 bis 1985 lassen bei 13 Kommunen eine steigende Tendenz der Einweisungszahlen erkennen; lediglich in 6 von 19 Kommunen sind die Einweisungsziffern rückläufig. Die deutlichste Ausprägung im Bereich steigender Einweisungszahlen hat der Landkreis Hildesheim zu verzeichnen; im Bereich abnehmender Einweisungsziffern tritt der Landkreis Lüchow-Dannenberg am deutlichsten hervor. Nahezu unveränderte Einweisungszahlen sind für den Landkreis Verden zu verzeichnen.

Nach dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial aus Frage 101 und Frage 501 läßt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Veränderungen der Einweisungszahlen und dem Einrichtungsjahr Sozialpsychiatrischer Dienste feststellen. Augenfällig ist zumindest, daß für das Jahr 1980 bei den Landkreisen Celle, Hildesheim und Göttingen sowie den Städten Wolfsburg und Emden, die zum selben Zeitpunkt den Sozialpsychiatrischen Dienst einrichteten, mit Ausnahme von Göttingen, ein Rückgang der Einweisungszahlen zu verzeichnen ist. Rückschlüsse auf das Wirken kausaler Zusammenhänge wären jedoch rein spekulativ.

Ergänzend sollen hier die Daten für das Jahr 1985 noch einmal dargestellt werden, wie sie durch die Frage 502 erhoben wurden. Die Bewertung der Daten zu Frage 502 soll - soweit dies nicht bereits im Kontext zur vorhergehenden Frage geschehen ist - analog zur Frage 501 erfolgen.

TABELLE 5-2:
EINWEISUNGSQUOTE NACH DEM Nds.PSYCHKG 1978 FÜR DAS BASISJAHR 1985
(ANZAHL DER EWINGEWIESENEN PERSONEN UND ANZAHL DER ERFOLGTEN EINWEISUNGEN)

	Frage 502a: Personen 1985	Frage 502 b Einweisungen 1985		Frage 502a: Personen 1985	Frage 502 b Einweisungen 1985
AUR	k.A.	k.A.	OLL	48	49
EMD	18	18	WHV	35	38
CE	45	49	DEL	k.A.	k.A.
OSS	69	80	OSL	143	147
NOH	20	21	FRI	k.A.	k.A.
OHZ	9	10	WL	40	42
VER	25	25	VEC	38	39
UEL	29	32	SFA	26	27
DAN	11	12	OLS	k.A.	k.A.
SHG	k.A.	k.A.	PE	77	81
H-L	k.A.	k.A.	HM	32	35
HI	123	132	HOL	35	35
GF	69	72	STD	21	25
WOB	118	125	WF	k.A.	k.A.
OHA	k.A.	k.A.	NOM	48	50
GS	k.A.	k.A.	BRA	k.A.	k.A.
SZ	k.A.	k.A.	LER	k.A.	k.A.
BS	k.A.	k.A.	WST	46	46
GÖ	39	44	LG	k.A.	k.A.
HEL	141	146	H	k.A.	k.A.
ROW	k.A.	k.A.	CLP	k.A.	k.A.
EL	k.A.	k.A.	CUX	47	47
WTM	k.A.	k.A.	DH	k.A.	k.A.
NIE	k.A.	k.A.	N=26	1.352	1.427

Quelle: eigene Erhebungen

Im Gegensatz zur vorhergehenden Frage, bei der die übereinstimmenden Datensätze aus den Fragen bis 1994 und aus 1985 sich auf n=19 beliefen, liegen nunmehr für das Jahr 1985 Rückmeldungen von 26 Kommunen vor. Im Einzugsbereich dieser Kommunen wurden 1.352 Personen insgesamt 1.427 mal zwangsweise in die stationäre Psychiatrie verbracht. Es gab 75 Wiederholungseinweisungen, was einer Quote von 5,5 % entspricht.⁴⁸³ Der hingegen auf der Basis von 19 befragten Kommunen ermittelte Durchschnittswert lag bei 5,7 %.

Hochrechnungen auf die einwohnermäßige Größenordnung des Landes Niedersachsen ergeben, daß 2.720 Personen im Jahre 1985 2.870 mal eingewiesen wurden. Das entspricht einer Durchschnittsquote von 39,8 Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohner pro Jahr.⁴⁸⁴ Diese Angabe liegt damit geringfügig über dem zu Frage 501 ermittelten Durchschnittswert von 35,0 Einweisungen auf 100.000 Einwohner jährlich.

Die relativ auf Bevölkerungseinheiten von 100.000 Einwohnern⁴⁸⁵ bezogenen Einweisungszahlen weisen im Bereich des Landkreises Helmstedt mit 151,32 einen extrem hohen Wert auf, der den unter Frage 501 ermittelten Extremwert für die Stadt Wolfsburg noch um etwa ein Drittel übertrifft. Diese Daten führen zu der Schlußfolgerung, daß proportional zur Wohnbevölkerung im Landkreis Helmstedt im Jahr 1985 etwa 10 mal so viel Zwangseinweisungen in die stationäre Psychiatrie erfolgten wie vergleichsweise in den Landkreisen Göttingen, Osterholz, Grafschaft Bentheim oder Stade. Des weiteren führen die vorliegenden Angaben zu der Erkenntnis, daß im Bereich des Landkreises wie auch der Stadt Osnabrück mit ca. 50 Einweisungen auf 100.000 Einwohner deutlich überdurchschnittliche Werte erreicht wurden.⁴⁸⁶

483	Wiederholungseinweisungen:	$1.427 - 1.352 = 75;$	$75 \div 1.352 = 5,5 \%$
484	Hochrechnungen:		
	Bevölkerung Niedersachsen 1985:		7.203.471 Einwohner
	Bevölkerung der 26 Kommunen 1985:		3.580.051 Einwohner
	eingewiesene Personen:	$\frac{1.352 \times 7.203.471}{3.580.051} = 2.720$	
	durchgeführte Einweisungen:	$\frac{1.427 \times 7.203.471}{3.580.051} = 2.870$	
	Einweisungen pro 100.000 Einwohner:	$\frac{1.427 \times 100.000}{3.580.051} = 39,85$	

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Stat. Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985, a.a.O.

485 **Bevölkerung von 26 Kommunen 1985:**

01. Stadt Emden	49.968	15. Stadt Wilhelmshaven	96.702
02. Landkreis Celle	164.277	16. Landkreis Osnabrück	288.132
03. Stadt Osnabrück	153.320	17. Landkreis Harburg	193.514
04. Landkreis Grafschaft Bentheim	116.473	18. Landkreis Vechta	101.945
05. Landkreis Osterholz	94.316	19. Landkreis Soltau-Fallingb.ostel	126.070
06. Landkreis Verden	112.562	20. Landkreis Peine	116.480
07. Landkreis Uelzen	94.316	21. Landkreis Hameln	153.483
08. Landkreis Lüchow-Dannenberg	48.773	22. Landkreis Holzminden	81.288
09. Landkreis Hildesheim	278.646	23. Landkreis Stade	168.208
10. Landkreis Gifhorn	127.414	24. Landkreis Northeim	147.676
11. Landkreis Wolfsburg	121.965	25. Landkreis Ammerland	93.206
12. Landkreis Göttingen	263.334	26. Landkreis Cuxhaven	191.811
13. Landkreis Helmstedt	96.483	Summen:	3.580.051
14. Landkreis Oldenburg	99.689	Bevölkerung Niedersachsen gesamt:	7.203.471

Quelle: NIEDERS. LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A: Stat. Berichte Niedersachsen: Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985, a.a.O.; NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1969-1986: Statistische Monatshefte Niedersachsen, a.a.O.

486 Hier die durchgeführten Rechenoperationen zur Ermittlung der Einweisungsziffern pro 100.000 Einwohner:

	Einweisungen (abs.)	÷	Einwohner	x 100.000	=	Einweisungsziffer pro 100.000 Einwohner
Stadt Osnabrück	80	÷	153.320	x 100.000	=	52,18
Landkreis Uelzen	32	÷	94.316	x 100.000	=	33,93
Landkreis Helmstedt	146	÷	96.483	x 100.000	=	151,32
Landkreis Osnabrück	147	÷	288.132	x 100.000	=	51,02
Landkreis Harburg	42	÷	193.514	x 100.000	=	21,70
Landkreis Soltau-Fallingb.ostel	27	÷	126.070	x 100.000	=	21,42
Landkreis Cuxhaven	47	÷	191.811	x 100.000	=	24,50

Ergebnis

Die Einweisungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, in der Regel ohne Einsicht der betroffenen Patienten oder gegen deren Willen, werden nach den gefundenen Daten in den einzelnen Gebietskörperschaften sehr unterschiedlich häufig vorgenommen, dabei ergeben sich bei ca. jeder zwanzigsten Einweisung (~ 5 %) Wiederholungseinweisungen. Angesichts der tatsächlichen Verhältnisse in der Psychiatrie ist davon auszugehen, daß relativ wenige Patienten diesen Effekt auslösen, weil sich diese immer wieder in den Regelungskreisen von Ordnungsbehörden und psychiatrischer Unterbringung wiederfinden; häufig handelt es sich um alkoholranke oder chronisch psychisch kranke Personen mit geringen oder überhaupt keinen sozialen Bindungen, z.B. auch wohnungslose Menschen, die immer wieder in die "Drehtürpsychiatrie" gelangen. Die relativen Einweisungsquoten je 100.000 Einwohner in den Gebietskörperschaften variieren ebenfalls sehr und können nach der Unterscheidung von ländlichen zu städtischen Gebieten nicht erklärt werden. Neben den jeweils spezifischen Bedingungen der jeweiligen Regionen (Versorgungsdichte verschiedener Angebotstypen der psychosozialen Versorgung) können durch die jeweils regional tätigen Personen Ausprägungen und Auslegungen der für alle gleich geltenden Vorschriften erfolgen, die sich ganz offensichtlich sehr deutlich beobachten lassen und zu unterschiedlich hohen bzw. niedrigen Einweisungsquoten je 100.000 Einwohnern führen. Grundsätzlich konnten aus Prävalenzstudien keine Hinweise darauf gefunden werden, daß die Bevölkerung bestimmter Regionen statistisch signifikant häufiger psychisch erkrankt und deswegen höhere Einweisungszahlen begründet wären.

503 Wer hat in wieviel Fällen für die in Frage 502 angegebenen Einweisungen das Gutachten gefertigt?	Einweisungen
	Amtsarzt <input type="checkbox"/>
	Psychiater des SpD <input type="checkbox"/>
	Niedergelassene Ärzte für Neurologie, Psychiatrie <input type="checkbox"/>
	Je 2 niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/>
	Krankenhausärzte <input type="checkbox"/>
	Sonstige <input type="checkbox"/>
Summe identisch mit den Angaben in Frage 202 <input type="checkbox"/>	

Forschungsinteresse

Frage 503 betrachtet die Anzahl der zu Frage 502 angegebenen Einweisungen für das Jahr 1985 als Basiswert und erhebt die fachärztliche Instanz, die das geforderte Einweisungsgutachten⁴⁸⁷ nach § 15 Satz 3 Nds.PsychKG 1978 (ärztliche Stellungnahme) bzw. nach § 16 Nds.PsychKG 1978 (ärztliches Zeugnis) gefertigt hat.⁴⁸⁸ Durch die Angaben zu dieser Frage wird Aufschluß über tatsächliche Beteiligung fachärztlicher Instanzen erwartet.

Bewertungsparameter

Die proportionale Beteiligung unterschiedlicher, in der Fragestellung näher bezeichneter, fachprofessioneller Instanzen ist von einer Vielzahl regionalspezifischer Faktoren abhängig. Als entscheidende Einflußgröße ist die Struktur der ärztlichen Versorgung anzusehen. Dies dürfte sich insbesondere bei der Anzahl der durch (selten vorhandene) psychiatrische Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste (siehe hierzu Frage 305) zu fertigenden Einweisungsgutachten widerspiegeln. Aber auch die unter Frage 106 festgestellten unterschiedlichen Dichten

487 § 13 Nds.PsychKG 1978:

"(1) Eine Unterbringung wird auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch gerichtliche Entscheidung angeordnet.

(2) Die Unterbringung darf erst angeordnet werden, nachdem ein Arzt mit längerer Erfahrung in der Beurteilung psychischer Krankheiten den Betroffenen untersucht und ein Gutachten über seinen Zustand erstattet hat."

488 § 15 Nds.PsychKG 1978:

"Bestehen hinreichende Anhaltspunkte dafür, daß die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann das Gericht auf Antrag der Verwaltungsbehörde anordnen, daß der Betroffene zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Gesundheitszustand auf bestimmte Dauer untergebracht und beobachtet wird. Die Unterbringung darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten. Dem Antrag ist die Stellungnahme eines Amtsarztes oder eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes oder zweier approbierter Ärzte beizufügen."

§ 16 Nds.PsychKG 1978:

"Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, so kann die Verwaltungsbehörde den Betroffenen längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig in den abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses einweisen, wenn die Voraussetzungen des § 12 durch ein ärztliches Zeugnis dargelegt werden, dem ein frühestens am Vortage erhobener Befund zugrunde liegt."

in der Versorgung mit niedergelassenen Nervenärzten dürfte nicht ohne Auswirkungen auf die Inanspruchnahme für Einweisungsgutachten sein. Damit sind nur zwei Aspekte aus der Vielfalt wirkender Variablen benannt, die es in der Konsequenz verhindern, die zu erwartenden Ergebnisse qualitativ zu bewerten. Aufgrund dieser Erwägungen können die Daten lediglich quantitativ ausgewertet werden.

Datenanalyse

TABELLE 5-3:
ABSOLUT-VERTEILUNG DER ÄRZTLICHEN
EINWEISUNGSGUTACHTEN NACH DEM NDS.PSYCHKG

Frage 502/503	Amtsarzt	Psychiater SpD	1 Nervenarzt	2 Ärzte	Krankenhausarzt	Sonstige	vgl. Σ Fr. 502
AUR	41	0	0	1	1	0	43
EMD	0	2	0	0	15	1	18
CE	2	0	11	3	32	1	49
OSS	1	25	24	7	23	0	80
NOH	0	0	3	5	13	0	21
OHZ	6	2	2	0	0	0	10
VER	1	15	4	3	2	0	25
UEL	0	12	19	1	0	0	32
DAN	3	2	0	5	2	0	12
SHG	33	33	0	0	0	7	73
H-L	0	0	0	0	475	0	475
HI	12	18	3	10	89	0	132
GF	32	0	20	5	15	0	72
WOB	18	29	8	12	44	14	125
OHA	0	4	4	2	2	9	21
GS	25	2	52	8	15	69	171
SZ	17	0	30	8	24	0	79
BS	3	31	3	0	274	0	311
GÖ	11	6	1	0	9	17	44
HEL	17	25	4	7	41	52	146
ROW	20	3	2	0	0	0	25
EL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
OLL	0	6	26	14	3	0	49
WHV	15	0	10	2	11	0	38
DEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
OSL	128	0	4	8	7	0	147
FRI	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
WL	7	0	14	14	7	0	42
VEC	8	0	20	4	7	0	39
SFA	3	6	2	6	6	4	27
OLS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
PE	7	0	35	2	37	0	81
HM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
HOL	10	0	17	2	6	0	35
STD	0	0	0	0	25	0	25
WF	49	0	7	2	22	0	80
NOM	17	0	12	4	8	9	50
BRA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
LER	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
WST	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
LG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
CUX	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
Σ n=32	486	221	337	135	1.215	183	2.577
\emptyset	15	7	11	4	38	6	81

Quelle: eigene Erhebungen

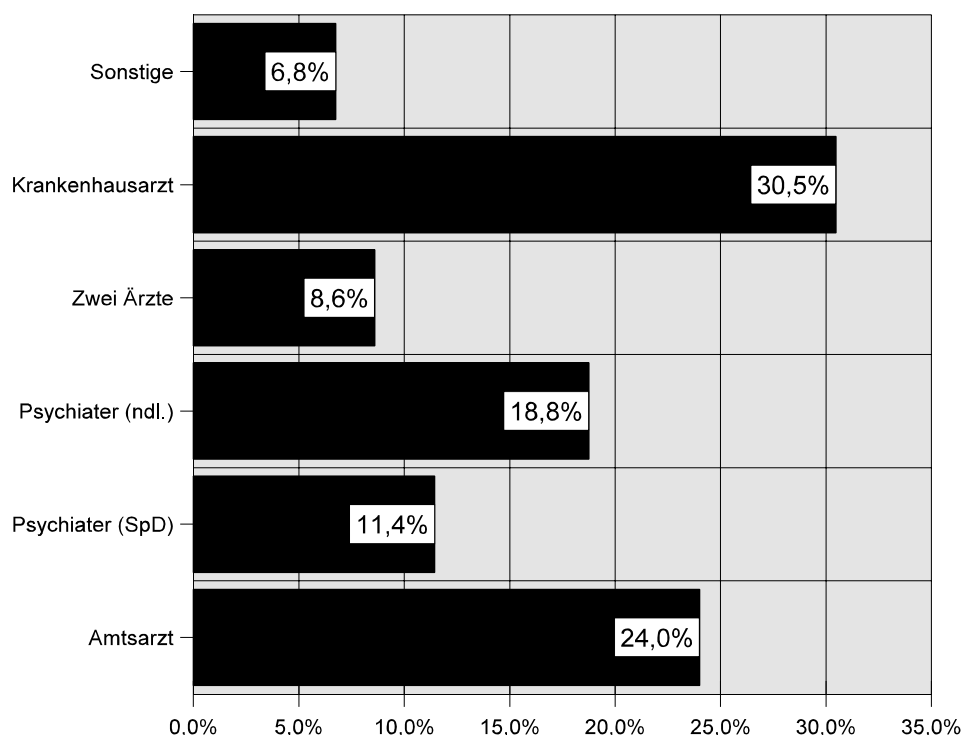
TABELLE 5-4:
PROZENTUAL-VERTEILUNG DER ÄRZTLICHEN
EINWEISUNGSGUTACHTEN NACH DEM NDS.PSYCHKG

Frage 502/503	Amtsarzt	Psychiater SpD	1 Nervenarzt	2 Ärzte	Krankenhausarzt	Sonstige	Σ =100%
AUR	98	0	0	1	1	0	100
EMD	0	11	0	0	83	6	100
CE	4	0	23	6	65	2	100
OSS	1	31	30	9	29	0	100
NOH	0	0	14	24	62	0	100
OHZ	60	20	20	0	0	0	100
VER	4	60	16	12	8	0	100
UEL	0	38	59	3	0	0	100
DAN	26	16	0	42	16	0	100
SHG	45	45	0	0	0	10	100
H-L	0	0	0	0	100	0	100
HI	9	14	2	8	67	0	100
GF	44	0	28	7	21	0	100
WOB	14	23	7	10	35	11	100
OHA	0	20	20	10	10	40	100
GS	15	1	30	5	9	40	100
SZ	22	0	38	10	30	0	100
BS	1	10	1	0	88	0	100
GÖ	25	14	2	0	20	39	100
HEL	12	17	3	5	28	35	100
ROW	80	12	8	0	0	0	100
EL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
OLL	0	12	53	29	6	0	100
WHV	40	0	26	5	29	0	100
DEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
OSL	87	0	3	5	5	0	100
FRI	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
WL	17	0	33	33	17	0	100
VEC	21	0	51	10	18	0	100
SFA	11	22	8	22	22	15	100
OLS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
PE	9	0	43	2	46	0	100
HM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
HOL	28	0	49	6	17	0	100
STD	0	0	0	0	100	0	100
WF	61	0	9	3	27	0	100
NOM	34	0	24	8	16	18	100
BRA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
LER	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
WST	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
LG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
CUX	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0
Σ n=32	768	366	600	275	975	216	3.200
\emptyset	24	11	19	9	30	7	100

Quelle: eigene Berechnungen

Die Differenzierung erfolgter Einweisungen des Jahres 1985 nach den Instanzen, die das erforderliche Einweisungsgutachten gefertigt haben, führt zu folgendem Verteilungsergebnis:

ABBILDUNG 5-5:
ERSTELLUNG ÄRZTLICHER EINWEISUNGSGUTACHTEN 1985 DURCH ...



Quelle: eigene Erhebungen

Ausweislich der Abbildung 5-5 zu Frage 503 (n=32) führten im Jahre 1985 Ärzte, die an einem Krankenhaus tätig sind, mit 30,5 % die meisten Einweisungen nach dem Nds.PsychKG 1978 durch. Von den Amtsärzten wurden im Durchschnitt 24,0 % aller Einweisungsgutachten gefertigt, gefolgt von den niedergelassenen Nervenärzten an dritter Stelle mit 18,8 % und den Psychiatern des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit 11,4 %, was sicher darin begründet liegt, daß diese Personengruppe nur in relativ geringem Umfange vorhanden ist (siehe vorstehende Anmerkungen unter "Bewertungsparameter"). Mit einem Anteil von lediglich 8,6 % wurden Einweisungsgutachten durch zwei approbierte niedergelassene Ärzte gefertigt. Der verbleibende Anteil von 6,8 % gefertigter Einweisungsgutachten durch "Sonstige" trat vor allem in Kommunen mit nahegelegener stationärer Psychiatrie in Erscheinung. Dies trifft beispielsweise auf den Landkreis Goslar zu, wo 40 % der Einweisungsgutachten durch die Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim gefertigt wurden. Ebenfalls ordnete der Landkreis Göttingen 39 % der Einweisungsgutachten der dortigen Universitätsklinik bzw. dem Landeskrankenhaus zu, und der Landkreis Helmstedt gab über die Herkunft von 35 % der Einweisungsgutachten das Landeskrankenhaus Königslutter an.

Im folgenden sollen besondere Ausprägungen in der quantitativen Verteilung der Gutachtenerstellung dargelegt werden. Hierbei werden jeweils drei Beispiele für maximale bzw. minimale Inanspruchnahme angeführt:

Bei der Beteiligung der **Amtsärzte** an der Erstellung von Einweisungsgutachten nach dem Nds.PsychKG 1978 treten extreme Ausprägungen im Bereich der Landkreise Aurich mit 98 %, Osnabrück mit 87 % und Rotenburg mit 80 % hervor, während in sieben der 32 Kommunen die Amtsärzte zur Erstellung von Einweisungsgutachten gar nicht in Anspruch genommen wurden. Es handelt sich hierbei um die Stadt Emden, die Landkreise Grafschaft Bentheim, Uelzen, Hannover, Osterode, Oldenburg und Stade.

Die **Psychiater der Sozialpsychiatrischen Dienste** wurden zur Fertigung von Einweisungsgutachten nach dem Nds. PsychKG 1978 in den Landkreisen Verden mit 60 %, Schaumburg mit 45 % und Uelzen mit 38 % am häufigsten in Anspruch genommen, während im Landkreis Goslar mit 1 % und in den Städten Braunschweig mit 10 % und Emden mit 11 % eine relativ geringe Inanspruchnahme erfolgte.

Die niedergelassenen **Nervenärzte** in den Landkreisen Uelzen (59 %), Oldenburg (53 %) und Vechta (51 %) fertigten im Jahre 1985 im Verhältnis zu ihren Fachkollegen an anderen Institutionen besonders häufig Einweisungsgutachten nach dem Nds. PsychKG 1978, während eine derartige Inanspruchnahme der niedergelassenen Nervenärzte in der Stadt Braunschweig mit 1 %, in den Landkreisen Hildesheim und Göttingen jeweils 2 % sowie in den Landkreisen Helmstedt und Osnabrück mit jeweils 3 % vergleichsweise gering ausfiel.

Eine Inanspruchnahme von jeweils **zwei niedergelassenen approbierten Ärzten** zum Zwecke der Erstellung von Einweisungsgutachten nach dem Nds. PsychKG 1978 erfolgte relativ häufig in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg mit 42 %, Harburg mit 33 % und Oldenburg mit 29 %, während keine Inanspruchnahme für insgesamt sieben der 32 befragten Kommunen zu verzeichnen ist. Es handelt sich hierbei um die Landkreise Osterholz, Schaumburg, Hannover, Göttingen, Rotenburg und Stade und die Städte Braunschweig und Emden.

In zwei von 32 befragten Kommunen haben **Krankenhausärzte** im Jahre 1985 sämtliche Einweisungsgutachten nach dem Nds. PsychKG 1978 erstellt. Es handelt sich hierbei um die Landkreise Hannover und Stade. Im Bereich der Stadt Braunschweig wurde als nächstgrößerer Anteil die Beteiligung der Krankenhausärzte an der Erstellung von Einweisungsgutachten mit 88 % angegeben. Keinen Anteil hingegen an der Gutachtenerstellung hatten Krankenhausärzte in den Landkreisen Osterholz, Uelzen, Schaumburg und Rotenburg.

Ergebnis

Mit 35,4 % Beteiligungsquote an allen erfolgten Einweisungen des Jahres 1985 in Niedersachsen gewinnen die öffentlich bediensteten Ärzte in den Gesundheitsämtern (Amtsärzte und psychiatrisch tätige Ärzte in Sozialpsychiatrischen Diensten) eine sehr deutliche Vorrangstellung, gefolgt von den in Krankenhäusern tätigen Ärzten mit einer Quote von 30,5 %. Dagegen bilden die niedergelassenen Ärzte (Psychiater und Allgemeinärzte) mit einer Beteiligungsquote von etwa einem Viertel der Einweisungen eine relativ geringe Einbindung dieser Ärzte in das Geschehen. Die Ergebnisse verweisen darauf, daß Einweisungen gemäß des Nds.PsychKG 1978 zu einem beträchtlichen Teil nicht nur in ihrer ordnungspolitischen Funktion, sondern auch in ihrer praktischen Handhabung in der Folge tradierter "gesundheitspolizeilicher" Strukturen stehen und dementsprechend von Bediensteten des Staates begutachtet werden. Rechnet man zu den Ärzten in den Gesundheitsämtern und Sozialpsychiatrischen Diensten jene Ärzte in Krankenhäusern,⁴⁸⁹ wurden nahezu zwei Drittel aller Einweisungen im Jahre 1985 durch öffentlich bedienstete oder in öffentlich-rechtlich gestalteten Strukturen beschäftigte Ärzte begutachtet. Dies wiegt um so schwerer, als das Gros dieser Ärzte aufgrund von Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsformen zu den von ihnen begutachteten Menschen keine intensivere oder überhaupt keine Beziehung hat und damit die Begutachtung aus situativer Einschätzung⁴⁹⁰ und relativ geringer Kenntnis der jeweiligen Personen vornimmt.

489 Es wäre interessant, nicht nur die Urheber von Gutachten zu benennen, sondern auch auf den folgenden Umstand näher einzugehen: Die Einhaltung des Rechtsweges bei dem Beschluß über eine Einweisung sieht nach der Antragstellung durch den behandelnden Arzt die Anhörung durch einen unabhängigen Richter sowie die Erstellung eines Gutachtens für diesen Antrag vor. Es bleibt zu fragen, ob in den Statistiken die Anträge auf Einweisungen gemäß Nds.PsychKG 1978 erfaßt sind, die tatsächlichen Beschlüsse oder die Beschlüsse, die nach evtl. Widerspruch Bestand hatten. Ungeachtet dessen besteht eine erfahrungsgemäß nicht geringe Quote von Einweisungen, die nicht selten "mit Druck" erreicht, in "freiwillige Aufenthalte" münden, weil Patienten bzw. Angehörige in den Klinikaufenthalt einwilligen, um einen gerichtlichen Beschluß zu vermeiden. Genaue Aufschlüsselungen liegen hierzu nicht vor. Offen bleibt dabei, ob öffentlich angestellte Ärzte als Gutachter genügend Unabhängigkeit haben können, um vom Unterbringungserstgutachten abweichende Voten vertreten zu können.

490 Ein weiterer Aspekt dieser situativen Einzelfallbegutachtung wird bei Prüfung der Gutachten deutlich: Die Qualität der Gutachten, die zur Begründung von Einweisungsanträgen bzw. auch -beschlüssen erstellt werden, ist von sehr unterschiedlicher Art. U.a. DÖRNER hat hierzu sehr unmißverständlich Kritik geübt. Für Maßnahmen, durch die eine Einschränkung der persönlichen Freiheit des Individuums verfügt wird, muß der denkbar strengste Maßstab angelegt werden, da hier Grundrechte berührt sind. Es ist die grundsätzliche Legitimation, jene Gutachter in Frage zu stellen, die ohne detaillierte Kenntnis des einzelnen Menschen solche Gutachten verfassen (Fürsorgepflicht des ärztlichen Standes). vgl. u.a. DÖRNER 1978, Seite 430, 456 f

<p>504 Bei wieviel der in Frage 502 angegebenen Einweisungen handelt es sich um Ersteinweisungen bzw. Wiederholungseinweisungen? (Bezogen auf das Jahr 1985)</p> <p>Bitte, freiwillige Klinikaufenthalte nicht berücksichtigen!</p>	<p>Im Jahre 1985 wurden Personen nach dem Nds.PsychKG wie folgt eingewiesen:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">Anzahl der Personen</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="text-align: right; width: 40%;">Anzahl der Einweisungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personen je 1 mal in 1985 eingewiesen =</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personen je 2 mal in 1985 eingewiesen =</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personen je 3 mal in 1985 eingewiesen =</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personen mehr als 3 mal in 1985 eingewiesen =</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Summen identisch mit den Angaben in Frage 502</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Anzahl der Personen		Anzahl der Einweisungen	<input type="checkbox"/> Personen je 1 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personen je 2 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personen je 3 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personen mehr als 3 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Summen identisch mit den Angaben in Frage 502	=	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Personen		Anzahl der Einweisungen																	
<input type="checkbox"/> Personen je 1 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Personen je 2 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Personen je 3 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Personen mehr als 3 mal in 1985 eingewiesen =	=	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Summen identisch mit den Angaben in Frage 502	=	<input type="checkbox"/>																	

Forschungsinteresse

Durch Frage 504 soll die Häufigkeit von Wiederholungseinweisungen innerhalb eines einjährigen Zeitraumes (1985) festgestellt werden. Als Basiswerte sollen hierbei die Daten zu Frage 502 dienen. Die Fragestellung differenziert nach der Häufigkeit der Wiederholungseinweisungen in vier unterschiedlichen Kategorien (von einer einmaligen Einweisung bis hin zu einer Häufigkeit von "mehr als 3 mal in 1985 eingewiesen"). Die Fragestellung ist so angelegt, daß exakte quantitative Angaben zu Art und Umfang von Wiederholungseinweisungen innerhalb eines einjährigen Erhebungszeitraumes erwartet werden können.

Bewertungsparameter

Durch die Festlegung des Erhebungszeitraumes von einem Jahr werden nur solche Personen erfaßt, die innerhalb von relativ kurzen Zeitabständen wiederholt nach dem Nds.PsychKG 1978 in die stationäre Psychiatrie eingewiesen wurden. Bei der Festlegung des Erhebungszeitraumes auf das Kalenderjahr 1985 bleiben all jene Personen außer Betracht, die zwar auch der vorgenannten Bedingung unterliegen, deren Ersteinweisung jedoch bis unmittelbar vor Beginn des Kalenderjahres 1985, beziehungsweise ab unmittelbar nach Beendigung des Kalenderjahres 1985 erfolgte. Hier handelt es sich jedoch um eine gewollte Einschränkung, die die Aussagefähigkeit der Ergebnisse nicht einschränkt: gerade durch den auf das Kalenderjahr 1985 fixierten Erhebungszeitraum wird der Stellenwert der Aussagen erhöht, denn es ist vergleichsweise ein Unterschied, ob dieselbe Person innerhalb eines kurzen Zeitraumes (ein Jahr) beispielsweise 4 mal nach dem Nds.PsychKG 1978 eingewiesen wird oder innerhalb eines längeren Zeitraumes (beispielsweise 5 Jahre). Eine häufige Wiederholung von Einweisungen innerhalb eines kurzen Zeitraumes bestätigt den als "Drehtürpsychiatrie" bekannten Effekt, der für einen Teil der psychisch kranken Menschen erlebte Realität ist.

Datenanalyse

TABELLE 5-5:
MEHRFACHEINWEISUNGEN VON PERSONEN IM BASISJAHR 1985
(HIER: ANZAHL DER EINGEWIESENEN PERSONEN)

Tabelle 5-5	1985 je 1 mal	1985 je 2 mal	1985 je 3 mal	1985 > 3 mal	Summe Frage 502
AUR	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EMD	18	0	0	0	18
CE	41	4	0	0	45
OSS	64	2	1	2	69
NOH	19	1	0	0	20
OHZ	8	1	0	0	9
VER	25	0	0	0	25
UEL	26	3	0	0	29
DAN	10	1	0	0	11
SHG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H-L	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HI	115	7	1	0	123
GF	66	3	0	0	69
WOB	111	7	0	0	118
OHA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
SZ	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
BS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GÖ	35	3	1	0	39
HEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
ROW	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OLL	47	1	0	0	48
WHV	32	3	0	0	35
DEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OSL	139	4	0	0	143
FRI	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WL	39	0	1	0	40
VEC	37	1	0	0	38
SFA	25	1	0	0	26
OLS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
PE	73	4	0	0	77
HM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HOL	35	0	0	0	35
STD	18	2	1	0	21
WF	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
NOM	46	2	0	0	48
BRA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LER	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WST	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CLP	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
∑ n=22	1.029	50	5	2	1.086
%	94,8	4,6	0,4	0,2	100

Quelle: eigene Erhebungen

TABELLE 5-6:
MEHRFACHEINWEISUNGEN VON PERSONEN IM BASISJAHR 1985
(HIER: ANZAHL DER EINWEISUNGEN)

Tabelle 5-6	1985 je 1 mal	1985 je 2 mal	1985 je 3 mal	1985 > 3 mal	Summe Frage 502
AUR	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EMD	18	0	0	0	18
CE	41	8	0	0	49
OSS	64	4	3	9	80
NOH	19	2	0	0	21
OHZ	8	2	0	0	10
VER	25	0	0	0	25
UEL	26	6	0	0	32
DAN	10	2	0	0	12
SHG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H-L	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HI	115	14	3	0	132
GF	66	6	0	0	72
WOB	111	14	0	0	125
OHA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
SZ	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
BS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GÖ	35	6	3	0	44
HEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
ROW	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OLL	47	2	0	0	49
WHV	32	6	0	0	38
DEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OSL	139	8	0	0	147
FRI	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WL	39	0	3	0	42
VEC	37	2	0	0	39
SFA	25	2	0	0	27
OLS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
PE	73	8	0	0	81
HM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HOL	35	0	0	0	35
STD	18	4	3	0	25
WF	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
NOM	46	4	0	0	50
BRA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LER	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WST	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CLP	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
∑ n=22	1.029	100	15	9	1.153
%	89,2	8,7	1,3	0,8	100

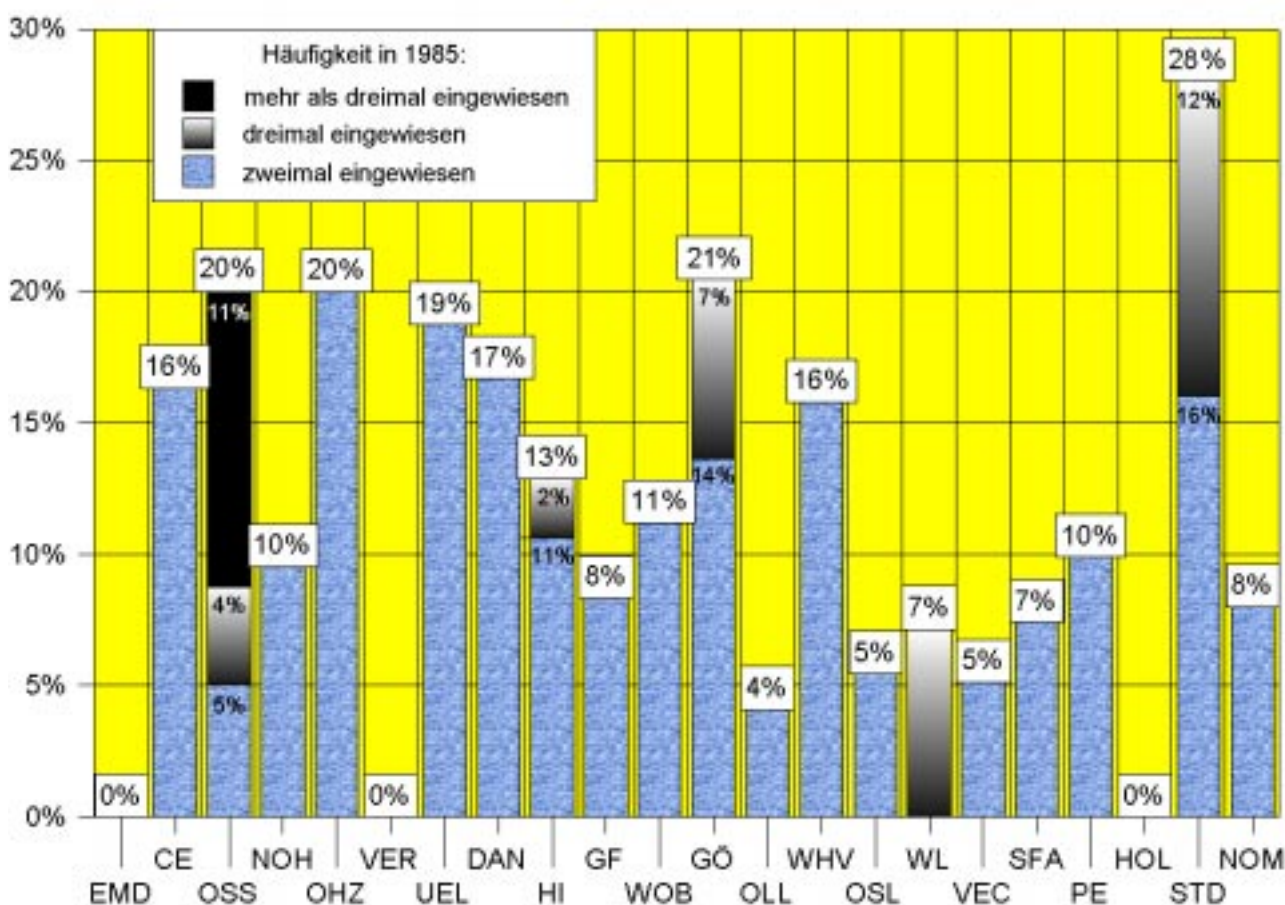
Quelle: eigene Berechnungen

Zunächst bleibt festzustellen, daß in den 22 zur Auswertung gelangenden Kommunen innerhalb des Befragungszeitraumes insgesamt 1.153 Einweisungen erfolgten. Betroffen hiervon waren 1.086 Personen, von denen 1.029 (94,8 %) innerhalb des Jahres 1985 einmal in die stationäre Psychiatrie eingewiesen wurden. 50 Personen, das entspricht einem Anteil von 4,6 %, wurden jeweils zweimal innerhalb des Jahres 1985 zwangseingewiesen. 5 Personen, das sind immerhin 0,4 %, wurden jeweils dreimal innerhalb des Kalenderjahres eingewiesen; und 2 Personen (0,2 %) wurden häufiger als dreimal innerhalb des Erhebungszeitraumes nach dem Nds.PsychKG 1978 in die stationäre Psychiatrie verbracht.

Ausgehend von den 1.153 erfolgten Einweisungen des Jahres 1985 beträgt der Anteil der 124 Wiederholungseinweisungen 10,8 %. Diese gehen hervor aus 8,7 % zweifacher Einweisung; 1,3 % dreifacher Einweisung und 0,8 % mehr als dreifacher Einweisung.

In 19 von 22 befragten Kommunen konnten für das Jahr 1985 Wiederholungseinweisungen festgestellt werden. Ausnahmen hiervon bilden die Stadt Emden sowie die Landkreise Verden und Holzminden, in denen keine Wiederholungseinweisungen in Erscheinung traten. Die größte Häufigkeit von Wiederholungseinweisungen ("mehr als 3 mal in 1985 eingewiesen") konnte einzig für die Stadt Osnabrück registriert werden. Das Kriterium der Einweisung "je 3 mal in 1985 eingewiesen" wurde festgestellt bei der Stadt Osnabrück und den Landkreisen Hildesheim, Göttingen, Harburg und Stade. "Je 2 mal" innerhalb des Erhebungszeitraumes wurden Personen in 18 von 22 befragten Kommunen eingewiesen. Ausnahmen hiervon bilden die Stadt Emden, die Landkreise Verden, Harburg und Holzminden. - Die folgende Graphik verdeutlicht das Ausmaß der Wiederholungseinweisungen des Jahres 1985, in Relation zu den jeweiligen Einweisungsziffern der einzelnen Kommunen:

ABBILDUNG 5-6:
WIEDERHOLUNGSEINWEISUNGEN DES JAHRES 1985,
JEWEILS IN RELATION ZUR ANZAHL DER GESAMTEN EINWEISUNGEN



Quelle: eigene Berechnungen

Werden die Wiederholungseinweisungen des Jahres 1985 jeweils in Relation zur Gesamtzahl der Einweisungen betrachtet, so wird deutlich, daß die höchste Quote der Wiederholungseinweisungen im Landkreis Stade mit 28,0 % anzutreffen ist, gefolgt von den errechneten Werten für den Landkreis Göttingen mit 20,5 %, die Stadt Osnabrück mit 20,0 % und die Landkreise Osterholz mit 20,0 % und Uelzen mit 18,8 %. Niedrige relative Wiederholungseinweisungsquoten erzielten hingegen die Landkreise Oldenburg mit 4,1 %, Vechta mit 5,1 % und Osnabrück mit 5,4 %, ganz abgesehen von den bereits erwähnten Kommunen Emden, Verden und Holzminden, in denen keine Wiederholungseinweisungen im Jahre 1985 in Erscheinung traten.

Ergebnis

Jeder zehnte nach Nds.PsychKG 1978 im Jahre 1985 eingewiesene Patient war demnach zum zweiten oder n-ten Male in ein Landeskrankenhaus bzw. in eine Psychiatrische Abteilung aufgenommen worden. Dabei handelt es sich um die Aufnahmen, die explizit als gesetzlich zulässige Maßnahmen gemäß des Nds.PsychKG 1978 erfolgten, ggfs. aufgrund freiwilliger Aufenthalte zu berücksichtigende Mehrfach-Aufnahmen⁴⁹¹ werden diese Quote nochmals deutlich erhöhen. In späteren Untersuchungen sind diese Zahlen für Niedersachsen nicht erneut erhoben worden.

491 Hierzu gehören auch jene Aufnahmen, die zunächst auf der Basis des Nds.Psych.KG 1978 beantragt wurden, bei denen sich aber Patient und ggfs. Vormund oder Angehörige zu einem "freiwilligen" Aufenthalt entschlossen haben, um das gerichtliche Einweisungsverfahren nebst Anhörung innerhalb der Frist von einem Werktag nicht durchlaufen zu müssen.

<p>505 Waren die in Frage 502 angegebenen Personen auch schon früher, also v o r dem Jahr 1985, nach dem Nds.PsychKG eingewiesen worden?</p> <p>Falls ja: Wieviel Personen wie häufig?</p> <p>(Erhebungszeitraum: 1978-1985)</p> <p>Bitte, freiwillige Klinikaufenthalte nicht berücksichtigen!</p>	<p>Die Personen, die im Jahre 1985 eingewiesen wurden, waren in den Jahren zuvor wie folgt eingewiesen worden:</p> <p>Anzahl der Personen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden 1985 zum ersten Mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 1 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 2 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 3 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 4 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 5 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 6 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Personen wurden von 1978-1984 mehr als 6 mal eingewiesen</p> <p><input type="checkbox"/> Summen der Personen (vgl. Frage 502)</p>
--	---

Forschungsinteresse

Gegenstand dieser Frage sind wiederum die Wiederholungseinweisungen. Im Unterschied zu Frage 504 wurde jedoch bei Frage 505 der Erhebungszeitraum von einem Jahr auf acht Jahre ausgedehnt (1978 bis 1985). Als Basiswerte sollen die Daten (Anzahl der eingewiesenen Personen) des Jahres 1985 dienen. Ausgehend von diesen Angaben soll rückblickend für sieben Jahre festgestellt werden, ob - und ggfs. wie häufig - die im Jahre 1985 eingewiesenen Personen bereits zuvor unfreiwillige Aufenthalte nach dem Nds.PsychKG 1978 in der stationären Psychiatrie zu verzeichnen hatten. Mit Frage 505 und den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten werden Aussagen darüber erwartet, wie sich (im Gegensatz zu Frage 504) über einen längeren Zeitraum die Wiederholungseinweisungen gestalten.

Bewertungsparameter

Während die Ergebnisse zu Frage 504 wegen des zugrundeliegenden relativ kurzen Erhebungszeitraumes eher als "Momentaufnahme" angesehen werden können, handelt es sich nach der Fragestellung zu Frage 505 um eine Langzeitbeobachtung über einen Zeitraum von acht Jahren. Entsprechend ist der Stellenwert der Ergebnisse zu beurteilen. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von Frage 504 und 505 dürfte größere Gewißheit darüber verschaffen, ob und in welchem Umfange in bestimmten Regionen Effekte der "Drehtürpsychiatrie" anzutreffen sind.

Datenanalyse

TABELLE 5-7:
MEHRFACHEINWEISUNGEN VON PERSONEN INNERHALB EINER ZEITSEQUIENZ VON 8 JAHREN (BASISJAHR: 1985)

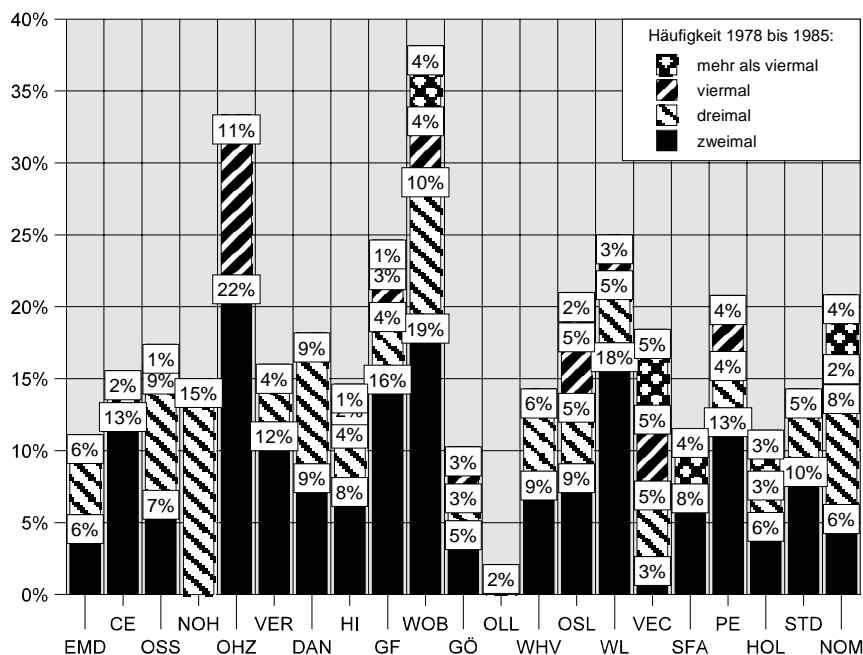
Frage 505/502	1985 1. Mal	1978-84 1 mal	1978-84 2 mal	1978-84 3 mal	1978-84 4 mal	1978-84 5 mal	1978-84 6 mal	1978-84 > 6 mal	Summe Frage 502
AUR	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EMD	16	1	1	0	0	0	0	0	18
CE	38	6	1	0	0	0	0	0	45
OSS	57	5	6	1	0	0	0	0	69
NOH	17	0	3	0	0	0	0	0	20
OHZ	6	2	0	1	0	0	0	0	9
VER	21	3	1	0	0	0	0	0	25
UEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
DAN	9	1	1	0	0	0	0	0	11
SHG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H-L	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HI	105	10	5	2	0	1	0	0	123
GF	52	11	3	2	1	0	0	0	69
WOB	73	23	12	5	3	1	0	1	118
OHA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
SZ	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
BS	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
GÖ	35	2	1	1	0	0	0	0	39
HEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
ROW	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OLL	47	0	0	1	0	0	0	0	48
WHV	30	3	2	0	0	0	0	0	35
DEL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
OSL	113	13	7	7	3	0	0	0	143
FRI	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WL	30	7	2	1	0	0	0	0	40
VEC	31	1	2	2	1	1	0	0	38
SFA	23	2	0	0	1	0	0	0	26
OSL	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
PE	61	10	3	3	0	0	0	0	77
HM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HOL	31	2	1	0	0	1	0	0	35
STD	18	2	1	0	0	0	0	0	21
WF	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
NOM	38	3	4	1	2	0	0	0	48
BRA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LER	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
WST	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LG	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CLP	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
n=21	851	107	56	27	11	4	0	1	1.057
%	80,5	10,1	5,3	2,6	1,0	0,4	0,0	0,1	100,0

Quelle: eigene Erhebungen

Die Auswertungen führen zu der Erkenntnis, daß es sich bei den insgesamt 1.057 im Jahre 1985 nach dem Nds. PsychKG 1978 eingewiesenen Personen (n=21) in 851 Fällen (80,5 %) um Ersteinweisungen handelt. In 107 Fällen (10,1 %) hatten die 1985 Eingewiesenen bereits eine weitere Zwangseinweisung innerhalb eines zurückliegenden Zeitraumes von 7 Jahren zu verzeichnen. Für 56 der 1985 eingewiesenen Personen (5,3 %) bedeutete dies der dritte unfreiwillige Aufenthalt innerhalb eines Zeitraumes ab 1978. 27 Personen (2,6 %) hatten bereits zuvor in einem Zeitraum von 1978 bis 1984 drei weitere unfreiwillige Aufenthalte in der stationären Psychiatrie zu verzeichnen, während es für 11 Betroffene (1,0 %) bereits zuvor vier weitere Aufenthalte gegeben hatte. Für 4 der 1985 zwangseingewiesenen Personen stellte die Einweisung den sechsten unfreiwilligen Aufenthalt innerhalb eines zurückliegenden Zeitraumes von acht Jahren dar. Eine im Jahre 1985 zwangseingewiesene Person hatte im zurückliegenden Zeitraum ab 1978 mehr als sechs weitere Aufenthalte in der stationären Psychiatrie zu verzeichnen.

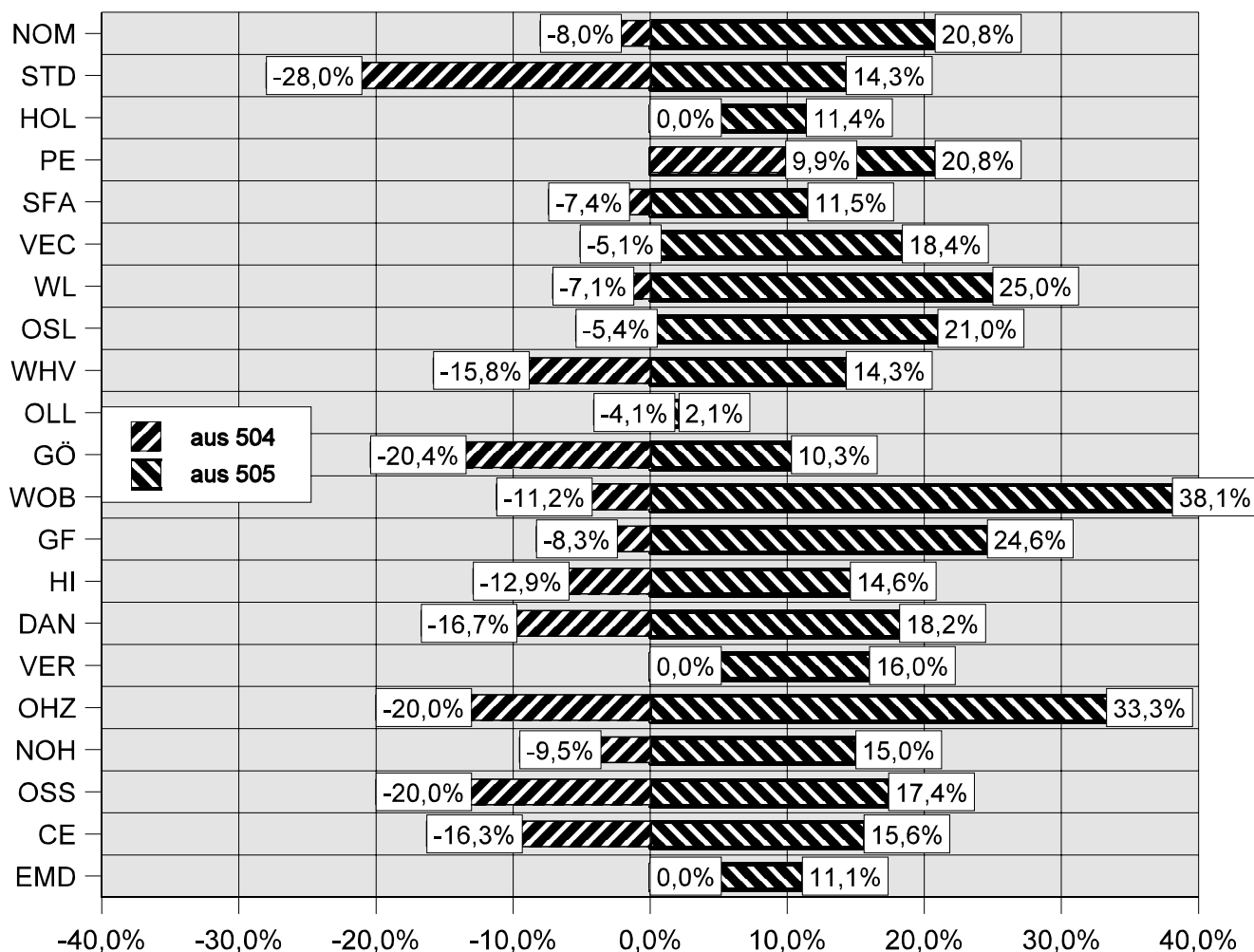
Die deutlichsten Ausprägungen im Bereich von Wiederholungseinweisungen (Erhebungszeitraum 1978 bis 1985) sind für die Stadt Wolfsburg (1 Person wurde mehr als siebenmal eingewiesen; 1 Person wurde sechsmal eingewiesen) sowie die Landkreise Hildesheim, Vechta und Holzminden (jeweils 1 Person wurde sechsmal eingewiesen) zu verzeichnen. Der prozentuale Anteil der Wiederholungseinweisungen zur Gesamtanzahl der Einweisungen des Jahres 1985 lag für die Stadt Wolfsburg mit 38,1 % und den Landkreis Osterholz mit 33,3 % besonders hoch; das bedeutet, daß etwa ein Drittel der 1985 nach dem Nds.PsychKG 1978 eingewiesenen Personen bereits zuvor in den zurückliegenden sieben Jahren ein- oder mehrmals eingewiesen worden waren. Diese Extremwerte (Drehtürpsychiatrie) wurden von den übrigen befragten Diensten nicht erreicht. Hohe Anteile an Wiederholungseinweisungen (18 bis 25 % der Gesamtanzahl des Jahres) konnten für die Landkreise Harburg (25,0 %), Gifhorn (24,6 %), Osnabrück (21,0 %), Peine (20,8 %), Northeim (20,8 %), Vechta (18,4 %) und Lüchow-Dannenberg (18,2 %) errechnet werden. Die niedrigste Quote der Wiederholungseinweisungen wurde für den Landkreis Oldenburg mit 2,1 % registriert: Die 48 Einweisungen des Jahres beinhalteten lediglich eine Wiederholungseinweisung. - Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die Verteilung der Wiederholungseinweisungen der einzelnen Kommunen:

ABBILDUNG 5-7:
WIEDERHOLUNGSEINWEISUNGEN VON 1978 BIS 1985,
JEWEILS IN RELATION ZUR ANZAHL DER GESAMTEN EINWEISUNGEN 1985



Quelle: eigene Berechnungen

ABBILDUNG 5-8:
GEGENÜBERSTELLUNG DER ERRECHNETEN ANTEILE AN WIEDERHOLUNGSEINWEISUNGEN
AUS DEN ABBILDUNGEN 5-6 UND 5-7 (KURZ- UND LANGZEITBEOBACHTUNG)



Quelle: eigene Berechnungen

Aus der zusammenfassenden Gegenüberstellung der jeweiligen prozentualen Anteile an Wiederholungseinweisungen aus den Fragen 504 und 505 ergeben sich erwartungsgemäß höhere Prozentzahlen auf der rechten Seite der Abbildung 5-8. Dies ist dem Umstand des relativ langen Beobachtungszeitraumes von acht Jahren zuzuschreiben, innerhalb dessen Personen mit längeren Zeitintervallen der Zwangseinweisung erfaßt wurden, während bei einem kurzen Erfassungszeitraum die Quote der Wiederholungseinweisungen naturgemäß niedriger liegen dürfte. Diese Aussage trifft auf 15 der 21 in die Gegenüberstellung einbezogenen Kommunen zu. Deutlichstes Beispiel hierfür bildet die Stadt Wolfsburg. Aber auch das gegenteilige Phänomen ist beobachtbar: 6 der 21 in die Gegenüberstellung einbezogenen Kommunen weisen nach den Daten aus Frage 504 höhere Zahlen auf, die darauf beruhen, daß die Einweisungsintervalle innerhalb des Jahres 1985 wesentlich kürzer waren als im Zeitraum von 1978 bis 1984. Gemeint sind die Dienste der Städte Osnabrück und Wilhelmshaven sowie der Landkreise Celle, Oldenburg, Göttingen und Stade. Im Bereich des Landkreises Stade wurden beispielsweise 3 Personen innerhalb des Jahres 1985 wiederholt eingewiesen, während es für den Zeitraum von 1978 bis 1984 ebenfalls nur 3 Personen waren. Wäre das Jahresergebnis 1985 für den langen Beobachtungszeitraum zugrundegelegt worden, hätte das rechnerisch 21 wiederholt eingewiesene Personen ergeben. Während

das Ausmaß der Wiederholungseinweisungen im Landkreis Oldenburg in jeglicher Hinsicht als niedrig einzustufen ist, ist in den Landkreisen Osterholz, Stade und der Stadt Wolfsburg insgesamt von einem relativ hohen Wiedereinweisungsniveau auszugehen.

Ergebnis

Die Langzeitbeobachtung hat, auch wenn sie methodisch einer tiefergreifenden Analyse nur unvollständig dienen kann, gezeigt, daß die Quote der zwei- und mehrfach eingewiesenen Personen über die Jahre schwankt, im Durchschnitt aber die Angaben zur vorhergehenden Frage bestätigt: Für durchschnittlich etwa jeden zehnten nach Nds. PsychKG 1978 eingewiesenen Patienten erfolgte die stationäre Aufnahme auf diesem Wege nicht zum ersten Male. Regionale Schwankungen können in diesem Zusammenhang nicht diskutiert werden, könnten aber z.B. mit der räumlichen Nähe eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer Psychiatrischen Abteilung teilweise erklärt werden.

506 Wer (Behörde/Amt) stellt vorwiegend den Antrag auf geschlossene stationäre Unterbringung beim zuständigen Gericht?	Ordnungsamt <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

Forschungsinteresse

Durch Frage 506 soll der Ausgangspunkt des formalen Einweisungsverfahrens nach dem Nds.PsychKG 1978 ergründet werden; d.h. es soll festgestellt werden, von vorwiegend welcher Stelle die Anträge auf geschlossene stationäre Unterbringung beim zuständigen Amtsgericht erfolgen. Im Mittelpunkt des Interesses dieser Fragestellung steht das Aufspüren eventueller Konzentrationen bei der Veranlassung von Einweisungsverfahren, vor allem einer Häufung beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Dies würde als gegeben angesehen werden, wenn der Dienst in Funktion als antragstellende Behörde und für den Teil der Hilfen nach dem Nds.PsychKG 1978 zuständig ist.

Bewertungsparameter

Eine Unterbringung im Sinne des Nds.PsychKG 1978 wird auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch gerichtliche Entscheidung angeordnet.⁴⁹² Dies darf erst erfolgen, nachdem ein Arzt mit längerer Erfahrung in der Beurteilung psychischer Krankheiten den Betroffenen untersucht und ein Gutachten über seinen Zustand erstattet hat.⁴⁹³ Diese gesetzlich vorgesehene Beteiligung dreier Instanzen (Behörde, Arzt, Gericht), auf deren Bedeutung vor nahezu 200 Jahren Johann Christian Reil (1759-1813) bereits hingewiesen hat,⁴⁹⁴ hat Bestand, auch dann, wenn Aufgaben nach § 4 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978 an andere Stellen delegiert werden.⁴⁹⁵

Die Verwaltungsbehörde, und nur sie, kann die einstweilige oder dauernde Unterbringung des Betroffenen beantragen. Die Verwaltungsbehörde hat also das Antragsmonopol. Das bedeutet, daß, anders als im Vormundschaftsrecht und im Entmündigungsverfahren, weder das Gericht von sich aus die Initiative ergreifen kann noch

492 § 13 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978: "(1) Eine Unterbringung wird auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch gerichtliche Entscheidung angeordnet."

493 § 13 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978: "(2) Die Unterbringung darf erst angeordnet werden, nachdem ein Arzt mit längerer Erfahrung in der Beurteilung psychischer Krankheiten den Betroffenen untersucht und ein Gutachten über seinen Zustand erstattet hat."

494 vgl. SCHRENK 1973, Seite 77 f

495 § 4 Abs. 3 Satz 3 Nds.PsychKG 1978: "(3) Soweit Einrichtungen und Personen im Sinne von Absatz 2 Satz 2 bereit und in der Lage sind, Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes wahrzunehmen, soll ihnen der Landkreis oder die kreisfreie Stadt diese Aufgaben überlassen. Die Einzelheiten sind durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zu vereinbaren. Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt bleibt für die Wahrnehmung der Aufgaben im übrigen verantwortlich."

andere Personen, Ärzte, Angehörige, von Betroffenen belästigte Personen, den Antrag stellen können.⁴⁹⁶

Wird die Unterbringung angeordnet, so obliegt nach § 6 Nds.PsychKG 1978 der Vollzug der Unterbringung der Verwaltungsbehörde. Wie im einzelnen die Unterbringung zu vollziehen ist, hat also nicht etwa das Gericht anzuordnen oder zu kontrollieren.⁴⁹⁷

"Nach § 4 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978 sollen die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes Einrichtungen oder Personen überlassen werden, soweit diese bereit und in der Lage sind, die Aufgaben entsprechend den Vorschriften des Gesetzes wahrzunehmen.⁴⁹⁸ Mit der Wahl des Begriffes 'überlassen' wird zum Ausdruck gebracht, daß die Aufgaben nicht von diesen Personen und Einrichtungen aus eigenem Recht mit Vorrang vor dem öffentlichen Träger wahrgenommen werden können, sondern daß es dafür einer förmlichen Entscheidung bedarf. Eine förmliche Entscheidung ist erforderlich, weil die Aufgabe die Möglichkeit zu sehr weitreichenden Eingriffen in den geschützten Persönlichkeitsbereich einräumt. Mit der Entscheidung wird aber die Aufgabe nicht in dem Sinne übertragen, daß der übernehmende Träger aus übertragendem Recht in abhängiger Rechtsstellung tätig wird. ..."499

"Die Einzelheiten der Überlassung können nach den örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnissen gestaltet werden. Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes geschieht dies in der Rechtsform des öffentlich-rechtlichen Vertrages. ... Nach § 4 Abs. 3 Satz 3 bleibt die überlassende kommunale Gebietskörperschaft für die Wahrnehmung der Aufgaben 'im übrigen' verantwortlich. Das Ausmaß dieser Verantwortung richtet sich nach dem Umfang, in dem die Aufgaben überlassen worden sind (...). Für einen Träger, dem die Aufgabe voll überlassen ist, ist die Verantwortung im wesentlichen auf die Aufsichtsbefugnisse beschränkt. Die Aufsicht muß sicherstellen, daß die Voraussetzungen erhalten bleiben, unter denen die Aufgabe überlassen worden ist. Diese Aufsicht kann erforderlichenfalls bis zur Überwachung von Einzelmaßnahmen reichen. ..."500

"Ob Schutzmaßnahmen ganz oder teilweise dem Sozialpsychiatrischen Dienst übertragen werden, entscheidet der kommunale Aufgabenträger im Rahmen seiner Organisationsgewalt. ... Wird die Aufgabe von einer anderen Stelle als dem Sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommen, so ist in enger Zusammenarbeit sicherzustellen, daß Belastungen des psychisch Kranken vermieden werden. Zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes, auch wenn er von einem freien Träger wahrgenommen wird, gehört es in diesen Fällen, dem Betroffenen im Zusammenhang mit der Schutzmaßnahme Hilfe zu gewähren."⁵⁰¹

§ 6 Nds.PsychKG 1978 besagt u.a., daß die Landkreise und kreisfreien Städte als Verwaltungsbehörde "besonders geeignete und ausgebildete Bedienstete" einzusetzen haben. "Besonders geeignete" und "besonders ausgebildete" sind dabei nicht näher erläuterte Begriffe, die wegen einer fehlenden Durchführungsverordnung auch nicht anderweitig definiert werden. Ein instanzliches Prüfungsrecht des eingehenden ärztlichen Gutachtens und eine Abwägung dessen Inhalts steht den Bediensteten nach dem Nds.PsychKG 1978 nicht zu.

496 vgl. HELLE 1983, Seite 18

497 vgl. ebenda

498 Das Nds.PsychKG 1978 sieht ein Überlassen von Aufgaben ausschließlich aus dem Zweiten Teil des Gesetzes vor. Hierbei handelt es sich um den Bereich der "Hilfen"; vgl. § 4 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978; s. hierzu auch die §§ 3 bis 5 Nds.PsychKG 1978 sowie die Ausführungen unter Frage 108

499 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 11

500 ebenda, Seite 15

501 ebenda, Seite 7 f

Den Verwaltungsbehörden ist es freigestellt, welche ihrer Bediensteten sie für diese Aufgabe einsetzen oder welches ihrer Ämter sie damit betrauen. Zu vermuten ist, daß dies in der Regel Mitarbeiter des Ordnungsamtes sein werden, da diese bereits früher im Rahmen des Nds.SOG⁵⁰² hierzu verpflichtet waren. Diese Annahme wird gestützt durch § 6 Abs. 5 Nds.PsychKG 1978: "Soweit in diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes nichts anderes bestimmt ist, gilt für Schutzmaßnahmen das Niedersächsische Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung."

Eine verwaltungsinterne Zuständigkeit des Ordnungsamtes macht weitere Überlegungen hinsichtlich des Umganges mit sensiblen Patientendaten innerhalb ordnungsrechtlicher Sachgebiete, beispielsweise den Straßenverkehrsämtern, notwendig. Da diese Bereiche im Erhebungsbogen jedoch nicht explizit hinterfragt werden, müssen Folgerungen unterbleiben. Ansatzweise sind den Ausführungen unter Frage 202 Hinweise zu entnehmen.

Eine Anbindung der antragstellenden Funktion an das Gesundheitsamt würde, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst ebenfalls dort angegliedert ist (vgl. Frage 103), dazu führen, daß die zu Gebote stehende Trennung hinsichtlich Aktenführung, Akteneinsicht und Personaleinsatz zwischen Gesundheitsamt und Sozialpsychiatrischem Dienst kaum kontrollierbar und einhaltbar wäre (vgl. Fragen 103, 201 und 202). Sollte der Amtsarzt nach § 43 Abs. 4 Nds. PsychKG 1978 in Ermangelung eines psychiatrieerfahrenen Arztes gleichzeitig Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein, wären Interessenskollisionen zwischen hoheitlicher gesundheitsüberwachender Funktion und der Intention des den Sozialpsychiatrischen Dienst leitenden Arztes immanent.

Ist der Sozialpsychiatrische Dienst nicht beim Gesundheitsamt angegliedert, wäre die Funktion dieser Dienststelle als antragstellende Behörde mit der des Ordnungsamtes vergleichbar.

Die Antragstellung durch Bedienstete des Sozialpsychiatrischen Dienstes selber (bei Anbindung an das Gesundheitsamt auch dort analog) läßt Machtkonzentration und damit ggfs. Machtmißbrauch vermuten. Es könnte den Mitarbeitern der Vorwurf gemacht werden, Klienten würden im Falle der Verweigerung angebotener gesetzlicher Hilfen vorschnell mittels Gutachten und Antragstellung an das zuständige Amtsgericht einer unfreiwilligen stationären Unterbringung zugeführt werden. Der Niedersächsische Sozialminister hat hierzu in einem Schreiben vom 20.02.1986, AZ.: 406 - 41580/8 - u.a. mitgeteilt, daß unter Berücksichtigung der Ziele des Nds.PsychKG 1978 die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Aufgaben der Verwaltungsbehörde bei der Durchführung der Schutzmaßnahmen einander recht weit angenähert seien. "Wenn Teile der Aufgaben beider Seiten dem gleichen Bediensteten übertragen werden, so kann darin nicht ohne weiteres ein Verstoß gegen das Nds.PsychKG 1978 gesehen werden. Ein andere Frage ist es (so der Sozialminister weiter, d. Verf.), ob eine solche Zusammenfassung der Aufgaben zweckmäßig ist. Mit der Übertragung von Aufgaben der Verwaltungsbehörde auf einen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist im übrigen keinesfalls 'automatisch' dessen Bestellung zum Vollzugsbeamten nach den Vorschriften des SOG verbunden. Diese Bestellung richtet sich nach Voraussetzungen, die außerhalb des Nds. PsychKG 1978 geregelt sind."⁵⁰³

Die Antragstellung durch Feuerwehr oder durch Polizei ist insoweit denkbar, da auch hier ordnungsrechtliche und gefahrenabwehrende Aspekte in deren Funktionen liegen und sie Tag und Nacht erreichbar sind. Während bei der Feuerwehr noch das helfende Moment im Vordergrund steht - es gibt zahlreiche Wehren, die auch den

502 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1981, a.a.O.

503 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1986 A, a.a.O.

Rettungsdienst und den Krankentransport durchführen - ergäben sich bei der Antragstellung durch die Polizei Sachverhalte, die der Vorgehensweise nach dem Nds.SOG ähnlich wären.

Um den jeweiligen Gegebenheiten einzelner Kommunen Rechnung zu tragen, wurden in Frage 506 Leerräume gelassen, die bei der Auswertung gesondert interpretiert werden sollen.

TABELLE 5-8:
BEANTRAGENDE STELLE NACH § 6 NDS.PSYCHKG 1978 ZUR DURCHFÜHRUNG VON SCHUTZMAßNAHMEN

Frage 506	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
Ordnungsamt	1	1	k.A.		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		1		1	1	16
Gesundheitsamt			k.A.							1								1		1			3
SpD			k.A.	1							1												2
Feuerwehr			k.A.																				0
Polizei			k.A.																				0

Quelle: eigene Erhebungen

Datenanalyse und Ergebnis

Auf der Datenbasis von 21 befragten Kommunen kann festgestellt werden, daß in etwa $\frac{3}{4}$ der Einweisungsfälle das Ordnungsamt der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft als Antragsteller beim zuständigen Amtsgericht fungiert, in 14 % der Fälle wird das Gesundheitsamt aktiv, und in rund 10 % obliegt die Antragstellung dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Prozentangaben sind wegen der geringen Fallzahlen nicht als repräsentativ anzusehen.

Es ergeben sich aber zunächst keine Hinweise darauf, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste und Gesundheitsämter in hohem Maße bei der Einweisung von Patienten initiativ werden.

<p>507 In welchem Umfang ist der ambulante Dienst an der Durchführung von Schutzmaßnahmen beteiligt,</p> <p>a) für den Fall, daß der Klient dem Dienst bekannt ist; b) für den Fall, daß der Klient dem Dienst unbekannt ist.</p> <p>Geben Sie bitte folgende Punktwerte an:</p> <p>1 = gar nicht 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = häufig 5 = immer</p>	bekannt unbekannt		
	Transportbegleitung des Klienten zum Richter, LKH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abwicklung organisatorischer Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unmittelbare Besprechung des Falles im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nur Kenntnisnahme von der Einweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spätere Kenntnisnahme von der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Forschungsinteresse

Die Frage erkundet, ob und in welchem Umfang die Sozialpsychiatrischen Dienste an der Durchführung von Einweisungen nach dem Nds.PsychKG 1978 (Schutzmaßnahmen) beteiligt sind. Unterschieden wird hierbei zwischen einzuweisenden Personen, die dem Dienst bekannt sind und solchen, die dem Dienst unbekannt sind. Die in der Fragestellung vorgegebenen fünf Antwortmöglichkeiten beinhalten bereits eine Rangfolge in der Beteiligung der Dienste, von der Transportbegleitung des Klienten zum Richter und zum zuständigen Landeskrankenhaus, bis hin zur späteren Kenntnisnahme von der Entlassung des Patienten. Bei der Beantwortung ist die Rangordnung von 1 bis 5 (1 = gar nicht, 5 = immer) vorgesehen. Durch die Antworten wird Aufschluß darüber erwartet, in welchem Umfang die ambulanten Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen mitwirken oder zumindest informiert sind bzw. in welchem Ausmaße Einweisungen von Personen in die stationäre Psychiatrie "am Dienst vorbei", ohne Kenntnis und Mitwirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste von anderen Stellen aus betrieben werden.

Bewertungsparameter

Die Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen hat der Gesetzgeber im Nds.PsychKG 1978 generell nicht vorgesehen. Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nds.PsychKG 1978 hat das beteiligte Gericht im Rahmen der mündlichen Anhörung "soweit dies erforderlich ist, ... einen sachverständigen Arzt hinzuzuziehen." Dies könnte der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein, ebenfalls jedoch jeder niedergelassene Arzt für Psychiatrie oder Arzt in einem Psychiatrischen Krankenhaus/Landeskrankenhaus. Durch die Einschränkung "soweit dies erforderlich ist" gilt die ärztliche Anhörung als nicht zwingend vorgeschrieben; sie ist in das Ermessen des Gerichtes gestellt. Eine verfahrensmäßige Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste könnte sich aus § 20 Abs. 3 Satz 2 Nds.PsychKG 1978 ergeben: "Sind Personen, die nach Abs. 1 zu hören sind (gesetzliche Vertreter, Elternteile, Ehegatten; d. Verf.), nicht vorhanden, so hat das Gericht eine Person zu hören, die das Vertrauen des Betroffenen genießt." Hierbei könnte aufgrund der Ausrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste davon ausgegangen werden, daß bei bekannten und betreuten Klienten ein Vertrauensverhältnis im

obengenannten Sinne besteht. Eine Verpflichtung seitens des Gerichtes zur Anhörung läßt sich daraus nicht herleiten. Demzufolge bleibt es einzig dem Ermessen der antragstellenden Verwaltungsbehörde (siehe hierzu Frage 506) vorbehalten, ob sie den Sozialpsychiatrischen Dienst in die Abwicklung der Verfahrensmodalitäten einbezieht oder nicht. Dabei dürfte in der Praxis eine Unterscheidung anhand des Kriteriums der dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekannten oder unbekanntem Klienten für die Verwaltungsbehörde (wie übrigens auch für das zuständige Gericht) nicht möglich sein, weil erst durch die Anhörung des Betroffenen oder durch Kontaktaufnahme zum Dienst dieser Umstand offenkundig würde. Sollte das zur Unterbringung erforderliche ärztliche Gutachten (siehe hierzu Frage 503) jedoch durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erstellt worden sein, wäre der Sachverhalt hingegen ein anderer.

Die Bekanntgabe eines Unterbringungsbeschlusses durch das Gericht ist juristisch nicht an die Unterrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes gebunden. Neben den Betroffenen selber sind zu benachrichtigen: Angehörige, Ehegatten, gesetzliche Vertreter, beigeordneter Rechtsanwalt, ärztliche Leitung des Krankenhauses, in das der Betroffene untergebracht werden soll, der Gutachten erstellende Arzt bzw. Ärzte und die Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat.⁵⁰⁴ Der Sozialpsychiatrische Dienst hat lediglich ein Recht auf Information, wenn er als oben beschriebene "Vertrauensperson" (§ 20 Abs. 3 Satz 2 Nds.PsychKG 1978) gehört worden ist, ansonsten nicht.

Analog zur Bekanntgabe eines Unterbringungsbeschlusses verhält es sich bei Entlassungen aus dem eingewiesenen Krankenhaus: Die Klinik informiert Gericht und Verwaltungsbehörde, diese wiederum den bereits oben erwähnten Personenkreis. Der Sozialpsychiatrische Dienst besitzt keinen verbindlichen Informationsanspruch, im Gegenteil: Nach den Bestimmungen des Strafgesetzbuches, hier § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen), und den Richtlinien des Datenschutzes⁵⁰⁵ dürfte der Sozialpsychiatrische Dienst von einer Unterbringung in ein oder von der Entlassung aus einem Krankenhaus gar nicht informiert werden.

Die Benachrichtigung auf dem Wege der Amtshilfe scheidet aus, da die informierende Behörde kein eigenes Anliegen an den Dienst richtet. Auch die Benachrichtigung durch die antragstellende Verwaltungsbehörde an das Gesundheitsamt im Rahmen der "Einheitlichkeit der Verwaltung" erscheint bedenklich, zumal in der Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage im Niedersächsischen Landtag vom 30.05.1984⁵⁰⁶ der Informationsfluß zwischen antragstellender Behörde und anderen Ämtern derselben Gebietskörperschaft als unrechtmäßig dargelegt wird.⁵⁰⁷ Dies betrifft auch das Gesundheitsamt, zu dem der Sozialpsychiatrische Dienst eine Sonderstellung einnimmt, da er nach der Gesetzesdefinition nicht ein Fachdienst des, sondern beim Gesund-

504 **§ 21 Nds.PsychKG 1978:**

- "(1) Das Gericht entscheidet über den Antrag auf Unterbringung durch Beschluß.
- (2) In der Entscheidung bestimmt das Gericht, bis zu welchem Zeitpunkt die Äußerung nach § 14 Abs. 2 Satz 2 abzugeben ist.
- (3) Eine Entscheidung, die die Unterbringung anordnet, ist bekanntzumachen
 - 1. dem Betroffenen,
 - 2. dem gesetzlichen Vertreter des Betroffenen in den persönlichen Angelegenheiten,
 - 3. dem beigeordneten oder mit der Vertretung des Betroffenen beauftragten Rechtsanwalt,
 - 4. Elternteile, denen die Sorge für die Person des Betroffenen zusteht,
 - 5. dem Ehegatten, sofern dieser von dem Betroffenen nicht dauernd getrennt lebt,
 - 6. der Verwaltungsbehörde, die den Antrag auf Unterbringung gestellt hat,
 - 7. dem ärztlichen Leiter des Krankenhauses, in dem der Betroffene untergebracht ist oder untergebracht werden soll,
 - 8. dem Arzt, der das Gutachten nach § 13 Abs. 2 erstattet hat.
 Das Gericht hat eine nach § 20 Abs. 3 Satz 2 gehörte Person in geeigneter Form von der Entscheidung zu unterrichten.
- (4) Eine Entscheidung, die die Unterbringung ablehnt, ist der Verwaltungsbehörde und den in Absatz 3 Satz 1 Nrn. 1, 5, 7 und 8 genannten Personen bekanntzumachen.
- (5) Der Bekanntmachung der gerichtlichen Entscheidung ist eine schriftliche Rechtsmittelbelehrung beizufügen."

505 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES DATENSCHUTZGESETZ (NDSG) 1978, a.a.O.; s. hierzu auch die Ausführungen unter Frage 202

506 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/2775, a.a.O.

507 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/3288, Seite 2 f

heitsamt ist.⁵⁰⁸

Der in § 4 Abs. 2 Satz 3 und 4 Nds.PsychKG 1978 pauschal definierte Kooperationsauftrag der Sozialpsychiatrischen Dienste darf nicht dazu führen, daß - auch im wohlverstandenen Interesse des Klienten - die schutzwürdigen Daten und Informationen der Betroffenen Dritten zugänglich gemacht werden. Durch eine persönlich unterschriebene Schweigepflichtsentbindung, unter Umständen auch durch die eines nach § 19 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978 beigeordneten Rechtsanwaltes, wenn dieser in besonderen Fällen zugleich die Stellung eines Pflegers für das Unterbringungsverfahren hat, werden die Voraussetzungen zur Kooperation mit komplementären/flankierenden Einrichtungen oder dem sonstigen sozialen Umfeld geschaffen.

Anhand der vorstehenden Ausführungen ist ersichtlich, daß Sozialpsychiatrische Dienste im Regelfall über eine bevorstehende Einweisung, eine per Beschluß verfügte Unterbringung und die spätere Entlassung aus dem Krankenhaus nicht informiert sein dürfen. Ausnahmen sind, wenn sie

- a) selber das antragsbegründende ärztliche Gutachten erstellt bzw. dessen Erstellung initiiert haben;
- b) als antragstellende Behörden fungieren;
- c) im Rahmen ihrer unmittelbaren Betreuungsarbeit davon Kenntnis erlangen;
- d) mit Einverständnis des Klienten oder dessen gesetzlichen oder beigeordneten Vertreter benachrichtigt werden.

Diese rechtlichen Bedingungen schränken die sachlich gewollten⁵⁰⁹ und durchaus sinnvollen - letztlich auf Austausch personenbezogener Daten basierenden - Kooperations- und Beteiligungsmöglichkeiten erheblich ein. Kommen dennoch Mitwirkungen der Dienste zustande, so dürfen diese nicht losgelöst betrachtet werden von der Akzeptanz der jeweiligen Dienste in der Region. Deutliche Einbeziehung der Dienste bedeutet demnach hohe Grade der Akzeptanz der Dienste bzw. hohe Erwartungshaltungen der vorgenannten Stellen an die weiteren Betreuungsmöglichkeiten - und am deutlichsten dürfte sich dies beim Kriterium "unbekannte Klienten" ablesen lassen.

Werden die Sozialpsychiatrischen Dienste beteiligt, bzw. informiert, so ergeben sich im einzelnen folgende Interventionsmöglichkeiten:

Die "**Transportbegleitung des Klienten zum Richter, LKH**" gibt den Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes die Möglichkeit, sich während einer akuten Krisensituation mit den Klienten zu befassen. Unter Umständen kann bereits hier neben dem sich Bekanntmachen ein für später folgende weitere Gespräche erforderliches Vertrauensverhältnis geschaffen werden. Ferner kann sowohl beruhigend und angstlindernd als auch informativ agiert werden. Durch Aufzeigen von Alternativen ist ein Klinikaufenthalt vielleicht zu vermeiden, gegebenenfalls lassen sich auch anderweitige, den Krankheitsschub akut auslösende Faktoren beseitigen oder regeln. Andererseits kann bei unklaren Situationen ein erklärender/ergänzender Bericht seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung unterstreichen.

508 vgl. hierzu § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978:
 "(2) Zur Leistung der Hilfen richten die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst unter Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ein. Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte."

509 vgl. hierzu § 4 Abs. 2 Satz 1 Nds.PsychKG 1978

Die **Begleitung zum Landeskrankenhaus** ist unter den gleichen vorbeschriebenen Gesichtspunkten zu sehen; informiert wird in dem Fall nicht das Gericht, sondern der Arzt des Landeskrankenhauses.

An der "**Abwicklung organisatorischer Angelegenheiten**" ist der Sozialpsychiatrische Dienst generell dann beteiligt, wenn er die Funktion der antragstellenden Behörde wahrnimmt. Neben der Einschaltung des zuständigen Amtsgerichts wäre der Vollzug der gerichtlichen Entscheidung als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises sicherzustellen.⁵¹⁰ Ist der Sozialpsychiatrische Dienst nicht antragstellendes Amt, wären organisatorische Angelegenheiten für ihn nicht relevant.

Die "**unmittelbare Besprechung des Falles im Team**" des Sozialpsychiatrischen Dienstes kann frühestens nach Bekanntwerden der Unterbringung erfolgen. Auf Differenzierung zwischen bekannten und unbekanntem Klienten soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da es die Problemstellung auf einen zeitlichen Aspekt reduzieren würde. Wichtiger scheint der Informationsaustausch als solcher im Team; durch frühes Wissen um individuelle Probleme des Klienten und/oder solche in seinem Umfeld lassen sich gegebenenfalls durch zügiges Interventionsmaßnahmen Negativfaktoren günstig beeinflussen. Die unter Frage 407 erörterten Gesichtspunkte gelten für begleitende Hilfen während eines Krankenhausaufenthaltes gleichermaßen.

Bei der ausschließlichen "**Kenntnisnahme von der Einweisung**" ist der Sozialpsychiatrische Dienst am gesamten Unterbringungsverfahren nicht beteiligt, weder organisatorisch noch über Stellungnahmen zu inhaltlichen Fragen. Die Kontaktaufnahme zum Klienten ist frühestens im Landeskrankenhaus möglich. Zur näheren Beurteilung sollten die Fragen 407, 601 bis 606 und 608 herangezogen werden. Eine Benachrichtigungspflicht durch das Gericht oder die Verwaltungsbehörde besteht, wie oben ausführlich dargelegt, nicht.

Die "**spätere Kenntnisnahme von der Entlassung**" setzt ebenfalls voraus, daß der Sozialpsychiatrische Dienst am Unterbringungsverfahren weder beteiligt noch darüber informiert war. Die anzubietenden Hilfen könnten zu spät erfolgen, Wohnung und Arbeitsplatz verloren gegangen, Familienstrukturen weitgehend zerstört sein. Zur vertiefenden Beurteilung wird auf die Fragen 408, 605 und 607 verwiesen.

510 vgl. hierzu § 6 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978:

"(1) Schutzmaßnahmen einschließlich des Vollzugs der gerichtlichen Entscheidung über die Unterbringung obliegen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Verwaltungsbehörden) als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises. Örtlich zuständig ist die Verwaltungsbehörde, in deren Gebiet der Betroffene seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Kann nach Satz 2 eine Zuständigkeit nicht festgestellt werden oder ist eine notwendige Maßnahme unaufschiebbar, so ist die Behörde zuständig, in deren Gebiet der Anlaß für die Maßnahme hervortritt."

Datenanalyse

**TABELLE 5-9:
BETEILIGUNG DER DIENSTE AN DER DURCHFÜHRUNG
VON SCHUTZMAßNAHMEN (BEKANNTE KLIENTEN)**

Frage 507 a	Transp. Begl.	Organi- sation	Bespre- chung	Kennt- nis	Entlas- sung	Sonst. a)	Sonst. b)	Sonst. c)
AUR	2	2	1	5	5			
EMD	5	3	5	2	2			
CE	4	2	4	4	5	2		
OSS	1	4	5	2	4			
NOH	2	4	2	3	2			
OHZ	2	4	2	2	1			
VER	3	5	3	1	2		4	
UEL	2	4	5	1	1			
DAN	1	4	4	3	1			
SHG	4	4	4	2	1			
H-L	2	4	5	2	4			
HI	3	4	3	4	4			
GF	1	4	5	4	5			
WOB	1	5	5	1	1			
OHA	5	5	4	1	1			
GS	1	1	5	4	4			
SZ	1	2	5	2	5			
BS	2	4	2	1	4			5
GÖ	3	5	5	1	4			
HEL	1	4	5	5	1			
ROW	1	4	4	2	3			
EL	1	3	1	3	5			
∑	48	81	84	55	65	2	4	5
n	22	22	22	22	22	1	1	1
Ø	2,2	3,7	3,8	2,5	3,0	2,0	4,0	5,0

**TABELLE 5-10:
BETEILIGUNG DER DIENSTE AN DER DURCHFÜHRUNG
VON SCHUTZMAßNAHMEN (UNBEKANNTE KLIENTEN)**

Frage 507 b	Transp. Begl.	Organi- sation	Bespre- chung	Kennt- nis	Entlas- sung	Sonst. a)	Sonst. b)	Sonst. c)
AUR	1	2	1	4	3			
EMD	5	3	5	2	2			
CE	3	2	3	4	5	3		
OSS	1	4	5	2	4			
NOH	2	4	2	3	2			
OHZ	2	4	2	2	1			
VER	2	3	2	3	4		2	
UEL	2	4	5	1	1			
DAN	1	k	k	k	k			
SHG	4	4	4	2	1			
H-L	2	3	4	2	4			
HI	2	4	2	4	4			
GF	1	4	5	4	5			
WOB	1	3	5	1	1			
OHA	4	5	4	1	1			
GS	1	1	5	4	3			
SZ	1	2	1	3	5			
BS	k	k	k	k	k			5
GÖ	3	5	5	1	2			
HEL	1	1	1	5	1			
ROW	1	4	4	2	3			
EL	1	4	1	2	5			
∑	41	66	66	52	57	3	2	5
n	21	20	20	20	20	1	1	1
Ø	2,0	3,3	3,3	2,6	2,9	3,0	2,0	5,0

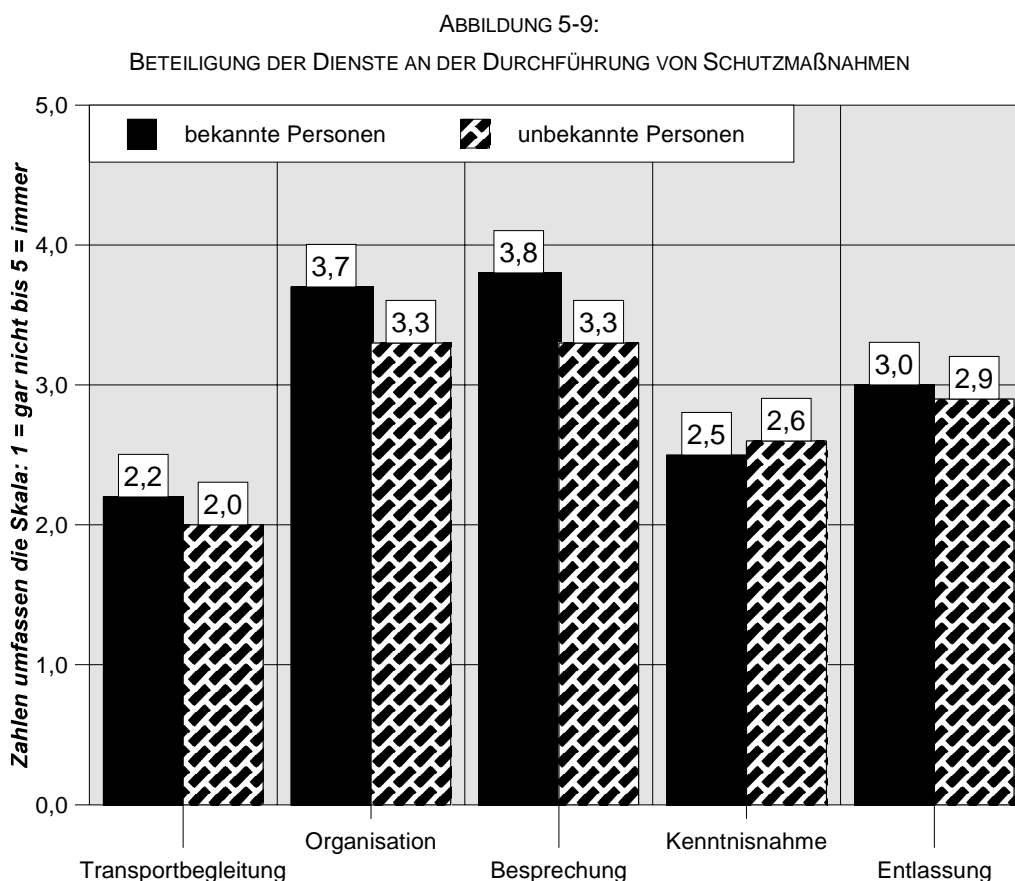
Legende:	Sonst. a)	=	Anregung zur Unterbringung aus Krisensituation
	Sonst. b)	=	Tätigwerden vor Beginn des formalisierten Verfahrens
	Sonst. c)	=	unmittelbare sozialarbeiterische Betreuung nach Bekanntwerden

Quelle: eigene Erhebungen

Nach dem Ergebnis der Befragung steht zunächst erwartungsgemäß fest, daß bei der Personengruppe, die den Diensten bekannt ist, in Fällen der Durchführung von Schutzmaßnahmen eine stärkere Beteiligung der Mitarbeiter der Dienste erfolgt, als es gegenüber dem Personenkreis der unbekannteren Eingewiesenen der Fall ist. Hinsichtlich der in der Fragestellung 507 vorgegebenen unterschiedlichen Arten der Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste besteht hingegen bezüglich des Umfangs der Beteiligung eine Parallelität: Am häufigsten erfolgt in beiden Gruppen eine "unmittelbare Besprechung des Falles im Team", sobald eine Einweisung bekannt bzw. vom Dienst aus initiiert worden ist. In etwas geringerem Umfang werden die Dienste zwecks "Abwicklung organisatorische Angelegenheiten" im Zusammenhang mit der Durchführung einer Zwangseinweisung tätig. Nur "gelegentlich" beschränkt sich ihre Beteiligung auf "spätere Kenntnisnahme von der Entlassung". In seltenen Fällen umfaßt die Beteiligung der Dienste lediglich eine ausschließliche "Kenntnisnahme von der Einweisung". Noch seltener erfolgt eine "Transportbegleitung des Klienten zum Richter, LKH". - Unter "Sonstiges" wurde vom Dienst des Landkreises Celle angegeben, in seltenen Fällen bei dem Dienst bekannten Personen "Anregung zur Unterbringung aus Krisensituation" zu geben, bei dem Dienst unbekannteren Personen "gelegentlich". Der Dienst des Landkreises Verden gab an, "selten" bei unbekannteren Personen "vor Beginn des formalisierten Verfahrens" tätig zu werden, bei bekannten Personen hingegen "häufig". Der Dienst der Stadt Braunschweig legt Wert auf die Feststellung, daß sowohl bei bekannten als auch bei unbekannteren Personen "immer" eine "unmittelbare sozialarbeiterische Betreuung nach Bekanntwerden" des Einweisungsfalles erfolgen würde.

Hinsichtlich der Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen bei den Diensten bekannten bzw. unbekanntenen Personen bestehen erhebliche regionale Unterschiede: So ist beispielsweise auffällig, daß die Mitarbeiter des Dienstes der Stadt Emden "immer" eine Transportbegleitung des Klienten zum zuständigen psychiatrischen Krankenhaus vornehmen, obwohl diese Art der Beteiligung der Dienste im Durchschnitt nur recht selten auftritt.⁵¹¹ Dies trifft sowohl für Personen zu, die dem Dienst vor der Einweisung bekannt waren als auch auf jene, die dem Dienst vorher nicht bekannt waren. Auffällig ist darüber hinaus, daß - bei bekannten Personen - in den Diensten der Landkreise Aurich und Emsland in keinem Falle eine unmittelbare Besprechung des Einweisungsfalles im Team stattfindet, während dies in 17 von 22 befragten Diensten mindestens gelegentlich, häufig oder gar immer erfolgt. Lediglich die Dienste der Landkreise Grafschaft Bentheim, Osterholz und Braunschweig führen dies "selten" durch. Bei unbekanntem Eingewiesenen verzichten auch die Dienste der Stadt Salzgitter sowie des Landkreises Helmstedt auf anschließende Besprechung des Falles im Team.

Die folgende Abbildung beinhaltet eine Gesamtübersicht bezüglich der Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an Schutzmaßnahmen:



Quelle: eigene Erhebungen

511 Dies hängt womöglich mit der räumlichen Nähe des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in Emden zusammen. - Siehe hierzu die Fragen 103 und 601.

Ergebnis

Aus den dargestellten Ergebnissen läßt sich eine im Durchschnitt gute Beteiligung bei den zu einer gesetzlichen Einweisung gehörenden begleitenden Maßnahmen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste erkennen. Zugleich ist deutlich geworden, daß diese Beteiligung auf der Qualität der informellen Beziehungen beruht, die die Dienste in ihrer jeweiligen Region haben aufbauen können. Die rechtliche Lage erlaubt den Sozialpsychiatrischen Dienste keine Mitwirkung, geschweige denn, daß sie diese hierzu verpflichte. Von daher ist es zu begrüßen, daß sich die Dienste zu einem großen Anteil in diese Maßnahmen eingebunden sehen und professionelle Hilfe bei der Abwicklung von Einweisungen gemäß Nds.PsychKG 1978 leisten können. Insbesondere die Einbindung der Dienste bei relevanten Besprechungen und bei Entlassungen aus den Einweisungen bzw. den folgenden stationären Aufenthalten verweist auf eine funktionale Qualität der Dienste, die dem sozialpsychiatrischen Ansatz der Psychiatrie-Enquête entspricht.

508 Wieviel Personen wurden in den Jahren von 1970 bis 1985 entmündigt bzw. wiederbemündigt? Wieviel Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes waren hiervon 1985 betroffen? Bitte in absoluten Zahlen angeben	entmündigt wiederbemündigt	
	Personen 1970-1985	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Klienten 1985	<input type="text"/> <input type="text"/>

Frage 508 beinhaltete eine Bestandsaufnahme der Entmündigungspraxis im Lande Niedersachsen für die Zeit von 1970 bis 1985. Da sich mittlerweile die Rechtslage grundlegend geändert hat, macht eine, auch retrospektive Analyse der Daten keinen Sinn. Auf Ausführungen zu Frage 508 wird daher verzichtet.

<p>509 Wird der ambulante Dienst bei richterlichen Anhörungen nach Paragraph 20 Nds.PsychKG hinzugezogen und gehört, auch wenn Einweisungen von anderen Stellen initiiert werden?</p>	<p>in der Regel immer <input type="checkbox"/></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
--	---

Forschungsinteresse

Frage 509 beinhaltet eine Konkretisierung der in Frage 507 erbetenen Angaben zur Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen. Hier soll erörtert werden, in welchem Umfange ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes "das Vertrauen des Betroffenen genießt"⁵¹² und im Zusammenhang der Durchführung einer Schutzmaßnahme vom zuständigen Gericht gehört wird.

Bewertungsparameter

Eine verfahrensmäßige Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen ist im Nds.PsychKG 1978 nicht vorgesehen. Zur Erläuterung wird an dieser Stelle auf die Ausführungen unter Frage 507 verwiesen. Bereits dort wurde dargelegt, daß aufgrund der Ausrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste zwischen bestimmten Klienten und einzelnen Mitarbeitern der Dienste ein Vertrauensverhältnis im Sinne des § 20 Abs. 3 Satz 2 bestehen könnte. In solchen Fällen wären die Mitarbeiter dieser Dienste im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen gerichtlich anstelle der nach § 20 Abs. 3 Satz 1 erwähnten Personen (gesetzliche Vertreter, Elternteile, Ehegatten) zu hören.

Ob es nach juristischer Bewertung zulässig ist, das Kriterium eines Vertrauensverhältnisses zwischen Klient und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste den Vorrang gegenüber dem nach § 20 Abs. 3 Satz 1 zu hörenden Personenkreis einzuräumen, soll an dieser Stelle nicht erörtert werden. Vielmehr gilt es anhand der vorliegenden Fragestellung zu ermitteln, wie sich die praktischen Gegebenheiten darstellen.

Zur Bewertung des Befragungsergebnisses kann aufgrund der vorstehenden Ausführungen gefolgert werden, daß ein hoher Grad an verfahrensmäßiger Beteiligung von Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste gleichzusetzen ist mit einer hohen Akzeptanz der Dienste im psychosozialen Versorgungsgefüge; dies vor allem deswegen, weil eine formaljuristische Beteiligung der Dienste an sich nicht vorgesehen ist.

Datenanalyse

TABELLE 5-11:
ANHÖRUNG DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES NACH § 20 Nds.PSYCHKG 1978

Frage 509	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe	
i. d. R. immer						1		1														1		3
häufig		1								1														2
gelegentlich			1																					1
selten														1							1			2
gar nicht	1			1	1		1		1		1	1	1		1	1	1	1	1				1	14

Quelle: eigene Erhebungen

Die in der vorstehenden Tabelle 5-11 zusammengefaßten Befragungsergebnisse sind eindeutig: 14 von 22 befragten Diensten werden im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen im Sinne des § 20 Nds.PsychKG 1978 "gar nicht" gehört; das entspricht einem Anteil von 63,6 %. Die Dienste der Landkreise Osterholz, Uelzen und Rotenburg (zusammen 13,6 %) hingegen gaben an, "in der Regel immer" zu einer gerichtlichen Anhörung aufgefordert zu werden. Häufige gerichtliche Anhörungen erfolgen bei den Diensten der Stadt Emden und des Landkreises Schaumburg (zusammen 9,1 %), während im Landkreis Celle diese Möglichkeit "gelegentlich" (4,5 %) genutzt wird. 2 von 22 befragten Diensten (zusammen 9,1 %) werden "selten" zu einer gerichtlichen Anhörung im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen aufgefordert. - Nach diesem Ergebnis steht fest, daß die überwiegende Anzahl Sozialpsychiatrischer Dienste faktisch zumindest über keinen Stellenwert verfügt, der ihren Mitarbeitern ein heraushebendes Ausmaß an Vertrauen im Sinne des § 20 Abs. 3 Satz 2 Nds.PsychKG 1978 bescheinigt.

Ergebnis

Gegenüber den positiven Antworten zu Frage 507 zeigt sich hier eine durchaus negative Erscheinung. Mehr als zwei Drittel aller Sozialpsychiatrischen Dienste werden bei Einweisungen nach dem Nds.PsychKG 1978 nicht oder nur sehr selten gehört, sofern sie nicht durch gutachterliche Aufträge eingebunden sind. Dieses Ergebnis ist insbesondere deswegen bedauerlich, weil mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in allen Gerichtsbezirken des Landes flächendeckend eine fachqualifizierte Institution für die Beratung des Gerichtes bei Beschlüssen über freiheitsentziehende Maßnahmen zur Verfügung steht. Das Ignorieren dieser Fachkompetenz kann zur Vernachlässigung der Einbeziehung von Alternativen zum Unterbringungsbeschluß führen und ist nicht geeignet, Schutzmaßnahmen zu verhindern, wie es § 3 Nds.PsychKG 1978 gebietet. Vorstellbar - jedoch mit der geltenden Gesetzesnorm des Nds.PsychKG 1978 nicht in Einklang stehend - ist auch, daß das Gericht mit fachlicher Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes gleichzeitig mit dem unumgänglichen Einweisungsbeschluß einen individuell auf den Betroffenen abgestimmten Behandlungsplan festlegt, der sowohl Zeiten der stationären Unterbringung als auch anschließender ambulanter Betreuung beinhaltet.⁵¹³ Auf diese Weise könnten qualitative und inhaltliche Meilensteine für die weitere Betreuung der Patienten gesetzt werden, die ihn zur Annahme von Hilfen verpflichten würde.

513 siehe hierzu die gesetzlichen Möglichkeiten der §§ 8 (Behandlungsempfehlung), 9 (Behandlungsauflage) und 33 (Vorläufige Entlassung) Nds.PsychKG 1978 (Fragen 511, 512 und 513)

510 Wie verteilt sich die Anzahl der Unterbringungen nach Nds.PsychKG?	prozentual
	Unterbringung nach Paragraph 14 Nds.PsychKG <input type="checkbox"/>
	Unterbringung nach Paragraph 15 Nds.PsychKG <input type="checkbox"/>
	Unterbringung nach Paragraph 16 Nds.PsychKG <input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

Frage 510 ergründet die relative Verteilung der Unterbringungsverfahren nach den rechtlichen Bestimmungen der §§ 14, 15 und 16 Nds. PsychKG 1978. Es sollen Aussagen über die hauptsächlich angewandte Unterbringungsart erfolgen.

Bewertungsparameter

Die §§ 10 bis 16 Nds.PsychKG 1978 regeln die Modalitäten einer Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes. Unterbringung bedeutet demnach, "... wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in den abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses eingewiesen wird und dort verbleiben soll."⁵¹⁴ Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, daß sich der Betroffene infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügt (Eigengefährdung), oder das durch die Krankheit, Störung oder Behinderung bedingte Verhalten des Betroffenen aus anderen Gründen eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung darstellt (Fremdgefährdung), und die Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.⁵¹⁵ Eine Vertiefung der begrifflichen Bedeutungen "gegenwärtige erhebliche Gefahr", "Eigengefährdung" und "Fremdgefährdung" soll hier nicht erfolgen, vielmehr wird in diesem Zusammenhang auf entsprechende Ausführungen des Verfassers an anderer Stelle verwiesen.⁵¹⁶ Auf die Darlegungen unter Frage 501 wird Bezug genommen.

Werden die nach dem Nds.PsychKG 1978 maßgeblichen Voraussetzungen für eine Unterbringung⁵¹⁷ als erfüllt angesehen, so kann das zuständige Gericht eine Unterbringung bis zu einem Jahr anordnen. Diese Frist kann nach Bedarf verlängert werden, solange die Voraussetzungen des § 12 Nds.PsychKG 1978 durch schriftliche Äußerungen der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem die Unterbringung durchgeführt wird, als gegeben attestiert werden.⁵¹⁸

Die Anwendung des § 14 Nds.PsychKG 1978 setzt demnach voraus, daß über den Betroffenen hinreichend fundiertes diagnostisches und anamnestisches Material vorhanden ist, um Aussagen über Krankheitszustand und

514 § 10 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

515 vgl. § 12 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

516 vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 503 ff

517 vgl. § 12 Nds.PsychKG 1978

518 vgl. § 14 Abs. 1 und 2 Nds.PsychKG 1978

Krankheitsverlauf abgeben zu können. Da dieses erforderliche Wissen erst im Laufe von zeitaufwendigen psychiatrischen Explorationen zur Verfügung steht, kann die Anwendung des § 14 Nds.PsychKG 1978 in akuten Fällen⁵¹⁹ nicht erfolgen. Unterbringungen, bzw. Verlängerungen von Unterbringungen nach § 14 Nds.PsychKG 1978 stellen somit nicht den Regelfall einer Einweisung aufgrund akuter gefährdender Momente im Sinne des § 12 Nds.PsychKG 1978 dar. Vielmehr kommt die Anwendung nur dann in Betracht, wenn a) Krankheitsgeschichte und Krankheitsverlauf von Klienten bereits sehr gut bekannt sind, oder b) sich die Maßnahme unmittelbar an eine Unterbringung des im folgenden erläuterten § 15 Nds.PsychKG 1978 anschließt.

§ 15 Nds.PsychKG 1978 enthält Bestimmungen zur "Einstweiligen Unterbringung", sozusagen dem Regelfall der Schutzmaßnahmen nach dem niedersächsischen Gesetz: "Bestehen hinreichende Anhaltspunkte dafür, daß die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann das Gericht auf Antrag der Verwaltungsbehörde anordnen, daß der Betroffene zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Gesundheitszustand auf bestimmte Dauer untergebracht und beobachtet wird. Die Unterbringung darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten. Dem Antrag ist die Stellungnahme eines Arztes oder eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes oder zweier approbierter Ärzte beizufügen."⁵²⁰

Der Sachverhalt einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung im Sinne des § 12 Nds.PsychKG 1978 muß durch ärztliches Zeugnis belegt werden, so daß auf Antrag der Verwaltungsbehörde das Gericht eine Einstweilige Unterbringung anordnen kann. Die im Gesetz geforderten "hinreichenden Anhaltspunkte" müssen eindringlich auf gefährdende Tatbestände hinweisen, von deren Dringlichkeit der Richter sich in einer mündlichen Anhörung überzeugen muß.⁵²¹ Erst anschließend ist eine Unterbringungsanordnung mit maximal sechswöchiger Dauer möglich; während dieser Zeit soll ein psychiatrisches Gutachten im Sinne des § 13 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978 erstellt werden. Daneben erhält der Untergebrachte "die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Heilbehandlung".⁵²²

Bessert sich der Gesundheitszustand des Eingewiesenen innerhalb der Unterbringungsfrist soweit, daß er keiner stationären Betreuung mehr bedarf, so ist der Beschluß vom Gericht zwischenzeitlich aufzuheben bzw. der Beschluß läuft ohne Verlängerung aus.⁵²³ Liegen jedoch die Voraussetzungen der Unterbringung noch weiterhin vor, so ist die Einstweilige Unterbringung nach § 15 Nds.PsychKG 1978 in eine Unterbringung nach § 14 Nds.PsychKG 1978 (bis zur Höchstdauer eines Jahres) umzuwandeln. Das "Gutachten über seinen Gesundheitszustand", das nach der Maßgabe des § 15 erstellt wurde, findet Anwendung im Sinne des § 13 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978; es dient dem Gericht als notwendige Grundlage zur Verlängerung der Unterbringung.

Der § 16 Nds.PsychKG 1978 regelt die "Vorläufige Einweisung" durch die Verwaltungsbehörde bis zum Ablauf des folgenden Tages, wenn - durch besondere Umstände bedingt - kein richterlicher Beschluß herbeigeführt werden kann. Hierbei geht es in der Regel um Notfälle während der Nacht, an Wochenenden oder an Feiertagen. Dabei reicht das Zeugnis eines Arztes aus, der über keine Psychiatrieerfahrung verfügen muß. Die richterliche Anhörung

519 Der Akutfall setzt nach § 12 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978 die "gegenwärtige erhebliche Gefahr" voraus; vgl. hierzu HELLE 1986, Seite 23 f; vgl. STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990, Seite 503 ff

520 vgl. § 15 Nds.PsychKG 1978

521 vgl. § 20 Nds.PsychKG 1978

522 vgl. § 26 Nds.PsychKG 1978

523 vgl. § 31 Nds.PsychKG 1978

muß bis zum Ablauf des folgenden Tages erfolgen. Ist bis dahin kein Unterbringungsbeschluß angeordnet worden, so ist der Betroffene aus dem Krankenhaus zu entlassen.

Die Anwendung des § 16 Nds.PsychKG 1978 ist nicht als Regelfall anzusehen. In diesem Paragraphen werden Relikte des SOG deutlich, indem der Verwaltungsbehörde zur Gefahrenabwehr bzw. zum Erhalt der öffentlichen Sicherheit und Ordnung Eingriffsbefugnisse zuteil werden. Käme es zu einer Häufung von Einweisungen nach diesem Verfahren, würde die Intention des Nds.PsychKG 1978 verfehlt werden; der sensible Bereich der Einschränkung der persönlichen Souveränität wäre auf ordnungsrelevante Bereiche reduziert worden.

Während die Anwendung des § 14 Nds.PsychKG 1978 - wie vorstehend dargelegt -, gemessen an der Einstweiligen Unterbringung und der Vorläufigen Einweisung, in der Praxis unstrittig in relativ geringem Umfang erfolgt (Erwartung der Rückmeldungen zu Frage 510: niedrige Anteile), haben sich hinsichtlich der Verfahren nach den §§ 15 und 16 Nds.PsychKG 1978 unterschiedliche, teilweise der öffentlichen Kritik unterworfenen Anwendungsmodalitäten herausgebildet. Dies ist beispielsweise der Dissertation von BUSCHE/HEINRICH aus dem Jahre 1985 zu entnehmen, in der es u.a. heißt: "In der Psychiatrie weniger erfahrene Ärzte weisen häufiger Personen ein, bei denen eine gegen deren Willen durchgeführte vorläufige Einweisung nach § 16 PsychKG 1978 nicht unbedingt erforderlich ist. ... Unsere Beobachtung zeigt, daß - unabhängig vom Wohnort - diejenigen Menschen mit einer signifikant größeren Wahrscheinlichkeit bereits nach wenigen Tagen entlassen werden, die von Ärzten eingewiesen wurden, die - soweit man es von ihrer Funktion ableiten kann - über keine umfangreiche Erfahrung in der Psychiatrie zurückblicken können."⁵²⁴ Die Autoren weisen darauf hin, daß der Anteil der innerhalb der ersten drei Tage entlassenen Patienten in den untersuchten Regionen Landkreis Hannover und Stadt Hannover in den Jahren 1981 und 1982 in allen Fällen in der Gruppe der "Nicht-Psychiater" signifikant größer war als in der Gruppe der durch Psychiater eingewiesenen Patienten. Für das Gebiet Celle ließ sich dies nicht bestätigen, was die Autoren als "Effekt der insgesamt sehr kleinen Fallzahlen" bewerten.⁵²⁵

Vorstehendes Untersuchungsergebnis fand Erwähnung im Zweiten Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, der dem Niedersächsischen Landtag am 22. Dezember 1986 vorgelegt wurde. Darin heißt es: "Es wurde angeregt, daß die Gerichte bei bekannten Patienten, bei denen eine Beobachtung und Begutachtung wegen vorangegangener Unterbringung(en) nicht mehr notwendig sei, häufiger von der sofortigen endgültigen Unterbringung Gebrauch machen. In der Praxis soll die Anordnung der sofortigen endgültigen Unterbringung vielfach nur daran scheitern, daß die in § 20 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978 vorgeschriebene vorherige richterliche Anhörung nicht fristgerecht erfolgen könne."⁵²⁶ Ebenso gab das Untersuchungsergebnis Anlaß zu einer Kleinen Anfrage im Niedersächsischen Landtag am 27. März 1987,⁵²⁷ in der unter anderem die Landesregierung aufgefordert wurde, die Verteilung der Einweisungen nach den Paragraphen 16, 15 und 13 Nds.PsychKG 1978 anzugeben. Die Beantwortung jener Anfrage durch die Niedersächsische Landesregierung erfolgte am 5. Juni 1987. Aus ihr geht hervor, daß die Landesregierung nicht über hinreichendes statistisches Material verfüge, um die Kleine Anfrage differenziert zu beantworten. Die zu der Einweisungspraxis inhaltlich von der Landesregierung bezogene Position stellt sich widersprüchlich dar: Einerseits wurde hervorgehoben, daß häufig nach Vorläufigen Einweisungen kurzzeitig durch die Hilfen des Krankenhauses eine Besserung

524 BUSCHE/HEINRICH 1985, Seite 117 f

525 vgl. ebenda, Seite 118

526 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469, Seite 8

527 NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/862, Seite 1

erreicht werden könne, so daß der Patient entlassen werden könne oder einer weiteren Behandlung im eigenen Einverständnis zustimme. Andererseits wurde betont, daß eine Vorläufige Einweisung nach § 16 Nds.PsychKG 1978 nur dann in Betracht komme, "wenn bei akuten Krisensituationen die in der Regel für eine Unterbringung erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllt werden können. Diese Voraussetzungen sind eine vorherige ambulante fachpsychiatrische Abklärung und Einschätzung der Gefährdung sowie die Anhörung durch den Unterbringungsrichter." Dieser Standpunkt der Landesregierung sei den Bezirksregierungen, beteiligten Verwaltungen auf örtlicher Ebene, insbesondere den Gesundheitsämtern und ihren Sozialpsychiatrischen Diensten sowie den Ordnungsämtern "wiederholt verdeutlicht" worden.⁵²⁸

Nach den vorstehenden Ausführungen erscheint zumindest nicht uninteressant festzustellen, ob das von den Autoren BUSCHE/HEINRICH ermittelte Untersuchungsergebnis im Bereich der Landkreise Hannover und Celle sowie der Stadt Hannover über Gültigkeit auch in anderen Kommunen verfügt und inwieweit damit - entgegen der Intention des Nds.PsychKG 1978 - die Anwendung des § 15 Nds.PsychKG 1978 nicht mehr als Regelfall anzusehen ist, sondern die "Vorläufige Einweisung" nach § 16 Nds.PsychKG 1978.

Datenanalyse

TABELLE 5-12:
PROZENTUAL-VERTEILUNG DER SCHUTZMAßNAHMEN NACH DEM NDS.PSYCHKG

Frage 510	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	RO	EL	$\sum_{n=20}$	\emptyset
Paragraph 14	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k	0	0	0	0	k	5	0	7	0,4	
Paragraph 15	60	100	90	37	77	100	49	70	0	90	44	70	0	k	33	4	0	0	100	k	95	56	1.075	53,7
Paragraph 16	40	0	8	63	23	0	51	30	100	10	56	30	100	k	67	96	100	100	0	k	0	44	918	45,9

Quelle: eigene Erhebungen

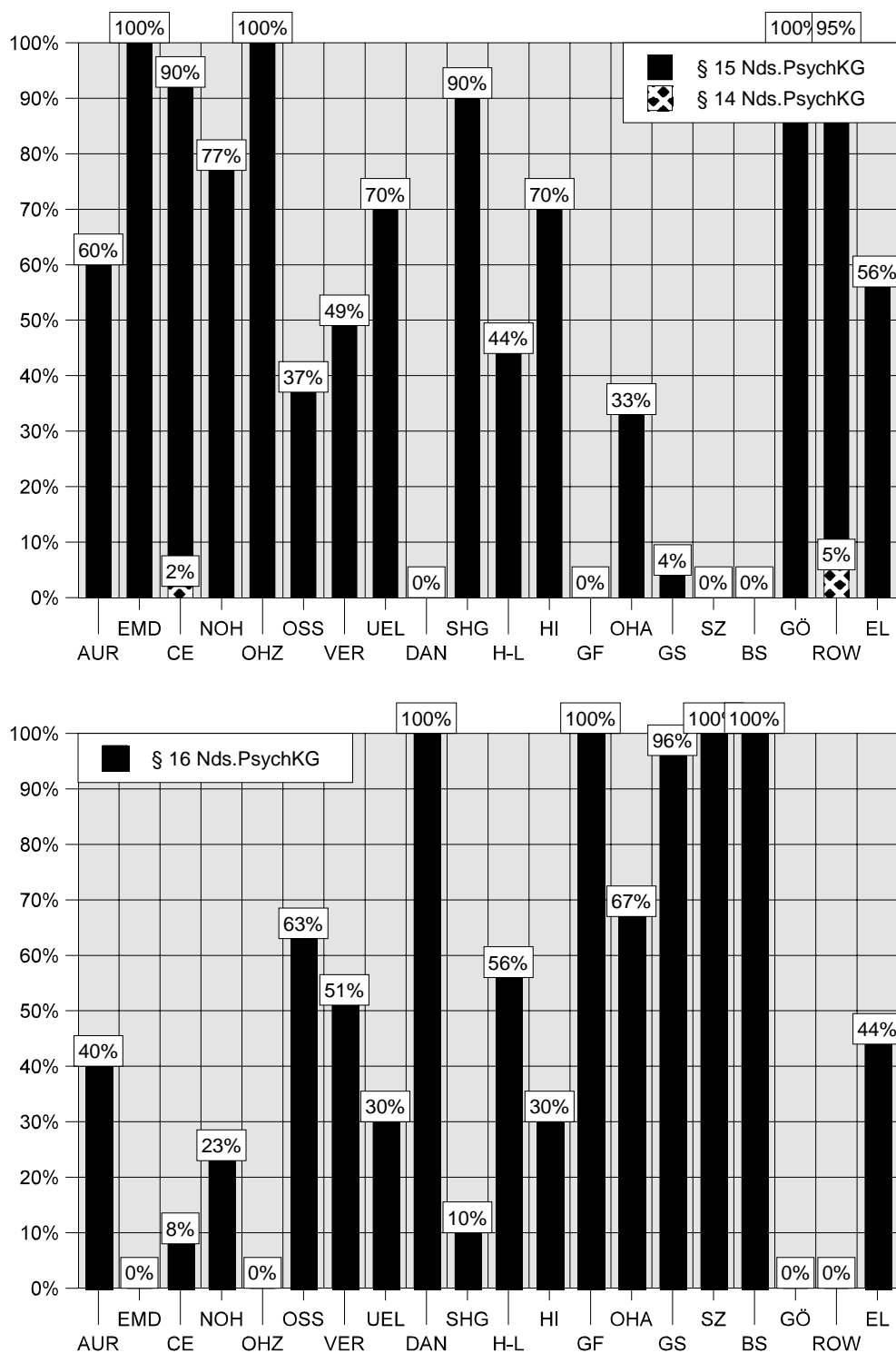
Die Tabelle 5-12 weist auf der Basis von 20 in die Auswertung einbezogenen Diensten lediglich einen Anteil von 0,4 % Einweisungen nach § 14 Nds.PsychKG 1978 auf. Die hauptsächlichen Einweisungsgrundlagen sind somit die Paragraphen 15 und 16 Nds.PsychKG 1978, wobei die Anwendung des § 15 mit 53,7 % am häufigsten erfolgt, während es für § 16 45,9 % sind. Der Abstand beträgt hier jedoch lediglich 7,8 %, was bereits darauf schließen läßt, daß zumindest in einigen Kommunen nicht § 15, sondern § 16 den Regelfall von Einweisungen aufgrund akuter Gefährdungsmomente im Sinne des § 12 Nds.PsychKG 1978 darstellt.

Differenzierte Betrachtungen der Einweisungspraxis einzelner in die Befragung einbezogener Kommunen führt zu dem Ergebnis, daß in 11 von 20 Diensten vorrangig nach § 15 Nds.PsychKG 1978 eingewiesen wird, während in den verbleibenden 9 Diensten vorrangig die Anwendung des § 16 Nds.PsychKG 1978 erfolgt. In den Landkreisen Lüchow-Dannenberg, Gifhorn und Salzgitter sowie der Stadt Braunschweig erfolgen die Einweisungen ausschließlich unter Anwendung des § 16 Nds.PsychKG 1978, während in den Landkreisen Osterholz und Göttingen sowie in der Stadt Emden ausschließlich Einstweilige Unterbringungen erfolgen. - Dies läßt zumindest - bezogen auf die Angaben aus einigen Kommunen - den Schluß zu, daß die durch BUSCHE/HEINRICH in den Jahren 1981 und 1982 festgestellte Einweisungspraxis in den Landkreisen Hannover und Celle sowie der Stadt Hannover auch in weiteren Regionen Niedersachsens im Jahre 1985 praktiziert wird. Ob und in welchem Umfange dies jedoch erfolgt, kann durch die vorliegende Fragestellung nicht erörtert werden, zumal hierzu der von BU-

SCHE/HEINRICH konzipierte Forschungsansatz zu verwenden wäre.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Verteilung der Einweisungen nach den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen des Nds.PsychKG 1978:

ABBILDUNG 5-10:
VERTEILUNG DER EINWEISUNGEN NACH DEN PARAGRAPHEN 14, 15 UND 16 Nds.PSYCHKG 1978



Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Ohne weitere methodologisch gesicherte Befragung der regional an den Einweisungsverfahren Beteiligten wird die auffällige Bevorzugung des einen bzw. des anderen Paragraphen des Nds.PsychKG 1978 bei der Antragstellung bzw. Begründung zu Einweisungen nicht zu erhellen sein. Daß diese Frage nicht nur "akademisch" ist, leitet sich schon aus den mit den jeweiligen Einweisungsbegründungen verbundenen prozessualen Folgen ab. Ebenfalls im Rahmen dieser Befragung nicht zu klären war die Aspekt, ob unterschiedliche Einweisungsbegründungen unterschiedliche Verweildauern in stationärer Unterbringung bedingen.

<p>511 Liegen Erfahrungen mit der Behandlungsempfehlung nach Paragraph 8 Nds.PsychKG vor?</p>	<p>in mehr als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>in weniger als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Bei Frage 511 sollen die Erfahrungen erkundet werden, die die unterschiedlichen Dienste in der Anwendung des § 8 Nds.PsychKG 1978 (Behandlungsempfehlung) vorzuweisen haben. Die schon bei Frage 509 angesprochene Möglichkeit der gerichtlichen Behandlungsaufgabe oder -empfehlung bietet die Chance, neben der Einweisung auch, unter Hinzuziehung fachlicher Stellen, dem psychisch kranken Menschen gebotene Hilfen anzuweisen. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sehen, außer einer Verneinung, die Kriterien "in weniger als 5 Fällen" und "in mehr als 5 Fällen" vor. Mit dieser Frage wird Aufschluß darüber erwartet, ob es sich bei dieser gesetzlichen Möglichkeit um ein in der Praxis häufig zur Anwendung gelangendes und daher handhabbares Mittel handelt, das im Vorverfahren von Schutzmaßnahmen bzw. zur Vermeidung derselben eingesetzt wird.

Bewertungsparameter

Im Vorfeld einer Unterbringung hat der Gesetzgeber der zuständigen Verwaltungsbehörde (nicht dem Sozialpsychiatrischen Dienst) einen - gewissermaßen "außergerichtlichen" - Handlungsspielraum eingeräumt, der es ihr ermöglicht, dem Betroffenen zu empfehlen, "... sich in die ambulante Behandlung eines Arztes, in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Einrichtung zu begeben ..." ⁵²⁹

Bedingung hierfür ist, daß der Betroffene zuvor im Sinne des Nds.PsychKG 1978 auffällig geworden ist und den Eindruck vermittelt hat, er könne sich oder anderen krankheitsbedingt schweren Schaden zufügen. ⁵³⁰ In diesem Fall kann ihn die Verwaltungsbehörde einer ärztlichen Untersuchung zuführen. Durch die Formulierung: "Der Betroffene hat die Untersuchung zu dulden und an ihr mitzuwirken." ⁵³¹ wird zum Ausdruck gebracht, daß die Untersuchung auch gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt werden kann. In Verbindung mit § 6 Abs. 3 Nds.PsychKG 1978, wonach Bedienstete von Verwaltungsbehörden zu Vollzugsbeamten bestellt werden können, werden hier Relikte des bis 1978 für diesen Personenkreis gültigen SOG sichtbar. ⁵³²

Gibt das Untersuchungsergebnis Anlaß zu der Einschätzung, der Betroffene sei zwar krankheitsbedingt behandlungsbedürftig, stelle aber für sich oder andere keine "erhebliche gegenwärtige" Gefahr dar - was zu einer unverzüglichen Unterbringung mit richterlichem Beschluß führen müsse -, so kann die Verwaltungsbehörde die oben erwähnte Empfehlung abgeben. In Verbindung damit wird der Vorschlag unterbreitet, die behandelnde Stelle zu ermächtigen, das Gesundheitsamt von der Übernahme der Behandlung und dem Befund zu unterrichten. Im Gegenzug teilt das Gesundheitsamt dem Arzt, dem Krankenhaus oder der Einrichtung den Untersuchungsbefund

529 § 8 Nds.PsychKG 1978

530 vgl. § 7 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

531 vgl. § 7 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978

532 § 6 Abs. 5 (2. Halbsatz) Nds.PsychKG 1978 unterstreicht diesen Tatbestand eindeutig: "... gilt für Schutzmaßnahmen das niedersächsische Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung."

nach § 7 Nds.PsychKG 1978 mit, es sei denn, daß der Betroffene widerspricht.

Durch die ausdrückliche Einbeziehung des Gesundheitsamtes - nicht etwa des ihm angegliederten Sozialpsychiatrischen Dienstes - werden wiederum Relikte des SOG sichtbar, da das Gesundheitsamt hier überwachende Funktionen im herkömmlichen Sinne wahrnimmt.⁵³³

Die Abgabe einer "Behandlungsempfehlung" setzt beim Betroffenen einen soweit orientierten, auf die Realität bezogenen Zustand voraus, daß er in der Lage ist, den gleichsam als "pädagogischen Zeigefinger" zu interpretierenden Ratschlag, sich in Behandlung zu begeben, akzeptieren und befolgen kann. Der Personenkreis jedoch, auf den diese Voraussetzungen zutreffen, bedarf keiner Schutzmaßnahmen, weder in Form von Unterbringungen noch von Überwachungen durch das Gesundheitsamt. Vielmehr könnten die "Anhaltspunkte dafür, daß jemand wegen einer Krankheit, Störung oder Behinderung ... sich oder anderen schwerwiegenden Schaden zuzufügen droht",⁵³⁴ als Aufforderung zur Gewährung von Hilfen nach dem Nds.PsychKG 1978⁵³⁵ gewertet werden. Sinnvoll wäre daher in solchen Fällen die Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, da dieser durch Gewährung von Hilfen adäquat reagieren könnte.

Die vom Verfasser in der Fragestellung vorgegebenen Bezugswahlen "mehr als 5" und "weniger als 5" orientieren sich an vermuteten Fallzahlen, die sich aus der Abwägung zwischen erwarteten Unterbringungen und oben erwähnten Erörterungen ergeben. Auf das Erhebungsjahr 1985 bezogen, würden die drei verfügbaren Antwortmöglichkeiten wie folgt zu bewerten sein:

1. Gäbe es eine Anhäufung der Antworten im Bereich "in mehr als 5 Fällen", so müßte geschlußfolgert werden, daß die "Behandlungsempfehlung" in der Tat eine größere Resonanz auf betroffene Personen ausübt, als bisher angenommen wurde. Dies würde bedeuten, daß sich das psychiatrische Klientel durch die in dieser Form gewählte direkte Ansprache seitens der Verwaltungsbehörde beeinflussen ließe.
2. Die Anhäufung im Bereich "in weniger als 5 Fällen" ließe vermuten, daß zumindest sporadisch der Versuch zur Beeinflussung einzelner Klienten gemacht wurde, ohne daß es zu einer generellen Anwendung in diesem Bereich gekommen wäre.
3. Aus den oben beschriebenen Erwägungen heraus werden im Bereich "gar nicht" die meisten Antworten erwartet, d.h. die vom Gesetzgeber vorgesehene "Behandlungsempfehlung" wird nicht zur Anwendung gebracht, da sie nicht befolgt wird und damit ineffektiv ist.

Datenanalyse

TABELLE 5-13:
BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN NACH § 8 NDS.PSYCHKG

Frage 511	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
mehr als 5	1														1						1		3
weniger als 5			1		1				1		1		1	1			1		1	1			9
gar nicht		1		1		1	1	1		1		1				1		1				1	10

Quelle: eigene Erhebungen

533 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978, a.a.O.

534 vgl. § 7 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

535 vgl. §§ 3 bis 5 Nds.PsychKG 1978

Von der Anwendungsmöglichkeit einer Behandlungsempfehlung nach § 8 Nds.PsychKG 1978 hat rund die Hälfte der 22 in die Auswertung einbezogenen Dienste noch niemals Gebrauch gemacht; in 40,9 % der Fälle liegen Erfahrungen vor, die sich auf eine Erprobung dieses Mittels in "weniger als 5 Fällen" beschränken. Lediglich 13,6 % der Dienste (3 von 22 Diensten) wenden die Behandlungsempfehlung "in mehr als 5 Fällen" an.

Ergebnis

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Behandlungsempfehlung als eine außergerichtlich verfügte Maßnahme vor der gesetzliche Einweisung in stationäre Unterbringung wird nicht in dem Umfang wahrgenommen, wie es wünschenswert wäre. Im Idealfall sollte jeder Einweisung diese "mildere" Weisung vorangehen, bevor freiheitsentziehende Einweisungsbeschlüsse gefaßt werden. Die Verteilung der Antworten auf die Antwortkategorien erlaubt keinen eindeutigen Schluß, insbesondere auch deswegen nicht, weil keine Beziehung hergestellt werden kann zwischen ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen und nachgehenden Einweisungsbeschlüssen, die konkrete Aussagen über die Wirksamkeit dieses Instruments zuließen.

<p>512 Liegen Erfahrungen mit der Behandlungsaufgabe nach Para- graph 9 Nds.PsychKG vor?</p>	<p>in mehr als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>in weniger als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
---	--

Forschungsinteresse

Bei Frage 512 sollen die Erfahrungen ergründet werden, die die unterschiedlichen Dienste in der Anwendung des § 9 Nds.PsychKG 1978 (Behandlungsaufgabe) vorzuweisen haben. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sehen, außer einer Verneinung, die Kriterien "in weniger als 5 Fällen" und "in mehr als 5 Fällen" vor. Mit dieser Frage wird Aufschluß darüber erwartet, ob es sich bei dieser gesetzlichen Möglichkeit um ein in der Praxis häufig zur Anwendung gelangendes und daher handhabbares Mittel handelt, das im Vorverfahren von Schutzmaßnahmen bzw. zur Vermeidung derselben eingesetzt wird.

Bewertungsparameter

Die Behandlungsaufgabe nach § 9 Nds.PsychKG 1978 kann - gewissermaßen "außergerichtlich" - von der Verwaltungsbehörde verfügt werden, sofern das Untersuchungsergebnis nach § 7 Nds.PsychKG 1978⁵³⁶ vermuten läßt, daß der Betroffene untergebracht werden muß, wenn er sich nicht in ärztliche Behandlung begibt. Dem Betroffenen wird eine Frist mitgeteilt, innerhalb der er sich in die ambulante Behandlung eines Arztes, in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Einrichtung zu begeben und deren Anweisungen zu befolgen hat. Namen und Anschrift der Therapieeinrichtungen sind der Verwaltungsbehörde unverzüglich mitzuteilen. Das zwischenzeitlich eingeschaltete Gesundheitsamt verpflichtet den Arzt, das Krankenhaus oder die Einrichtung unter Übersendung des nach § 7 Nds.PsychKG 1978 erstellten Untersuchungsbefundes, "unverzüglich anzuzeigen, wenn der Betroffene sich nicht in Behandlung begibt, die Anweisungen nicht befolgt oder wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist."⁵³⁷

Auch hierbei handelt es sich - analog zur Behandlungsempfehlung⁵³⁸ - um ein ordnungsrelevantes Regulativ, das den noch realistisch wahrnehmenden Geistesanteilen eines psychiatrisch akut Erkrankten eindringlich verdeutlichen will, daß der derzeitige Zustand unverzüglich durch ärztliche Heilkunst behandelt werden muß. Sollte der Betroffene dieser als "Behandlungsaufgabe" getroffenen Entscheidung der Verwaltungsbehörde nicht nachkommen (können), darf die Anordnung nicht mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden, sondern es ist das offizielle Unterbringungsverfahren einzuleiten.⁵³⁹

Die Behandlungsaufgabe kann gewissermaßen als "letzter Versuch" der Verwaltungsbehörde aufgefaßt werden, eine drohende Zwangseinweisung abzuwenden. Sie dürfte punktuell dort angebracht erscheinen, wo zu erwarten ist, daß der Betroffene sich oder anderen infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügen wird. Es besteht somit eine "erhebliche" Gefahr. Das drohende Schadensereignis

536 vgl. hierzu diesbezügliche Ausführungen unter "Bewertungsparameter" zu Frage 511

537 vgl. § 9 Nds.PsychKG 1978

538 vgl. Frage 511

539 vgl. § 9 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978

tritt jedoch zeitversetzt ein; die Gefahr ist damit nicht "gegenwärtig". Der für die gerichtlich anzuordnende Unterbringung erforderliche Tatbestand der "erheblichen gegenwärtigen Gefahr"⁵⁴⁰ ist dabei noch nicht ganz erfüllt; der Betroffene befindet sich "an der Schwelle zur Einweisung".

Die vom Verfasser in der Fragestellung vorgegebenen Bezugswahlen "mehr als 5" und "weniger als 5" orientieren sich an vermuteten Fallzahlen,⁵⁴¹ die sich aus der Abwägung zwischen erwarteten Unterbringungen und oben erwähnten Erörterungen ergeben. Auf das Erhebungsjahr 1985 bezogen, würden die drei verfügbaren Antwortmöglichkeiten wie folgt zu bewerten sein:

1. Gäbe es eine Anhäufung der Antworten im Bereich "in mehr als 5 Fällen", so müßte geschlußfolgert werden, daß die "Behandlungsaufgabe" in der Tat eine größere Resonanz auf betroffene Personen ausübt als bisher angenommen wurde. Dies würde bedeuten, daß sich das psychiatrische Klientel durch die in dieser Form gewählte direkte Ansprache seitens der Verwaltungsbehörde beeinflussen ließe.
2. Die Anhäufung im Bereich "in weniger als 5 Fällen" ließe vermuten, daß zumindest sporadisch der Versuch zur Beeinflussung einzelner Klienten gemacht wurde, ohne daß es zu einer generellen Anwendung in diesem Bereich gekommen wäre.
3. Aus den oben beschriebenen Erwägungen heraus werden im Bereich "gar nicht" die meisten Antworten erwartet, d.h. die vom Gesetzgeber vorgesehene "Behandlungsaufgabe" wird nicht zur Anwendung gebracht, da sie nicht befolgt wird und damit ineffektiv ist.

Datenanalyse

TABELLE 5-14:
BEHANDLUNGSAUFLAGE NACH § 9 Nds.PSYCHKG

Frage 512	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
mehr als 5	1	1	1					1						1	1	1					1		8
weniger als 5						1				1	1		1				1		1	1			7
gar nicht				1	1		1					1						1				1	7

Quelle: eigene Erhebungen

Von der Anwendungsmöglichkeit einer Behandlungsaufgabe nach § 9 Nds.PsychKG 1978 hat rund ein Drittel (31,8 %) der 22 in die Auswertung einbezogenen Dienste noch niemals Gebrauch gemacht; in ebenfalls 31,8 % der Fälle liegen Erfahrungen vor, die sich auf eine Erprobung dieses Mittels in "weniger als 5 Fällen" beschränken. 36,4 % der Dienste (8 von 22 Diensten) wenden die Behandlungsaufgabe "in mehr als 5 Fällen" an.

540 vgl. § 12 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

541 Nach in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) gesammelten Erfahrungen hat sich die Behandlungsaufgabe in der Praxis nicht bewährt. vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469, Seite 7

Ebenso wurde in einem Protokoll der Dienstbesprechung der Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste im Regierungsbezirk Hannover vom 24.10.1985 festgestellt, "daß von den Möglichkeiten der §§ 8 und 9 PsychKG 1978 nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht werden kann. Insbesondere hat eine Behandlungsaufgabe nur dann einen Sinn, wenn der Patient ein Mindestmaß an Einsichtsfähigkeit besitzt, da eine Behandlungsaufgabe nicht zwangsweise durchgesetzt werden kann. In der Praxis hat daher die Behandlungsaufgabe nur eine geringe Bedeutung." BEZIRKSREGIERUNG HANNOVER 1985, Seite 7

Ergebnis

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Behandlungsaufgabe als eine außergerichtlich verfügte Maßnahme vor der gesetzlichen Einweisung in stationäre Unterbringung wird nicht in dem Umfang wahrgenommen, wie es wünschenswert wäre. Im Idealfall sollte jeder Einweisung diese "mildere" Weisung vorangehen, bevor freiheitsentziehende Einweisungsbeschlüsse gefaßt werden. Die Verteilung der Antworten auf die Antwortkategorien erlaubt keinen eindeutigen Schluß, insbesondere auch deswegen nicht, weil keine Beziehung hergestellt werden kann zwischen ausgesprochenen Behandlungsaufgaben und nachgehenden Einweisungsbeschlüssen, die konkrete Aussagen über die Wirksamkeit dieses Instruments zuließen.

<p>513 Liegen Erfahrungen mit der vorläufigen Entlassung nach Paragraph 33 Nds.PsychKG vor?</p>	<p>in mehr als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>in weniger als 5 Fällen <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
--	--

Forschungsinteresse

Bei Frage 513 sollen die Erfahrungen erhoben werden, die die unterschiedlichen Dienste in der Anwendung des § 33 Nds.PsychKG 1978⁵⁴² vorzuweisen haben. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sehen, außer einer Verneinung, die Kriterien "in weniger als 5 Fällen" und "in mehr als 5 Fällen" vor. Mit dieser Frage wird Aufschluß darüber erwartet, ob es sich bei dieser gesetzlichen Möglichkeit um ein in der Praxis häufig zur Anwendung gelangendes und daher handhabbares Mittel handelt, erfolgte Unterbringungen nach dem Nds.PsychKG 1978 abzukürzen bzw. Unterbringungsverlängerungen zu vermeiden.

Bewertungsparameter

§ 33 Nds.PsychKG 1978 regelt die Modalitäten einer "Vorläufigen Entlassung" aus einer (bis zur Dauer eines Jahres⁵⁴³ angeordneten) stationären Unterbringung. Die rechtliche Möglichkeit der Vorläufigen Entlassung unterstellt, daß innerhalb des Unterbringungszeitraumes eine Besserung des Krankheitszustandes einsetzt, so daß unter Umständen eine stationäre Behandlung nicht mehr unbedingt erforderlich scheint, eine endgültige Entlassung - die mit der Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses einhergehen müßte - jedoch verfrüht wäre. Der Gesetzgeber hat der Dynamik psychischer Erkrankungen Rechnung getragen und mit dem § 33 Nds.PsychKG 1978 die Möglichkeit eröffnet, individuelle gesundheitliche Entwicklungen mit positiven Unterstützungen aus dem ambulanten Bereich zu kombinieren, um eine Rückführung ins heimatische Umfeld zu beschleunigen und ein Verbleiben dort zu sichern. Zu diesem Zwecke kann das Gericht die Vorläufige Entlassung des Untergebrachten anordnen, "wenn dessen Gesundheitszustand und persönliche Verhältnisse dies rechtfertigen."⁵⁴⁴ Die Anordnung kann mit Auflagen, insbesondere mit der Verpflichtung verbunden werden, Hilfen nach dem Nds.PsychKG 1978 in Anspruch zu nehmen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben oder ärztliche Anweisungen zu befolgen.⁵⁴⁵

Der ausdrückliche Hinweis auf die "persönlichen Verhältnisse" und die verpflichtende Anordnung, die Hilfen nach dem Nds.PsychKG 1978 in Anspruch zu nehmen, lassen den Schluß zu, daß dem Sozialpsychiatrischen

542 § 33 Nds.PsychKG 1978:

- "(1) Das Gericht kann die vorläufige Entlassung des Untergebrachten anordnen, wenn dessen Gesundheitszustand und persönliche Verhältnisse dies rechtfertigen. Die Anordnung kann mit Auflagen, insbesondere mit der Verpflichtung verbunden werden, Hilfen nach dem Zweiten Teil dieses Gesetzes in Anspruch zu nehmen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben oder ärztliche Anweisungen zu befolgen.
- (2) Vor der vorläufigen Entlassung soll das Gericht Stellungnahmen des ärztlichen Leiters des Krankenhauses und der Verwaltungsbehörde einholen. Der ärztliche Leiter des Krankenhauses soll sich insbesondere über den Gesundheitszustand sowie über die Notwendigkeit von Hilfen nach dem Zweiten Teil dieses Gesetzes und einer ärztlichen Behandlung äußern.
- (3) Ist dem Betroffenen die Auflage gemacht worden, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, so hat er den Namen und die Anschrift des Arztes dem Krankenhaus, in dem er untergebracht war, unverzüglich mitzuteilen. Das Krankenhaus übersendet dem Arzt und dem sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung. Der Arzt unterrichtet die Verwaltungsbehörde, wenn der Betroffene sich nicht in Behandlung begibt, die Anweisungen nicht befolgt oder wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.
- (4) Während der Dauer der vorläufigen Entlassung kann das Gericht die Unterbringung nur einmal um höchstens sechs Monate verlängern.
- (5) Das Gericht kann die vorläufige Entlassung widerrufen, wenn der Betroffene Auflagen nicht befolgt oder wenn sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert."

543 vgl. § 14 Nds.PsychKG 1978

544 § 33 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

545 vgl. § 33 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

Dienst bei der anschließenden ambulanten Betreuung im psychosozialen Umfeld eine besondere Bedeutung zukommt. Unterstrichen wird diese Annahme durch § 33 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978: "Der ärztliche Leiter des Krankenhauses soll sich insbesondere über den Gesundheitszustand sowie über die Notwendigkeit von Hilfen nach dem Zweiten Teil dieses Gesetzes ... äußern", und Absatz 3: "... das Krankenhaus übersendet dem Arzt und dem sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung."

Die zeitliche Rechtswirksamkeit einer Vorläufigen Entlassung erstreckt sich von ihrer Anordnung, in Verbindung mit dem tatsächlichen Fortgang des Untergebrachten aus dem Krankenhaus, bis hin zum Ablauf des die Unterbringung begründenden Beschlusses.⁵⁴⁶ Innerhalb dieser Zeitspanne verfügt das Gericht über die Möglichkeit,

- a) die Vorläufige Entlassung zu "widerrufen, wenn der Betroffene Auflagen nicht befolgt oder wenn sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert" ⁵⁴⁷ oder
- b) "die Unterbringung nur einmal um höchstens sechs Monate (zu) verlängern" ⁵⁴⁸ oder
- c) "... die endgültige Entlassung des Betroffenen an(zu)ordnen, wenn mit einem Widerruf der vorläufigen Entlassung nicht mehr zu rechnen ist" ⁵⁴⁹ oder
- d) die Entlassung des Betroffenen als endgültig zu betrachten, "... wenn das Gericht die vorläufige Entlassung nicht bis zum Ablauf der Unterbringungsfrist widerrufen hat." ⁵⁵⁰

In den Fällen der Anwendung des § 33 Nds.PsychKG 1978 kommt dem Sozialpsychiatrischen Dienst eine Funktion zu, die zwischen Hilfestellung und Kontrolle variiert und somit einen Rollenkonflikt zu implizieren scheint. Dies ist jedoch nur scheinbar so. Es ist davon auszugehen, daß der zur Diskussion stehende Personenkreis zwar nicht mehr von akuter psychiatrischer Symptomatik betroffen ist und keine stationäre Krankenhausbehandlung nötig hat, gleichwohl noch nicht allein auf sich gestellt bestehen kann, da individuelle, die Autonomie begründende Wesensmerkmale in erheblichem Umfang eingeschränkt sind. In fehlendem oder eingeschränktem Antrieb oder im Verlust bzw. in der Einschränkung des Realitätsempfindens können diese Zustände symptomatisch sichtbar werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in diesen Fällen die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine kontinuierliche Strukturierung des Lebensablaufes gewährleisten. Dies müßte in der Regel - neben den eigenen Arbeitsbeiträgen des Betroffenen - unter Einbeziehung der komplementären und flankierenden Dienste und der Familien erfolgen.

Sollten diese Hilfen nicht ihr intendiertes Ziel erreichen, nämlich ein Leben des Betroffenen in der Gemeinschaft ohne eigene oder Gefährdung Dritter zu ermöglichen, so lägen die Voraussetzungen des § 12 Nds.PsychKG 1978 vor und eine erneute Einweisung - in diesem Fall der Widerruf der Vorläufigen Entlassung - wäre unabdingbar.

Die Anordnung des Gerichtes kann, wie oben beschrieben, in der Auflage bestehen, Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch zu nehmen. Dies soll durch eine entsprechende Äußerung des ärztlichen Leiters des Krankenhauses auf inhaltliche Aspekte bezogen verstärkt dargelegt werden. Diese Vorgehensweisen setzen voraus, daß sowohl Gericht als auch Krankenhaus um die potentiellen Möglichkeiten des jeweiligen örtlichen

546 vgl. § 34 Nds.PsychKG 1978

547 § 33 Abs. 5 Nds.PsychKG 1978

548 § 33 Abs. 4 Nds.PsychKG 1978

549 § 34 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978

550 § 34 Abs. 1 Nds.PsychKG 1978

Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Versorgungsstrukturen innerhalb der heimatlichen Kommune des Klienten informiert sind.

Die vom Verfasser in der Fragestellung vorgegebenen Bezugswahlen "in mehr als 5 Fällen" und "in weniger als 5 Fällen" orientieren sich an vermuteten Fallzahlen, die sich aus der Abwägung zwischen geschätzten Unterbringungszahlen und den potentiellen Möglichkeiten der Hilfen vor Ort durch Sozialpsychiatrische Dienste ergeben. Auf das Erhebungsjahr 1985 bezogen, würden die drei verfügbaren Antwortmöglichkeiten wie folgt zu bewerten sein:

1. Gäbe es eine Anhäufung der Antworten im Bereich "in mehr als 5 Fällen", so müßte geschlußfolgert werden, daß die Möglichkeit der "Vorläufigen Entlassung" in der Tat häufiger als erwartet angewandt wird. Ein Vergleich mit den Angaben zu Frage 502 sollte erhellen, ob nicht möglicherweise eine zu häufige Anwendung dieser Möglichkeit erfolgt, was zur Bedingung hätte, daß der Sozialpsychiatrische Dienst zu sehr zur Disziplinierung des Klientel mißbraucht würde.
2. Bei einer Anhäufung im Bereich "in weniger als 5 Fällen" sollten gleichfalls die Angaben zu Frage 502 hinzugezogen werden. Auch in diesem Bereich ist noch davon auszugehen, daß die Anwendung des § 33 Nds.PsychKG 1978 eine adäquate Form zur Vermeidung von langfristigen Krankhausaufenthalten beinhaltet.
3. Bei einer Häufung der Antworten im Bereich "gar nicht" wird nach Auffassung des Verfassers ein Mangel im Versorgungsbereich sichtbar, da die obengenannten potentiellen Möglichkeiten zur Hilfestellung nicht genutzt werden. In diesem Fall wäre nach den Gründen zu forschen.

Datenanalyse

TABELLE 5-15:
VORLÄUFIGE ENTLASSUNGEN NACH § 33 NDS.PSYCHKG

Frage 513	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Summe
mehr als 5		1	1		1					1	1											1	6
weniger als 5	1					1		1	1			1				1	1			1			8
gar nicht				1			1						1	1	1			1	1		1		8

Quelle: eigene Erhebungen

Mit der Möglichkeit der Vorläufigen Entlassung eines Untergebrachten nach § 33 Nds. PsychKG 1978 haben insgesamt 63,6 % der in die Auswertung einbezogenen 22 Dienste Erfahrungen gesammelt; davon 27,3 % in "in mehr als 5 Fällen" und 36,4 % "in weniger als 5 Fällen". Ebenfalls 36,4 % der Dienste haben diese Möglichkeit noch "gar nicht" erfahren. Ein Abgleich mit den Ergebnissen zu Frage 502 führte zu keinen signifikanten Aussagen.

Ergebnis

Annähernd zwei Drittel der Sozialpsychiatrischen Dienste wurden mit Entlassungen unter Auflagen gemäß des Nds.PsychKG 1978 konfrontiert. Die Verteilung der Antworten in den Antwortkategorien lassen keine eindeutigen Ergebnisse im Sinne der oben angedeuteten Annahmen zu. Wie bei den vorhergehenden Fragen liegt der Schluß nahe, daß den Diensten und ihren Mitarbeitern sowie den zuständigen Gerichten die instrumentellen Möglichkeiten des Nds.PsychKG 1978 nicht hinreichend bekannt sind und seit Einführung des Gesetzes keine ausreichenden praktischen Erfahrungen akkumuliert wurden.

514 Wer (Abteilung/Amt) übernimmt überwiegend Vereins-/ Amtsvormundschaften und Pflegschaften?	<table><tr><td>Sozialpsychiatrischer Dienst</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Erziehungsberatungsstelle</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jugendamt</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sozialamt</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jugendpsychiatrischer Dienst</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Sozialamt	<input type="checkbox"/>	Jugendpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>														
Erziehungsberatungsstelle	<input type="checkbox"/>														
Jugendamt	<input type="checkbox"/>														
Sozialamt	<input type="checkbox"/>														
Jugendpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>														
.....	<input type="checkbox"/>														
.....	<input type="checkbox"/>														

Frage 514 wird aus den selben Gründen wie Frage 508 nicht ausgewertet.

<p>601 Welche Entfernung besteht zwischen Landeskrankenhaus bzw. psychiatr. Abteilung des Allgemeinkrankenhauses und dem ambulanten Dienst?</p>	<p>ca. Kilometer</p>
--	---------------------------

Forschungsinteresse

Durch Frage 601 sollen die jeweiligen geographischen Entfernungen zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und dem Landeskrankenhaus bzw. der Psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses festgestellt werden. Gemeint sind die klinischen Einrichtungen, die im Rahmen der Sektorisierung⁵⁵¹ zur Regelfversorgung (auch zur unfreiwilligen stationären Aufnahme) von Patienten verpflichtet sind, insbesondere also des Personenkreises, der bei Anwendung von Schutzmaßnahmen nach dem Nds.PsychKG 1978 eingewiesen wird.⁵⁵²

Bei der Bemessung der kilometermäßigen Entfernungen soll von der zentralen Standortsituation der Dienste innerhalb der kommunalen Einzugsbereiche ausgegangen werden. Dies soll auch für Regionen gelten, deren Dienste in Form von Haupt- und Nebenstellen dezentral strukturiert sind.⁵⁵³ Ausgangsposition soll in diesen Fällen der Hauptsitz des Dienstes sein.

Es soll in Erfahrung gebracht werden, ob und inwieweit dieses Zusammenwirken Ansprüchen genügt, die in der Fachliteratur als "gemeindenaher" oder "gemeindeintegrierte" Versorgung (Gemeindepsychiatrie) beschrieben werden.⁵⁵⁴

Bereits 1965 führte KULENKAMPFF aus: "Moderne sozialpsychiatrische Rehabilitation - wenn man mit einem Schlagwort die hier angesprochenen Bemühungen zusammenfassen will - kann man schwerlich betreiben, wenn *ausschließlich* die großen - oft übergroßen - psychiatrischen Krankenhäuser und Universitätskliniken, die nach dem Modell von Allgemeinkrankenhäusern entworfen wurden, zur Verfügung stehen. Bleibt man nämlich auf die starre Alternative, *Unterbringung* des Psychotikers, womöglich noch weit entfernt von seinem Wohnort, oder abrupte *Entlassung* nach ausreichender Wiederherstellung verwiesen, kommt es bei vielen Patienten einerseits zum krassen Abbruch der mannigfaltigen Bezogenheit auf das Herkunftsmilieu und andererseits sehr häufig zu dem, was ich bei Gelegenheit einmal den 'Entlassungsschock' genannt habe."⁵⁵⁵

551 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 215, Ziffer 3.1.1.4 - Definition nach DÖRNER/PLOG 1984: "Organisationseinheit eines umfassenden, bedürfnisgerechten, chancengleichen und integrierten Versorgungsangebotes ist ein Standardversorgungsgebiet (SVG), auch Sektor genannt, umfaßt etwa 250.000 Einwohner, also eine Stadt, einen Stadtbezirk oder einen Landkreis. Diese Einheit bedarf weitergehender Untergliederung." DÖRNER/PLOG 1984, Seite 436

552 vgl. §§ 10 ff Nds.PsychKG 1978

553 siehe hierzu Frage 310

554 "In der Literatur werden häufig die Begriffe 'Gemeindepsychologie' (vor allem in den USA), 'Kommunale Psychiatrie', 'gemeindenaher Psychiatrie' verwendet. Inhaltlich decken sie sich weitgehend. Der Begriff 'Psychiatrie' mag zwar einen unangenehmen Beigeschmack haben, aber gerade deswegen sind wir der Ansicht, diesen Beigeschmack so zu bearbeiten, daß er teils aufgehoben, teils ernstgenommen wird. Nur wenn eine Psychiatrie dies tut, zeichnet sie sich dadurch aus, daß sie sich selbst und ihre gesellschaftliche Funktion ständig kritisch überprüft. Die Betonung auf Gemeinde soll dabei ausdrücken, daß die historische Tendenz der letzten hundertfünfzig Jahre rückgängig gemacht wird, die psychisch Kranken mit Hilfe der Anstalten auszugrenzen, auszugemeinden und zu isolieren." DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 14

555 KULENKAMPFF 1965, Seite 365

Etwa 10 Jahre später lautete es in der Psychiatrie-Enquête: "Die ungünstige Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser im Verhältnis zu ihrem zu großen Einzugsgebiet erweist sich als ein erhebliches Hindernis für die Realisierung eines funktionsfähigen Versorgungssystems, besonders auch auf dem Gebiet der Vorsorge, Rehabilitation und Nachsorge."⁵⁵⁶ Und an anderer Stelle: "Mit der zunehmenden Verlagerung stationärer psychiatrischer Versorgung in Gemeindenähe und an das allgemeine Krankenhaus wird ferner zu prüfen sein, ob besonders ungünstig gelegene und strukturierte psychiatrische Krankenhäuser unter der Voraussetzung, daß der Bedarf anderweitig voll abgedeckt ist, im Sinne einer solchen Spezialisierung oder sonstigen Umwandlung aus der Standardversorgung herausgenommen werden können."⁵⁵⁷

Die Forderungen der Enquête mündeten in der Formulierung: "Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen *gemeindenah* eingerichtet werden. Eine weitgehende Unterbrechung der Beziehungen des psychisch Kranken oder Behinderten zu seinen Lebensbereichen rechtfertigt sich lediglich dort, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote nur auf der Ebene übergeordneter Versorgung konzentriert werden können."⁵⁵⁸ Nach den Ausführungen der Psychiatrie-Enquête sollte übergreifende Kooperation aller am Behandlungsgeschehen partizipierenden Instanzen stattfinden: "Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden."⁵⁵⁹

Die inhaltliche Festlegung auf "Gemeindenähe" ist BAUER/HASELBECK zufolge noch unzureichend. Sie führen hierzu 1983 aus: "Die im Bericht der Sachverständigenkommission verwandte Bezeichnung 'gemeindenah' ist trotz ihrer weiten Verbreitung nicht eindeutig genug, da es nicht nur darum geht, psychiatrische Versorgung in der Nähe der Gemeinde anzusiedeln, sondern vor allem diese in die Gemeinde zu integrieren." Und an anderer Stelle lautet es: "Ein therapeutisches Angebot, das den Hilfsbedürftigen nicht bereits 'ausgemeinden' muß, um ihm die Hilfe anbieten zu können, muß am Ort des Geschehens, im engeren Lebensbereich angesiedelt werden. Dies bedeutet auch insofern eine grundsätzliche Neuorientierung, als die Gemeinden in der Regel die Verantwortung für die Betreuung und insbesondere die Verwahrung ihrer psychisch Kranken und Behinderten auf Landesebene an den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Landschaftsverband, Landeswohlfahrtsverband u.ä.) delegiert haben, ähnlich wie z.B. die Zuständigkeiten für den Straßenbau und die Denkmalspflege. Es geht also darum, den Gemeinden zumindest zum Teil die Verantwortung für ihre 'ausgemeindeten' psychisch Kranken und Behinderten zurückzugeben und dabei an den regional zweifellos unterschiedlichen Bedürfnissen der Gemeinden entlangtastend, flexibel geeignete Angebote zu entwickeln."⁵⁶⁰

Hierzu hatten DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER bereits fünf Jahre zuvor ausgeführt: "Das Motto sollte daher nicht sein: hier haben wir ein Krankenhaus mit 300 Betten, laßt uns ein zugehöriges Einzugsgebiet definieren; sondern: unsere Gemeinde benötigt nach Schaffung entsprechender ambulanter und komplementärer Möglichkeiten noch 20 Betten, laßt uns eine günstig gelegene Betten-Abteilung suchen oder einrichten. Diese Vorgehensweise läßt sich natürlich nicht immer verwirklichen, sollte in jedem Fall aber als Prinzip zur Geltung kommen, um die Gemeindepsychiatrie nicht wieder institutionszentriert werden zu lassen."⁵⁶¹ In DÖR-

556 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 215, Ziffer 3.1.1.5.1

557 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 218, Ziffer 3.1.2.4

558 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 189, Ziffer 5

559 DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 189, Ziffer 7

560 BAUER/HASELBECK 1983, Seite 32

561 DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979, Seite 24

NER/PLOG wird das Prinzip der Gemeindenähe 1984 als "oberster Grundsatz" der psychiatrischen Versorgung betont, das die Dezentralisierung aller Dienste verlangt.⁵⁶²

Nach den vorstehenden Ausführungen sollte die Klinik also integrierter Bestandteil eines regionalisierten psychiatrischen Verbundsystems sein, das geeignet ist, möglichst adäquat auf das breite Spektrum der Erfordernisse an psychiatrischen Hilfen einzugehen. Hat die Klinik ihren geographischen Standort weit außerhalb dieses Verbundsystems, so ist damit das Prinzip der "gemeindenahen" bzw. "gemeindeintegrierten" Versorgung in Frage gestellt. Daß infolgedessen nahezu alle weiteren Möglichkeiten der Kooperation und Koordination zwischen ambulanter und stationärer Psychiatrie erschwert werden, ist naheliegend, soll jedoch durch die folgenden Fragen 602 bis 607 explizit untersucht werden.

Bewertungsparameter

Für die Bewertung der kilometermäßigen Entfernung wird folgender Grundsatz aufgestellt: Ist der Standort der zuständigen Klinik außerhalb des regionalen Zuständigkeitsbereiches des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder mehr als 30 km vom Mittelpunkt der Kommune entfernt angesiedelt, so ist das Prinzip "gemeindenaher Versorgung" mit einer damit verbundenen unübersehbaren Anzahl von Konsequenzen in Frage gestellt. Die Entfernung von 30 km ist vom Verfasser vor dem Hintergrund der zeitlichen Aufwendung für die Bewältigung dieser Wegstrecke gewählt worden. Es ist zum Beispiel davon auszugehen, daß bei Nutzung von öffentlichen (Nah-) Verkehrsmitteln für diese Entfernung ein Zeitaufwand von einer Stunde oder mehr erforderlich wird.

Anhand der weiteren Fragen des Komplexes 6 werden die Auswirkungen der unterschiedlichen geographischen Entfernungen zu prüfen sein. Insbesondere gilt festzustellen,

- ⇒ ob die geographische Entfernung Einfluß auf die Kontaktintensität der Bediensteten beider Institutionen ausübt, gemäß der Hypothese: Je größer die Entfernungen, desto geringer die Kontakte (Frage 602);
- ⇒ inwieweit sich die Kilometerentfernung auf die Gestaltung gemeinsamer Dienstbesprechungen beider Institutionen auswirkt (Frage 603);
- ⇒ ob die Häufigkeit der Patientenkontakte durch Bedienstete des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit der geographischen Distanz abnimmt (Frage 604);
- ⇒ ob sich Einflüsse kilometermäßiger Distanz selbst bei der Übersendung von Entlassungsberichten bemerkbar machen (Frage 606) und welche Auswirkungen bezüglich weiterer Formen der Zusammenarbeit nachgewiesen werden können, beispielsweise im Bereich der Nachbetreuung von Patienten nach Klinikaufenthalten (Frage 607) oder hinsichtlich der Kooperationsintensität zwischen Sozialdienst und Ärzten der Klinik und dem Sozialpsychiatrischen Dienst (Frage 608).

Datenanalyse

Nachfolgend sollen die Antworten der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste zunächst tabellarisch aufbereitet werden:

TABELLE 6-1:
KILOMETERMÄßIGE ENTFERNUNG ZWISCHEN KLINIK UND SOZIALPSYCHIATRISCHEM DIENST

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Ø
km zu LKH I	30	0	45	3	2	180	120	32	75	35	20	4	50	25	45	20	21	30	4,5	15	85	70	41
km zu LKH II		150													25	80		5					65

Quelle: eigene Erhebungen

Die Tabelle 6-1 weist die kilometermäßigen Entfernungen von 22 Sozialpsychiatrischen Diensten zu den jeweils zuständigen Kliniken aus. Im Durchschnitt beträgt die Distanz **41 Kilometer** und liegt damit erheblich oberhalb des Orientierungswertes von 30 Kilometern, der als Obergrenze für "Gemeindenähe" festgelegt wurde. Ausgehend von diesem Wert beträgt die kilometermäßige Entfernung bei 10 von 22 Diensten mehr als 30 Kilometer.

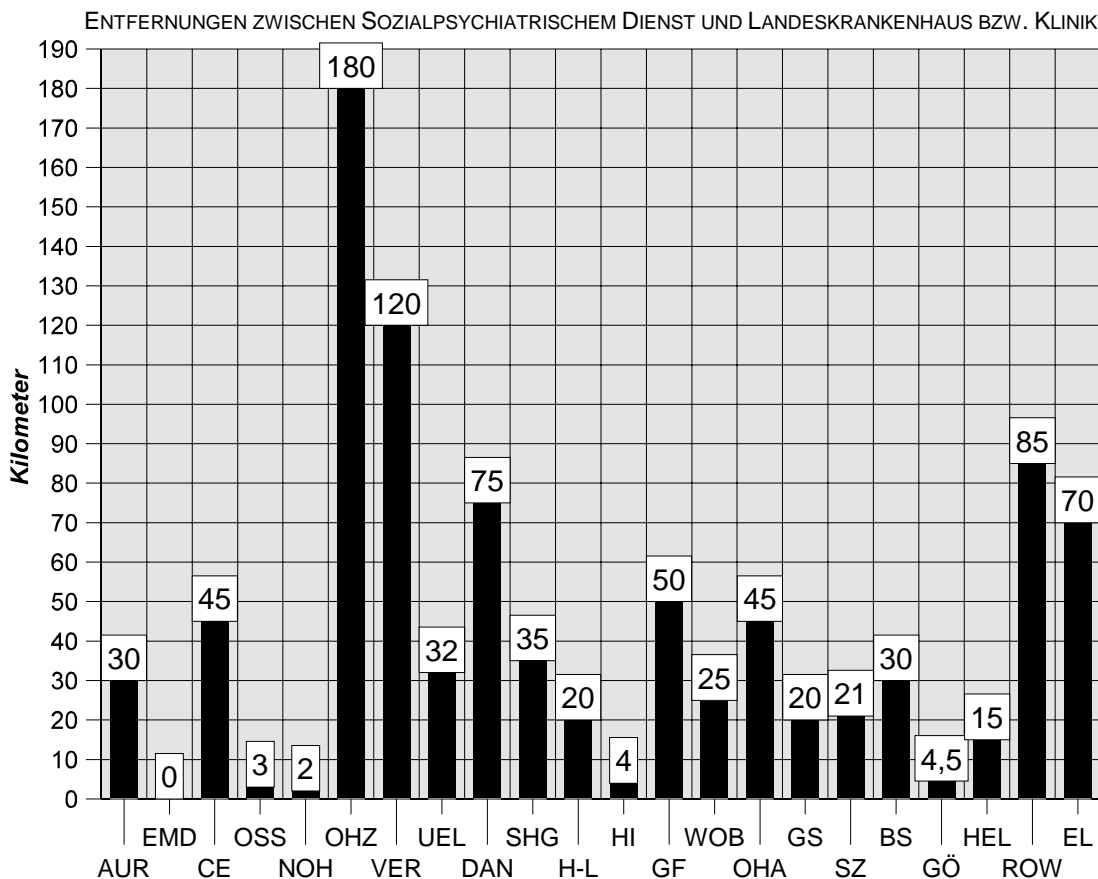
Die größten Entfernungen sind für die Dienste der Landkreise Osterholz (180 Kilometer), Verden (120 Kilometer), Rotenburg (85 Kilometer), Lüchow-Dannenberg (75 Kilometer), Emsland (70 Kilometer) und Gifhorn (50 Kilometer) zu überwinden. In diesen Regionen kann wegen der sehr großen Entfernungen kaum von "gemeindenaher Psychiatrie" gesprochen werden. Zweifelhaft erscheint dieses Prädikat zumindest auch für die Dienste der Landkreise Celle (45 Kilometer), Osterode (45 Kilometer), Schaumburg (35 Kilometer), Uelzen (32 Kilometer), Aurich (30 Kilometer) und der Stadt Braunschweig (30 Kilometer).

Geringere Entfernungen, die das Prädikat "gemeindenaher Psychiatrie" verdienen, sind für die Städte Wolfsburg (25 Kilometer) und Salzgitter (21 Kilometer), die Landkreise Goslar (20 Kilometer), Hannover (20 Kilometer) und Helmstedt (15 Kilometer) zu verzeichnen.

Die günstigsten Entfernungen liegen vor für den Landkreis Göttingen (4,5 Kilometer), den Landkreis Hildesheim (4 Kilometer), die Stadt Osnabrück (3 Kilometer), den Landkreis Grafschaft Bentheim (2 Kilometer) und die Stadt Emden (0 Kilometer).

Die Tabelle 6-1 enthält darüber hinaus Kilometerangaben von 4 Diensten, die zwei unterschiedliche Entfernungen zu den jeweiligen zuständigen Kliniken angegeben haben. Dies ist dem Umstand zuzuschreiben, daß für die jeweiligen Kommunen mehrere Kliniken zwangseingewiesene Patienten aufnehmen. Die durchschnittliche Entfernung zu den Zweitkliniken ist rechnerisch größer als zu den Erstkliniken; faktisch trifft dies jedoch nur für den Landkreis Goslar und die Stadt Emden zu, während für die Stadt Braunschweig und den Landkreis Osterode die Entfernungen zu den Zweitkliniken geringer sind.

ABBILDUNG 6-1:



Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Annähernd die Hälfte der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste (45,5%) geben für ihren Versorgungsbereich an, daß sie mit Entfernungen von 30 km und mehr (bis hin zu 180 oder 120 km) zu den versorgungsverpflichteten stationären Krankenhäusern offensichtlich beträchtliche Schwierigkeiten überwinden müssen, um ihre Klienten zu betreuen. In jedem Fall kann bei diesen Entfernungen von gemeindenaher Psychiatrie nicht gesprochen werden.

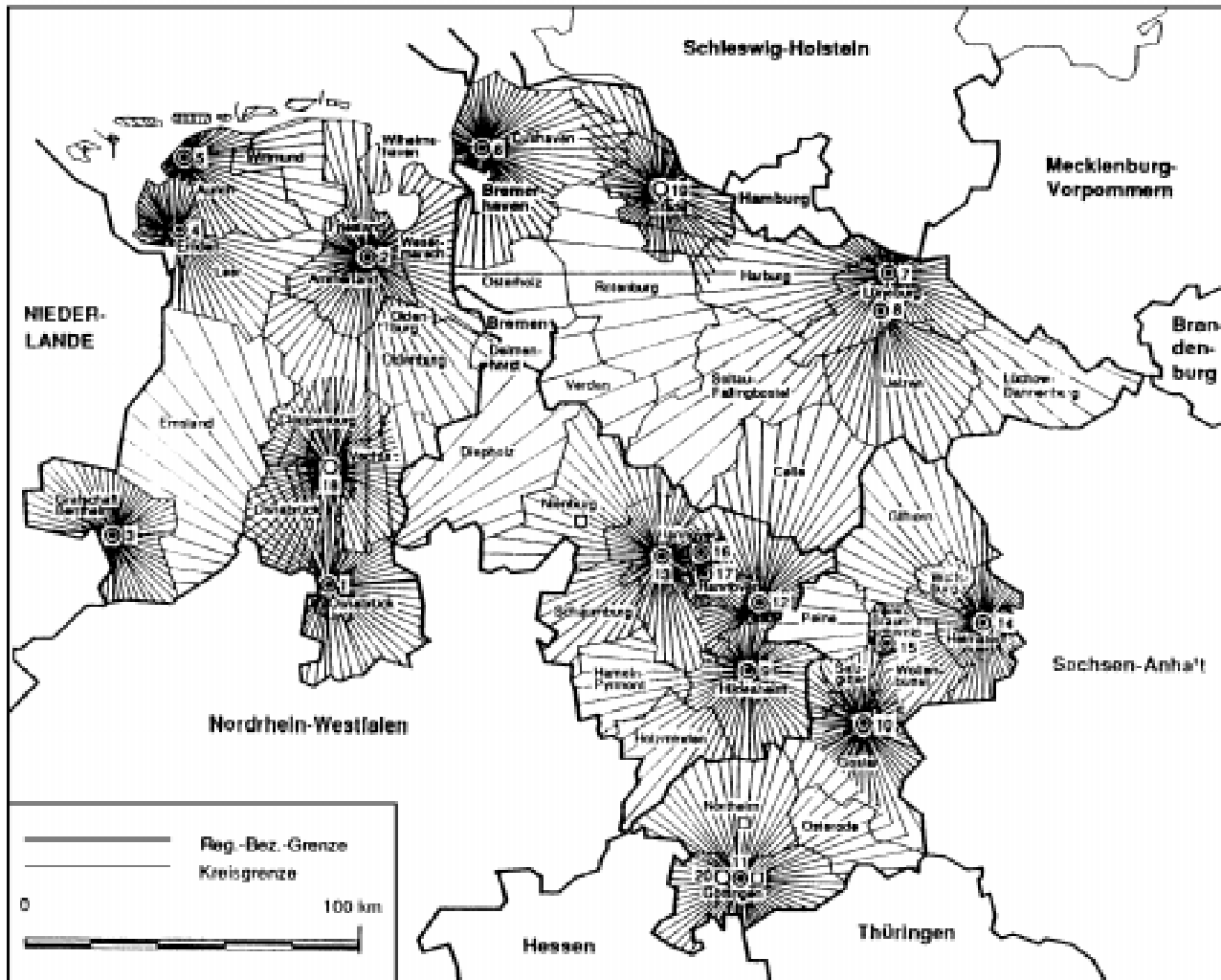
Im Bericht der "Fachkommission Psychiatrie" des Niedersächsischen Sozialministeriums wird zu den Versorgungsregionen der Landeskrankenhäuser bzw. der psychiatrischen Großeinrichtungen und der "Versorgungsdominanz der Landeskrankenhäuser"⁵⁶³ dringender Neuordnungsbedarf für die Regionen Emsland, Cloppenburg, Vechta, Osnabrück Diepholz, Verden, Osterholz, Rotenburg und Stade ausgewiesen,⁵⁶⁴ desgleichen wird die anhaltende Problematik der unterschiedlichen Versorgungsdichte und der damit verbundenen z.T. erheblichen Entfernungen angemerkt. - Zur Übersicht wird auf die Darstellung der "Fachkommission Psychiatrie"⁵⁶⁵ verwiesen:

563 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 85

564 vgl. ebenda, Seite 84

565 vgl. ebenda, Seite 83

ABBILDUNG 6-2:
GEGENWÄRTIGES EINZUGSGEBIET PSYCHIATRISCHER KLINIKEN UND ABTEILUNGEN



Legende:

⊙ Psych. Einrichtung mit Auftrag durch PsychKG

○ Psych. Einrichtung ohne Psych KG

□ MRV § 63/64

Quelle:
Institut für Entwicklungsplanung und
Strukturforschung, im Auftrag der
Fachkommission Psychiatrie,
NDS. SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 83

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1 NLKH Osnabrück | 11 LKH Göttingen |
| 2 NLKH Wehnen | 12 Warendorfsche Anstalt Ilten |
| 3 Kreiskrankenhaus Nordhorn | 13 NLKH Wunstorf |
| 4 Städt. Krankenhaus Emden | 14 LKH Königslutter |
| 5 Kreiskrankenhaus Norden | 15 Städt. Nervenklinik Braunschweig |
| 6 DRK Wesermünde in Debstedt | 16 Nervenklinik Langenhagen |
| 7 LKH Lüneburg | 17 Mediz. Hochschule Hannover |
| 8 Psych. Klinik Hücklingen | 18 Christl. Krankenhaus Quakenbrück |
| 9 LKH Hildesheim | 19 Städt. Krankenhaus Stade |
| 10 Privat Klinik Liebenburg | 20 Uniklinik Göttingen |

<p>602 Gibt es Kontakte mit dem Sozialdienst des zuständigen Landeskrankenhauses oder der psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses?</p>	<p>regelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
--	---

Forschungsinteresse

Frage 602 soll Auskunft über die Kontakthäufigkeit zwischen den **Sozialpsychiatrischen Diensten** und den jeweiligen **Sozialdiensten** der Landeskrankenhäuser bzw. den Psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus geben.

Bereits in der Psychiatrie-Enquête wurde festgestellt, daß ambulante Dienste (**Sozialdienste**) an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen zum Ziel haben, "... die gemeindenahe psychiatrische Versorgung eines Versorgungsgebietes zu optimieren. Sie sollen entscheidend daran mitwirken, die Hospitalisierungsquote zu senken und die Verweildauer abzukürzen."⁵⁶⁶ Sie sollen tätig werden vor allem im Bereich der Nachsorge und weiterer Maßnahmen der Rehabilitation und ihren Beitrag leisten zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. zur Verhütung von stationären Aufnahmen.⁵⁶⁷

Die **Sozialpsychiatrischen Dienste** sollen nach § 3 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978 durch nachgehende Hilfen den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen den Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtern.

Aufgrund der Aufgabenbeschreibungen beider Dienste, die mit Überschneidungen in den Zuständigkeiten des betreuten Klientels einhergehen, darf eine beachtliche Kontakthäufigkeit vermutet werden. Für die Bediensteten der Sozialpsychiatrischen Dienste ergibt sich überdies diese Verpflichtung aus der Bestimmung des § 4 Abs. 2 Nds. PsychKG 1978.⁵⁶⁸ Auch die Frage 602 ist im erweiterten Kontext der übrigen Fragen des Komplexes 6 zu sehen, mit dem in Erfahrung gebracht werden soll, ob und inwieweit das Zusammenwirken zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie Ansprüchen genügt, die in der Fachliteratur als "gemeindenahe" oder "gemeindeintegrierte" Versorgung beschrieben werden.⁵⁶⁹

⁵⁶⁶ DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 213, Ziffer 2.2.6

⁵⁶⁷ vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 213, Ziffer 2.2.6

⁵⁶⁸ **§ 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978:** "(2) Zur Leistung der Hilfen richten die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst unter Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ein. Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte."

⁵⁶⁹ siehe die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

Bewertungsparameter

Die Bewertung der erwarteten Antworten basiert auf der in der Fragestellung vorgegebenen Bandbreite von "regelmäßig" bis "gar nicht".

Datenanalyse

TABELLE 6-2:
MITARBEITERKONTAKTE ZWISCHEN KLINIK UND SOZIALPSYCHIATRISCHEM DIENST

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	%	
häufig			✗	✗			✗					✗		✗								✗		27,3
regelmäßig	✗	✗			✗			✗		✗					✗	✗	✗	✗			✗			45,5
gelegentlich						✗			✗		✗		✗										✗	22,7
selten																				✗				4,5
nie																								0,0

Quelle: eigene Erhebungen

Anhand der Tabelle 6-2 wird deutlich, daß bei etwa der Hälfte aller befragten Dienste (45,5 %) "**regelmäßige**" Kontakte zum Sozialdienst des zuständigen Landeskrankenhauses bzw. der Psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses unterhalten werden. Bei 6 von 22 Diensten (27,3 %) sind die Kontakte "**häufig**". Nur "**gelegentliche**" Kontakte zum Sozialdienst der Klinik werden von 5 von 22 Diensten (22,7 %) unterhalten, und zwar von den Diensten der Landkreise Osterholz, Lüchow-Dannenberg, Hannover, Gifhorn und Emsland. Einzig vom Sozialpsychiatrischen Dienst Göttingen wurde die Kontakthäufigkeit zum zuständigen Sozialdienst der Klinik mit "**selten**" angegeben. Es gab keinen Dienst zu verzeichnen, der "**gar nicht**" Kontakte zum zuständigen Sozialdienst unterhielt.

Ergebnis

In der Mehrzahl der erfaßten Regionen scheinen die Kontakte zwischen stationärer psychiatrischer Einrichtung und Sozialpsychiatrischem Dienst gut entwickelt zu sein. Im Rahmen dieser Erhebung konnten qualitative Aspekte dieser Kontakte nicht weiter beleuchtet werden. Im Bericht der "Fachkommission Psychiatrie" des Niedersächsischen Sozialministeriums wird deutlich, daß innerhalb der verschiedenen Dimensionen von Kontaktgestaltung und Kooperation sehr große Differenzen bestehen. Dort geben 87,2 % der erfaßten Dienste an, daß sie mit den Patienten stationär versorgender Einrichtungen vor der Entlassung Kontakt aufnehmen.⁵⁷⁰ Zum Zeitpunkt der hier vorliegenden Untersuchung kann aber festgestellt werden, daß die Mehrzahl der Dienste über Kooperationsstrukturen mit stationär versorgenden Einrichtungen verfügt.

570 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 5

603 Finden gemeinsame Dienstbesprechungen statt?	regelmäßig	<input type="checkbox"/>
	häufig	<input type="checkbox"/>
	gelegentlich	<input type="checkbox"/>
	selten	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	<input type="checkbox"/>

Forschungsinteresse

Auch Frage 603 ist - wie bereits unter Frage 601 ausgeführt - im erweiterten Kontext der übrigen Fragen des Komplexes 6 zu sehen, mit dem in Erfahrung gebracht werden soll, ob und inwieweit das Zusammenwirken zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie Ansprüchen genügt, die in der Fachliteratur als "gemeindenaher" oder "gemeindeintegrierte" Versorgung beschrieben werden.⁵⁷¹

Die Durchführung gemeinsamer Dienstbesprechungen - sei es in den Räumen der zuständigen Klinik oder in den Räumlichkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes - stellt ein weiteres Indiz besagter Kooperation dar, das anhand vorstehender Frage näher betrachtet werden soll.

Bewertungsparameter

Die Bewertung der erwarteten Antworten basiert auf der in der Fragestellung vorgegebenen Bandbreite von "regelmäßig" bis "gar nicht".

Datenanalyse

TABELLE 6-3:
 GEMEINSAME DIENSTBESPRECHUNGEN VON KLINIKBEDIENTETEN
 UND MITARBEITERN SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	%	
regelmäßig	✗	✗			✗			✗						k.A.				✗		✗				28,6
häufig			✗											k.A.										4,7
gelegentlich										✗	✗	✗	✗	k.A.	✗							✗		28,6
selten						✗								k.A.										4,7
nie				✗			✗		✗					k.A.		✗	✗		✗			✗		33,4

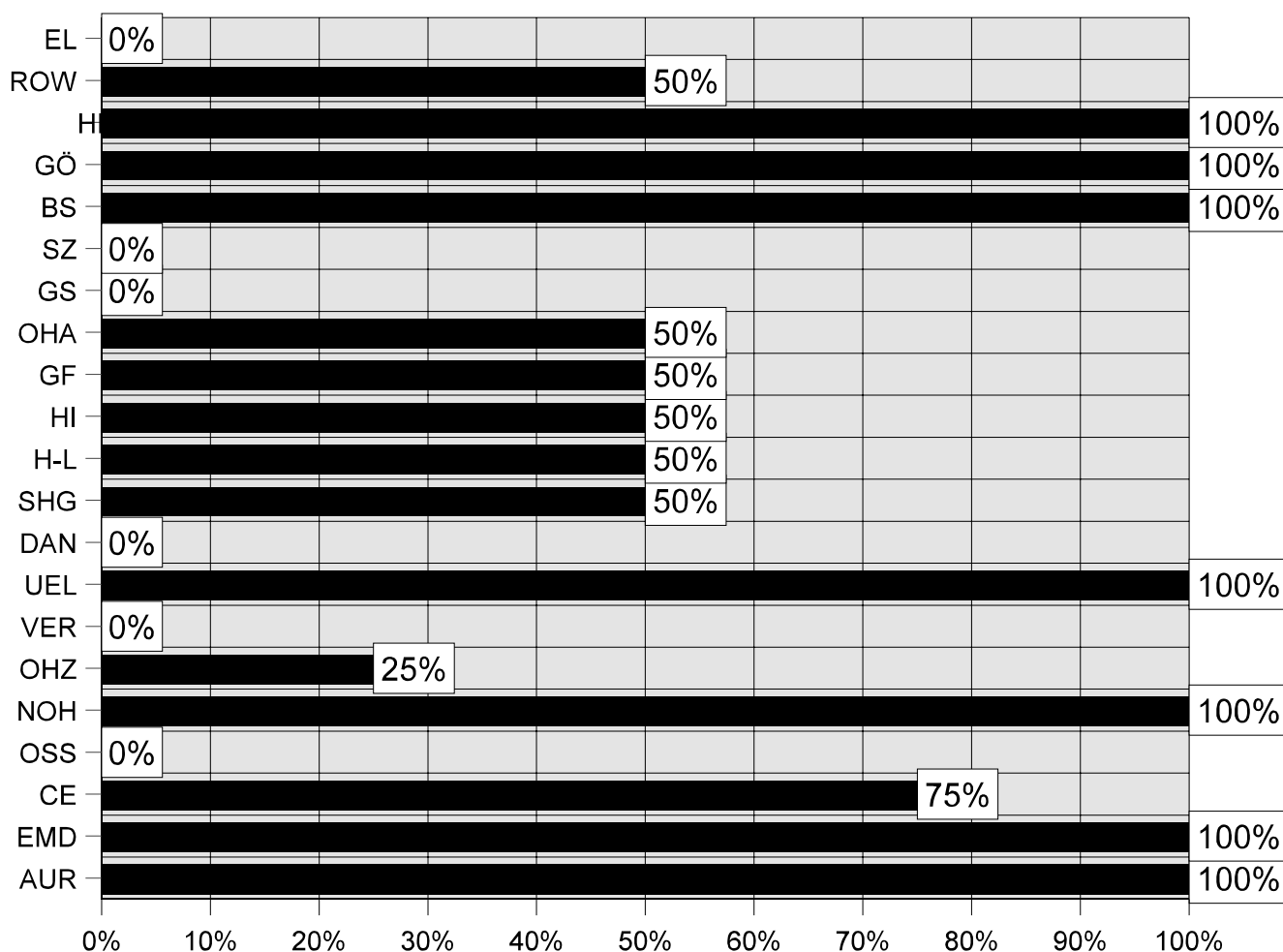
Quelle: eigene Erhebungen

571 siehe die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

Von den 21 in die Auswertung einbezogenen Diensten unterhalten jeweils 28,6 % entweder "regelmäßig" oder "gelegentlich" gemeinsame Dienstbesprechungen mit dem Personal des zuständigen Landeskrankenhauses bzw. der Psychiatrischen Klinik. Bei 7 von 21 Diensten (33,4 %) werden gemeinsame Dienstbesprechungen "gar nicht" abgehalten. Jeweils 1 von 21 Diensten (4,7 %) führen gemeinsame Dienstbesprechungen "häufig" bzw. "selten" durch.

An "regelmäßigen" gemeinsamen Dienstbesprechungen sind die Dienste der Landkreise Aurich, Grafschaft Bentheim, Uelzen, Helmstedt sowie der Städte Emden und Braunschweig beteiligt. "Häufig" nimmt daran der Dienst des Landkreises Celle teil. Die Dienste der Landkreise Schaumburg, Hannover, Hildesheim, Gifhorn, Osterode und Rotenburg führen "gelegentlich" gemeinsame Dienstbesprechungen durch. "Selten" ist der Dienst des Landkreises Osterholz beteiligt, während gemeinsame Dienstbesprechungen unter Beteiligung der Dienste der Landkreise Verden, Lüchow-Dannenberg, Goslar, Göttingen, Emsland sowie der Städte Osnabrück, und Salzgitter "gar nicht" durchgeführt werden. - Die folgende Abbildung veranschaulicht das Ergebnis der Frage:

ABBILDUNG 6-3:
GEMEINSAME DIENSTBESPRECHUNGEN VON MITARBEITERN SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE
UND DEM KLINIKPERSONAL



Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Immerhin ein Drittel der Dienste führen keine gemeinsamen Dienstbesprechungen mit den zuständigen stationär versorgenden Kliniken durch. Dies ist die höchste Einzelnennung der Antwortoptionen innerhalb der Frage 603 und macht eindrücklich deutlich, daß sich eine bestehende Kooperationsstruktur (wie in der vorhergehenden Frage mehrheitlich benannt) nicht zwingend in qualitativ benennbaren Arbeitsformen auswirkt. In der Grafik sind die qualitativen Aspekte in einem Kontinuum von 0 % bis 100 % (keine Arbeitsform bis regelmäßige Arbeitsform) entsprechend dargestellt. Demnach verfügen 8 von 21 Diensten (~38,1 %) über keine oder nur geringe gemeinsame Arbeitsformen (hier Dienstbesprechungen), 6 (~28,6 %) über zumindest gelegentliche und nur ein Drittel (7) über institutionalisierte Arbeitsstrukturen.

In der IES-ERHEBUNG wird im Jahre 1991 von ca. 15 % der befragten Dienste eine Verbesserung in der Absprache mit den behandelnden Ärzten und bei der Berücksichtigung von Behandlungsvorschlägen gewünscht,⁵⁷² Bereiche, die am ehesten dem in dieser Untersuchung benannten Kontext gemeinsamer Dienstbesprechungen nahekommen.⁵⁷³

Bis heute hat sich eine Form der etablierten, leistungsfähigen und verbindlichen Absprache zwischen verschiedenen Trägern und Einrichtungen der psychosozialen Hilfen nicht als Regelfall eingestellt, zu den Implikationen dieser Frage sei auf Band I der Arbeit verwiesen.

572 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 8

573 siehe die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

<p>604 Werden Klienten während ihres Klinikaufenthaltes durch Mitarbeiter des ambulanten Dienstes regelmäßig besucht?</p>	<p>regelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
--	---

Forschungsinteresse

Die Aufrechterhaltung von Kontakten zu den in stationärer Behandlung befindlichen Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. die Herstellung einer Betreuungsbeziehung zu Personen, die wegen einer psychischen Erkrankung - freiwillig oder unfreiwillig - stationärer Behandlung bedürfen und bisher dem Sozialpsychiatrischen Dienst nicht bekannt waren, ergibt sich als Verpflichtung für das Personal des Sozialpsychiatrischen Dienstes aus § 3 Absatz 2 Satz 3 und § 4 Absatz 2 Satz 2 und 3 Nds.PsychKG 1978.⁵⁷⁴

Bereits unter Frage 408 wurde unter dem Begriff der "nachgehenden Hilfen" dargelegt, daß in den "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des sozialpsychiatrischen Dienstes nach den §§ 3 bis 5 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)"⁵⁷⁵ unter anderem die "Vorbereitung der Rückkehr aus stationärer Behandlung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten" gehört.⁵⁷⁶ Soll diese Vorbereitung der Rückkehr wirkungsvoll erfolgen, so ergibt sich hieraus zwingend die Verpflichtung zur Kontaktpflege mit den **dem Dienst bekannten Klienten** während der Zeit ihres stationären Aufenthaltes im Landeskrankenhaus bzw. der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus.

Die Herstellung von Kontakten zu den in stationärer psychiatrischer Behandlung befindlichen Personen, die bisher **dem Dienst unbekannt** waren, wie auch die Aufrechterhaltung von Betreuungsbeziehungen stationär behandelter Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes beinhalten ein weiteres Indiz zur Bewertung der Kooperationsbeziehungen zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie, die - wie bereits unter Frage 601 ausgeführt - Gegenstand der Untersuchung im erweiterten Kontext der übrigen Fragen des Komplexes 6 sind, mit dem in Erfahrung gebracht werden soll, ob und inwieweit diese Kooperation Ansprüchen genügt, die in der Fachliteratur als "gemeindenaher" oder "gemeindeintegrierte" Versorgung beschrieben werden.⁵⁷⁷

574 **§ 3 Absatz 2 Satz 3 Nds.PsychKG 1978:**

"Durch nachgehende Hilfen soll den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden."

§ 4 Absatz 2 Satz 2 und 3 Nds.PsychKG 1978:

"Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte."

siehe hierzu auch die Ausführungen zu den "begleitenden Hilfen" unter Frage 407 sowie zu den "nachgehenden Hilfen" unter Frage 408

575 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, a.a.O.

576 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A, Seite 6; siehe hierzu auch die Ausführungen unter "Bewertungsparameter" zu Frage 408

577 siehe hierzu auch die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

Bewertungsparameter

Die Bewertung der erwarteten Antworten basiert auf der in der Fragestellung vorgegebenen Bandbreite von "regelmäßig" bis "gar nicht".

Datenanalyse

TABELLE 6-4:
KLIENTENBESUCHE IN DER KLINIK DURCH MITARBEITER SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENSTE

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	%	
regelmäßig	✘		✘	✘				✘		✘			✘		✘	✘	✘	✘		✘				50,0
häufig											✘	✘		✘										13,6
gelegentlich		✘			✘														✘		✘			22,7
selten						✘																✘		9,1
nie									✘															4,6

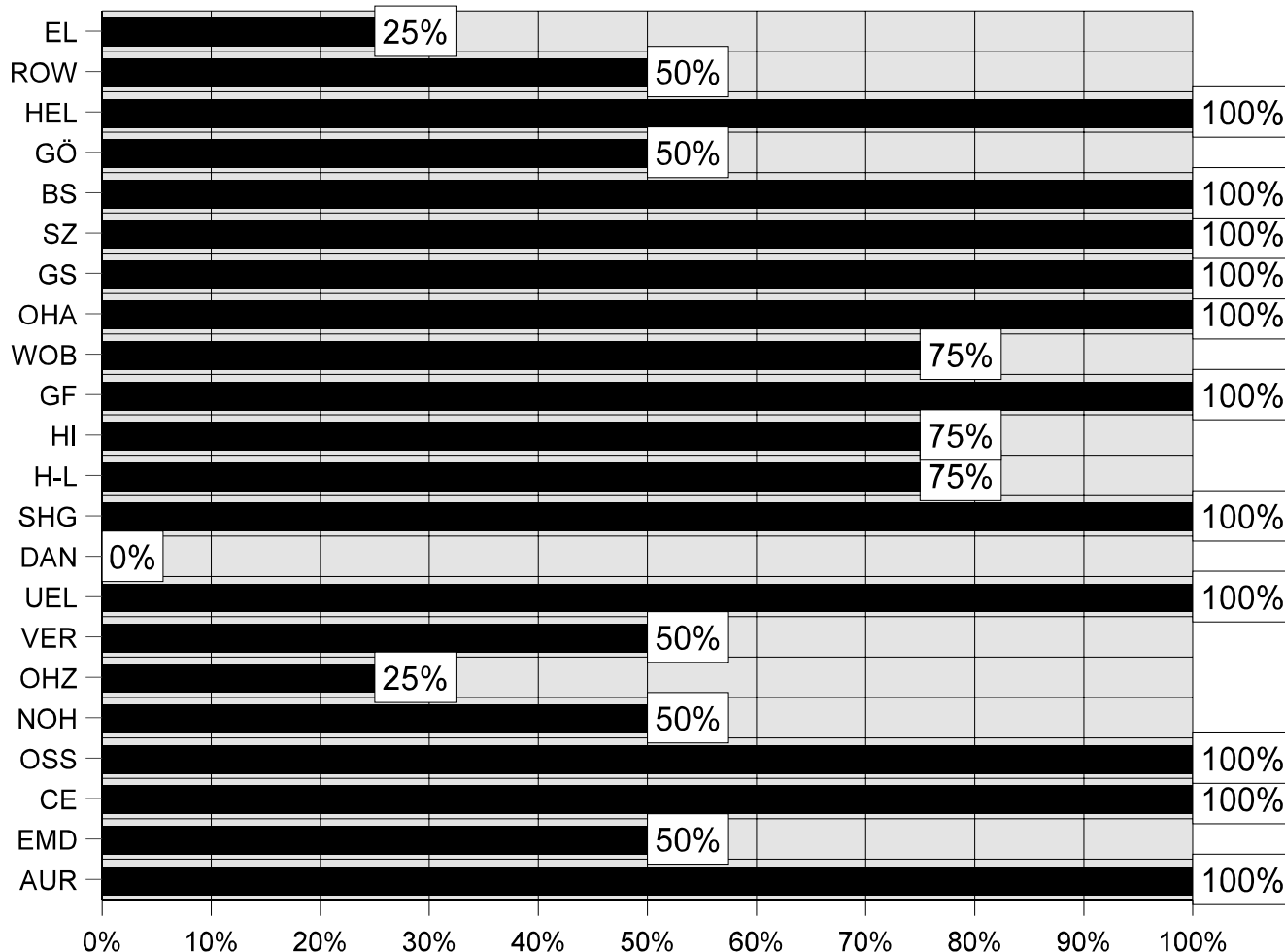
Quelle: eigene Erhebungen

Bei der Hälfte der 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste werden Klienten während stationärer Aufenthalte im Landeskrankenhaus bzw. in der Psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses **"regelmäßig"** durch Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste besucht. 5 von 22 befragten Diensten (22,7 %) führen Klientenbesuche **"gelegentlich"** durch. Während 3 von 22 befragten Diensten (13,6 %) **"häufig"** diese Form der Kontaktpflege zu den Klienten praktizieren, erfolgt dies durch 2 von 22 Diensten (9,1 %) nur **"selten"** und bei 1 Dienst (4,6 %) **"gar nicht"**.

Die Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise Aurich, Celle, Uelzen, Schaumburg, Gifhorn, Osterode, Goslar, Helmstedt sowie der Städte Osnabrück, Salzgitter und Braunschweig werden bei stationären Aufenthalten im zuständigen Landeskrankenhaus bzw. der Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus "regelmäßig" aufgesucht. "Häufig" erfolgt diese Form der Kontaktpflege durch Mitarbeiter der Dienste in den Landkreisen Hannover, Hildesheim und der Stadt Wolfsburg. In den Diensten der Landkreise Grafschaft Bentheim, Verden, Göttingen, Rotenburg sowie der Stadt Emden wird diese Form der Betreuung "gelegentlich" praktiziert. Nur "selten" erhalten stationär behandelte Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise Osterholz und Emsland Besuch vom zuständigen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ihrer Heimatkommune. Wer sich aus Lüchow-Dannenberg im zuständigen Landeskrankenhaus in Lüneburg in stationärer Behandlung befindet, darf "gar nicht" darauf hoffen, Besuch vom zuständigen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Lüchow-Dannenberg zu erhalten.

Die nachstehende Abbildung 6-4 veranschaulicht das Ergebnis der Frage 604:

ABBILDUNG 6-4:
KLIENENTBESUCHE DURCH MITARBEITER DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES



Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Der relativ hohe Anteil der Dienste, die sich um Besuche der Patienten in stationär versorgenden Einrichtungen bemühen, korrespondiert mit den Befunden der IES-ERHEBUNG 1991 A,⁵⁷⁸ wo ca. 80 % der Dienste diese Besuche als häufige psychosoziale Hilfe benennen. Grundsätzlich kann ein solches Ergebnis nicht überraschen, steht die Kontaktaufnahme und Begleitung von stationären Aufgaben ja auch als gesetzlicher Auftrag im Nds.PsychKG 1978.

Zunächst bleibt festzuhalten, daß - mit einer Ausnahme - alle befragten Dienste Patienten in den stationären Einrichtungen besuchen und den Kontakt sicherstellen.

578 siehe hierzu auch die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

<p>605 Erhält der ambulante Dienst Entlassungsberichte von der Klinik?</p>	<p>bei freiwilligen Aufenthalten <input type="checkbox"/></p> <p>bei PsychKG-Unterbringungen <input type="checkbox"/></p> <p>auf Anforderung <input type="checkbox"/></p> <p>auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt <input type="checkbox"/></p>
---	---

Forschungsinteresse

Auch bei Frage 605 geht es um die Erhellung der Kooperation zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und den zuständigen Landeskrankenhäusern bzw. Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Hinsichtlich der Bereitstellung von Entlassungsberichten über in der Klinik stationär behandelte Patienten enthält Frage 605 vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten: Die beiden ersten Vorgaben basieren auf einer von der jeweiligen Klinik ausgehenden Überlassung der Berichte, wobei Aspekte der Schweigepflicht unberücksichtigt bleiben. Die beiden letzten Antwortfelder enthalten die Worte "auf Anforderung" und besagen damit, daß der Sozialpsychiatrische Dienst dieses Ansinnen gegenüber der Klinik deutlich macht. Während in die letzte Antwortvorgabe der Schweigepflichtsaspekt aufgenommen wurde, meint die dritte Antwortmöglichkeit das Bereitstellen von Entlassungsberichten ohne Vorliegen von durch Patienten unterzeichnete Schweigepflichtsentbindungen.

Denkbare Antwortkombinationen relativieren bzw. spezifizieren die eben beschriebenen Intentionen. Siehe hierzu die folgenden Ausführungen unter "Bewertungsparameter"

Aspekte der Schweigepflicht, des Datenschutzes, der Geheimniswahrung und der Amtsverschwiegenheit wurden ausführlich unter Frage 202 behandelt; insoweit erfolgt an dieser Stelle ein Querverweis auf die dortigen Ausführungen. Lediglich Hinweise, die das Kooperationsverhältnis zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten betreffen, sollen hier ergänzt werden:

Die Übersendung von Berichten über aus stationärer Behandlung entlassene Patienten der Landeskrankenhäuser bzw. Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern an die Sozialpsychiatrischen Dienste "**auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt**", ist rechtlich unbedenklich. Die nachbetreuenden Sozialpsychiatrischen Dienste werden damit in die Lage versetzt, ihre Aufgaben im Sinne des Entlassenen besser wahrnehmen zu können. Eine seitens der Klinik praktizierte Vorenthaltung der Berichte (bei Vorliegen der Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten) wäre unangemessen und würde damit das Kooperationsverhältnis zwischen stationärer Psychiatrie und Sozialpsychiatrischen Diensten negativ kennzeichnen.

Werden den Sozialpsychiatrischen Diensten seitens der Klinik "**auf Anforderung**" (ohne Einreichen einer **Schweigepflichtsentbindung**) die Entlassungsberichte übersandt, so darf zwar vermutet werden, daß damit eine großzügige Auslegung der rechtlichen Bestimmungen einhergeht, dennoch stellen derartige Verfahrensweisen nicht zwangsläufig eine Rechtsbeugung dar: vielmehr kommt es hier auf den Einzelfall an, über den Sozialpsychiatrische Dienste Entlassungsberichte begehren. Soweit es sich dabei um betreutes Klientel des Dienstes handelt,

dessen Krankheitsgeschichte hinlänglich bekannt ist und der Dienst selber bei der stationären Aufnahme des Klienten mitgewirkt hat und dies der Klinik bekannt ist, ist die Rechtslage sicherlich anders zu bewerten als in einem Fall, in dem der Sozialpsychiatrische Dienst gegen sich gelten lassen muß, nur über geringe Detailkenntnisse bezüglich der Krankheitsgeschichte des betreffenden Klienten zu verfügen. Zur Begegnung aller Rechtszweifel ist es jedoch der Klinik unbenommen, von sich aus eine Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten zu erwirken, bevor eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes dem Sozialpsychiatrischen Dienst übersandt wird. Wenn die jeweilige Klinik **"auf Anforderung"** bereit ist, Entlassungsberichte an die Sozialpsychiatrischen Dienste zu übersenden - auch oder gerade weil sie sich wegen rechtlicher Bestimmungen zuvor mit den zur Entlassung anstehenden Patienten rückkoppeln muß -, so kennzeichnet dies ein gutes Kooperationsverhältnis zwischen Stationärer Psychiatrie und den ambulanten Sozialpsychiatrischen Diensten.

Eine auf Initiative der Klinik betriebene Übersendung von Entlassungsberichten an den Sozialpsychiatrischen Dienst **"bei PsychKG-Unterbringungen"** trifft in den Fällen auf rechtliche Bedenken, wo der Entlassene bislang nicht zum Personenkreis des betreuten Klientels des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehörte. Ausnahme hiervon bildet die Vorläufige Entlassung nach § 33 Nds.PsychKG 1978, die u.a. beinhaltet, daß das Krankenhaus dem Arzt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung des Patienten übersendet.⁵⁷⁹ Bestand jedoch zum Zeitpunkt der Aufnahme des Klienten in die Klinik (Schutzmaßnahme) ein Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nds.PsychKG 1978,⁵⁸⁰ so ist womöglich vom Vorliegen eines konkludenten Einverständnisses des Entlassenen auszugehen.⁵⁸¹ Zur Begegnung aller Rechtszweifel ist es jedoch der Klinik unbenommen, von sich aus eine Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten zu erwirken, bevor eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes dem Sozialpsychiatrischen Dienst übersandt wird. Werden die Entlassungsberichte seitens der Kliniken sozusagen "automatisch", d.h. ohne daß es hierzu einer ausdrücklichen Anforderung bedarf, an die Sozialpsychiatrischen Dienste übersandt, so kennzeichnet dies ein gutes Kooperationsverhältnis zwischen Stationärer Psychiatrie und den ambulanten Sozialpsychiatrischen Diensten.

Der Umstand des "automatischen" Übersendens von klinischen Entlassungsberichten an die Sozialpsychiatrischen Dienste über Patienten, die sich **freiwillig** einer stationären Behandlung unterzogen haben (keine Schutzmaßnahmen), ist durch das geltende Recht nicht gedeckt. Zumindest steht die Klinik hier in der Verpflichtung, sofern sie denn beabsichtigt, Berichte (zum Zwecke einer aus ihrer Sicht durchaus indizierten Nachbetreuung) an den Sozialpsychiatrischen Dienst zu versenden, dies vorab mit dem Patienten zu erörtern und bei dieser Gelegenheit von diesem eine Schweigepflichtsentbindung unterzeichnen zu lassen. Gleichwohl könnte - wenn die Klinik die

579 **§ 33 Absatz 3 Nds.PsychKG 1978:**

"(3) Ist dem Betroffenen die Auflage gemacht worden, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, so hat er den Namen und die Anschrift des Arztes dem Krankenhaus, in dem er untergebracht war, unverzüglich mitzuteilen. Das Krankenhaus übersendet dem Arzt und dem sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung. Der Arzt unterrichtet die Verwaltungsbehörde, wenn der Betroffene sich nicht in Behandlung begibt, die Anweisungen nicht befolgt oder wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist."
siehe hierzu auch die Ausführungen zu "Bewertungsparameter" unter Frage 509

580 **§ 20 Absatz 3 Satz 1 Nds.PsychKG 1978:**

"(3) Das Gericht hat ferner zu hören: 1. den gesetzlichen Vertreter des Betroffenen in den persönlichen Angelegenheiten, 2. Elternteile, denen die Sorge für die Person des Betroffenen zusteht, 3. den Ehegatten, sofern dieser von dem Betroffenen nicht dauernd getrennt lebt."

581

"Eine bedeutsame Rolle spielt die konkludente Einwilligung. Ist die Weitergabe von Geheimnissen in bestimmten Bereichen üblich und weiß dies der Betroffene, so willigt er durch Bekanntgabe des Geheimnisses in die übliche Weiterleitung konkludent ein. So ist der Privatpatient mit der üblichen Weitergabe der zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden. Auch liegt beim Krankenhauspatienten regelmäßig eine konkludente Einwilligung in die übliche Einweihung von Hilfskräften des Krankenhauses vor (...). Jedoch kann eine konkludente Einwilligung des Patienten in die Weitergabe seiner Daten an den Träger des Krankenhauses oder an nicht typischerweise eingeschaltete Stellen innerhalb des Krankenhauses nicht angenommen werden. Der Patient willigt konkludent in die Einweihung der hinzugezogenen Konsiliarärzte, Krankenhausschwestern und Angestellten der Rechnungsstelle, nicht jedoch in die Weitergabe an Stellen ein, die z.B. die innere Organisation etwa durch Überwachung der Schreibleistung von Schreibkräften, verbessern sollen. Hier muß entweder der Bezug der Daten zum konkreten Patienten getilgt oder eine ausdrückliche Einwilligung eingeholt werden. Wer sich dem Amtsarzt oder Werksarzt zur Untersuchung stellt, willigt dadurch konkludent in die Weitergabe derjenigen Daten an die zuständigen Stellen ein, die sich auf den Untersuchungszweck beziehen (...). Hier wie auch sonst ist aber zu beachten, daß die Einwilligung frei widerruflich ist. Die Weiterleitung ist nach einem solchen Widerruf der konkludent erteilten Einwilligung unzulässig." SAMSON 1989, Seite 17 ff

Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten nicht erwirkt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst gewissermaßen "automatisch" einen Entlassungsbericht zukommen läßt - dies als ein Indiz für eine ungebrochene Absicht zur Kooperation zwischen Stationärer Psychiatrie und Sozialpsychiatrischen Diensten gewertet werden.

Die ersten beiden Antwortvorgaben zu Frage 605 klammern Aspekte der Schweigepflicht - wie bereits erwähnt - aus, so daß eine vertiefende Analyse der einzelnen Modifikationen im Kooperationsverhältnis zwischen Stationärer Psychiatrie und Sozialpsychiatrischen Diensten in diesen Punkten nicht weiter erfolgen kann.

Bewertungsparameter

Bei der Bewertung der unterschiedlichen Antworten und Antwortkombination zu Frage 605 ist davon auszugehen, daß sich zwei materielle Ansprüche in Form eines Zielkonfliktes im Widerstreit befinden:

- a) das Gebot zur Wahrung der Schweigepflicht und zur Einhaltung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen;
- b) die Versorgungsaufträge der ambulanten und stationären Psychiatrie, die ein Optimum an Informationsdurchlässigkeit erfordern, damit eine effektive Nachversorgung der aus stationärer Behandlung Entlassenen gewährleistet werden kann.

Zu bewerten gilt es unter Frage 605 nicht, ob und in welchem Ausmaße möglicherweise Rechtsverletzungen erfolgen, sondern ob und in welchem Umfange Kooperationen in der beschriebenen Form stattfinden. Um dies feststellen zu können, gilt es zunächst das Spektrum der denkbaren (sinnvollen) Antworten und Antwortkombinationen zur vorliegenden Frage zu erfassen und sodann "auf der Schiene der Kooperationsintensität" Abstufungen vorzunehmen:

Rechnerisch kann die maximale Anzahl der Antwortmöglichkeiten nach der *1. Variationsregel* $(n)^x = (2)^4 = 16$ errechnet werden, wobei **n** für die Klassen und die Potenz **x** für die Ausprägungen steht. Somit ergibt sich eine rechnerische Anzahl der maximalen Antwortmöglichkeiten von 16.

Alle 16 Antwortmöglichkeiten erscheinen sachlich schlüssig und zulässig, so daß es gilt, für die 16 Varianten Abstufungen derart vorzunehmen, daß ihnen Wertepunkte zugeordnet werden.⁵⁸²

582 Die in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erhalten fortlaufend die Buchstaben a bis d zugeordnet:

a = bei freiwill. Aufenthalt;
c = auf Anforderung;

b = bei PsychKG-Unterbringungen;
d = auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

Die Abstufungen erfolgen nach folgenden Grundsätzen: Das Übersenden von Entlassungsberichten ohne ausdrückliche Anforderung durch Sozialpsychiatrische Dienste erhält höhere Priorität gegenüber der Übersendung von Berichten "auf Anforderung ...".

Antwortmöglichkeit c ("auf Anforderung") wird gegenüber der Antwortmöglichkeit d ("auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt") deshalb Priorität eingeräumt, weil hier dem Kooperationsbestreben höherer Rang eingeräumt wird als dem Gebot zur Einhaltung von Schweigepflichten.

Den Antwortmöglichkeiten c bzw. d ("auf Anforderung ...") wird geringere Priorität beigemessen, wenn die Antwortfelder a und b zusätzlich markiert wurden, gegenüber den Antwortkombinationen ac, bc, abc, ad, bd, abd, und abcd, weil eine Antwort c bzw. eine Antwort d stets darauf verweist, daß sämtliche Entlassungsberichte von der Klinik auf Anforderung bereitgestellt werden, möglicherweise auch jene, die über die Antwortvorgaben a und b hinausgehen. Werden jedoch Entlassungsberichte ohne Anforderung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste (keine Markierungen bei c und/oder d) "bei freiwilligen Aufenthalten" wie bei "PsychKG-Unterbringungen" (a und b) übersandt, so entspricht dies einem Optimum an Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und Sozialpsychiatrischen Diensten, so daß hier die höchste Wertepunktzahl 15 zu vergeben ist.

Fortsetzung Anmerkung 582: Beschreibung der 16 Variationsmöglichkeiten auf der folgenden Seite:

Fortsetzung Anmerkung 582: Beschreibung der 16 Variationsmöglichkeiten:

	Wertepunkte	
Variante 1: ► a, b ◄	15	Entlassungsberichte über Patienten werden ohne Anforderung bei freiwilligen Aufenthalten und bei PsychKG-Unterbringungen übersandt. Diese Antwortkombination kennzeichnet ein Höchstmaß an Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten, so daß in diesem Fall die Höchstpunktzahl 15 zu vergeben ist. Die Kooperationsintensität ist gegenüber der nachfolgenden Antwortmöglichkeit deshalb höher zu bewerten, weil bei Variante 2 keine Entlassungsberichte "bei PsychKG-Unterbringungen" ohne Anforderungen bereitgestellt werden.
Variante 2: ► a ◄	14	Entlassungsberichte werden ohne Anforderung über Patienten entsandt, die sich in freiwilliger stationärer Behandlung befinden. Die rechtlichen Bestimmungen erfordern hierfür eine individuelle Schweigepflichtsentbindung. Wird diese Verpflichtung seitens der Klinik ignoriert oder wird sie auf Initiative der Klinik beigebracht, so kennzeichnet dies ein starkes Interesse an Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten. Dieser Antwortmöglichkeit wird vor der Variante 3 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil sich bei Variante 2 die Verpflichtung zur Entbindung von der Schweigepflicht zwingend ergibt, bei Variante 3 lediglich bedingt.
Variante 3: ► b ◄	13	Entlassungsberichte von zur Entlassung anstehenden Patienten, die über das Nds.PsychKG in der Klinik untergebracht waren, werden ohne Anforderung an die Sozialpsychiatrischen Dienste übersandt. Wie bereits dargelegt, erscheint in diesem Zusammenhang die Schweigepflichtsentbindung nur für einen Teil der zur Entlassung anstehenden Patienten unabdingbar. Wird diese seitens der Klinik vorgelegt bzw. ignoriert, so kennzeichnet dies einen hohen Grad an Kooperationsbereitschaft. Variante 3 ist gegenüber der Variante 4 der Vorrang deshalb einzuräumen, weil Entlassungsberichte ohne Anforderung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste übersandt werden.
Variante 4: ► c ◄	12	Entlassungsberichte werden durch die Klinik nur auf Anforderung übersandt. Dieser Antwortmöglichkeit ist gegenüber der Variante 5 deshalb der Vorrang einzuräumen, weil Variante 4 weitergefaßt ist und Unterlagen über Patienten einschließt, die weder durch die Antworten a) noch b) erfaßt werden, z.B. Klinikaufenthalte aufgrund von BGB-Unterbringungen.
Variante 5: ► a, b, c ◄	11	Entlassungsberichte werden auf Anforderung für zu entlassende Patienten übersandt, das heißt sowohl über Patienten, die sich freiwillig in der Klinik zur Behandlung aufhielten als auch über Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht wurden. Dieser Antwortmöglichkeit wird gegenüber der Variante 6 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil hier keine Einschränkung des Umfanges der Berichte in der Weise erfolgt, daß Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, unberücksichtigt bleiben.
Variante 6: ► a, c ◄	10	Entlassungsberichte über Patienten, die sich freiwillig in der stationären Psychiatrie einer Behandlung unterzogen haben, werden auf Anforderung übersandt. Entlassungsberichte über Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, werden nicht übersandt. Dieser Antwort wird gegenüber der Variante 7 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil sich bei Variante 6 die Verpflichtung zur Entbindung von der Schweigepflicht zwingend ergibt, bei Variante 7 lediglich bedingt.
Variante 7: ► b, c ◄	9	Entlassungsberichte über zur Entlassung anstehende Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, werden auf Anforderung übersandt. - Dieser Antwortkombination wird deshalb gegenüber der Variante 8 der Vorrang eingeräumt, weil das Kriterium der Schweigepflichtsentbindung nachrangig gehandhabt wird.
Variante 8: ► c, d ◄	8	Sämtliche Entlassungsberichte (auch über BGB-Unterbringungen) werden entweder auf Anforderung oder auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt, übersandt. Dieser Antwortkombination ist deshalb der Vorrang gegenüber der Variante 9 einzuräumen, weil sich der Umfang der Entlassungsberichte nicht auf die beiden Kriterien a) und b) beschränkt, sondern darüber hinaus geht.
Variante 9: ► a, b, c, d ◄	7	Entlassungsberichte von Patienten, die sich entweder freiwillig zur Behandlung in der Klinik befanden oder über das Nds.PsychKG untergebracht waren, werden entweder auf Anforderung oder auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt, übersandt. Dieser Antwortmöglichkeit ist deshalb gegenüber der Variante 10 der Vorrang einzuräumen, weil hier die Nds.PsychKG-Unterbringungen nicht ausgeschlossen bleiben.
Variante 10: ► a, c, d ◄	6	Entlassungsberichte von Patienten, die sich freiwillig in stationärer Behandlung befanden, werden auf Anforderung oder auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt, übersandt. Dieser Antwortkombination ist deshalb der Vorrang gegenüber der Variante 11 einzuräumen, weil sich bei Variante 10 die Verpflichtung zur Entbindung von der Schweigepflicht zwingend ergibt, bei Variante 11 lediglich bedingt.
Variante 11: ► b, c, d ◄	5	Entlassungsberichte über Patienten, die aufgrund des Nds.PsychKG untergebracht waren, werden auf Anforderung oder auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt, übersandt. Dieser Antwortmöglichkeit ist deshalb gegenüber der Variante 12 der Vorrang einzuräumen, weil das Erfordernis einer Schweigepflichtsentbindung seitens der Klinik eine nachrangige Bedeutung gegenüber der Kooperationsabsicht eingeräumt wurde.
Variante 12: ► d ◄	4	Sämtliche Entlassungsberichte (auch über BGB-Unterbringungen) werden auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt, übersandt. Dieser Antwortmöglichkeit wird gegenüber der Variante 13 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil hier sämtliche Berichte übersandt werden.
Variante 13: ► a, b, d ◄	3	Entlassungsberichte werden auf Anforderung für zu entlassende Patienten übersandt, das heißt sowohl über Patienten, die sich freiwillig in der Klinik zur Behandlung aufhielten als auch über Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht wurden. Dieser Antwortmöglichkeit wird gegenüber der Variante 14 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil hier keine Einschränkung des Umfanges der Berichte in der Weise erfolgt, daß Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, unberücksichtigt bleiben.
Variante 14: ► a, d ◄	2	Entlassungsberichte über Patienten, die sich freiwillig in der stationären Psychiatrie einer Behandlung unterzogen haben, werden auf Anforderung übersandt. Entlassungsberichte über Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, werden nicht übersandt. Dieser Antwort wird gegenüber der Variante 15 deshalb der Vorrang eingeräumt, weil sich bei Variante 14 die Verpflichtung zur Entbindung von der Schweigepflicht zwingend ergibt, bei Variante 15 lediglich bedingt.
Variante 15: ► b, d ◄	1	Entlassungsberichte über zur Entlassung anstehende Patienten, die nach dem Nds.PsychKG untergebracht waren, werden auf Anforderung übersandt. Dieser Antwortkombination wird aus den vorstehenden Gründen der Nachrang gegenüber der Variante 14 eingeräumt.
Variante 16: ► keine Antwort ◄	0	Es werden seitens der Klinik keine Entlassungsberichte an die Sozialpsychiatrischen Dienste übersandt. Diese Antwortmöglichkeit wird mit der Wertepunktzahl 0 belegt, sofern es sich hierbei um ein Votum handelt und nicht darum, daß die Frage nicht beantwortet wurde.

Datenanalyse

TABELLE 6-5:
 KOOPERATIONSBEREITSCHAFT DER KLINIKEN,
 GEMESSEN AM KRITERIUM DES ÜBERSENDENS VON ENTLASSUNGSBERICHTEN
 (UMRECHNUNG DER ANGABEN IN WERTEPUNKTE)

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ	%
bei freiwilligem Aufenthalt			1	1		1		1		1	1	1						1				1	9	40,9
bei PsychKG-Unterbringung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	1	1		1	1	1	19	86,4
auf Anforderung durch den SpD	1	1				1			1	1	1			1									7	31,8
mit Schweigepflichtsentbindung	1	1	1			1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	86,4
Wertepunkte $\frac{\Sigma}{15}$	5	5	3	15	13	7	1	15	5	7	7	3	4	5	4	1	1	3	4	1	1	3	113	34,2

Quelle: eigene Erhebungen

Ausweislich der Tabelle 6-5 werden den Sozialpsychiatrischen Diensten **am häufigsten** (19 von 22 befragten Diensten) klinische Entlassungsberichte "**auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt**" über Patienten übersandt, die **nach dem Nds.PsychKG** untergebracht waren. Von dieser Verfahrensweise, die in der Praxis in Kombination mit anderen in der Fragestellung vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auftritt, unterscheiden sich die Dienste der Stadt Osnabrück und des Landkreises Uelzen, denen unaufgefordert die Entlassungsberichte sowohl über Patienten, die nach dem Nds.PsychKG 1978 untergebracht waren, als auch über solche, die sich freiwillig in stationärer psychiatrischer Behandlung begeben haben, übersandt werden. Die Dienste der Landkreise Gifhorn, Osterode und Göttingen erhalten Berichte von der stationären Psychiatrie nur "**auf Anforderung, wenn Schweigepflichtsentbindung vorliegt**" über alle Patienten, ungeachtet ihrer Unterbringungsart.

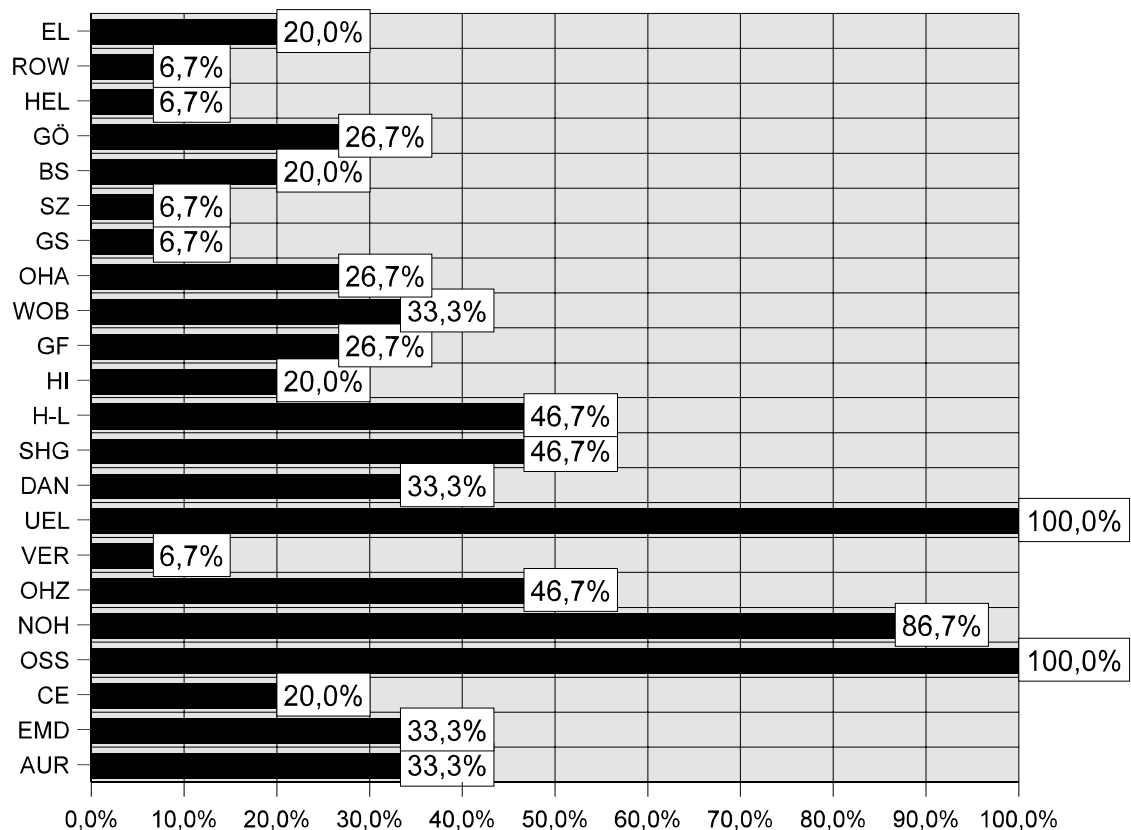
Nach Bewertung der praktizierten Verfahrensweisen der einzelnen Dienste über ein zuvor festgelegtes Bewertungsraster steht als Ergebnis fest, daß die 22 befragten Dienste insgesamt nur 113 von 330 erzielbaren Wertepunkte (34,2 %) erreicht haben. Dies beinhaltet, daß, gemessen am Kriterium des Übersendens von Entlassungsberichten, die Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten durchaus als ausbaufähig beurteilt werden kann.

Einzelbetrachtungen der Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten, gemessen am Kriterium des Übersendens von Entlassungsberichten, weisen anhand der Tabelle 6-5 recht unterschiedliche Strukturen auf: Wird die maximal zu erzielende Wertepunktzahl von 15 pro Dienst mit 100 % gleichgesetzt, so kann nur bei den Diensten der Stadt Osnabrück und des Landkreises Uelzen von optimaler Kooperation (100 %) ausgegangen werden. Mit geringem Abstand folgt der Dienst des Landkreises Grafschaft Bentheim (87 %). Bei allen übrigen Diensten bewegt sich die Kooperationsintensität unterhalb der 50-Prozent-Marke. Extreme Beispiele dafür, daß ein "Hand-in-Hand-Arbeiten" zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten kaum stattfindet, bilden die Angaben der Landkreise Verden, Goslar, Salzgitter, Helmstedt und Rotenburg mit jeweils 7 %, d.h. mit 1 von 15 erreichbaren Wertepunkten.

Ergebnis

Die folgende Graphik veranschaulicht die Kooperationsintensität der einzelnen Dienste mit den zuständigen stationären psychiatrischen Einrichtungen. Danach erreichen nur drei der befragten Dienste eine Punktezahl von mehr als 50 % der rechnerisch möglichen Wertpunkte.

ABBILDUNG 6-5:
KOOPERATIONSINTENSITÄT EINZELNER DIENSTE MIT DEN KLINIKEN,
GEMESSEN AN DER ÜBERSENDUNG VON ENTLASSUNGSBERICHTEN
(GEWICHTETE AUSWERTUNG)



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen

Fünf der Dienste erreichen nur einen von maximal 15 erreichbaren Punkten. Das Kriterium für Kooperationsintensität anhand der Kommunikation via Entlassungsberichten ist dabei durchaus gegenstandadäquat, ist doch ein solcher Bericht von besonderer Bedeutung für die Gestaltung der weiteren Betreuung bzw. Begleitung von Patienten.

<p>606 Welche weiteren Formen der Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik (Landeskrankenhaus) gibt es außerdem?</p>	<p>.....</p>
--	--

Forschungsinteresse

Frage 606 ist als Komplementärfrage zu den Fragen 602 bis 605 und 607 aufzufassen. Mit ihr wird Aufschluß darüber erwartet, ob sich die Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und Sozialpsychiatrischen Diensten auf die in den vorgenannten Fragen vorgegebenen Formen beschränkt oder ob darüber hinaus weitere Formen der Zusammenarbeit erfolgen.

Unter Einbeziehung der Ergebnisse zu den Fragen 407 (begleitende Hilfen) und 408 (nachgehende Hilfen) soll in einzeldienstbezogenen Betrachtungen untersucht werden, inwieweit Korrelationen zwischen speziellen Kooperationsformen bzw. -intensitäten und den benannten Hilfen bestehen.

Bewertungsparameter

Eine qualitative Bewertung der erbetenen komplementären Angaben zu Frage 606 ist schwerlich möglich. Festzustellen und zu bewerten gilt es allerdings, ob weitere Kooperationsformen, die bisher nicht erfragt wurden, gehäuft in Erscheinung treten. Ist dies der Fall, so ist daraus ein spezieller Kooperationsgrad der Institutionen zu folgern.

Vermutete Beziehungen zwischen speziellen Formen der Kooperation zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten und den begleitenden bzw. nachgehenden Hilfen sollen zunächst festgestellt werden, um sodann die Hypothese zu untermauern, daß Dienste, die eng mit den Einrichtungen der stationären Psychiatrie kooperieren, dies im Sinne ihres Selbstverständnisses und ihres Anspruches an Präventionsarbeit leisten.

Datenanalyse

TABELLE 6-6:
WEITERE KOOPERATIONSFORMEN ZWISCHEN STATIONÄRE PSYCHIATRIE
UND DEN SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Σ
keine						1				1		1	1	1				1			1	1	8
Code 01	1								1							1			1	1			5
Code 02		1	1																				2
Code 03				1																			1
Code 04			1	1																			2
Code 05					1																		1
Code 06							1																1
Code 07								1															1
Code 08											1												1
Code 09															1				1				2
Code 10																	1						1
Code 11																			1	1			2
Σ	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	27

Legende:

Code 01 = gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen/Kolloquien

Code 02 = regelmäßig: Mitarbeiter-, Leiterkonferenz und Dienstartrunden

Code 03 = Aufspüren und Rückführen aus der Klinik entwichener Patienten

Code 04 = Kooperation zur Nachsorge

Code 05 = "Psychohygienische Sprechstunde" des Klinikleiters im SpD

Code 06 = gelegentliche Tagungen, 1 mal in fünf Jahren

Code 07 = Personalrotation Klinik/SpD

Code 08 = Gemeindepsychiatriegespräch

Code 09 = gelegentliche Hospitationen der Sozialarbeiter in der Klinik (14tägig)

Code 10 = gemeinsame Mitarbeit im "AK Sucht"

Code 11 = gemeinsame Mitarbeit in PSAG

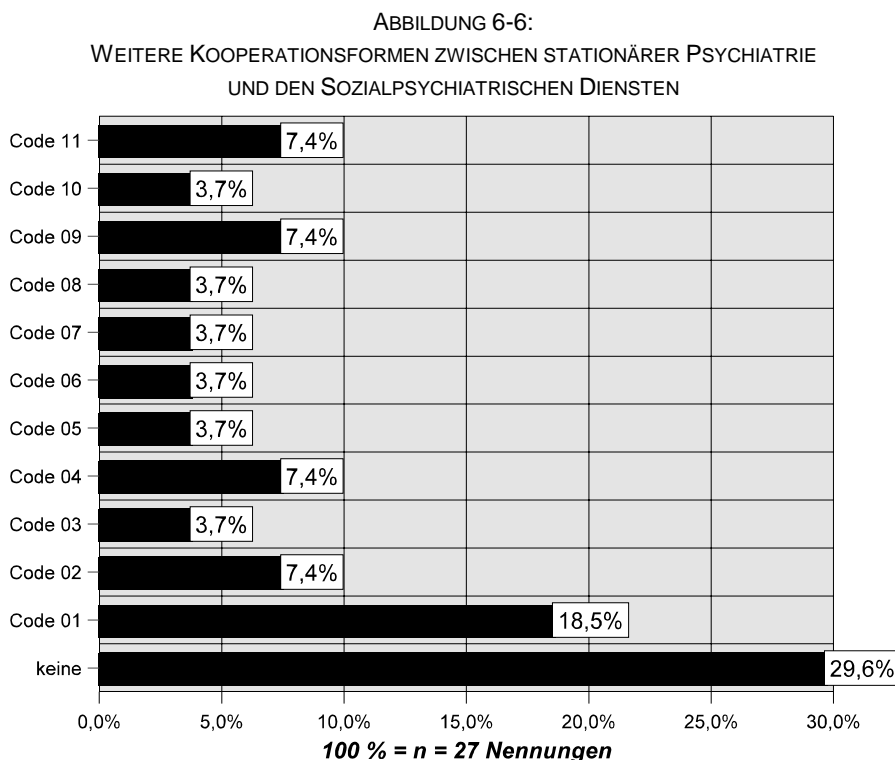
Quelle: eigene Erhebungen

In die vorstehende Tabelle 6-6 sind all die weiteren Formen der Zusammenarbeit der 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste mit den zuständigen Institutionen der stationären Psychiatrie aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um 11 unterschiedliche Angaben (einschließlich Mehrfachnennungen), die bereits in der Legende zur Tabelle entsprechend benannt wurden. Quantitativ betrachtet bilden diese Kooperationsformen einen Anteil von 70,4 %, d.h.: der verbleibende Anteil der Dienste (29,6 %) gab an, **keine weiteren Formen** der Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Kliniken zu praktizieren. Eine genaue Analyse der abgegebenen Antworten läßt **keine gravierenden Häufungen** erkennen; bestenfalls sind die unter Code 1 angegebenen "gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen/Kolloquien" mit insgesamt 5 Nennungen augenfällig. Gemessen jedoch an der Gesamtzahl erfolgter Nennungen (n=27) beträgt ihr Anteil lediglich 18,5 %. Insoweit kann auch diese Kooperationsform nicht als typische Form der Zusammenarbeit zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den stationären psychiatrischen Einrichtungen angesehen werden.

Die Dienste Celle, Stadt Osnabrück, Göttingen und Helmstedt unterscheiden sich laut Tabelle 6-6 insoweit von den übrigen Diensten, als daß von ihnen **mehr als nur eine weitere Form** der Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik angeführt wurde. Zur Feststellung einer Korrelation mit den **begleitenden Hilfen** werden die diesbezüglichen Werte herangezogen: Es wird offenbar, daß die vorgenannten vier Dienste nicht signifikant

in Erscheinung treten: Es gibt Dienste, die quantitativ eine größere Anzahl begleitender Hilfen benennen und solche mit einer geringeren Anzahl. Gleiches gilt auch für **nachgehenden Hilfen**. Somit steht fest: Besondere Beziehungen zwischen speziellen Formen der Kooperation zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten mit den stationären psychiatrischen Einrichtungen und den quantitativen Graden von begleitenden bzw. nachgehenden Hilfen existieren nicht.

Die folgende Graphik veranschaulicht die Häufigkeit bestimmter Formen der Kooperation zwischen Kliniken und stationärer Psychiatrie nach den Angaben von 22 befragten Diensten:



Legende:	
Code 01 = gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen/Kolloquien	Code 07 = Personalrotation Klinik/SpD
Code 02 = regelmäßig: Mitarbeiter-, Leiterkonferenz und Dienstarztrunden	Code 08 = Gemeindepatriegespräch
Code 03 = Aufspüren und Rückführen aus der Klinik entwichener Patienten	Code 09 = gelegentliche Hospitationen der Sozialarbeiter in der Klinik (14tägig)
Code 04 = Kooperation zur Nachsorge	Code 10 = gemeinsame Mitarbeit im "AK Sucht"
Code 05 = "Psychohygienische Sprechstunde" des Klinikleiters im SpD	Code 11 = gemeinsame Mitarbeit in PSAG
Code 06 = gelegentliche Tagungen, 1 mal in fünf Jahren	

Quelle: eigene Erhebungen

Ergebnis

Die Formen der Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und stationär versorgenden Einrichtungen sind insgesamt nicht weit entwickelt, neben den gemeinsamen Dienstgesprächen, die bei etwa zwei Dritteln der Dienste in unterschiedlicher Intensität genutzt werden, existieren weitere Kooperationsformen nur in geringem Umfang. Gemeinsame Fortbildungen machen dabei den weitaus größten Anteil aus. Weitere Formen sind Gesprächsrunden auf Leitungsebene, Nachsorgeabsprachen und Hospitationen in den stationären Einrichtungen. Überraschend gering wird die Zusammenarbeit in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften benannt, obgleich diese z.B. in der Psychiatrie-Enquête als ein wichtiger Kommunikations- und Verständnispunkt benannt sind. Die weiteren genannten Kooperationsformen werden je nur einmal angegeben und entsprechen z.T. regionalen Gepflogenheiten (wie etwa Code 7 = Personalrotation).

<p>607 Wendet sich die psychiatrische Klinik (Landeskrankenhaus) an den ambulanten Dienst zwecks Sicherung der Nachbetreuung von Patienten?</p>	<p>regelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>gar nicht <input type="checkbox"/></p>
--	---

Forschungsinteresse

Sicherung der Nachbetreuung von in stationären psychiatrischen Einrichtungen behandelten Patienten ist eines der obersten Gebote von Gemeindepsychiatrie, wie sie bereits ausführlicher unter Frage 601, beschrieben wurde. Nachbetreuung definiert der Gesetzgeber in § 3 Absatz 2 Satz 3 Nds.PsychKG 1978 als "nachgehende Hilfen", auf die bereits unter Frage 408 eingegangen wurde. Nach den von CAPLAN getroffenen Präventionsdefinitionen⁵⁸³ kommt der Nachbetreuung entlassener Patienten ein hoher Grad an Tertiärprävention zu.

Da das Nds.PsychKG 1978 keine Vorschriften darüber enthält, wie seitens der stationären Psychiatrie die Nachbetreuung von zur Entlassung anstehenden Patienten zu organisieren ist, bleibt die Ausgestaltung dieses Bereiches dem professionellen Verständnis der Ärzteschaft unterstellt. Für die **Sozialdienste** an den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen gilt vergleichbares. Mit ihnen wird - wie bereits unter Frage 602 dargelegt⁵⁸⁴ - das aus der Psychiatrie-Enquête hergeleitete Ziel verfolgt, "... die gemeindenahе psychiatrische Versorgung eines Versorgungsgebietes zu optimieren. Sie sollen entscheidend daran mitwirken, die Hospitalisierungsquote zu senken und die Verweildauer abzukürzen." Sie sollen tätig werden vor allem im Bereich der Nachsorge und weiterer Maßnahmen der Rehabilitation und ihren Beitrag leisten zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. zur Verhütung von stationären Aufnahmen.⁵⁸⁵

Für die Sozialpsychiatrischen Dienste ergibt sich die Verpflichtung zur Nachbetreuung aus den § 3 Abs. 2 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978.⁵⁸⁶

583 siehe hierzu die Ausführungen unter Frage 406

584 siehe Frage 602, "Forschungsinteresse"

585 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200, Seite 213, Ziffer 2.2.6

586 **§ 3 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978:**

"(2) Durch vorsorgende Hilfen soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß der Betroffene bei Anzeichen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig ärztlich behandelt wird. Neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung werden diejenigen Hilfen gewährt, die zusätzlich erforderlich sind. Durch nachgehende Hilfen soll den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden. Die Hilfen treten nicht an die Stelle der Sozialleistungen, die nach anderen Vorschriften von anderen Stellen zu gewähren sind."

§ 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978:

"(2) Zur Leistung der Hilfen richten die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst unter Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ein. Der sozialpsychiatrischen Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte."

Eine spezielle Form der Nachbetreuung resultiert aus § 33 Nds.PsychKG 1978, demzufolge das Krankenhaus dem Arzt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung des Patienten übersendet. Dieser Sonderfall der gesetzlichen Regelung von Nachbetreuung, bei dem den Sozialpsychiatrischen Diensten auch die Aufgabe der Überwachung von Behandlungs- und Therapiemaßnahmen zuteil wird, wurde bereits unter Frage 513 behandelt und soll an dieser Stelle nicht erneut vertieft werden.

In den "Hinweisen und Empfehlungen für die Durchführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach den §§ 3 und 5 Nds.PsychKG " wird Nachbetreuung wie folgt definiert:

- Vorbereitung der Rückkehr aus stationärer Behandlung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten;
- langfristig gegebenenfalls lebensbegleitende Stützung;
- Sicherung einer notwendigen Nachbehandlung.⁵⁸⁷

Bewertungsparameter

Die Bewertung der erwarteten Angaben basiert auf der in der Fragestellung vorgegebenen Bandbreite von "regelmäßig" bis "gar nicht".

Datenanalyse

TABELLE 6-7:
SICHERUNG DER AMBULANTEN NACHBETREUUNG AUF INITIATIVE DER ZUSTÄNDIGEN KLINIK

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	%
regelmäßig					✗			✗															9,1
häufig	✗	✗	✗							✗				✗		✗	✗			✗		✗	40,9
gelegentlich				✗		✗	✗		✗		✗	✗			✗			✗	✗		✗		45,5
selten													✗										4,5
nie																							0,0

Quelle: eigene Erhebungen

Anhand der Tabelle 6-7 wird deutlich, daß sich die stationären psychiatrischen Einrichtungen in den Einzugsbereichen der 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste in den meisten Fällen (45,5 %) "**gelegentlich**" um die Sicherung der Nachbetreuung zur Entlassung anstehender Patienten bemühen. Mit geringem Abstand (40,9 %) erfolgen derartige Bemühungen der zuständigen Kliniken "**regelmäßig**". In weniger als 10 % der Fälle (9,1 %) erfolgen "**häufige**" Initiativen der Kliniken. Die Intensität "**selten**" wurde lediglich von einem Dienst (4,5 %) angegeben. In keinem Fall der Nennungen war die Antwort "**gar nicht**" zu verzeichnen.

Einzel dienstbezogene Betrachtungen führen zu dem Resultat, daß lediglich in 2 Regionen (Landkreise Grafschaft Bentheim und Uelzen) **regelmäßige** Initiativen der jeweils zuständigen Kliniken um die Sicherung der Nachbetreuung von Patienten stattfinden. In 9 von 22 Diensten wird der Sorge um die Nachbetreuung "**häufig**" nachgekommen. Das Gros der Dienste (45,5 % = 10 von 22 Diensten) erhält durch die Kliniken "**gelegentlich**" Hinweise auf entlassene Patienten. Am ungünstigsten ist die Situation im Landkreis Gifhorn zu beurteilen, wo sich die zuständige psychiatrische Klinik nur "**selten**" um die Nachbetreuung entlassener Patienten bemüht.

Ergebnis

Es wurde ein hoher Prozentsatz von Antworten ermittelt, die auf nur gelegentliche oder seltene Kontakte zur Sicherung der Nachsorge zwischen stationär versorgender Einrichtung und Sozialpsychiatrischem Dienst verweisen (50 % der Nennungen).

Die Antworten waren sowohl zwischen ländlichen und städtischen Regionen als auch regional gestreut und bilden so nicht Problemregionen ab, sondern zeigen, daß bei etwa der Hälfte der befragten Dienste strukturelle Defizite bestehen und so die zentrale Aufgabe der Nachsorge nach stationären psychiatrischen Behandlungen außerhalb gesicherter und regelmäßig genutzter Kommunikationsformen stattfinden muß.

Von der eher zufälligen Präsenz der Dienste bei diesen Aufgaben und dem Nichtvorhandensein eines systematischen, leistungsfähigen und funktionierenden Nachsorgesystems wird als Resultat dieser Erhebung ausgegangen werden müssen.

<p>608 Wie intensiv ist die Kooperation des Dienstes mit den nebenstehenden Stellen?</p> <p>Bitte Rangfolge angeben:</p> <p>1 = gar nicht 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = häufig 5 = regelmäßig</p>	<p>Sozialdienst des Landeskrankenhauses oder der Klinik <input type="checkbox"/></p> <p>Ärzte des Landeskrankenhauses oder der Klinik <input type="checkbox"/></p> <p>Niedergelassene Ärzte für Neurologie/Psychiatrie <input type="checkbox"/></p> <p>Niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/></p> <p>Sozialstationen/ Gemeindeschwester <input type="checkbox"/></p> <p>Krankenhäuser/ Sonstige Kliniken <input type="checkbox"/></p> <p>Gesundheitsamt <input type="checkbox"/></p> <p>andere ambulante Beratungsstellen <input type="checkbox"/></p> <p>Polizei <input type="checkbox"/></p> <p>Kommunale Verwaltungen <input type="checkbox"/></p> <p>Ordnungsamt, Straßenverkehrsamt <input type="checkbox"/></p> <p>Kommunaler Sozialdienst (Sozial- und Jugendamt) <input type="checkbox"/></p> <p>Tagesstätten <input type="checkbox"/></p> <p>Gerichte <input type="checkbox"/></p> <p>Therapeutische Wohngemeinschaften <input type="checkbox"/></p> <p>Sonst. flankierende Einricht. (z.B. Wohnheime) <input type="checkbox"/></p> <p>Sonst. komplement. Einricht. (z.B. Werkst. für Behinderte) <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>
--	--

Forschungsinteresse

Frage 608 versucht, die häufigsten Kooperationspartner der Sozialpsychiatrischen Dienste zu ermitteln. Die Liste der bei den Antwortmöglichkeiten vorgegebenen gängigen Stellen könnte noch erweitert werden. Erwünscht sind Antworten unter Verwendung der Rangskala 1 bis 5 ("gar nicht" bis "regelmäßig"), die es erlauben sollen, im Querschnitt der Dienste die Stelle zu ermitteln, mit denen am häufigsten kooperiert wird. Von der Beantwortung dieser Frage werden Aufschlüsse über Arbeitsweise und Arbeitsmöglichkeiten Sozialpsychiatrischer Dienste erwartet.

Der unter Frage 601 definierte Begriff der "Gemeindenähe" - synonym mit Gemeindepsychiatrie zu verwenden - soll hier Hintergrund der Auswertung von Frage 608 sein. Die Familie und das direkte soziale Umfeld des Klienten gelten als Prämisse in der gemeindenahen Versorgung. Die Organisation jeder Hilfe sollte in jeder Form gemeindepsychiatrischer Tätigkeit so erfolgen, daß zunächst alle Formen der ambulanten Hilfe ausgeschöpft werden.⁵⁸⁸

Nach § 4 Abs. 2 Nds.PsychKG 1978 soll der Sozialpsychiatrische Dienst "... mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen."⁵⁸⁹ Nach dem Niedersächsischen Sozialministerium soll der qualifiziert arbeitende Sozialpsychiatrische Dienst "eine Schlüsselrolle in der Weiterentwicklung der gemeindenahen Hilfen für psychisch Kranke einnehmen."⁵⁹⁰ Es wird unterstellt, daß diese Ansprüche Einfluß auf die Kooperationswilligkeit der Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten ausüben. Die Fragestellung erlaubt jedoch keine Aussage hinsichtlich der Bereitschaft zur Kooperation, sondern setzt erst dort an, wo diese bereits tatsächlich stattfindet, ungeachtet dessen, von welcher Seite aus sie initiiert wurde.

Bewertungsparameter

Bei der Auswertung sollen die in der Frage 608 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (und die zusätzlichen Möglichkeiten der Benennung nicht vorgegebener Kooperationspartner) jeweils - nach der vorgegebenen Rangaufteilung 1 bis 5 - mit einer Punktzahl belegt werden. Doppelnennungen sind bei diesem Verfahren nicht vorgesehen; mehrere Stellen, mit denen in gleicher Intensität kooperiert wird, erhalten die gleiche Rangziffer.

Bei der Auswertung sollen die Punktzahlen der einzelnen Kooperationspartner aller befragter Dienste entsprechend ihrer Wertigkeit addiert werden, um auf diese Weise eine Rangfolge der gesamten Kooperations-Intensitäten zu ermitteln. Je höher die Summenzahl, desto intensiver ist das Ausmaß der Kooperation mit einer betreffenden Stelle.

588 vgl. DÖRNER/PLOG 1984, Seite 469

589 **§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nds.PsychKG 1978:**
"(2) Zur Leistung der Hilfen richten die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst unter Leitung eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ein. Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dies sind namentlich Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und niedergelassene Ärzte."

590 NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A, Seite 39

TABELLE 6-8:
INTENSITÄT DER KOOPERATION MIT VERSCHIEDENEN STELLEN

	AUR	EMD	CE	OSS	NOH	OHZ	VER	UEL	DAN	SHG	H-L	HI	GF	WOB	OHA	GS	SZ	BS	GÖ	HEL	ROW	EL	Ø
Gesundheitsamt	5	k.A.	5	3	4	3	k.A.	4	k.A.	5	5	4	5	5	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1	k.A.	k.A.	k.A.	4,08
Sozialdienst LKH	5	5	3	4	5	3	3	5	3	4	3	3	3	5	5	5	5	5	2	5	4	3	4,00
Sozial- u. Jugendamt	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5	4	5	4	3	3	3	4	3	3,90
LKH-Ärzte	4	5	4	4	3	4	3	5	4	4	4	4	2	5	3	4	5	4	4	3	3	4	3,86
Gerichte	4	3	5	5	3	4	4	4	4	4	5	4	1	3	4	3	3	4	2	k.A.	4	4	3,66
ambulante Beratung	3	4	4	4	4	4	k.A.	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	k.A.	3	5	3	4	3,55
ndgl. Allgemeinarzt	3	3	2	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	2	3	4	4	4	3	5	3,45
ndgl. Neurologe	4	2	5	3	3	3	3	5	k.A.	3	3	4	3	5	4	3	4	3	3	1	3	5	3,42
Krankenhäuser	2	3	3	2	3	4	4	4	4	3	5	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	5	3,36
Sozialstationen	2	3	3	5	4	4	3	4	3	3	4	5	2	4	4	3	4	3	2	3	3	2	3,31
Polizei	4	4	2	3	3	3	2	4	2	4	4	3	2	3	3	3	2	3	2	5	4	2	3,04
Kommunal-Verwaltung	2	2	3	1	3	4	2	3	3	4	4	4	2	k.A.	3	3	2	2	2	5	4	4	2,95
Ordnungsamt	4	3	2	3	3	2	3	4	4	2	2	4	3	3	2	4	3	1	2	4	3	4	2,95
Werkstatt f. Behinderte	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4	4	1	2	3	3	4	2	5	k.A.	3	5	2,90
Wohnheim	3	2	2	3	4	3	3	4	4	2	3	4	1	2	3	3	3	3	5	k.A.	1	2	2,85
Therapeutische WG's	k.A.	2	1	2	4	3	3	5	k.A.	2	3	k.A.	1	5	k.A.	2	k.A.	3	5	2	1	k.A.	2,75
Tagesstätten	2	k.A.	1	3	1	k.A.	k.A.	k.A.	3	1	2	k.A.	1	1	4	1	3	2	1	4	1	k.A.	1,93
Sozialarbeiter der AOK															5								5,00
Selbsthilfe																			5				5,00
DPWV																			5				5,00
Bewährungshilfe		4															4						4,00
Klienten-Umfeld		4																					4,00
Betriebe		4																					4,00
Suchtberatung																	4						4,00
Diakonie-Beratung			3													4							3,50
Arbeitsamt	3			3	3			3															3,00
Rentenversicherung	3																						3,00
Kinderschutzbund		3																					3,00
Altenheim		3																					3,00
Krankenkasse		2																					2,00
Schulen							2																2,00

Quelle: eigene Erhebungen

Datenanalyse

Anhand der Tabelle 6-8 wird ersichtlich, daß die Liste der in der Fragestellung vorgegebenen potentiellen Kooperationspartner Sozialpsychiatrischer Dienste unzureichend war. Sie wurde bei der Beantwortung der Frage insgesamt um 14 Stellen erweitert, was in etwa einer Verdoppelung der Antwortvorgaben entspricht. Die unter "Sonstige" am häufigsten benannten Stellen sind: Arbeitsamt, Bewährungshilfe und Beratungsstellen des Diakonischen Werkes.

Nach dem exakten rechnerischen Durchschnittswert zu urteilen, sind die Gesundheitsämter die Stellen, mit denen Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen mit der größten Intensität kooperieren. Allerdings basiert dieses Ergebnis auf die Angabe von lediglich 12 der 22 befragten Dienste. Die Durchführung der Befragung führte an dieser Stelle insofern zu Irritationen, als daß manche Dienste, die sich in öffentlicher Trägerschaft "beim" Gesundheitsamt befinden, die Intensität der Kooperation "im eigenen Hause" für selbstredend hielten und damit bei der Beantwortung ausklammerten. Andere Dienste hingegen haben gleichwohl die Kooperationsintensität "im eigenen Hause" mit der Höchstzahl der zu vergebenen Bewertungspunkte versehen. So betrachtet, ist dieses Ergebnis unter Vorbehalt zu werten.

Entsprechend der Angaben von 22 befragten Diensten können die **Sozialdienste der zuständigen Landeskrankenhäuser** als die **häufigsten** und intensivsten Kooperationspartner der Sozialpsychiatrischen Dienste angesehen werden. **An zweiter Stelle** folgen die **kommunalen Sozialdienste** (Sozial- und Jugendämter der Gemeinden und Landkreise). **An dritter Position** rangieren die **Ärzte der jeweils zuständigen psychiatrischen Kliniken**, gefolgt von den Gerichten, den übrigen ambulanten Beratungsstellen sowie den niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin. Erst an siebter Stelle folgen die niedergelassenen Ärzte für Neurologie/Psychiatrie. Die Positionen 8 und 9 werden von den Krankenhäusern und sonstigen Kliniken sowie den Sozialstationen eingenommen.

Die Tabelle 6-8 gibt Aufschluß darüber, daß Tagesstätten, therapeutische Wohngemeinschaften und sonstige flankierende Einrichtungen, z.B. Wohnheime, zu den Stellen gehören, mit denen die 22 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste nur geringe kooperative Beziehungen unterhalten. Etwas intensiver ist die Kooperationsintensität mit den Werkstätten für Behinderte, den Ordnungs- und Straßenverkehrsämtern, Kommunalverwaltungen und der Polizei.

Ergebnis

In der oben dargestellten Reihenfolge der Kooperationsintensitäten wird deutlich, daß sich die Mehrzahl der Kontakte auf solche Einrichtungen beziehen, die als öffentlich-rechtliche Einrichtungen mit Pflichtversorgungsaufgaben befaßt sind. Erst an sechster Stelle werden Beratungsstellen genannt, die zumindest anteilig nicht öffentlich-rechtlich organisiert sind.

Auch die behandelnden Ärzte werden relativ selten benannt. An den Schluß der Reihe sind die Einrichtungen gelangt, die sich mit der alltäglichen Betreuung, Begleitung und Stabilisierung der psychisch behinderten Menschen befassen.

Das deutliche Übergewicht der öffentlich-rechtlichen Einrichtungen bei der Nennung von Kooperationspartnern der Sozialpsychiatrischen Dienste ist einerseits verständlich, soweit Aspekte der Sicherung der öffentlichen Ordnung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst als vorrangige Aufgabe begriffen werden. Gemessen an den Anforderungen an die Sozialpsychiatrischen Dienste, die auch Prävention und Gestaltung der psychosozialen Versorgung in der Kommune benennt, zeigt sich, daß die Sozialpsychiatrischen Diensten zum Zeitpunkt dieser Erhebung diesen Aufgaben noch wenig gerecht werden.

Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse der Erhebung

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung bedürfen noch der zusammenfassenden Darstellung und Bewertung, die in diesem Kapitel geleistet werden soll. Dabei sollen auch die wichtigen und aus den Daten belegbaren Zusammenhänge zwischen einzelnen Ergebnissen benannt und analysiert werden. Schließlich geht es darum, das Material bezüglich seiner Aussagequalität und Begründungsfähigkeit für Ausführungen in Band I der Arbeit zu sichten.

1. Das Nds.PsychKG 1978 und die Entwicklung und Qualität der sozialpsychiatrischen Versorgung in den Regionen

In den Fragen des ersten Teils der Erhebung (**Fragenkomplex 1**) wurden Umfang und Inhalte der seit der Verabschiedung des Nds.PsychKG 1978 neu geschaffenen ambulanten Hilfen untersucht. Mittelbar wurde damit der Grad der Umsetzung bzw. Erfüllung der Vorgaben des Gesetzes und der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête erkundet und geprüft, in welchem Umfang das Gesetz versorgungsrelevante Effekte hatte. Von Interesse war insbesondere, wann welche Kommunen Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet haben und wie dies im einzelnen geschah. Ergänzend interessierte auch, in welchem Umfang die frei-gemeinnützigen Träger in die Gestaltung dieser Versorgung eingebunden wurden. Nicht zweitrangig stand aber auch die Frage nach der fachlichen Orientierung und Kontrolle (im Sinne planerischer und inhaltlicher Entwicklung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung) während des Aufbaus sozialpsychiatrischer Angebote an.

Die Umsetzung fachlich gebotener, eindeutiger Kriterien für die Funktionsfähigkeit und die Versorgungsqualität ist, dies hat sich gezeigt, nicht explizit Gegenstand des gesetzlichen Auftrages und hat folgerichtig auch in den Kommunen bzw. zwischen diesen nicht zu einer fachlichen Verständigungs- und Kontrollebene geführt. Die Berichte über Mängel und Ausbaufizite der psychiatrischen Versorgung (etwa in den Sozialpsychiatrischen Diensten), die durch die Besuchskommissionen bzw. den Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung erstellt werden, können in diesem Zusammenhang nicht als effiziente Kontrolle gewertet werden.⁵⁹¹ Die Selbsteinschätzung der erreichten Versorgungsqualität für die primäre Zielgruppe Sozialpsychiatrischer Dienste (die Gruppe der chronisch psychisch kranken Erwachsenen) durch deren Mitarbeiter fällt noch im Jahre 1991 deprimierend aus: 85,2 % der Dienste (N=47) schätzen die ambulante Versorgung dieser Menschen als defizitär ein.⁵⁹² Damit bleibt festzuhalten, daß (obgleich diese Versorgung eine unmittelbare Aufgabe der Kommunen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ist und mehr als 9/10 aller Dienste in kommunaler Trägerschaft geführt werden und damit ganz überwiegend in eigener Handlungs- und Durchführungsverantwortung) die Mitarbeiter der befragten Dienste ihre eigene Arbeit und die erreichten bzw. erreichbaren Effekte der Versorgung als insuffizient beurteilen. Vor dem Hintergrund der rechtlichen (und damit gesellschaftlichen) Interessen, die in Gesetzen wie dem Nds.PsychKG 1978 wirksam wurden und werden, kann es nicht überraschen, daß die Kommunen in direkter Umsetzung ordnungsrechtlicher Intentionen des Gesetzes ganz überwiegend selber zu Trägern des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurden und so die angestrebten Maßnahmen der Verbesserung und Organisation angemessener Hilfen in ihrer eigenen finanziellen und fachlichen Verantwortung behielten. In der Regel in das Gesundheitsamt integriert, sind die Dienste über die klassischen Handlungsperspektiven behördlicher Hilfestellungen und Kooperationsformen nicht hinausgelangt. Ob und welches

591 Erfahrungsgemäß haben die entsprechenden Gegenüber in den Kommunen und im Sozialministerium seit 1978 auf die Hinweise der Kommissionen und des Ausschusses nicht, sehr verzögert und z.T. mit später als falsch erkannten Aussagen reagiert. - siehe hierzu Band I der Arbeit.

592 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 19, dortige Tabelle 15

Erneuerungs- und Entwicklungspotential⁵⁹³ in der Übernahme der sozialpsychiatrischen Versorgung durch andere, nichtkommunale Träger gelegen hätte, kann auf der Basis der vorhandenen Daten durch diese Arbeit nicht erhellt werden.

In allen befragten Gebietskörperschaften entstand ab 1978 neben den Sozialpsychiatrischen Diensten eine Vielzahl psychosozialer Angebote. Diese Entwicklung begann mit der "Psychiatrie-Reform" ab 1975, in deren Verlauf die Dichte des Versorgungssystems deutlich zugenommen hat. Eine große Anzahl von Institutionen wurde gegründet und differenzierte Angebote wurden in das zum Teil nicht oder kaum bestehende psychosoziale Versorgungsnetz aufgenommen. Mit der Versechsbzw. mehr als Versiebenfachung der Rate an Angebotsgründungen durchschnittlich je Jahr ist der beträchtliche Entwicklungsschub für die psychosoziale Versorgung unübersehbar. Die absolute Zahl von Angeboten ist vom Jahre 1974 (22 Angebote) bis zum Jahre 1986 (107 Angebote bzw. 129 Angebote einschließlich der Sozialpsychiatrischen Dienste) in den befragten Regionen um nahezu 500 % bzw. 600 %⁵⁹⁴ gestiegen. Einerseits ist diese Entwicklung in Richtung einer Vielzahl von Angeboten zu begrüßen, andererseits bestehen keine Hinweise darauf, daß dieses Wachstum planvoll und bedarfsorientiert entstand. Insbesondere haben die Kommunen an der Ausdifferenzierung und Vervielfachung von Angeboten keine planerischen Anteile und somit auch keine Kontrolle über die Kosten⁵⁹⁵ der psychosozialen Versorgung. Die regionalen Versorgungskennzahlen⁵⁹⁶ differieren dabei von einem psychosozialen Angebot je 182.000 Einwohner im Landkreis Hannover (wengleich sich durch die Nachbarschaft zur Landeshauptstadt Hannover eine Relativierung dieser Zahl ergibt) und einem Angebot je 8.000 Einwohner in der Versorgungsregion Emden um den Faktor 22. Bei den geschaffenen Einrichtungen der Jahre nach 1975 ergeben sich sehr weitgehende Fortsetzungen der auch schon früher praktizierten Schwerpunktsetzung für psychosoziale Einrichtungen. Ganz unmittelbar sozialpsychiatrische Angebote sind, mit Ausnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste selber, flächendeckend nicht entstanden.

Auch die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte ist ein Indiz für die Qualität der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung. Für 1986 wurden in Niedersachsen 219 Nervenärzte erfaßt. In der IES-ERHEBUNG 1992 wird von 196 Nervenärzten ausgegangen.⁵⁹⁷ Mit der erheblichen Zunahme der Zulassungszahlen bis 1994 infolge der "Gesundheitsreform" wird sich dieses Bild wieder merklich verändert haben. Die Versorgungsdichte durch niedergelassene Nervenärzte ist, mit sehr starken Schwankungen, mit 1 : 32.893 im Durchschnitt zum Erhebungszeitpunkt als genügend zu bezeichnen. Die Konzentration auf die Ballungsgebiete und städtischen Regionen führt einerseits zu hochversorgten Regionen und andererseits zu ländlichen Gebieten, in denen auf einen Nervenarzt weit mehr als 50.000 Einwohner kommen. Diese Ungleichgewichtigkeit zwischen städtischen und ländlichen Regionen wird durch die IES-ERHEBUNG 1992 gestützt: Im Gegensatz zu Praxen in städtischen Versorgungsregionen, die 46 % ihrer Patienten im Umkreis von bis zu 5 km zur Praxis und insgesamt 69 % ihrer Patienten im Umkreis von bis zu 10 km zur Praxis erreichen, sind bei Praxen in ländlichen Regionen im engeren Einzugsgebiet bis zu 5 km nur ein Drittel der Patienten zu erreichen, im Umkreis von bis zu 10 km 61 % aller Patienten. 39 % der Patienten in ländlichen Praxen (31 % bei städtischen Praxen) wohnen 10 km und mehr von der Praxis entfernt.⁵⁹⁸ Die Angaben zur psychotherapeutischen Versorgungsdichte in Niedersachsen sind aus

593 Zu den (eventuell verlorenen) Potentialen wird auf Band I der Arbeit verwiesen.

594 exakte Werte: 486 % und 586 %

595 Zwar kontrollieren die Kommunen die Kosten der von ihnen vorgehaltenen Angebote sehr wohl, wo aber frei-gemeinnützige oder private Träger auftreten, führen die rechtlichen Verpflichtungen der örtlichen Sozialhilfeträger zu z.T. erheblich ausgeweiteten Haushalten.

596 Hier bezogen auf alle den Sozialpsychiatrischen Diensten bekannten Einrichtungen je tausend Personen Wohnbevölkerung.

597 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 3

598 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 23, dortige Tabelle 1

anderen Quellen abgeleitet. In Niedersachsen ist die nervenärztliche Versorgungsdichte mit 1 : 32.893 deutlich, aber nicht gravierend besser als die psychotherapeutische mit 1 : 35.311 (7,4 % weniger Dichte im Landesdurchschnitt). Dennoch zeigen sich auf der Ebene der mittleren Verwaltungseinheiten (Regierungsbezirke) deutlichere Unterschiede, da sich die psychotherapeutisch orientierten Praxen noch stärker als die reinen nervenärztlichen Praxen in den städtischen Ballungsgebieten befinden und die ländlichen Bezirke deutlich unterversorgt sind. Hauptanbieter psychotherapeutischer Angebote sind Ärzte und unter diesen ganz überwiegend die niedergelassenen Nervenärzte. Nach der IES-ERHEBUNG 1992⁵⁹⁹ weisen immerhin 37,6 % der im Jahre 1991 befragten 93 Nervenarztpraxen ihren Schwerpunkt in der Psychotherapie aus.

Bei der Einbindung vorhandener oder spezialisierter Dienste werden durch die Delegationsmöglichkeiten des Nds.PsychKG 1978 Hilfen gemäß des zweiten Teils des Gesetzes von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. den Kommunen an Dritte gegeben. Traditionell werden Aufgaben aus dem Suchtbereich übertragen, da dieser Bereich schon immer stark von konfessionellen und frei-gemeinnützigen Trägern besetzt war. Die Kommunen, die sich an der Befragung beteiligt haben, haben zu etwa Dreivierteln (72 %) Aufgaben des Nds.PsychKG 1978 an Träger delegiert, ohne daß dies durch öffentlich-rechtlichen Vertrag geregelt ist. Dabei hat sich die Einbindung frei-gemeinnütziger Träger oder konfessioneller Verbände seit dem Inkrafttreten des Nds.PsychKG 1978 deutlich erhöht. Der Schwerpunkt der Arbeit dieser Träger liegt in der Drogen- und Suchtarbeit, ebenso wie bei den Angeboten im Rahmen öffentlich-rechtlicher Delegationsverfahren. Hier beträgt die Quote der Kommunen, die im Rahmen eines Vertrages delegieren, etwa ein Drittel.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich in der Folge der Psychiatrie-Reform ab 1975 und mit der Einführung des Nds.PsychKG 1978 eine Reihe von Neugründungen psychosozialer Angebote in den Kommunen etabliert hat. Eine auf fachlicher Ebene oder auf der Basis von zentraler Planung entstandene Versorgungssituation konnte dabei in keiner befragten Kommune festgestellt werden. Diese Aussage kann anhand der Ergebnisse der Befragung als schließende Bewertung der Angaben zum regionalen Angebot sozialpsychiatrischer bzw. psychosozialer Hilfeinrichtungen getroffen werden. Der Aufbau von Sozialpsychiatrischen Diensten durch die Kommunen hat sich weitgehend als die Errichtung entsprechender Abteilungen an den Gesundheitsämtern vollzogen. Entsprechend deutlich ist die Einbindung in und Konzentration auf Amtsroutinen ausgeprägt.

Durch den **Fragenkomplex 2** sollten die soeben benannten institutionellen Strukturen der ambulanten Dienste hinterfragt und insbesondere die Einbettung der Dienste in die Organisation der öffentlichen Verwaltung transparent gemacht werden. Aussagen über das Ausmaß an Reibungsverlusten beim Auf- und Ausbau einzelner Dienste sowie hinsichtlich der Aufgabenerfüllung nach dem Nds.PsychKG 1978 sollten illustrieren, in welchem Umfang die Dienste in den Ämtern mit dem behördlichen Alltag des öffentlichen Gesundheitsdienstes befaßt sind.

Die bürokratische Eigenständigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste ist dabei allein betrachtet ein marginaler Faktor bei der Beurteilung. Aber es zeigte sich, daß die Analyse dieser Dimensionen durchaus fruchtbar war: Die Anzahl der vollständig eigenständig handelnden Dienste (bezogen auf die erfaßten Handlungsdimensionen) ist mit etwa einem Viertel gering, insbesondere dann, wenn die Forderungen gemäß der Psychiatriereformbewegung nach einem sozialpsychiatrisch handelnden, multiprofessionellen Team als Maßstab herangezogen werden, die sich aus der Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der gemeindeorientierten Versorgung ergeben.⁶⁰⁰ So läßt sich für die Sozialpsychiatrischen Dienste in öffentlicher Trägerschaft aufgrund der Ergebnisse der Befragung feststellen, daß Akteneinsicht und Schutz der sensiblen Klientendaten insgesamt nicht den datenschutzrechtlichen

599 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992, Seite 5, dortige Tabelle 4

600 Zur Funktion und Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste: siehe die Ausführungen in Band I der Arbeit.

Bestimmungen und Empfehlungen entsprechen. Die angemessenen Möglichkeiten datenschutzrechtlich unbedenklicher Einsichtsregelungen werden nur in einem der erfaßten Dienste eingehalten. Demgegenüber antworten die beiden Sozialpsychiatrischen Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft uneinheitlich:

- Beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Celle haben die Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenschwestern uneingeschränkten Zugang zu den Klientenakten, die Verwaltungskraft eingeschränkt.
- Beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Uelzen haben alle Mitarbeiter des Dienstes Zugang zu den Klientenakten und damit zu den sensiblen Betreuungsdaten.

Die Antworten der beiden Dienste in nichtöffentlicher Trägerschaft geben keine direkten Hinweise auf datenschutzrechtliche Probleme; die Besonderheit im Uelzener Dienst ist weiter oben⁶⁰¹ diskutiert worden.

Die Befragung hat ergeben, das bei ca. zwei Dritteln der Dienste weniger geeignete Arbeitszeitregelungen für die dort Beschäftigten bestehen, die mit zum Teil erheblichen Einschränkungen des Dispositionsfreiraumes über die Arbeitszeit einhergehen. Gemessen an der inhaltlich sinnvollen freien Verfügung über die eigene Arbeitszeit, kann lediglich für die Dienste der Landkreise Celle, Osterholz und Hildesheim sowie der Stadt Wolfsburg, die freie Arbeitszeitregelungen, teilweise in Kombination mit "Nur 40-Stunden-Limit", ermöglichen, eine praxismäßige Regelung belegt werden. Durch diese relativ geringen Quoten flexibler Arbeitszeitregelungen konnten in Einzelfällen ungünstige Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Dienste festgestellt werden. Bei der Mehrzahl der Sozialpsychiatrischen Dienste fällt Mehrarbeit in Form von Überstunden regelmäßig an. Die Höhe der durchschnittlichen Überstundenangaben stimmt mit den Rahmenbedingungen zur gleitenden Arbeitszeitregelung gut überein und läßt die Angaben plausibel erscheinen. Die Vergütung von Überstunden erfolgt mehrheitlich durch Freizeitausgleich, d.h. bei den Angaben handelt es sich in der Regel um die Bestätigung der Regelungen im Modell der gleitenden Arbeitszeit. Die Bereitschaft bzw. dienstplanmäßige Möglichkeit zu Hausbesuchen nach 17.00 Uhr als ein Indikator für klienten- und arbeitsfeldgerechte Arbeitsorganisation wird in keinem der befragten Dienste eingeschränkt. Überstunden als angeordnete Mehrarbeit zur Ausweitung von Arbeitskapazität der Dienste wurde in keinem Fall festgestellt.

Durch die Befragung konnte ein Kriseninterventionsdienst in keiner der befragten Kommunen festgestellt werden. Dieses Verständnis von Krise ist überraschend und bedeutet, daß der Verzicht auf institutionalisierte Interventionskapazitäten Menschen in psychischen/psychiatrischen Notlagen auf die in aller Regel fachlich ungeeigneten Dienste von Polizei, Feuerwehr und Notfallambulanz beliebiger Akutkrankenhäuser oder Hausärzte zurückwirft. Allerdings können außerhalb eines tatsächlich eingerichteten, institutionalisierten Krisendienstes ca. 90 % der hauptamtlichen Mitarbeiter in den Sozialpsychiatrischen Diensten Kriseninterventionen im Bedarfsfall, also außerhalb der regulären Dienstzeiten, betreiben. Lediglich für die Beschäftigten in den Diensten der Städte Wolfsburg und Braunschweig existieren Einschränkungen. Da keine der befragten 22 Kommunen über einen organisierten Kriseninterventionsdienst verfügt, sind die privaten "Sondereinsätze" stets als einzige psychiatrische Kriseninterventionsmöglichkeit zu betrachten, über die die Kommunen (neben dem ärztliche Notdienst) - informell - verfügen. Von den 22 befragten Diensten gaben 19 (86 %) einen Ausgleich der Kriseneinsatzzeiten in Form von Freizeitausgleich an.

601 siehe vorliegende Arbeit, Band II, Seite 58 f

Die Mobilität von Sozialpsychiatrischen Diensten und die Handhabung von Dienstreiseformalia zeigen sich insgesamt als durchaus den Aufgaben gemäß entwickelt, wenngleich die Nachbesserungspotentiale nicht verborgen bleiben. Daß die Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten ihre Mobilität ganz überwiegend dem Einsatz privateigener Kraftfahrzeuge verdanken, macht an einem weiteren Detail die denkbar knappe Ausstattung dieses sozialen Hilfeangebotes deutlich. Die Formalia bei der Genehmigung und dem Nachweis von Dienstreisen halten sich ganz überwiegend in einem Rahmen, der vor dem Hintergrund der gesetzlichen bzw. verwaltungsspezifischen Vorschriften als akzeptabel bezeichnet werden kann.

Die zum Teil sehr deutliche Streuung der Konditionen für die Arbeit der Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste ist durch fachliche Vorgaben nicht zu erklären. Im Interesse einer qualitativ und quantitativ genügenden Versorgung der Bevölkerung wäre eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen (gegebenenfalls durch eine den Aufgaben angemessene Liberalisierung der Arbeitsbedingungen) anzustreben. Unmittelbare Hinweise auf datenschutzrechtlich bedenkliches Handeln haben sich konkret in einem Fall ergeben, wenngleich insgesamt die Praxis der Aktenführung und -einsicht nicht ohne Bedenken betrachtet werden kann.

Die durch den **Fragenkomplex 3** erfolgte Analyse des Ist-Zustandes der Personalstruktur der ambulanten Dienste und der inhaltlichen Merkmale der praktischen Arbeit der Bediensteten (faktische Aufgabenwahrnehmung, Bürger-nähe, konzeptionelle Arbeitsgrundlagen, Ausbildungsstand des Personals) sollte zur Bestimmung der Bandbreite struktureller und personeller Leistungsmerkmale der Dienste führen. Dabei dienen die Empfehlungen des Niedersächsischen Sozialministeriums aus dem Jahre 1981 als Anhaltspunkte für genügende bzw. ungenügende Ausstattungsqualität.⁶⁰²

Die Auswertung der Fragen zeigte, daß sich bei 21 von 22 Diensten (>95 %) Aufgabenstellungen ergeben, die der Gesetzgeber nicht vorgesehen hat und die damit eine Aushöhlung des Nds.PsychKG 1978 Ausdruck verleihen. Dennoch können bei differenzierter Betrachtung die gegebenen Leistungsprofile für 10 von 22 Diensten (>45 %) als adäquate Aufgabenkataloge bezeichnet werden. Bei 11 Diensten (50 %) hingegen ergeben sich Aufgabenstellungen, die nicht mit den angemessenen und gesetzlich verankerten Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste zu vereinbaren sind. Die durch diese Aufgaben gebundenen zeitlichen und personellen Ressourcen sind dabei nicht als vernachlässigbar zu bezeichnen. Der Katalog der nicht angemessenen, auch gesetzlich nicht bezeichneten Aufgaben hat eine große Bandbreite (etwa von der Übernahme von Sozialamtsaufgaben bis hin zu Beratungen gemäß § 218 StGB) und führt zu einer datenschutzrechtlich und unter dem Aspekt hoheitlicher Verwaltung zweifelhaften Verbindung von kommunalen Aufgabenfeldern. Diese Verbindung von Aufgaben korrespondiert mit dem Bild bestehender schriftlicher Konzeptionen: Jeweils die Hälfte der Sozialpsychiatrischen Dienste arbeitet auf der Grundlage einer solchen Konzeption bzw. ohne eine solche. Von den Diensten mit schriftlichen Konzeptionen überwiegen jene, bei denen die Mitarbeiter der Dienste an der Erstellung beteiligt waren (4 Dienste) oder diese selbst erstellt haben (5 Dienste). Nur in zwei Fällen hat der Amtsleiter die Arbeitsgrundlage allein erstellt. Leider wurde keine genügende Anzahl schriftlicher Konzeptionen zur Verfügung gestellt (angesichts der Organisation einer öffentlichen und gesetzlich umschriebenen Aufgabe der kommunalen Allzuständigkeit eine Tatsache, die an sich ein bezeichnendes Licht auf das Selbstverständnis der Dienste wirft), daher mußte auf die qualitative Analyse und Bewertung von Konzeptionen verzichtet werden.

602 vgl. NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069, a.a.O.

Die Ergebnisse bezüglich der Arbeitsplatzbeschreibungen sind, ähnlich wie bei der schriftlichen Konzeption für die Dienste, uneinheitlich: Jeweils die Hälfte der Sozialpsychiatrischen Dienste arbeitet auf der Grundlage von Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. ohne diese. Von den Diensten mit Beschreibungen sind jene, bei denen die Mitarbeiter der Dienste an deren Erstellung beteiligt waren (5 Dienste) oder diese selbst erstellt haben (4 Dienste), in der Mehrzahl. Nur in zwei Fällen hat der Amtsleiter die Arbeitsgrundlage allein erstellt. Auch hier müssen, da keine genügenden Anzahl an Arbeitsplatzbeschreibungen zur Verfügung gestellt wurde, weitergehende Analysen unterbleiben.

Die Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen ist, mit wenigen Ausnahmen, defizitär. Dieser Befund der Erhebung aus dem Jahre 1986 wird durch nachfolgende Studien, wenngleich diese den Aspekt mit geringerer Differenzierung erfragt haben, in der Tendenz aktuell bestätigt. Die mangelnde Personalausstattung und die bei der Hälfte der Dienste durch sachfremde Arbeitsanteile gebundenen Personalressourcen (im Durchschnitt etwa ein Zehntel der Mitarbeiter) vermitteln den Eindruck, daß die kommunale Aufgabe der sozialpsychiatrischen Versorgung gemäß des Nds.PsychKG 1978 von den Kommunen nicht mit allem Nachdruck entsprechend der Vorgaben und fachlich notwendigen Rahmenrichtlinien erbracht werden.

Auch die Tatsache, daß gerade ein Drittel der Dienste von einem Arzt für Psychiatrie/Neurologie geleitet wird, macht deutlich, daß die Bedeutung der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Versorgungshandeln seitens der Kommunen fachlich und personell nicht mit dem gebotenen Nachdruck in konkrete Angebotsqualität umgesetzt wurde. Die nicht geringe Zahl der offenen Stellen verdeutlicht darüber hinaus, daß die Kommunen als Träger oder Auftraggeber der Dienste die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in ihren Stellenpläne durchaus vollziehen, ohne jedoch den Rahmenseetzungen in der Konsequenz gerecht zu werden. Die Einbindung von konsiliarisch Tätigen konnte in einem insgesamt geringen Umfang festgestellt werden.

Die Mehrzahl der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste bestätigt, daß ihre Klienten die jeweiligen Dienste zumindest anteilig nur unter Schwierigkeiten erreichen können. Die subjektiv benannten Gründe hierfür spiegeln neben infrastrukturellen Gegebenheiten, die eng mit der städtischen bzw. ländlichen Lage der Dienste zusammenhängen, auch die personelle Ausstattung der Dienste wieder. Deutlich wird auch, daß die Klienten aufgrund ihrer sozialen Lage vermehrt auf öffentliche Verkehrsangebote angewiesen sind, die aber weder in ihrer Qualität noch bezüglich ihrer Preisgestaltung als genügende Angebote angesehen werden können.

Auch die Analyse von Sprechstundenangeboten der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen ergab bei den 22 befragten Einrichtungen ein uneinheitliches Bild, was die Zahl der je Sprechstundenangebot zu versorgenden Bewohner, die flächenmäßige Zuordnung zu einzelnen Sprechstundenangeboten und die von den Klienten zurückzulegenden Entfernungen bis zu den Orten der Sprechstundenangebote angeht. Insgesamt zeichnet sich eine bessere Versorgungssituation in den städtischen Regionen ab; dieses Ergebnis kann nicht überraschen, da dort erfahrungsgemäß wesentliche Faktoren wie Entfernung und öffentlicher Personennahverkehr günstiger beschaffen sind. Bezogen auf den gesetzlichen Auftrag des Nds.PsychKG 1978 kann von einer einheitlichen Schaffung gleicher Lebensverhältnisse und Versorgungsqualität, selbst unter Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten, nicht ausgegangen werden.

Die fachlichen Qualifikationen, insbesondere die zusätzlichen Ausbildungen der Mitarbeiter in den Sozialpsychiatrischen Diensten, können auf Grund geringer Fallzahlen in den einzelnen Berufsgruppen, nicht verallgemeinert dargestellt werden. Von den 192 beschäftigten Mitarbeitern unterschiedlicher Professionen in den 22 befragten Sozialpsychiatrischen Diensten haben 15,1 % eine Zusatzausbildung absolviert. Dies weist keinen besonders

hohen Anteil an fortgebildeten bzw. Zusatzqualifizierten Mitarbeitern aus, auch wenn in einzelnen Berufsgruppen z.T. höhere Quoten erreicht werden. Hierdurch und durch die Ergebnisse zur finanziellen Beteiligung der Arbeitgeber an Fortbildungen wird die Hypothese, den überwiegend kommunalen Arbeitgebern sei am Erwerb von Zusatzqualifikationen des Personals nicht sonderlich gelegen, im Trend bestätigt. Einerseits zeigt nur etwa ein Drittel der befragten Arbeitgeber ein diesbezügliches Engagement, andererseits belegen die z.T. wenig arbeitnehmerfreundlichen Bedingungen, mit denen die Arbeitgeber ihr "Engagement" verbinden, die Richtigkeit der Annahme.

Bei der Frage nach Störungen, die sich auf die alltägliche Arbeit der Beschäftigten in den Sozialpsychiatrischen Diensten auswirken, sind die vier häufigsten Nennungen (32 von 54 Nennungen) jene, die interne organisatorische, strukturelle und finanzielle Aspekte der Dienste berühren. Werden alle Nennungen zusammengefaßt, die diese interne Ebene der Dienstorganisation, -ausstattung und -anbindung betreffen, ergibt sich das Verhältnis von 43 zu 54 Nennungen, d.h.: ca. 80 % der Nennungen von Störungen beziehen sich auf diese Ebene. Eine derart hohe Quote ist vor dem Hintergrund der insgesamt benannten Probleme in den Sozialpsychiatrischen Diensten nachdrücklicher Hinweis auf die tiefgreifenden Mängel bezüglich der fachlichen, inhaltlichen und organisatorischen Unabhängigkeit und der überwiegend strikten Einbindung in kommunale Verwaltungsstrukturen. Ohne Zweifel macht auch die seit dem Nds.PsychKG 1978 umstrittene und insuffiziente Finanzierung dieses Bereiches die Leistungswirklichkeit in den Diensten problematisch.

Die von den Sozialpsychiatrischen Diensten geleisteten unterschiedlichen Hilfen wurden in **Fragenkomplex 4** einer genaueren Analyse unterzogen. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf dem Aspekt der von den Diensten erbrachten präventiven Hilfen. Hierbei erfolgte eine Differenzierung des Präventionsbegriffes, einerseits nach dem Selbstverständnis der Befragten, andererseits nach einer fachlichen, literaturgestützten Definition. Dieser Ansatz sollte die Feststellung der tatsächlich, und nicht der vermeintlich geleisteten Präventionsarbeit ermöglichen. Darüber hinaus wurden diverse Klientendaten zu Prävalenzraten⁶⁰³ (Inanspruchnahmeraten) der Dienste ermittelt. Auch Aussagen zu Ausgrenzungstendenzen bei bestimmten Problemgruppen innerhalb der Klientel wurden auf der Basis der Daten formuliert.

Zusammenfassend dargestellt, zeigt sich folgendes Bild: Die befragten Dienste setzen deutlich auf Einzelfallhilfen und Angehörigenarbeit, der Aufbau und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Notbereitschaftsdiensten bleiben demgegenüber zurück. Die Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch das IES 1991⁶⁰⁴ zeigt, daß die Versorgung der Bevölkerung durch Hilfeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen immer noch defizitär eingeschätzt werden muß und daß sich zwischen ländlichen und städtischen Versorgungsräumen mittlerweile sowohl in der Struktur der Hilfeangebote als auch in der Intensität der Betreuung entgegen des Ziels der allmählichen Angleichung der Verhältnisse eine immer stärkere Differenzierung ergeben hat. Dabei bleibt die Betonung von Einzelfallhilfen und Angehörigenarbeit weiterhin zuungunsten gruppenorientierter Hilfeangebote bestehen. In einzelnen Bereichen leisten die Sozialpsychiatrischen Dienste umfangreiche Beratungsarbeit. Eine Zusammenfassung sämtlicher Beratungstätigkeiten für Pfleger und Vormünder aus den drei Bereichen (psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig Behinderte) führt zu dem Ergebnis, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste annähernd die Hälfte (42,4 %), Jugendamt und Vormundschaftsgericht zusammen etwa ein Drittel (jeweils 16,7 %) und Sozialamt und sonstige Stellen zusammen etwa ein Viertel (12,9 % bzw.

603 Der Begriff PRÄVALENZRATE umfaßt hier die behandelte bzw. administrativ wahrgenommene Prävalenz; vgl. hierzu u.a. HOLLINGSHEAD/REDLICH 1975, Seite 133 ff; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (1969), Seite 65 ff

604 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 5 ff

11,4 %) der Beratungen durchführen. Dabei ist ein großer Anteil dieser Tätigkeit dem Auftrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht zuzurechnen. Zwar können durch diese Angaben keine direkten Rückschlüsse auf die zum Zeitpunkt der Befragung durch die Beratungen gebundenen Arbeitskapazitäten getroffen werden, noch nach rechtlichen Neuregelungen einen heute zutreffenden Zustand beschreiben, doch es ist beeindruckend, in welchem Umfang durch die Dienste aufgabenfremde Leistungen erbracht wurden. Beispielsweise werden die nicht unmittelbar aus dem Nds.PsychKG 1978 ableitbaren Aufgaben der Beratung und Betreuung psychisch kranker und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher von den Diensten nach deren eigener Einschätzung im Durchschnitt aller Regionen relativ häufig wahrgenommen. Dies kann, ohne genaues Wissen über die dadurch gebundene Arbeitskapazität der Dienste, als ein weiteres Indiz für die fachlich-inhaltlich ungenügende Aufgabenklarheit gelten.

Von den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten wurden von den insgesamt erbrachten Hilfen (100 %) 24,6 % den vorsorgenden, 36,4 % den begleitenden und 39,0 % den nachgehenden Hilfeangeboten zugerechnet. Die detaillierte Analyse der angegebenen Hilfeformen erbrachte eine Korrektur dieser Einschätzungen dahingehend, daß von den insgesamt erbrachten Hilfen (100 %) nur 11,5 % primärpräventiven, 28,0 % sekundärpräventiven und 7,0 % tertiärpräventiven Hilfeangeboten zugerechnet werden können, sofern die von Caplan formulierten Präventionsansprüche angelegt werden. Dies bedeutet, daß von 100 % angegebenen vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen lediglich 46,5 % den fachlichen und inhaltlichen Kriterien eines zeitgemäßen fachlichen Versorgungs- und Betreuungsverständnisses entsprechen, wobei sich in den ländlichen Gemeinden und deren Diensten eher eine Orientierung an den fachlichen und inhaltlichen Standards herausstellt. Aus welchen Gründen dies so ist, kann im Kontext dieser Erhebung nicht erhellt werden. Der Befund korrespondiert aber mit den Ergebnissen der IES-ERHEBUNG 1991 A, die ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Diensten und den von ihnen erbrachten Hilfen ausweist.⁶⁰⁵

Das aus beiden Untersuchungen und anderen Quellen ergänzend bestätigte Resumé zu den erbrachten Hilfen durch Sozialpsychiatrische Dienste läuft auf die Feststellung hinaus, daß gemeinsame fachliche Standards in den Diensten und in der Gruppe aller befragten Dienste in Niedersachsen nicht auszumachen sind. In den erteilten Eigenauskünften der Dienste wird eine breite, z.T. desorientierende Wahrnehmung bzw. Arbeitsdefinition von Hilfeangeboten deutlich.

Bezüglich der unterschiedlichen Klientengruppen entsprechen die Inanspruchnahmequoten den Erwartungen für diesen Bereich der ambulanten Betreuung. Sie korrespondieren hinsichtlich ihrer Verteilung mit den Befunden der IES-ERHEBUNG aus 1991.⁶⁰⁶ Die befragten Sozialpsychiatrischen Dienste sind mit ihren Inanspruchnahmeraten bei der Betreuung im Durchschnitt bei relativ großer Streuung oberhalb der zum Zeitpunkt der Erhebung bekannten Leitzahlen für Niedersachsen zu verorten. Bei der Inanspruchnahme durch Männer und Frauen ergeben sich im Durchschnitt geringfügige Verschiebungen zwischen den Geschlechtern zugunsten der männlichen Betreuten gegenüber der Geschlechterverteilung in der Bevölkerung. Bei der Altersstruktur der betreuten Klientel ergeben sich Hinweise darauf, daß die Altersgruppen der 18-25-Jährigen und der ab 55-Jährigen gegenüber der Verteilung in der Bevölkerung unterproportional vertreten sind. Entsprechend häufiger sind Klienten der Altersgruppe der 26-54-Jährigen unter den betreuten Personen vertreten. Regionale Schwankungen bei diesen Verhältnissen lassen sich sehr deutlich belegen. Durch die Methodik der Befragung wurde die Erfassung der durch die Dienste betreuten Kinder und Jugendlichen nicht vorgenommen; deshalb können hierzu keine Angaben gemacht werden.

605 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 4 ff

606 INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 11

Die Diagnose- und Problemgruppen, auf die die in den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Klienten entfallen, können als typische Verteilung bezeichnet werden, wie ein teilweiser Vergleich mit anderen Ergebnissen zeigt. Dabei wird deutlich, daß die Dienste vermehrt mit jenen Klienten zu tun haben, bei denen die Erkrankungen ursächlich oder begleitend zu sozialen Notlagen (Suchtklienten) oder in Krisensituationen (Psychose-Klienten) auftreten. Alle anderen Klientengruppen sind deutlich geringer vertreten.

Bei den Schutzmaßnahmen, die das Nds.PsychKG 1978 für psychisch Kranke benennt, wirken die Sozialpsychiatrischen Dienste mit. Durch die Erhebung in **Fragenkomplex 5** sollten das quantitative Niveau der angeordneten bzw. durchgeführten Zwangsmaßnahmen nach dem Nds.PsychKG 1978 erfaßt und dann mit den Verhältnissen vor Inkrafttreten des Gesetzes abgeglichen werden. Vorrangig sollten dabei die Einweisungen betrachtet werden, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, in der Regel ohne Einsicht der betroffenen Patienten oder gegen deren Willen erfolgen. Diese werden nach den gefundenen Daten in den einzelnen Gebietskörperschaften sehr unterschiedlich häufig vorgenommen, dabei ergeben sich bei ca. jeder 20. Einweisung (~ 5 %) Wiederholungseinweisungen. Angesichts der tatsächlichen Verhältnisse in der Psychiatrie ist davon auszugehen, daß in absoluten Zahlen relativ wenige Patienten diesen Effekt auslösen, weil sich diese immer wieder in den Regelungskreisen von Ordnungsbehörden und psychiatrischer Unterbringung wiederfinden; häufig handelt es sich um alkoholranke oder chronisch psychisch kranke Personen mit geringen oder überhaupt keinen sozialen Bindungen, z.B. auch wohnungslose Menschen, die immer wieder in die "Drehtürpsychiatrie" gelangen. Die durchschnittliche Einweisungsquote je 100.000 Einwohner in den Gebietskörperschaften variiert sehr und kann nach der Unterscheidung von ländlichen zu städtischen Gebieten nicht erklärt werden. Neben den jeweils spezifischen Bedingungen der jeweiligen Regionen (Versorgungsdichte verschiedener Angebotstypen der psychosozialen Versorgung) erfolgen offensichtlich durch die jeweils regional tätigen Personen spezifische Ausprägungen und Auslegungen der für alle gleich geltenden Vorschriften, die sich deutlich beobachten lassen.

Mit 35,4 % Beteiligungsquote an allen erfolgten Einweisungen des Jahres 1985 in Niedersachsen gewinnen die öffentlich bediensteten Ärzte in den Gesundheitsämtern (Amtsärzte und psychiatrisch tätige Ärzte in Sozialpsychiatrischen Diensten) eine sehr deutliche Vorrangstellung, gefolgt von den in Krankenhäusern tätigen Ärzten mit einer Quote von 30,5 %. Dagegen bilden die niedergelassenen Ärzte (Psychiater und Allgemeinärzte) mit einer Beteiligungsquote von etwa einem Viertel der Einweisungen eine relativ kleine Gruppe. Einweisungen gemäß des Nds.PsychKG 1978 stehen zu einem beträchtlichen Teil nicht nur in ihrer ordnungspolitischen Funktion, sondern auch in ihrer praktischen Handhabung in der Folge tradierter "gesundheitspolizeilicher" Strukturen und werden dementsprechend von Bediensteten des Staates begutachtet. Rechnet man zu den Ärzten in den Gesundheitsämtern und Sozialpsychiatrischen Diensten jene Ärzte in Krankenhäusern hinzu, wurden nahezu zwei Drittel aller Einweisungen im Jahre 1985 durch öffentlich bedienstete oder in öffentlich-rechtlich gestalteten Strukturen beschäftigte Ärzte begutachtet. Dies wiegt um so schwerer, als das Gros dieser Ärzte aufgrund von Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsformen zu den von ihnen begutachteten Menschen keine intensivere oder überhaupt keine Beziehung hat und damit die Begutachtung aus situativer Einschätzung und relativ geringer Kenntnis der jeweiligen Personen vornimmt. Eine derartige Praxis ist mit einem biographiegeleiteten Verständnis psychischer Erkrankung und von Krisen im Sinne präventiver Hilfen nicht zu vereinbaren, obschon dieses Verständnis fachlich unbedingt geboten scheint.

Jeder zehnte nach Nds.PsychKG 1978 im Jahre 1985 eingewiesene Patient war zum zweiten oder n-ten Male in ein Landeskrankenhaus bzw. in eine psychiatrische Abteilung aufgenommen worden. Dabei handelt es sich um die Aufnahmen, die explizit als gesetzlich zulässige Maßnahmen gemäß des Nds.PsychKG 1978 erfolgten. Soweit es zu freiwilligen Aufenthalten kam, denen die Patienten/innen oder Betreuer unter der Androhung von

Zwangmaßnahmen zustimmten, und inwieweit diese zu berücksichtigenden Mehrfachaufnahmen⁶⁰⁷ führten, kann nicht gesagt werden. Es ist aber erfahrungsgemäß davon auszugehen, daß diese Quote sich nochmals deutlich erhöht. Auch in nachgehenden Untersuchungen sind für Niedersachsen diese Zahlen nicht erneut erhoben worden. Die Langzeitbeobachtung über mehrere Jahre hat gezeigt, daß die Quote der zwei- und mehrfach eingewiesenen Personen über die Jahre schwankt, im Durchschnitt aber die Angaben zur vorhergehenden Frage bestätigt: Etwa jeder zehnte Patient, der mit einer Einweisung gemäß Nds.PsychKG 1978 aufgenommen wurde, war nicht zum ersten Male auf diesem Weg in psychiatrische Behandlung und Unterbringung gelangt. Regionale Schwankungen können in diesem Zusammenhang nicht diskutiert werden, könnten aber z.B. durch die räumliche Nähe eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung ansatzweise erklärt werden.

Auf der Datenbasis von 21 befragten Kommunen kann festgestellt werden, daß in etwa 3/4 der Einweisungsfälle das Ordnungsamt der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft als Antragsteller beim zuständigen Amtsgericht fungiert, in 14 % der Fälle wird das Gesundheitsamt aktiv, und in rund 10 % obliegt die Antragstellung dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Prozentangaben sind wegen der geringen Fallzahlen nicht als repräsentativ anzusehen. Es ergeben sich aber zunächst keine Hinweise darauf, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste und Gesundheitsämter in hohem Maße bei der Einweisung von Patienten initiativ werden.

Aus den dargestellten Ergebnissen läßt sich eine im Durchschnitt gute Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an den zu einer gesetzlichen Einweisung gehörenden begleitenden Maßnahmen erkennen. Zugleich ist deutlich geworden, daß diese Beteiligung auf der Qualität der informellen Beziehungen beruht, die die Dienste (das Personal) in ihrer jeweiligen Region haben aufbauen können. Die geltende Gesetzeslage sieht für Sozialpsychiatrische Dienste keine Mitwirkungsrechte am Vollzug von Schutzmaßnahmen vor, geschweige denn, daß die Dienste zur Mitwirkung verpflichtet wären. Von daher ist es zu begrüßen, daß sich die Dienste zu einem großen Anteil in diese Maßnahmen eingebunden sehen und professionelle Hilfe bei der Abwicklung von Einweisungen leisten können. Insbesondere die Einbindung der Dienste bei relevanten Besprechungen und bei Entlassungen aus den Einweisungen bzw. den folgenden stationären Aufenthalten verweist auf eine funktionale Qualität der Dienste, die dem sozialpsychiatrischen Ansatz der Psychiatrie-Enquête entspricht.

Gegenüber diesen positiven Ergebnissen ergeben sich insofern negative Eindrücke, als daß mehr als zwei Drittel aller Sozialpsychiatrischen Dienste bei Einweisungen vom zuständigen Richter nicht oder nur sehr selten gehört werden, wenn sie nicht durch gutachterliche Aufträge eingebunden sind. Dieses Ergebnis ist gerade deswegen bedauerlich, als flächendeckend für alle Gerichtsbezirke des Landes eine formal qualifizierte Institution für die Beratung des Gerichtes bei dem Beschluß über freiheitsentziehende Maßnahmen zur Verfügung steht und so Alternativen zu gerichtlich anzuordnenden Einweisungen mit fachlicher und regionaler Kompetenz gefunden werden könnten. Ohne weitere methodologisch gesicherte Befragung der regional Beteiligten an den Einweisungsverfahren wird die auffällige Bevorzugung des einen bzw. des anderen Paragraphen des Nds.PsychKG 1978 bei der Antragstellung bzw. Begründung zu Einweisungen nicht zu erhellen sein. Daß diese Frage nicht nur "akademisch" ist, leitet sich schon aus den mit den jeweiligen Einweisungsbegründungen verbundenen prozessualen Folgen ab. Ebenfalls im Rahmen dieser Befragung nicht erfragt und somit zu klären war die Frage, ob unterschiedliche Einweisungsbegründungen unterschiedliche Verweildauern in stationärer Unterbringung bedingen.

607 Hierzu gehören auch jene Aufnahmen, die zunächst auf der Basis des PsychKG veranlaßt wurden, bei denen sich aber Patient und ggfs. Vormund oder Angehörige zu einem "freiwilligen" Aufenthalt entschlossen haben, um das gerichtliche Einweisungsverfahren nebst Anhörung innerhalb der Frist von einem Werktag nicht durchlaufen zu müssen.

Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten der Behandlungsempfehlung und Behandlungsaufgabe als außergerichtlich verfügte Maßnahmen vor der gesetzlichen Einweisung in stationäre Unterbringung werden nicht in dem Umfang wahrgenommen, wie es wünschenswert wäre. Im Idealfall sollten jeder Einweisung diese Formen der "milderen" Weisung vorangehen, bevor freiheitsentziehende Einweisungsbeschlüsse gefaßt werden. Die Verteilung der Antworten auf die Antwortkategorien erlaubt keinen eindeutigen Schluß, insbesondere auch deswegen nicht, weil keine Beziehung hergestellt werden kann zwischen ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen bzw. Behandlungsaufgaben und nachgehenden Einweisungsbeschlüssen, die konkrete Aussagen über die Wirksamkeit dieser Instrumente zuließen.

Annähernd zwei Drittel der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde mit Entlassungen unter Auflagen gemäß § 33 Nds.PsychKG 1978 konfrontiert. Die Verteilung der Antworten in den Antwortkategorien lassen keine eindeutigen Ergebnisse zu. Wie bei anderen Fragen liegt der Schluß nahe, daß den Diensten und ihren Mitarbeitern sowie den zuständigen Gerichten die instrumentellen Möglichkeiten des Nds.PsychKG 1978 nicht hinreichend bekannt sind und seit Einführung des Gesetzes keine ausreichenden praktischen Erfahrungen akkumuliert wurden.

Im abschließenden **Fragekomplex 6** sollten die Bedingungen des psychosozialen Versorgungssystems erhellt werden, unter denen Kooperationen mit den Sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen. Es wurden Form, Intensität und Niveau kooperativer Beziehungen ermittelt. Insbesondere erfolgte eine Fokussierung auf die Kooperationen zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen der stationären Psychiatrie. Es sollte festgestellt werden, ob es gelungen ist, ein verzahntes und verbindliches Verbundsystem der stationären und ambulanten Hilfeleistungen herzustellen. Darüber hinaus wurde über die Ermittlung der häufigsten Kooperationspartner Sozialpsychiatrischer Dienste eine Einschätzung des Qualitätsniveaus der Kooperationen vorgenommen.

Annähernd die Hälfte der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste (45,5%) geben für ihren Versorgungsbereich an, daß sie mit Entfernungen von 30 km und mehr (bis hin zu 180 oder 120 km) zu den versorgungsverpflichteten stationären Krankenhäusern offensichtlich beträchtliche Schwierigkeiten überwinden müssen, um ihre Klienten zu betreuen. In jedem Fall kann bei diesen Entfernungen von gemeindenaher Psychiatrie nicht gesprochen werden. Im Bericht der "Fachkommission Psychiatrie" des Niedersächsischen Sozialministeriums wird zu den Versorgungsregionen der Landeskrankenhäuser bzw. der psychiatrischen Großeinrichtungen und der "Versorgungsdominanz der Landeskrankenhäuser" dringender Neuordnungsbedarf für einige Regionen ausgewiesen,⁶⁰⁸ desgleichen wird die anhaltende Problematik der unterschiedlichen Versorgungsdichte und der damit verbundenen z.T. erheblichen Entfernungen angemerkt. Insgesamt scheinen die Kontakte zwischen versorgender stationärer Einrichtung und Sozialpsychiatrischem Dienst in der Mehrzahl der erfaßten Regionen gut ausgestaltet zu sein. Im Rahmen dieser Erhebung konnten qualitative Aspekte dieser Kontakte nicht weiter beleuchtet werden. Im Bericht der "Fachkommission Psychiatrie" des Niedersächsischen Sozialministeriums wird deutlich, daß innerhalb der verschiedenen Dimensionen von Kontaktgestaltung und Kooperation sehr große Differenzen bestehen: 87,2 % der erfaßten Dienste geben an, daß sie mit den Patienten stationär versorgender Einrichtungen vor der Entlassung Kontakt aufnehmen.⁶⁰⁹ Allerdings zeigt die genauere Analyse, daß immerhin ein Drittel der Dienste keine gemeinsamen Dienstbesprechungen mit den zuständigen stationär versorgenden Kliniken durchführen. Dies ist die höchste Einzelnennung der Antwortoptionen und macht eindrücklich deutlich, daß sich eine bestehende Kooperationsstruktur nicht zwingend in qualitativ benennbaren Arbeitsformen niederschlägt. Es verfügen 8 von 22 Diensten (~36,4 %) über keine oder nur geringe gemeinsame Arbeitsformen

608 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Seite 85

609 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 5

(hier Dienstbesprechungen), 6 (~27,3 %) über zumindest gelegentliche und nur 31,6 % über institutionalisierte Arbeitsstrukturen. Im Bericht der "Fachkommission Psychiatrie" des Niedersächsischen Sozialministeriums wird im Jahre 1991 immer noch von ca. 15 % der befragten Dienste eine Verbesserung in der Absprache mit den behandelnden Ärzten und bei der Berücksichtigung von Behandlungsvorschlägen gewünscht, Bereiche, die am ehesten dem in dieser Untersuchung benannten Kontext gemeinsamer Dienstbesprechungen nahekommen.⁶¹⁰

Bis heute (1998) hat sich eine Form der etablierten, leistungsfähigen und verbindlichen Absprache zwischen verschiedenen Trägern und Einrichtungen der psychosozialen Hilfen nicht als Regelfall eingestellt, zu den Implikationen dieser Frage sei auf Band I der Arbeit verwiesen. Der relativ hohe Anteil der Dienste, die sich um Besuche der Patienten in stationär versorgenden Einrichtungen bemüht, korrespondiert mit den Befunden der IES-ERHEBUNG 1991 A,⁶¹¹ bei der ca. 80 % der Dienste diese Besuche als häufige psychosoziale Hilfe benennen. Grundsätzlich kann ein solches Ergebnis nicht überraschen, steht die Kontaktaufnahme und Begleitung von stationären Aufgaben ja auch als gesetzlicher Auftrag im Nds.PsychKG 1978. Zunächst bleibt festzuhalten, daß - mit einer Ausnahme - alle befragten Dienste Patienten in den stationären Einrichtungen besuchen und den Kontakt sicherstellen. Die Kooperationsintensität mit diesen Einrichtungen, gemessen anhand des praxisnahen Indikators Kommunikation via Entlassungsberichten, ist nicht als hoch einzuschätzen. Ebenso sind die Formen der Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und stationär versorgenden Einrichtungen insgesamt nicht weit entwickelt: Neben den gemeinsamen Dienstgesprächen existieren weitere Kooperationsformen nur in geringem Umfang. Gemeinsame Fortbildungen machen dabei den nächstgrößten Anteil aus. Weitere Formen sind Gesprächsrunden auf Leitungsebene, Nachsorgeabsprachen und Hospitationen in den stationären Einrichtungen. Überraschend selten wird die Zusammenarbeit in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften angegeben, obgleich diese z.B. in der Psychiatrie-Enquête als ein wichtiger Kommunikations- und Verständnispunkt benannt sind. Die weiteren genannten Kooperationsformen werden je nur einmal angegeben und entsprechen z.T. regionalen Gepflogenheiten (wie z.B. Personalrotation). Die breite Streuung der Antworten mit einem hohen Prozentsatz von Antworten, die gelegentliche oder seltene Kontakte zur Sicherung der Nachsorge zwischen stationär versorgender Einrichtung und Sozialpsychiatrischem Dienst berichten (50 % der Nennungen), verweisen auf das Problem, dem Nds.PsychKG 1978 und seinen durchaus sinnvollen Aufträgen an die kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste Geltung zu verschaffen.

Bei der Hälfte der Dienste wird die zentrale Aufgabe der Nachsorge nach stationären psychiatrischen Behandlungen außerhalb gesicherter und regelmäßig genutzter Kommunikationsformen nach der Maßgabe gelegentlicher oder gar keiner Informationen aus den stationären Einrichtungen gehandhabt. Dies läßt auf eine eher zufällige Präsenz der Dienste schließen. Daß damit das Vorhandensein eines planvollen, leistungsfähigen und funktionierenden Nachsorgesystems verneint werden kann, erweist sich als zwingendes Resultat dieser Erhebung. In der aufgefundenen Reihenfolge der Kooperationsintensität, dargestellt anhand der Beziehungen zu den einzelnen Kooperationspartnern, wird darüber hinaus deutlich, daß sich die Mehrzahl der Kontakte auf solche Einrichtungen bezieht, die als öffentlich-rechtliche Einrichtungen mit Pflichtversorgungsaufgaben befaßt sind. Erst an sechster Stelle werden Beratungsstellen genannt, die zumindest anteilig nicht öffentlich-rechtlich organisiert sind. Auch die behandelnden Ärzte werden relativ selten benannt. Ganz nach hinten sind in der Reihenfolge die Einrichtungen gelangt, die sich mit der alltäglichen Betreuung, Begleitung und Stabilisierung der psychisch behinderten Menschen befassen. Das deutliche Übergewicht der öffentlich-rechtlichen Einrichtungen bei der Nennung von Kooperationspartnern der Sozialpsychiatrischen Dienste ist verständlich, soweit Aspekte der Sicherung der öffentlichen Ordnung

610 siehe die Ausführungen unter "Forschungsinteresse" zu Frage 601

611 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, a.a.O.

durch den Sozialpsychiatrischen Dienst als vorrangige Aufgabe aufgefaßt werden. Gemessen an den Anforderungen an die Sozialpsychiatrischen Dienste, die auch Prävention und Gestaltung der psychosozialen Versorgung in der Kommune beinhalten, zeigt sich, daß die Dienste zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung diesen Aufgaben noch wenig gerecht werden.

2. Wesentliche Ergebnisse der Erhebung

Die gefundenen Ergebnisse der Erhebung für das Jahr 1985 belegen, daß die gesetzlichen Vorgaben des Nds. PsychKG seit seiner Verabschiedung 1978 nur zögerlich und in weiten Teilen in einem sehr engen, bürokratischen Stil realisiert wurden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste konnten die ihnen im Gesetz, aber auch in der Psychiatrie-Enquête oder in der politischen Diskussion zugeordnete Funktion einer fördernden und gestaltenden zentralen Einrichtung im gemeindepsychiatrischen Versorgungs- und Hilfeangebot nicht einnehmen. Einerseits ist dies nachdrücklich durch die überwiegende und sehr enge Einbindung in die kommunale Verwaltung bedingt, andererseits kam es weder für die Sozialpsychiatrischen Dienste noch für den weiteren Bereich ambulanter Hilfen für psychisch kranke Menschen zu einer planvollen, differenzierten Entwicklung oder gar entsprechenden Mittelzuweisung aus den Landes- und/oder Kommunalhaushalten.

Sowohl in der Eindeutigkeit ihrer Arbeits- und Angebotsprofile als auch in der Qualität und Dichte von Kooperationsbeziehungen sind die befragten Sozialpsychiatrischen Dienste sehr unterschiedlich entwickelt und ausgerichtet. Gemeinsame inhaltliche und strukturelle Richtlinien in der konkreten Umsetzung des gesetzlichen Auftrages und der fachlichen Realisierung von abgestuften präventiven Aufgaben im Rahmen eines ambulanten Hilfeangebots bestehen offensichtlich nicht. Zwischen ländlich und städtisch geprägten Regionen bestehen keine signifikanten Unterschiede, wenngleich die am wenigsten entwickelten Regionen eher ländlich geprägt sind.

Besondere Aufmerksamkeit verdient dabei die Lage der Dienste in ihrer jeweiligen Versorgungsregion und die daraus resultierende Erreichbarkeit, insbesondere mit öffentlichen Verkehrsmitteln. In dem Flächenland Niedersachsen hat sich, durchaus den Erwartungen entsprechend, die örtliche Ansiedlung der Sozialpsychiatrischen Dienste in den zentralen Orten der Gebietskörperschaften ergeben, mit nur wenigen Außenstellen bzw. Außensprechstunden. Die vorgefundene Situation entspricht dabei weder den Bedürfnissen der überwiegend in ungünstiger sozialen Lage befindlichen Klienten, zumal diese fast immer auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind; die Situation kann auch - gemessen mit den Anspruchsnormen gemeindenaher bzw. gemeindeintegrierter Versorgung - als dem Bedarf nicht angemessen bezeichnet werden. Hinzu kommt, daß die Anteile der aufsuchenden Hilfen, die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste erbracht werden, in der Regel noch als gering einzuschätzen sind, wenngleich in einzelnen Fällen die Belastung der Mitarbeiter durch diese Aufgaben als hoch angegeben wird.

Die Zahl der Mitarbeiter in den Diensten hat sich mehrheitlich als defizitär erwiesen und hat somit direkt die zum Teil mangelnde Angebotstiefe und Mobilität bedingt. Nicht minder wichtig ist aber, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste zu einem beträchtlichen Anteil Aufgaben übernommen haben, die nach dem Nds. PsychKG 1978 nicht zu ihren Aufträgen zählen. Das in der Regel gut ausgebildete und hochgradig weiterqualifizierte Personal wird so durch Fehleinsatz und kontinuierliche Überbelastung durch Unterbesetzung lt. Stellenplanung in nicht geringem Umfang an der Erbringung fachlicher Leistungen und Hilfen im Sinne des gesetzlichen Auftrages gehindert.

Die jeweilige Aufgabenstellung der Dienste ergibt sich nicht allein aus dem Nds.PsychKG 1978, sondern wird durch Dienstanweisungen und bei etwa der Hälfte der befragten Dienste durch schriftliche Konzeptionen und Arbeitsplatzbeschreibungen geregelt. Dienstanweisungen konnten im Rahmen der Erhebung nicht analysiert werden, bei den Konzeptionen und Arbeitsplatzbeschreibungen ergaben sich außer der kaum detaillierten Aufzählung, ob und durch wen diese erstellt wurden, keine weiteren fruchtbaren Hinweise, da auswertbare Unterlagen nicht übersandt wurden.⁶¹²

Die Integration der Sozialpsychiatrischen Dienste in die jeweilige regionale Versorgungsstruktur und Angebotsvielfalt (von niedrigschwelligen bis hin zu stationären Hilfen) und, damit eng zusammenhängend, die Kooperation mit den Erbringern von Leistungen im näheren und weiteren Umfeld, kann als überwiegend unzureichend bis hin zu nicht existent bezeichnet werden. Auch wenn es in vielen Regionen zu "bürokratischen" Formen der Zusammenarbeit gekommen ist (gemeinsame Termine etc.), hierzu sind auch "politische Gremien" wie die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu zählen, kann von einer aufeinander abgestimmten Kooperation nicht ausgegangen werden. Selbst behördeninterne Formen der Zusammenarbeit (z.B. zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst am Gesundheitsamt und Sozialamt) werden selten benannt. Und wenn dies erfolgt, stehen eher Regelungsaspekte der Verwaltung im Vordergrund als die Organisation von effektiven Hilfen für Klienten.

Ungeachtet der persönlichen Fähigkeiten und des z.T. hohen Engagements der Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste können für die Dienste insgesamt hohe Standards der Fachlichkeit und der klientenorientierten Hilfeerbringung nicht konstatiert werden. Bedrückend ist dabei, daß die auf Hilfen angewiesenen erkrankten Bürger je nach Wohnort und Erkrankungsform mal bedarfsgerechte und mal ungenügende Unterstützungen erhalten.

Die Grundtendenz insgesamt lautet, daß die einzelfallbezogen Hilfen im Durchschnitt mit genügender Qualität angeboten und erbracht werden, daß regionale Schwankungen beträchtlich sind und daß die Dienste über die Einzelfallhilfen hinaus als Entwicklungs- und Standardisierungsagenturen regionaler und ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung nicht wirksam sind.

Die Weiterentwicklung von sozialpsychiatrischen Hilfeangeboten und die fachliche Abstimmung regionaler Leistungsprofile ist ganz überwiegend von Sozialpsychiatrischen Diensten nicht getragen worden, die ihre eigene Existenz der ersten Welle der "Reformpsychiatrie" verdanken. Bei eingehender Analyse der bürokratischen Handlungs- und Abstimmungsprozesse der Sozialpsychiatrischen Dienste kann von einem verwalteten Hilfeangebot in der Tradition obrigkeitstaatlicher Fürsorge ausgegangen werden, das emanzipatorischen Ansätzen der Sozial- und Gesundheitspolitik nicht entspricht. Besonders deutlich wird dies bei der enttäuschend geringen Aktivität der Dienste in den Bereichen präventiver und nachsorgender Hilfen, die die Entstehung von psychosozialen Notlagen verhindern bzw. der ständig wiederkehrenden Hilfebedürftigkeit entgegenwirken sollen.

612 In welchem Umfang die Analyse von Konzepten sinnvoll und erkenntnisträchtig ist, zeigen exemplarisch: BARGFREDE/SCHLEEF 1985

3. Kritik der Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Erhebung aus dem Jahre 1985 entstammt einem verbandlich geprägten Erkenntnisinteresse, das vom Verfasser im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit und seiner Weiterqualifizierung aufgegriffen wurde. Rückblickend kann dem Erhebungsinstrument und dem gesamten Design der Untersuchung eine gewisse inhaltliche Einengung der Frageperspektive nicht vorgeworfen werden, wenngleich unübersehbar eine deutlich in Richtung formaler, verwaltungsorientierter Fragestellungen tendierende Ausrichtung zu konstatieren ist.

Die zeitlich weit abgesetzte endgültige Bearbeitung der Daten und Befunde macht aber deutlich, daß sich mit dem Vorhaben einige wesentliche Daten und Erkenntnisse haben gewinnen lassen.

Das Befragungsinstrumentarium hat sich als brauchbar erwiesen, wenn auch in Teilen durch unzureichendes Antwortverhalten der Befragten und durch mittlerweile gewandelte Gesetzesgrundlagen⁶¹³ obsolet geworden. Diese Mängel haben auch dazu geführt, die Untersuchung nicht zum Kern, sondern zu einem indizienspendenden Appendix einer grundlegenden Arbeit über Sozialpsychiatrie bzw. Psychosoziale Versorgung zu kategorisieren.

Die Durchführung der Befragung hat durch die seinerzeit seitens des Niedersächsischen Sozialministeriums und der Kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens erfolgte offene Ablehnung und die Versuche zur Verhinderung der Erhebung dazu geführt, daß der Repräsentativitätsanspruch verlorenging. Daher konnte auch der Schwerpunkt der Analyse bürokratischer Arbeitsformen nicht zu einem besonderen Auswertungsteil der gesamten Erarbeitung werden. Dennoch bleibt festzuhalten, daß nach Kenntnis des Verfassers eine aktuellere empirische Analyse der Handlungs- und Rahmenbedingungen von Sozialpsychiatrischen Diensten mit dem hier verfolgten Erkenntnisansatz nicht vorliegt.⁶¹⁴

Die fachlichen Aspekte der Befragung können auch in der Rückschau als angemessen bezeichnet werden, weil sich zum Teil sehr weitgehende Differenzierungen und Detailbefunde ergeben haben. Da der Verfasser selbst als Fachkraft im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig war, konnte von einer spezifischen "Feldkenntnis" für die Konstruktion eines Erhebungsinstrumentes ausgegangen werden. Dennoch erwiesen sich einzelne Fragen als nicht erkenntnisträchtig, was sowohl auf Formulierungsschwächen als auch auf die dazu erstellten Antwortoptionen zurückgeht. Auf die Auswertung dieser Fragen wurde in der vorliegenden Arbeit verzichtet.

Zusammenfassend kann über die Erhebung gesagt werden:

- Die Erhebung war im Design und in Detaillösungen geeignet, eine ungewohnte Perspektive auf die Handlungs- und Rahmenbedingungen von Sozialpsychiatrischen Diensten zu gewinnen.
- Die Erhebung hat sich durch nachgehenden Vergleich der Befunde mit den Ergebnissen anderer Erhebungen (insbesondere auf Niedersachsen bezogene Erhebungen des IES)⁶¹⁵ als in den wesentlichen Daten zuverlässig und valide erwiesen. Darüber hinaus können die Ergebnisse auch als aktuell im Sinne einer durch andere Erhebungen fortgeschriebenen und bestätigten Tendenzaussage bezeichnet werden.

613 Neben Veränderungen anderer Gesetze wurde 1997 das Nds.PsychKG novelliert; vgl. Nds.PsychKG 1997.

614 vgl. GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981

615 vgl. NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

- Die Erhebung hat durch zum Zeitpunkt der Befragung herrschende politische Bedingungen nicht die Reichweite erlangt, die wünschenswert gewesen wäre, um eine fachliche und politische Detailaufnahme der Situation Sozialpsychiatrischer Dienste im Jahre 1985/86 abgeben zu können, die unstrittig repräsentativ gewesen wäre.
- Die Erhebung ist durch finanzielle und persönliche Hemmnisse, die durch den Verfasser bedingt sind, weit verspätet zur Auswertung und Analyse gelangt.
- Die Erhebung bedarf der nachgehenden Verifizierung durch erneute Untersuchung des Feldes mit vergleichbaren Fragestellungen.
- Die Erhebung ist methodologisch und fachlich-technisch auf beschreibende Auswertung und illustrative Kommentierung beschränkt. Dieser Umstand ist einerseits durch die relativ geringe Anzahl von untersuchten Diensten unumgänglich (diese Eigenart hat die Erhebung mit anderen gemeinsam), andererseits war 1985 (und ist auch 1998) die Erstellung von Fragebögen, die auch schließende und tieferegehende analytische Berechnungen für diesen Bereich erlauben, nicht möglich.
- Die Auswertung der Daten und Befunde erfolgte daher eher an qualitativen Richtlinien orientiert, als an quantitativen.

4. Die Erhebung im Kontext anderer empirischer Dokumentationen

Die Ergebnisse der Erhebung sind im Kontext der Untersuchungen von GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981, der Expertenkommission der Bundesregierung⁶¹⁶ und des INSTITUTS FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES)⁶¹⁷ als zutreffend und zuverlässig zu bezeichnen. Einzelne Direktvergleiche haben ergeben, daß die durch die Erhebung gefundenen Daten z.B. die Anzahl und Größe der Patienten- und Diagnosegruppen verläßlich abbilden.

Die Qualität der Daten, die nicht direkt mit anderen Erhebungen abgeglichen werden konnten, kann ohne eine nachgehende Erhebung nicht endgültig eingeschätzt werden. Bei einer ganzen Reihe von einzelnen Ergebnissen kann aber durchaus von einer zutreffenden Abbildung der Handlungs-"Realität" der Dienste ausgegangen werden.

Obgleich in Methodik und Fragetechnik deutlich unterschieden, weisen etwa die Befunde der IES-ERHEBUNG 1991 A⁶¹⁸ zu Kooperationsformen und -intensitäten in die gleiche Richtung, die auch diese Erhebung ergeben hat.

In Band I der Arbeit werden diese Ergebnisse im Rahmen der detaillierten Analyse einzelner Aspekte von Integration und Kooperation in der regionalen psychosozialen Versorgung aufgegriffen und bearbeitet werden.

616 vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE; FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988, a.a.O.

617 GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981; vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE; FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988; vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A; vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992

618 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A, Seite 14 ff

5. Zur Aktualität der Befunde

Die vor über 10 Jahren erhobenen Daten haben (sowohl in ihrer unmittelbaren Evidenz als auch im Vergleich mit anderen empirischen Daten aus dem gleichen Bundesland)⁶¹⁹ eine Aktualität, die durchaus zwiespältige Empfindungen auslösen kann:

Einerseits zeigen die inhaltlichen Details, daß selbst mit unterschiedlichen Methoden und sehr unterschiedlicher institutioneller Unterstützung ähnliche, ja sogar übereinstimmende Ergebnisse in der Mehrzahl aller Interessenbereiche gewonnen wurden. Dies gibt deutliche Hinweise darauf, daß das untersuchte Feld weitgehend frei von Artefakten und Erkenntnisinteressen realistisch abgebildet werden konnte. Andererseits kann eine beträchtliche Unbeweglichkeit in der Entwicklung seit 1985 festgestellt werden; die Daten ergeben aus dieser Perspektive in der Zusammenschau mit anderen Ergebnissen einen durchaus aktuellen Beleg für das Stillstehen, ja evtl. gar Scheitern der Psychiatrie-Reformbemühungen seit jener Zeit.

Die Analyse zeigt des weiteren, daß sich die intensivere Betrachtung verwaltungsbedingter Rahmensetzungen fruchtbar gestalten läßt und sich aus der auch im Gesetz benannten Anbindung der Sozialpsychiatrischen Dienste an die Gesundheitsämter benennbare Konsequenzen für die Effizienz und Flexibilität ergeben. Ungeachtet der möglichen Vor- und Nachteile solcher Konsequenzen wird in Band I der Arbeit untersucht, welche Formen der Arbeits- und Kooperationsorganisation für Sozialpsychiatrische Dienste fördernd, welche eher hemmend wirken. Schließlich wurden auch mittelbare Auswirkungen der öffentliche Bewirtschaftung von psychosozialen Hilfeangeboten deutlich (beispielsweise aufgabenfremde Belastung der Dienste, kontinuierliches Defizit in der Mitarbeiterzahl, Einsatz von privaten Mitteln, z.B. Kraftfahrzeuge, etc.). Gerade diese Hinweise machen vor dem Hintergrund der knappen öffentlichen Mittel und der allenthalben angestrebten Verwaltungsreformen in den Kommunen die Befunde aktuell, die die Einbindung der Sozialpsychiatrischen Dienste in öffentliche Strukturen beleuchten.

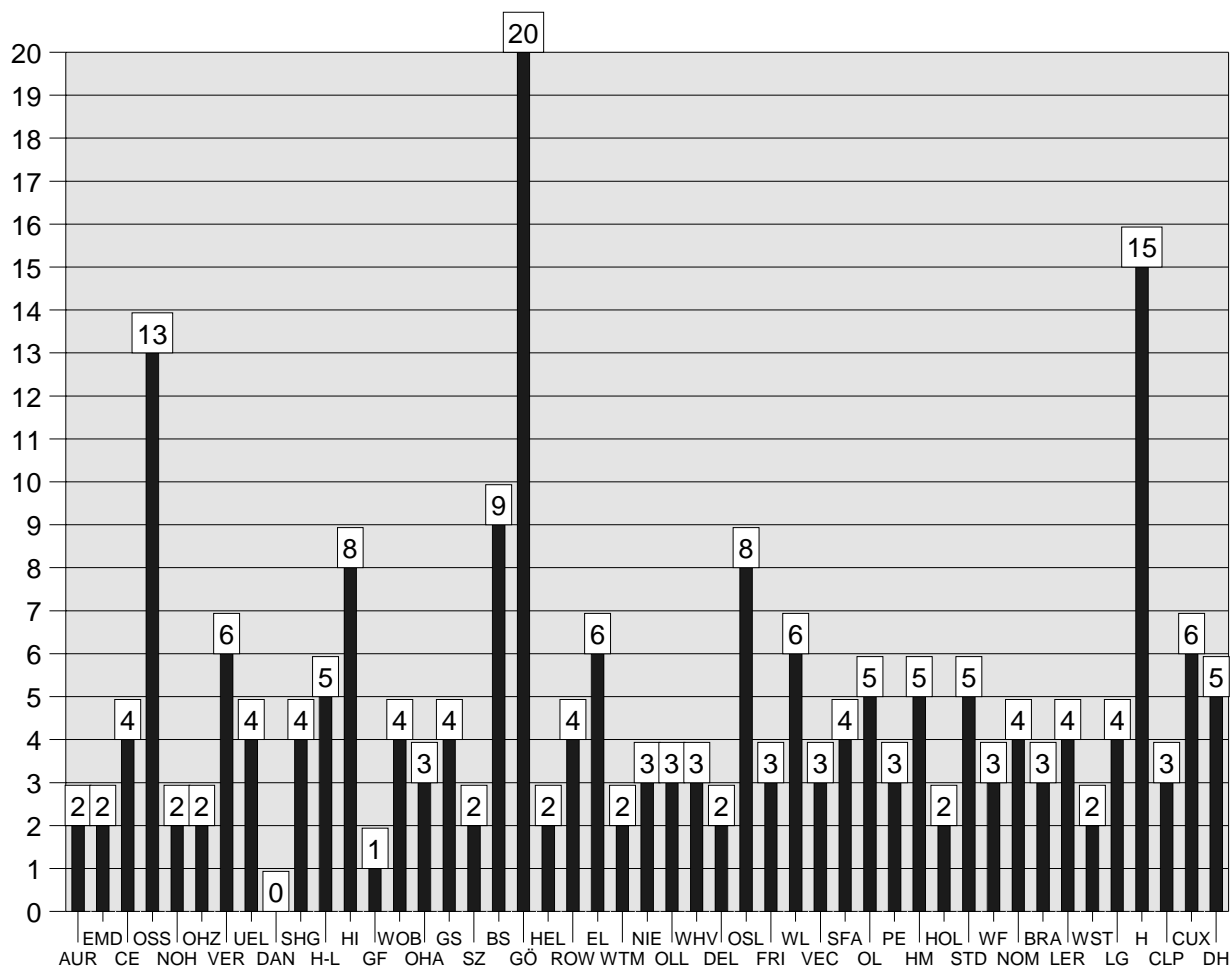
619 vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A
vgl. INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992

Anhang

Anhang: Niedergelassene Nervenärzte

siehe Querverweis von Seite 32, Anmerkung 44

ABBILDUNG 7-1:
NIEDERGELASSENE NERVENÄRZTE IN NIEDERSACHSEN 1985
(NACH FRAGEBOGEN BZW. SCHÄTZUNGEN)

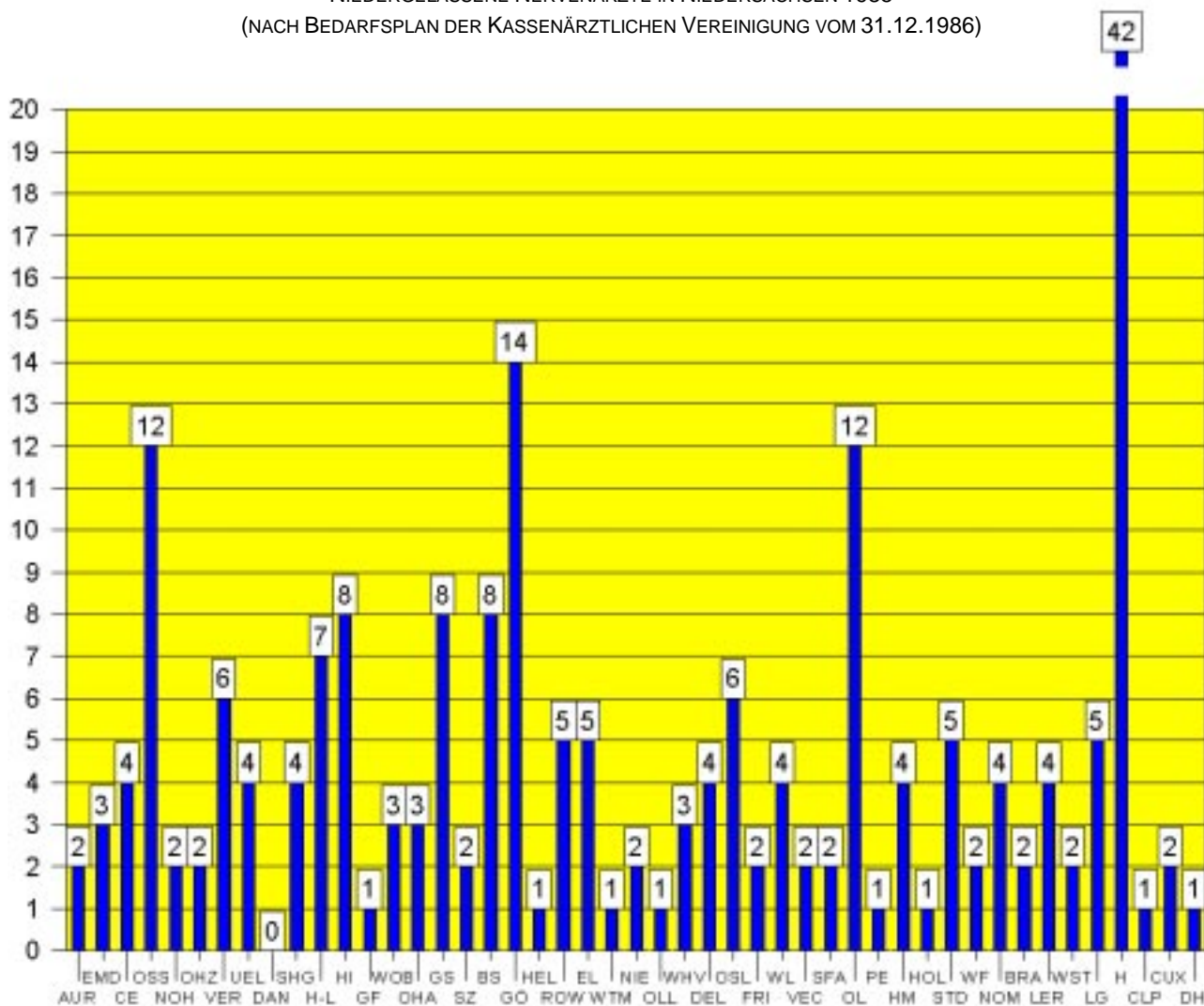


Quelle: eigene Erhebungen und Schätzungen

Abbildung 7-1 verdeutlicht die Verteilung der durch Fragebogen und Schätzungen (Tabelle 1-2, Spalte 2, vorliegender Band II der Arbeit, Seite 33) ermittelten Anzahl nervenärztlichen Niederlassungen auf die 47 Kommunen des Landes Niedersachsen: Danach ist das höchste Aufkommen mit 20 Nervenärzten in Göttingen zu verzeichnen, gefolgt von den Städten Hannover mit 15 und Osnabrück mit 13 Nervenärzten. Schlußlichter bilden die Landkreise Gifhorn und Lüchow-Dannenberg mit einer bzw. keiner nervenärztlichen Niederlassung.

Die folgende Abbildung 7-2 beinhaltet die graphische Darstellung der Tabelle 1-2, Spalte 3, vorliegender Band II der Arbeit, Seite 33, "Ergebnis laut Kassenärztlicher Vereinigung (31.12.1986)":

ABBILDUNG 7-2:
NIEDERGELASSENE NERVENÄRZTE IN NIEDERSACHSEN 1985
(NACH BEDARFSPLAN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG VOM 31.12.1986)

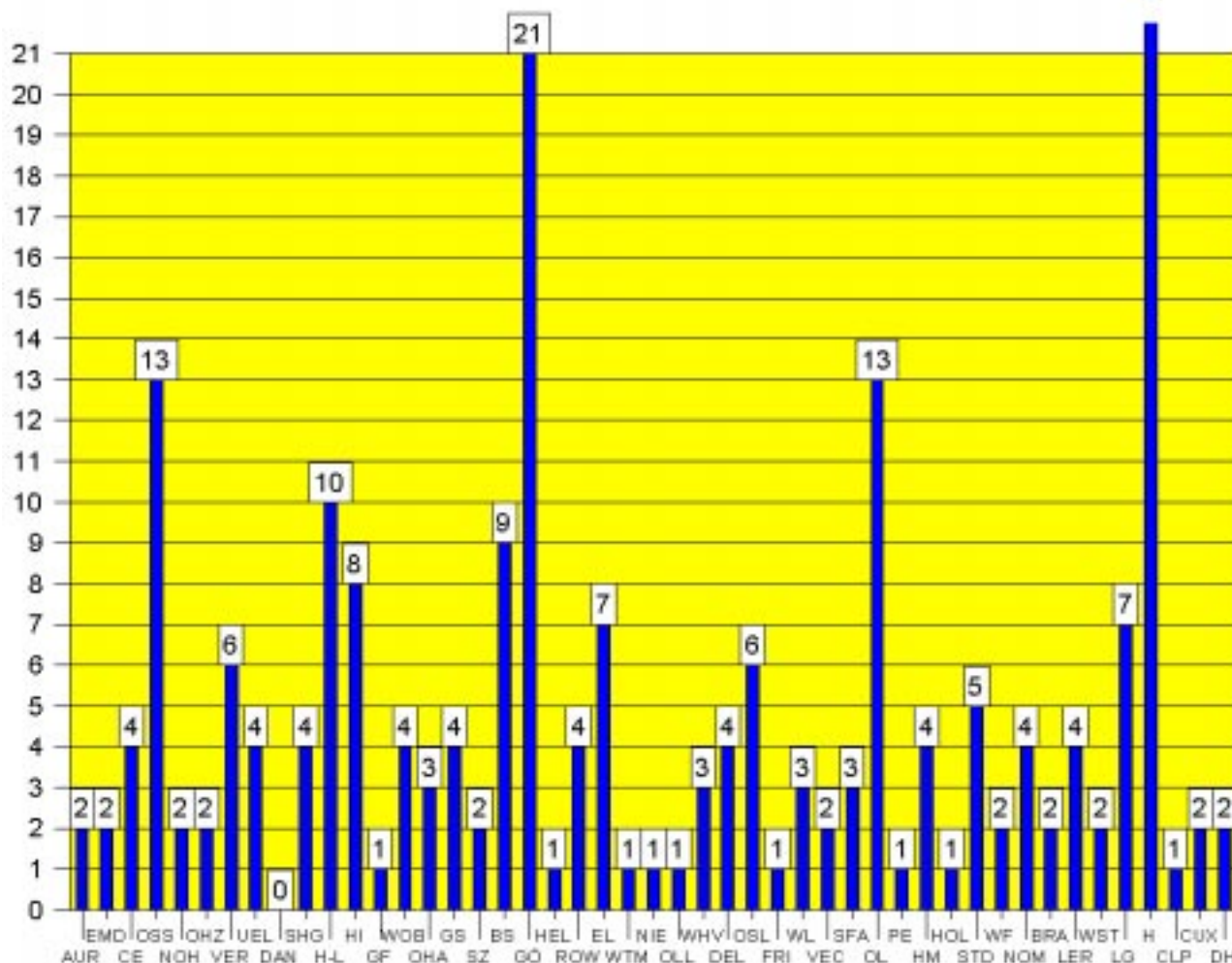


Quelle: Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung vom 31.12.1986; eigene Berechnungen

Auch nach den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung von 1986 nehmen die niedersächsischen Städte Hannover (42 Niederlassungen), Göttingen (14 Niederlassungen) und Osnabrück (12 Niederlassungen) eine Spitzenposition ein. Hinzu kommt die Stadt Oldenburg mit ebenfalls 12 nervenärztlichen Niederlassungen. Die hier ermittelten Zahlenwerte weichen jedoch zum Teil deutlich von den Angaben aus dem Fragebogen bzw. den Schätzungen (Abbildung 7-1) ab. Das Schlußlicht bildet auch hier der Landkreis Lüchow-Dannenberg, bei dem keine nervenärztliche Niederlassung verzeichnet ist.

Nachstehend wird das Auswertungsergebnis zu den Ärzteverzeichnissen (Tabelle 1-2, Spalte 4, vorliegender Band II der Arbeit, Seite 33) graphisch dargestellt:

ABBILDUNG 7-3:
NIEDERGELASSENE NERVENÄRZTE IN NIEDERSACHSEN 1985
(NACH ÄRZTEVERZEICHNISSEN)

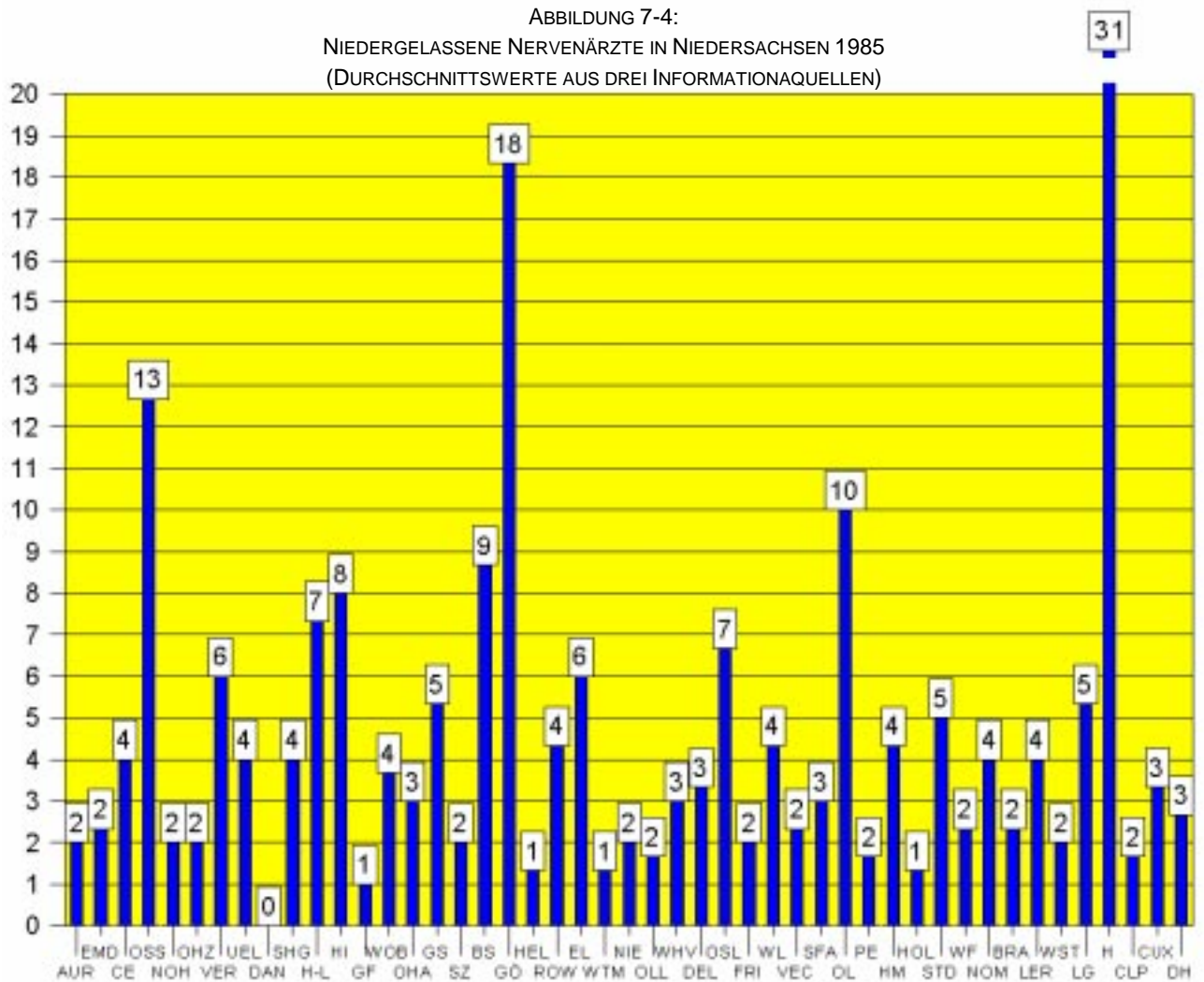


Quelle: Ärzteverzeichnisse von 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 08/85 bis 05/88; eigene Berechnungen

Nach den Eintragungen der durch die 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung herausgegebenen Ärzteverzeichnisse ergibt sich für die Städte Hannover (36 Niederlassungen), Göttingen (21 Niederlassungen), Osnabrück (13 Niederlassungen) und Oldenburg (13 Niederlassungen) wiederum eine Konzentration in der Anzahl niedergelassener Nervenärzte. Für den Landkreis Lüchow-Dannenberg kann an dieser Stelle - wie auch aufgrund der bisherigen Angaben - keine nervenärztliche Niederlassung festgestellt werden.

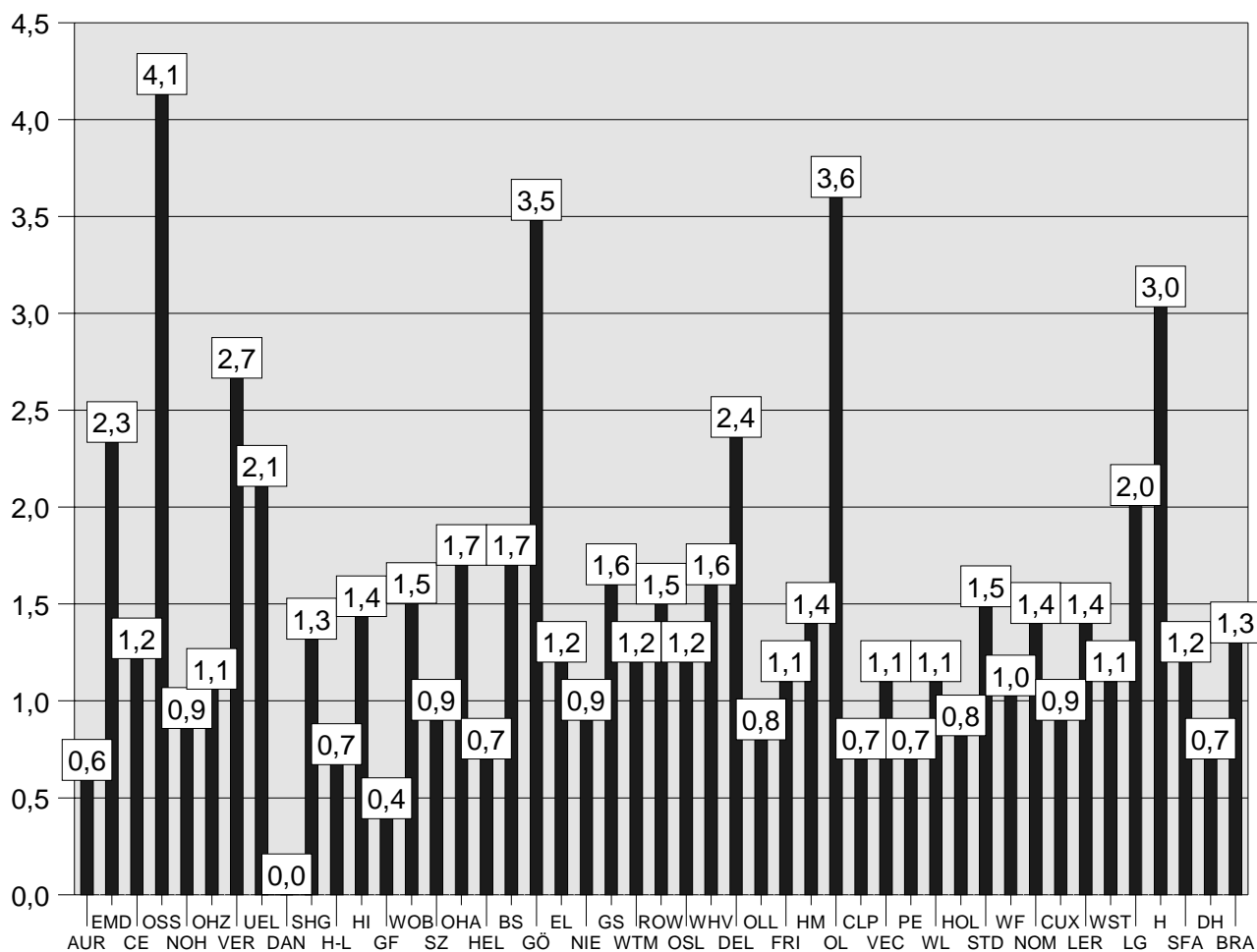
Die nach der Auswertung von drei unterschiedlichen Informationsquellen ermittelten absoluten Zahlen der nervenärztlichen Niederlassungen verfügen über relativ geringe Aussagekraft. Die hohen Konzentrationen in städtischen Ballungsräumen überraschen nicht, zumal ihnen ebenfalls Konzentrationen in der Bevölkerungsdichte zugrundeliegen. Insofern sind die absoluten Zahlenwerte auf die jeweiligen Bevölkerungsanteile der Kommunen zu relativieren. Bevor dieser Schritt erfolgt, sollen die drei verwendeten Informationsquellen jedoch miteinander verschmolzen und Durchschnittswerte gebildet werden.

Die folgende Abbildung 7-4 beinhaltet die Durchschnittswerte der drei Informationsquellen. In Abbildung 7-5 werden dann diese Durchschnittswerte jeweils auf Größenordnungen von 50.000 Einwohnern bezogen, also einem Schlüssel von 1: 50000:



Quelle: eigene Erhebungen und Schätzungen; Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung vom 31.12.1986; Ärzteverzeichnisse von 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 08/85 bis 05/88

ABBILDUNG 7-5:
NERVENARZTDICHTE IN NIEDERSACHSEN 1985
(NERVENÄRZTE PRO 50.000 EINWOHNER)



Quelle: eigene Berechnungen

Die **höchste** nervenärztliche Versorgungsdichte wurde für die **Stadt Osnabrück** ermittelt. Hier liegt die Quote der auf 50.000 Einwohner entfallenen Niederlassungen bei 4,1, das heißt: Rechnerisch steht 1 Nervenarzt für eine Bevölkerungsgruppe von 12.104 Einwohnern zur Verfügung. - Die eindeutig **schlechteste** nervenärztliche Versorgung kann für den **Landkreis Lüchow-Dannenberg** konstatiert werden, für deren Bevölkerung von 48.773 Einwohnern **kein Nervenarzt** zur Verfügung steht. - Von den 47 Kommunen des Landes erfüllen nur 33 (70,2 %) die 1975 herausgegebene Zielvorgabe der Psychiatrie-Enquête von 1 : 50.000. Bei 14 von 47 Kommunen (29,7 %) wurde diese Vorgabe nicht erreicht. - Die **zweitschlechteste** nervenärztliche Versorgungsdichte weist der **Landkreis Gifhorn** auf, wo rechnerisch ein niedergelassener Nervenarzt für 127.414 Einwohner zuständig ist. Ein Ausgleich durch eine entsprechende Anzahl ermächtigter Ärzte erfolgt hier nicht. - Vergleichbar ungünstige Versorgungsdichten sind auch in den Landkreisen Aurich, Hannover und Helmstedt anzutreffen, wo niedergelassene Nervenärzte für Bevölkerungseinheiten zwischen etwa 85.000 und 72.000 Einwohner zuständig sind. Unterschreitungen der Schlüsselvorgabe von 1 : 50.000 Einwohner können ebenfalls festgestellt werden für die Landkreise Peine, Diepholz, Cloppenburg, Holzminden, Oldenburg, Grafschaft Bentheim, Cuxhaven, Nienburg sowie für die Stadt Salzgitter. Die Bevölkerungseinheiten, auf die eine nervenärztliche Niederlassung bezogen ist, variieren zwischen etwa 70.000 und 53.000 Einwohnern, oder: die auf 50.000 Einwohner bezogenen Niederlassungen variieren zwischen 0,7 und 0,9. ■

Anhang: Niedergelassene Nervenärzte

siehe Querverweis von Seite 36, Anmerkung 52

ABBILDUNG 7-6:
DIE NIEDERGELASSENEN **NERVENÄRZTE** IN NIEDERSACHSEN 1985
NACH ÄRZTEVERZEICHNISSEN

Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen "Arzt für Neurologie", "Arzt für Psychiatrie", "Arzt für Neurologie und Psychiatrie" oder "Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie" in Niedersachsen	334
davon frei praktizierende Kassenärzte (sämtliche Kassen; Privatpraxis)	224
davon ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigt für überwiesene ambulante Fälle (RVO- und Ersatzkassen; Privatpraxis)	71
davon an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Krankenhaus-Ärzte bzw. an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung für überwiesene ambulante Fälle beteiligte Krankenh.-Ärzte (RVO- u. Ersatzkassen; sonst. Kostenträger,	16
davon mit keiner der vorstehenden Zulassungen (Privatpraxis)	23
davon in Gemeinschaftspraxen	39
davon Privatpraxen	45
davon am Krankenhaus tätig	66
davon Psychotherapeuten	136
davon Psychoanalytiker	41
davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2
davon Psychologen	1
davon Professoren	26
davon Privatdozenten	6

Quelle: Ärzteverzeichnisse von 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 08/85 bis 05/88; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 7-7:
DIE NIEDERGELASSENEN **ÄRZTE** MIT ZUSATZQUALIFIKATIONEN
IN NIEDERSACHSEN 1985 (NACH ÄRZTEVERZEICHNISSEN)

Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen "Arzt für Neurologie", "Arzt für Psychiatrie", "Arzt für Neurologie und Psychiatrie" oder "Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie" in Niedersachsen	16
davon frei praktizierende Kassenärzte (sämtliche Kassen; Privatpraxis)	5
davon ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigt für überwiesene ambulante Fälle (RVO- und Ersatzkassen; Privatpraxis)	11
davon an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Krankenhaus-Ärzte bzw. an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung für überwiesene ambulante Fälle beteiligte Krankenh.-Ärzte (RVO- u. Ersatzkassen; sonst. Kostenträger,	0
davon mit keiner der vorstehenden Zulassungen (Privatpraxis)	0
davon in Gemeinschaftspraxen	0
davon Privatpraxen	0
davon am Krankenhaus tätig	3
davon Psychotherapeuten	15
davon Psychoanalytiker	1
davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2
davon Psychologen	0
davon Professoren	1
davon Privatdozenten	0

Quelle: Ärzteverzeichnisse von 11 Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand 08/85 bis 05/88; eigene Berechnungen

Anhang: Einweisungen und Äquivalenzen

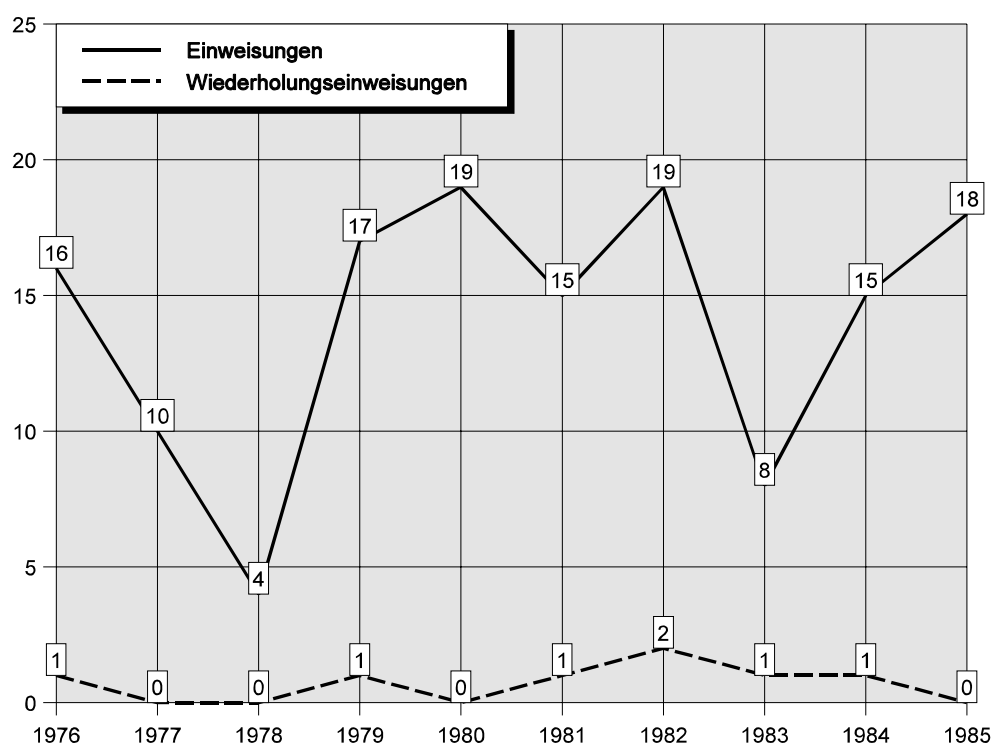
siehe Querverweis von Seite 251, Anmerkung 481

siehe Querverweis von Seite 252, Anmerkung 482

ABBILDUNG 7-8:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

STADT EMDEN (EMD)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²¹
1976	16	100.000	53.408	29,96
1977	10	100.000	53.042	18,85
1978	4	100.000	52.200	7,66
1979	17	100.000	51.607	32,94
1980	19	100.000	51.186	37,12
1981	15	100.000	50.933	29,45
1982	19	100.000	50.950	37,29
1983	8	100.000	50.783	15,75
1984	15	100.000	50.164	29,90
1985	18	100.000	49.968	36,02
Summe	141	100.000	514.241	27,42

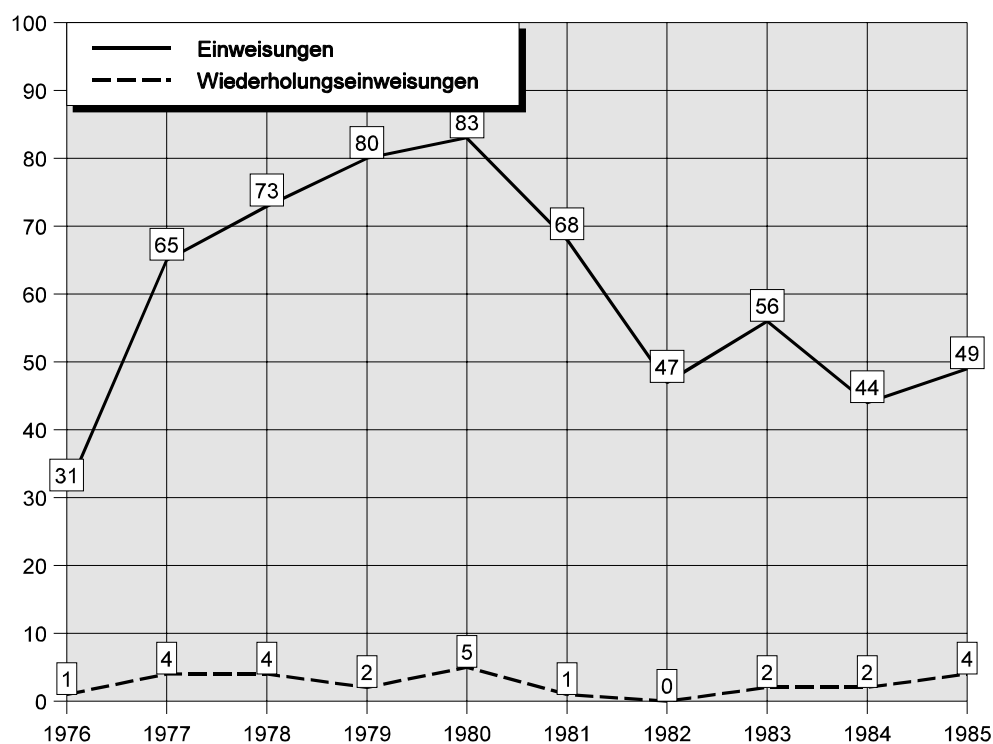


621 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-9:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS CELLE (CE)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²²
1976	31	100.000	164.428	18,85
1977	65	100.000	164.515	39,51
1978	73	100.000	164.864	44,28
1979	80	100.000	164.340	48,68
1980	83	100.000	165.660	50,10
1981	68	100.000	165.947	40,98
1982	47	100.000	165.667	28,37
1983	56	100.000	165.451	33,85
1984	44	100.000	164.681	26,72
1985	49	100.000	164.277	29,83
Summe	596	100.000	1.649.830	36,12

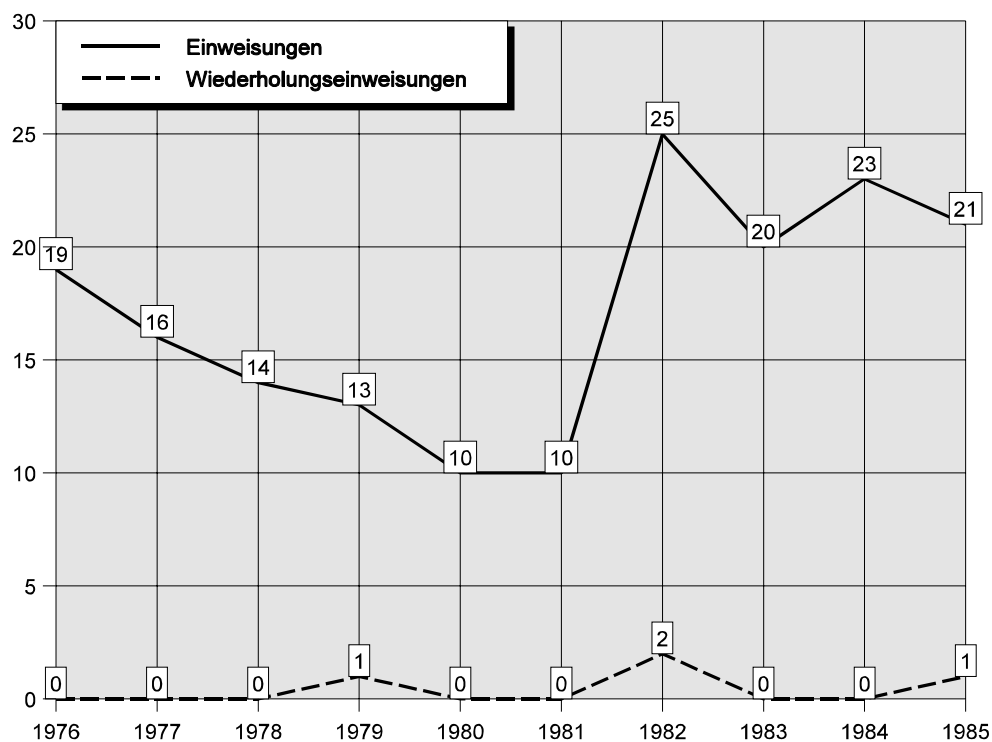


622 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-10:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS GRAFSCHAFT BENTHEIM (NOH)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²³
1976	19	100.000	108.867	17,45
1977	16	100.000	115.833	13,81
1978	14	100.000	115.772	12,09
1979	13	100.000	115.915	11,22
1980	10	100.000	116.447	8,59
1981	10	100.000	116.504	8,58
1982	25	100.000	116.202	21,51
1983	20	100.000	116.347	17,19
1984	23	100.000	116.382	19,76
1985	21	100.000	116.473	18,03
Summe	171	100.000	1.154.732	14,81

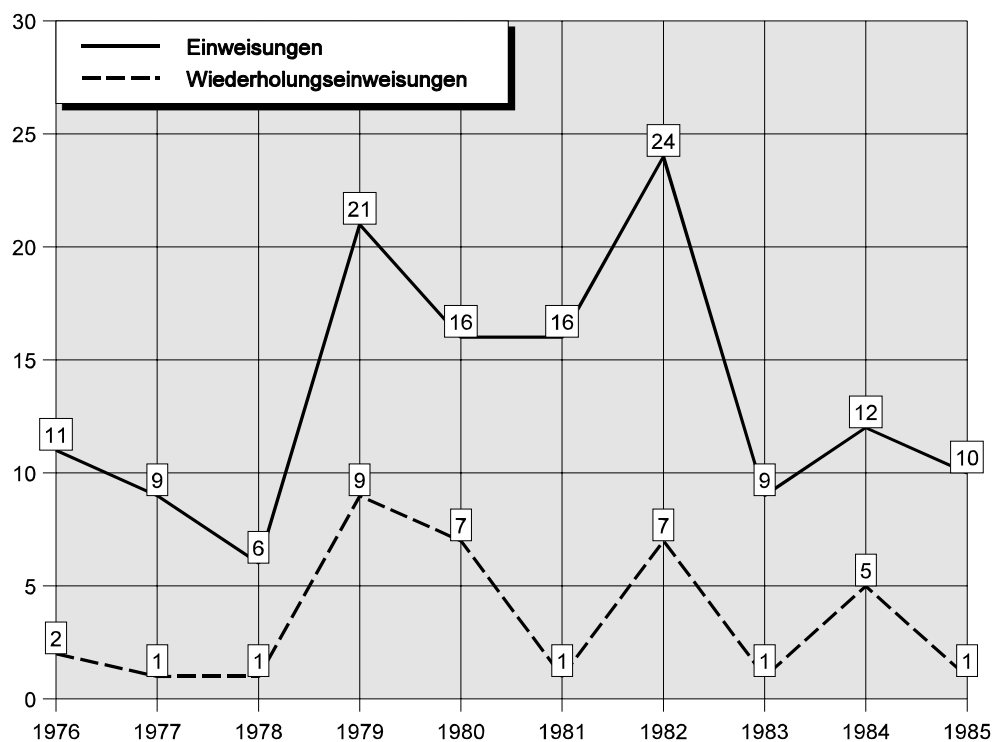


623 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-11:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS OSTERHOLZ (OHZ)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁴
1976	11	100.000	91.278	12,05
1977	9	100.000	92.086	9,77
1978	6	100.000	92.601	6,48
1979	21	100.000	93.213	22,53
1980	16	100.000	93.902	17,04
1981	16	100.000	94.459	16,94
1982	24	100.000	94.270	25,46
1983	9	100.000	94.497	9,52
1984	12	100.000	94.457	12,70
1985	10	100.000	94.316	10,60
Summe	134	100.000	935.079	14,33

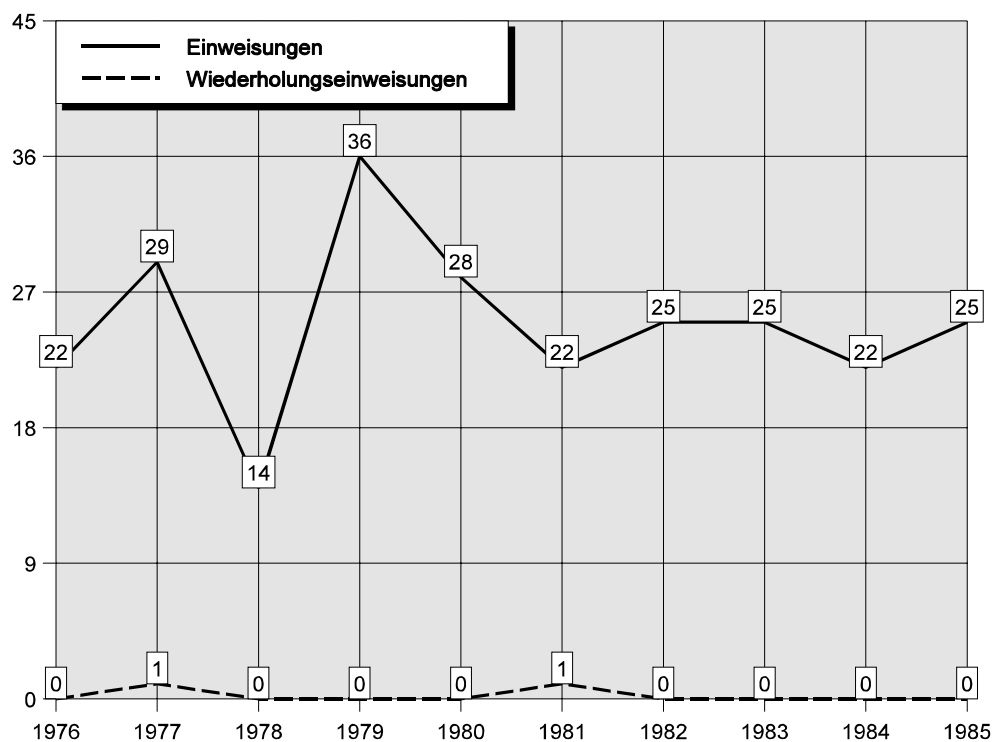


624 Anzahl der Einweisungen x Multiplikator 100.000 ÷ Einwohnerzahl = Äquivalenzwert = Anzahl der Einweisungen pro 100.000 Einwohner

ABBILDUNG 7-12:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS VERDEN (VER)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁵
1976	22	100.000	105.645	20,82
1977	29	100.000	106.951	27,12
1978	14	100.000	108.517	12,90
1979	36	100.000	109.890	32,76
1980	28	100.000	110.772	25,28
1981	22	100.000	111.596	19,71
1982	25	100.000	111.833	22,35
1983	25	100.000	112.117	22,30
1984	22	100.000	112.442	19,57
1985	25	100.000	112.562	22,21
Summe	248	100.000	1.102.325	22,50

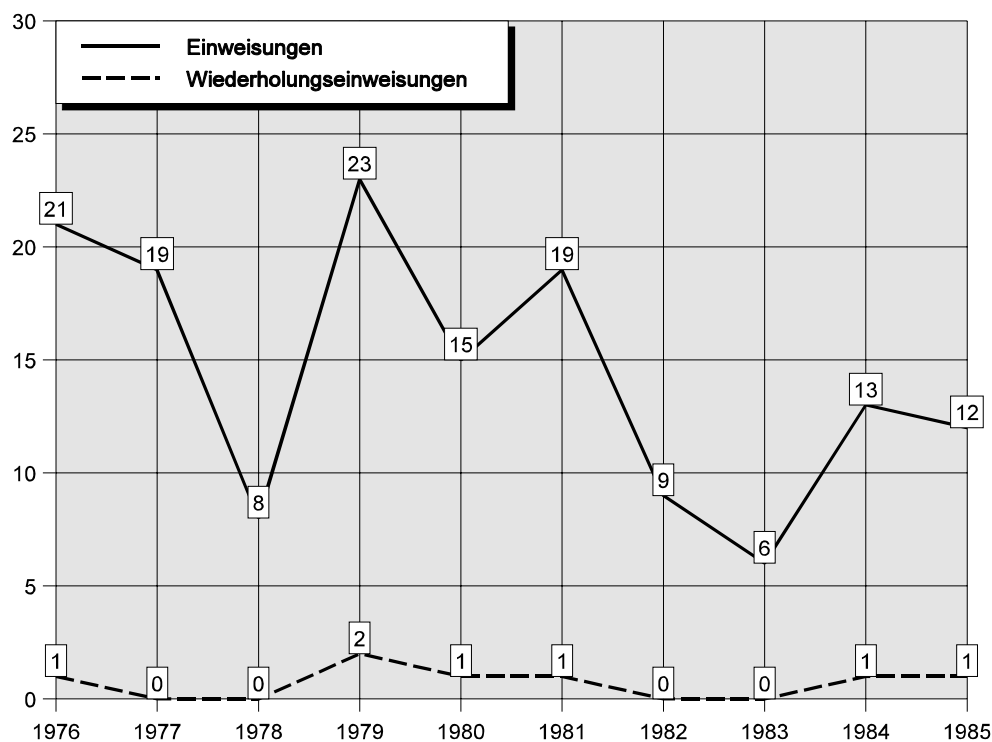


625 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-13:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS LÜCHOW-DANNENBERG (DAN)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁶
1976	21	100.000	49.276	42,62
1977	19	100.000	48.954	38,81
1978	8	100.000	48.693	16,43
1979	23	100.000	48.632	47,29
1980	15	100.000	48.826	30,72
1981	19	100.000	49.014	38,76
1982	9	100.000	48.969	18,38
1983	6	100.000	48.901	12,27
1984	13	100.000	48.792	26,64
1985	12	100.000	48.773	24,60
Summe	145	100.000	488.830	29,66

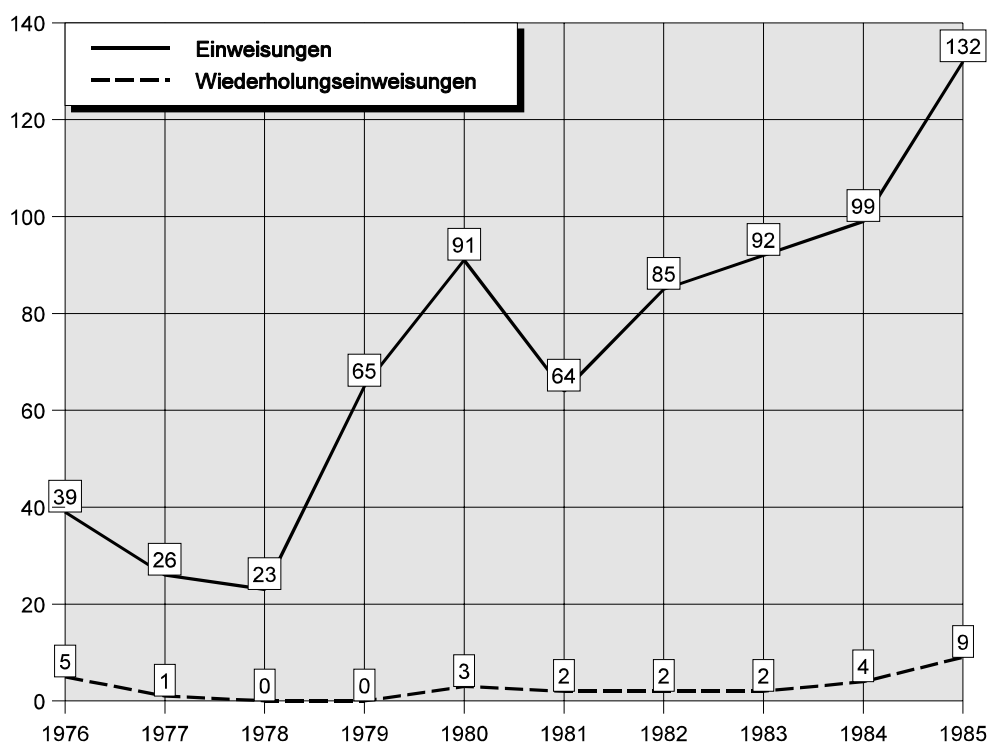


626 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-14:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS HILDESHEIM (HI)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁷
1976	39	100.000	214.962	18,14
1977	26	100.000	281.041	9,25
1978	23	100.000	279.619	8,23
1979	65	100.000	278.648	23,33
1980	91	100.000	278.677	32,65
1981	64	100.000	284.264	22,51
1982	85	100.000	283.247	30,01
1983	92	100.000	281.797	32,65
1984	99	100.000	279.441	35,43
1985	132	100.000	278.646	47,37
Summe	716	100.000	2.740.342	26,13

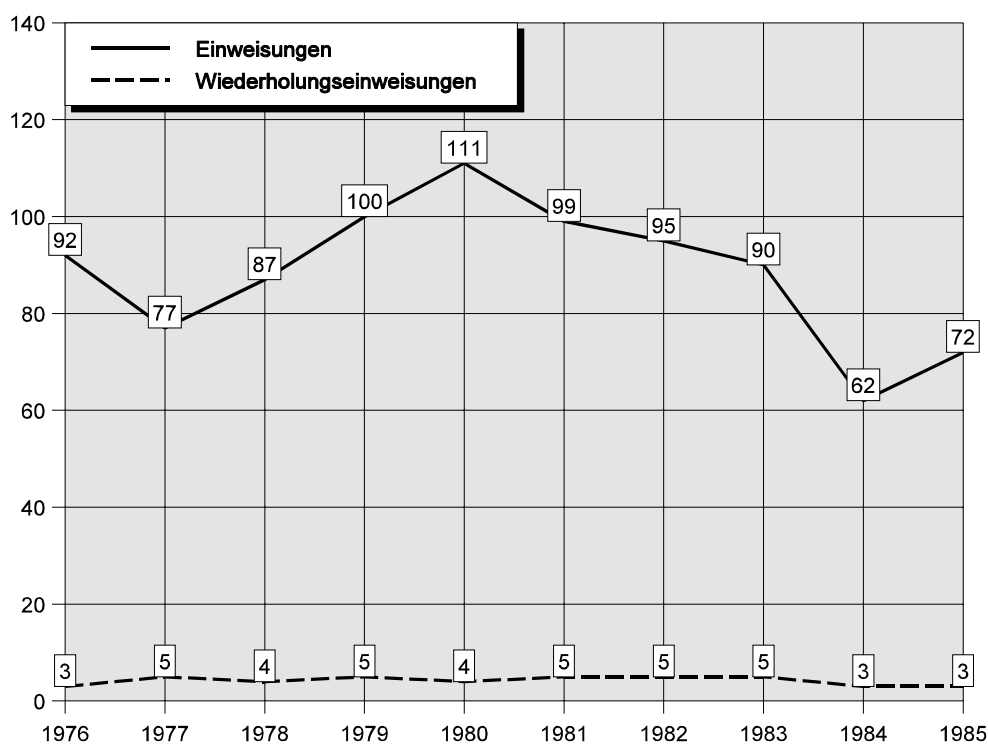


627 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-15:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS GIFHORN (GF)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁸
1976	92	100.000	118.599	77,57
1977	77	100.000	119.501	64,43
1978	87	100.000	120.750	72,05
1979	100	100.000	121.852	82,07
1980	111	100.000	123.328	90,00
1981	99	100.000	125.214	79,06
1982	95	100.000	126.160	75,30
1983	90	100.000	126.562	71,11
1984	62	100.000	127.100	48,78
1985	72	100.000	127.414	56,51
Summe	885	100.000	1.236.480	71,57

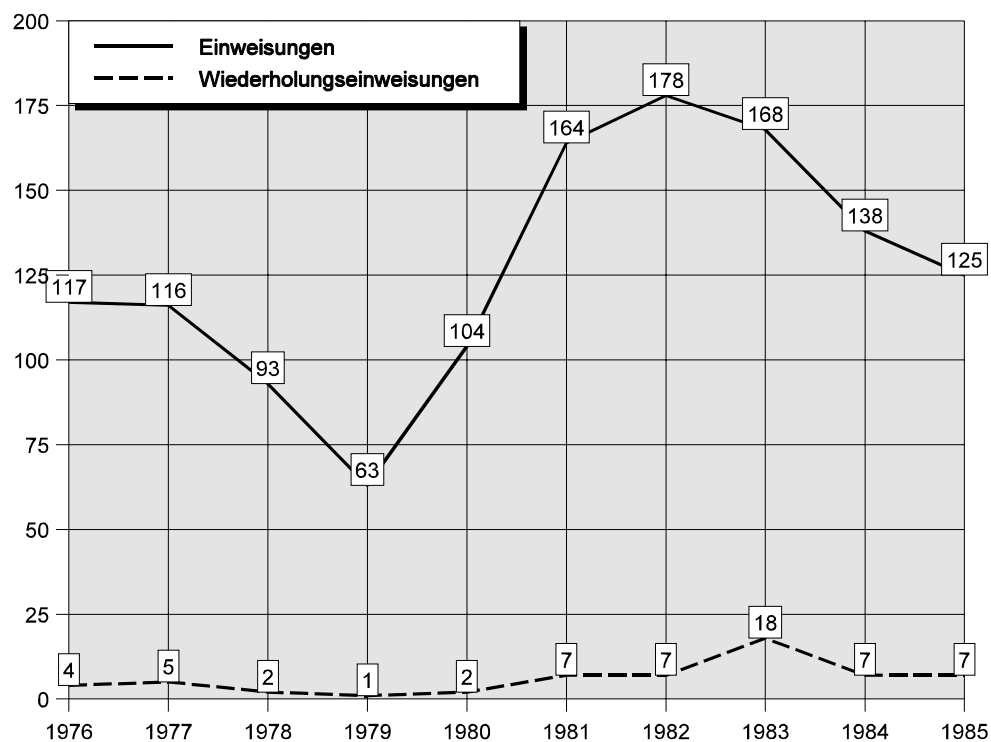


628 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-16:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

STADT WOLFSBURG (WOB)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶²⁹
1976	117	100.000	126.511	92,48
1977	116	100.000	127.510	90,97
1978	93	100.000	127.332	73,04
1979	63	100.000	126.942	49,63
1980	104	100.000	125.935	82,58
1981	164	100.000	125.630	130,54
1982	178	100.000	124.609	142,85
1983	168	100.000	123.026	136,56
1984	138	100.000	122.099	113,02
1985	125	100.000	121.965	102,49
Summe	1266	100.000	1.251.559	101,15

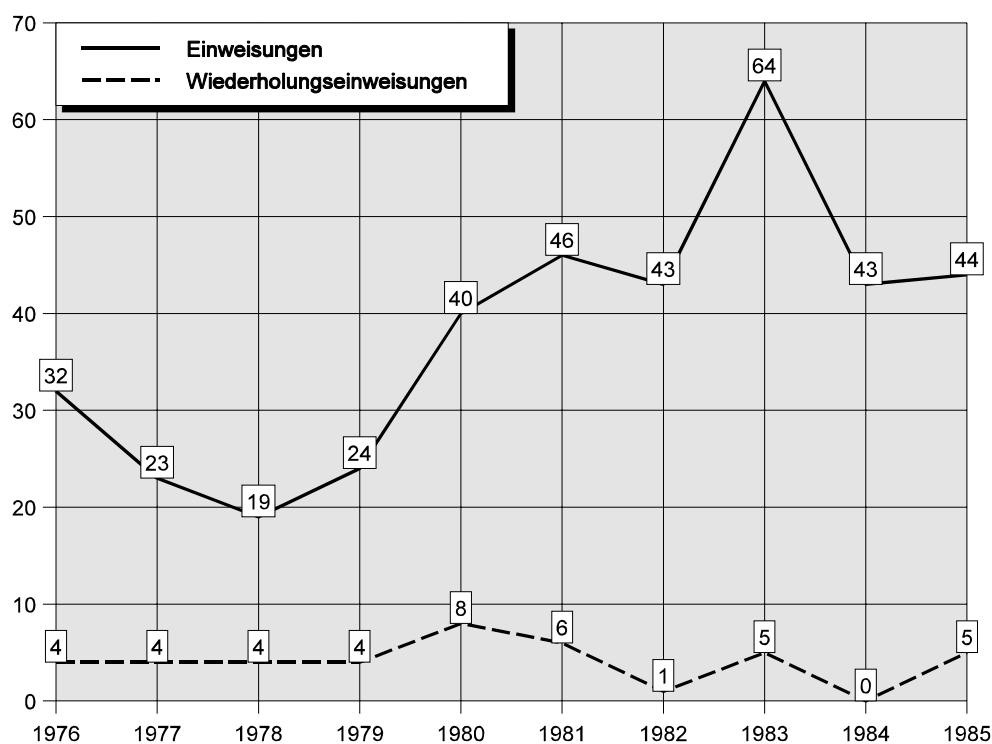


629 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-17:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS GÖTTINGEN (GÖ)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁰
1976	32	100.000	256.414	12,48
1977	23	100.000	256.918	8,95
1978	19	100.000	258.097	7,36
1979	24	100.000	259.200	9,26
1980	40	100.000	260.743	15,34
1981	46	100.000	262.380	17,53
1982	43	100.000	263.781	16,30
1983	64	100.000	265.249	24,13
1984	43	100.000	263.735	16,30
1985	44	100.000	263.334	16,71
Summe	378	100.000	2.609.851	14,48

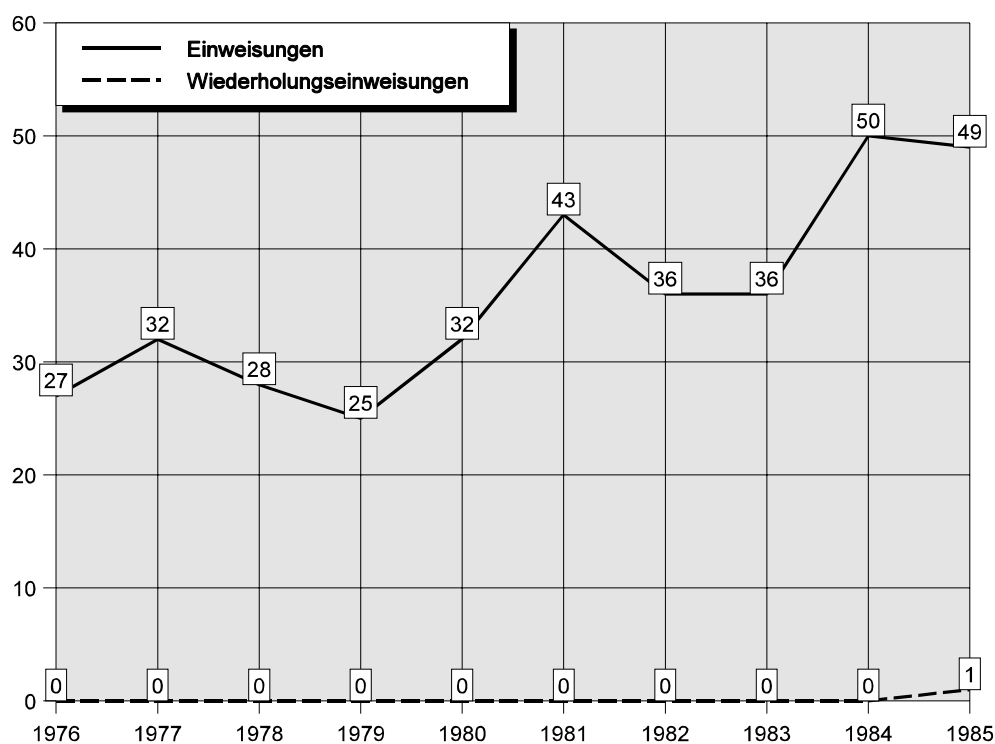


630 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-18:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS OLDENBURG (OLL)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³¹
1976	27	100.000	83.748	32,24
1977	32	100.000	93.989	34,05
1978	28	100.000	95.169	29,42
1979	25	100.000	96.232	25,98
1980	32	100.000	97.518	32,81
1981	43	100.000	98.137	43,82
1982	36	100.000	98.883	36,41
1983	36	100.000	99.272	36,26
1984	50	100.000	99.709	50,15
1985	49	100.000	99.689	49,15
Summe	358	100.000	962.346	37,20

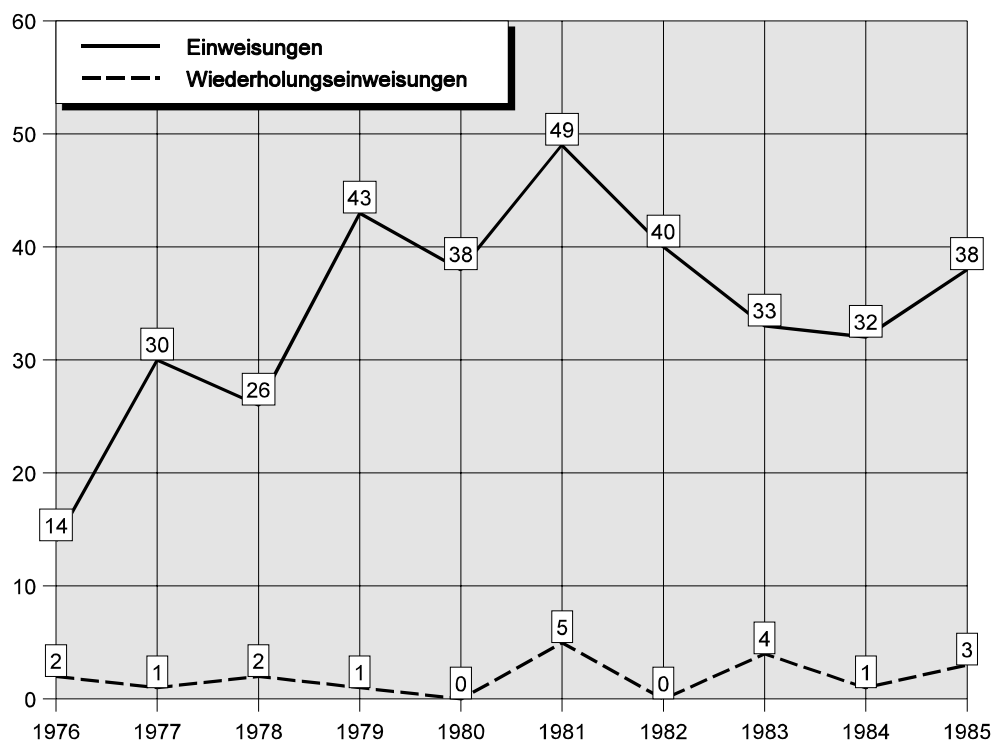


631 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-19:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

STADT WILHELMSHAVEN (WHV)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³²
1976	14	100.000	102.539	13,65
1977	30	100.000	101.516	29,55
1978	26	100.000	100.148	25,96
1979	43	100.000	99.426	43,25
1980	38	100.000	99.230	38,29
1981	49	100.000	99.030	49,48
1982	40	100.000	99.174	40,33
1983	33	100.000	98.892	33,37
1984	32	100.000	97.496	32,82
1985	38	100.000	96.702	39,30
Summe	343	100.000	994.152	34,50

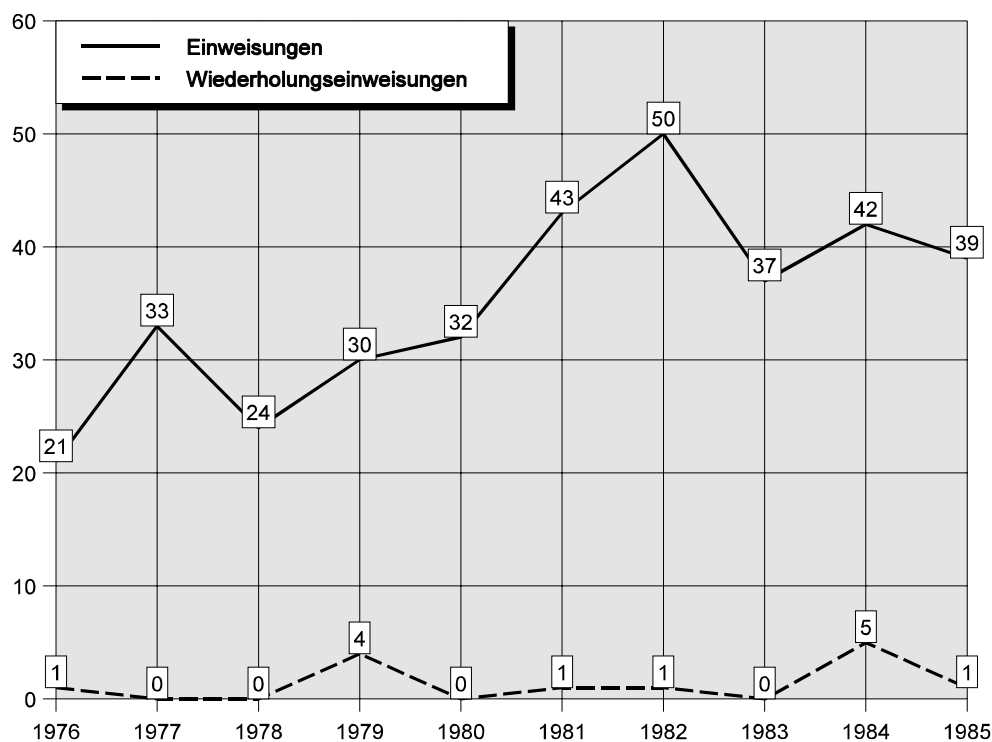


632 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-20:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS VECHTA (VEC)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³³
1976	21	100.000	95.859	21,91
1977	33	100.000	96.683	34,13
1978	24	100.000	97.273	24,67
1979	30	100.000	97.949	30,63
1980	32	100.000	98.828	32,38
1981	43	100.000	99.534	43,20
1982	50	100.000	100.022	49,99
1983	37	100.000	100.684	36,75
1984	42	100.000	101.498	41,38
1985	39	100.000	101.946	38,26
Summe	351	100.000	990.276	35,44

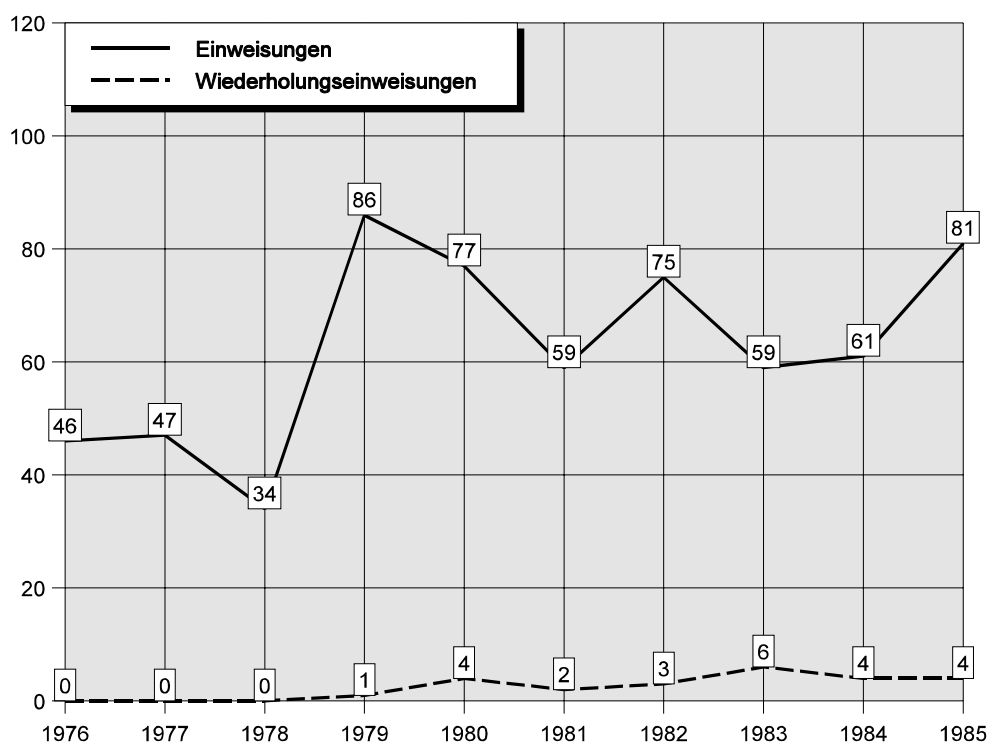


633 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-21:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS PEINE (PE)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁴
1976	46	100.000	119.040	38,64
1977	47	100.000	118.268	39,74
1978	34	100.000	117.758	28,87
1979	86	100.000	118.000	72,88
1980	77	100.000	118.624	64,91
1981	59	100.000	117.784	50,09
1982	75	100.000	117.588	63,78
1983	59	100.000	117.675	50,14
1984	61	100.000	116.466	52,38
1985	81	100.000	116.480	69,54
Summe	625	100.000	1.177.683	53,07

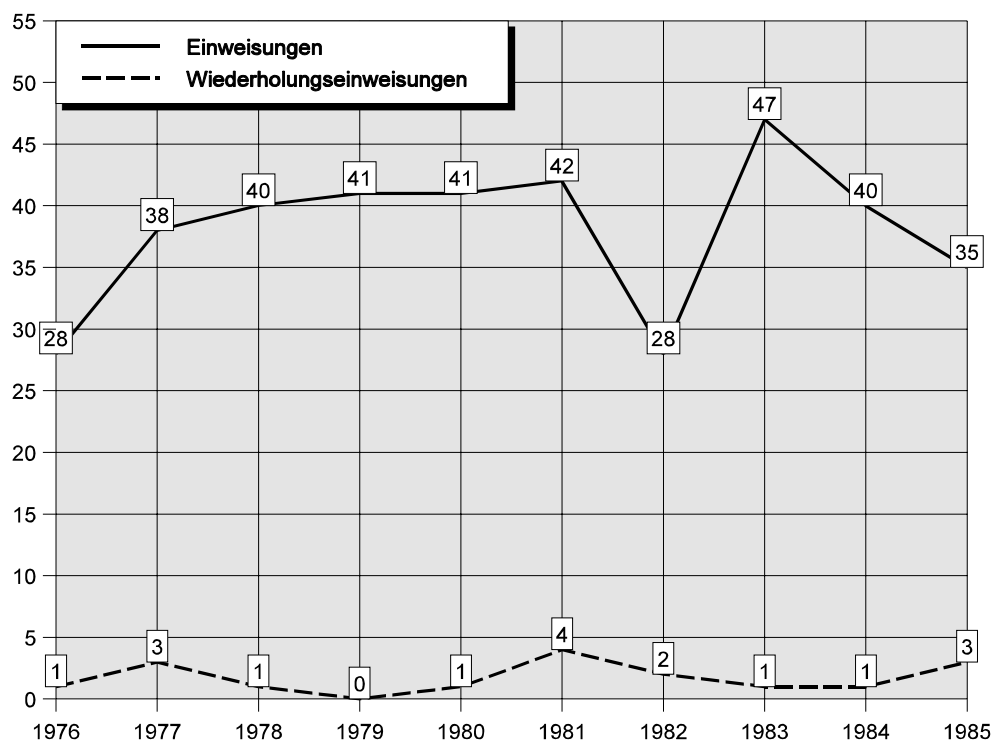


634 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-22:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS HAMELN (HM)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁵
1976	28	100.000	144.506	19,38
1977	38	100.000	161.403	23,54
1978	40	100.000	160.595	24,91
1979	41	100.000	159.673	25,68
1980	41	100.000	158.812	25,82
1981	42	100.000	158.016	26,58
1982	28	100.000	157.061	17,83
1983	47	100.000	155.765	30,17
1984	40	100.000	154.142	25,95
1985	35	100.000	153.483	22,80
Summe	380	100.000	1.563.456	24,31

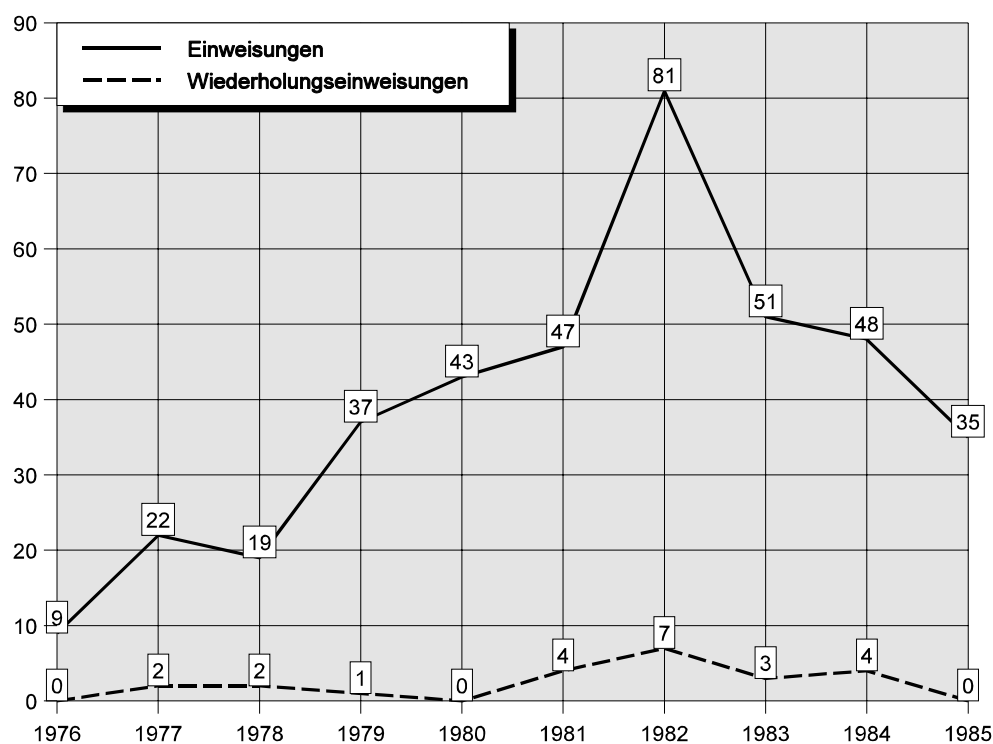


635 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-23:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS HOLZMINDEN (HOL)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁶
1976	9	100.000	85.704	10,50
1977	22	100.000	91.083	24,15
1978	19	100.000	90.572	20,98
1979	37	100.000	90.120	41,06
1980	43	100.000	89.913	47,82
1981	47	100.000	83.708	56,15
1982	81	100.000	83.157	97,41
1983	51	100.000	82.522	61,80
1984	48	100.000	81.687	58,76
1985	35	100.000	81.288	43,06
Summe	392	100.000	859.754	45,59

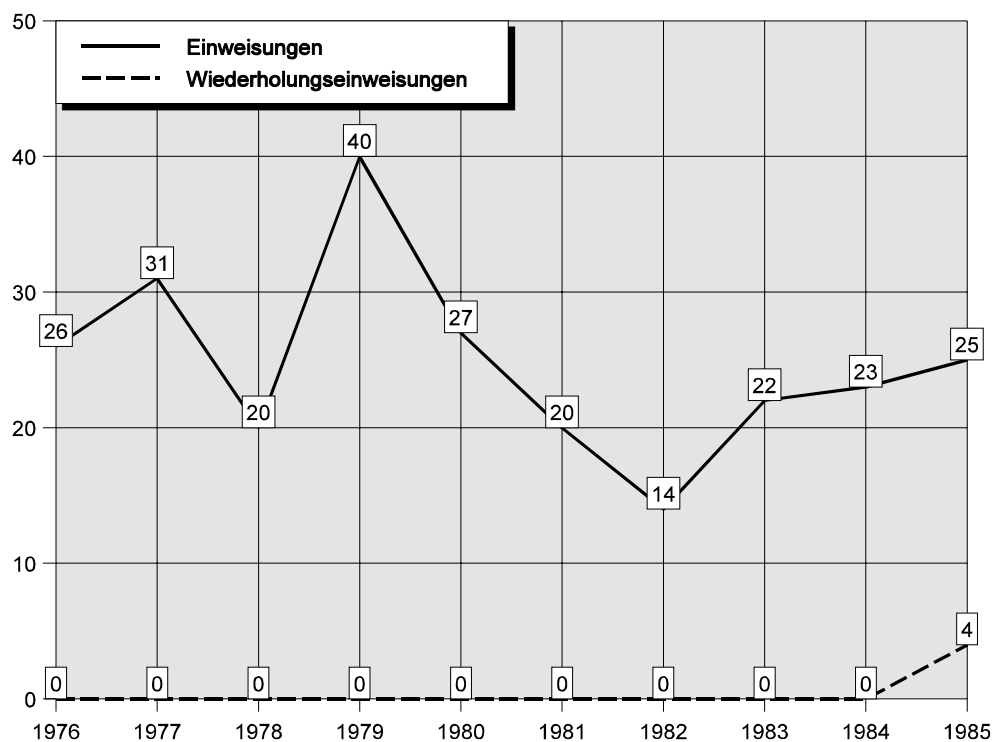


636 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-24:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS STADE (STD)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁷
1976	26	100.000	156.677	16,59
1977	31	100.000	158.763	19,53
1978	20	100.000	160.462	12,46
1979	40	100.000	162.666	24,59
1980	27	100.000	164.867	16,38
1981	20	100.000	166.624	12,00
1982	14	100.000	167.243	8,37
1983	22	100.000	167.588	13,13
1984	23	100.000	168.031	13,69
1985	25	100.000	168.208	14,86
Summe	248	100.000	1.641.099	15,11

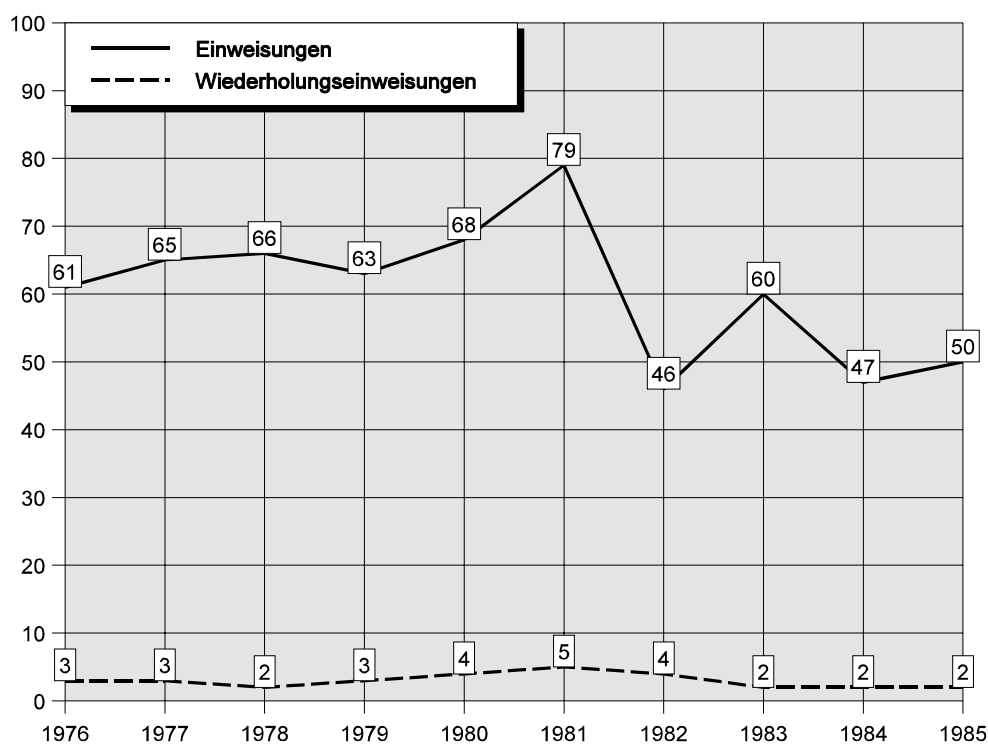


637 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-25:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS NORTHEIM (NOR)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁸
1976	61	100.000	127.260	47,93
1977	65	100.000	153.861	42,25
1978	66	100.000	152.709	43,22
1979	63	100.000	151.981	41,45
1980	68	100.000	151.385	44,92
1981	79	100.000	150.728	52,41
1982	46	100.000	149.646	30,74
1983	60	100.000	148.691	40,35
1984	47	100.000	148.188	31,72
1985	50	100.000	147.676	33,86
Summe	605	100.000	1.482.124	40,82

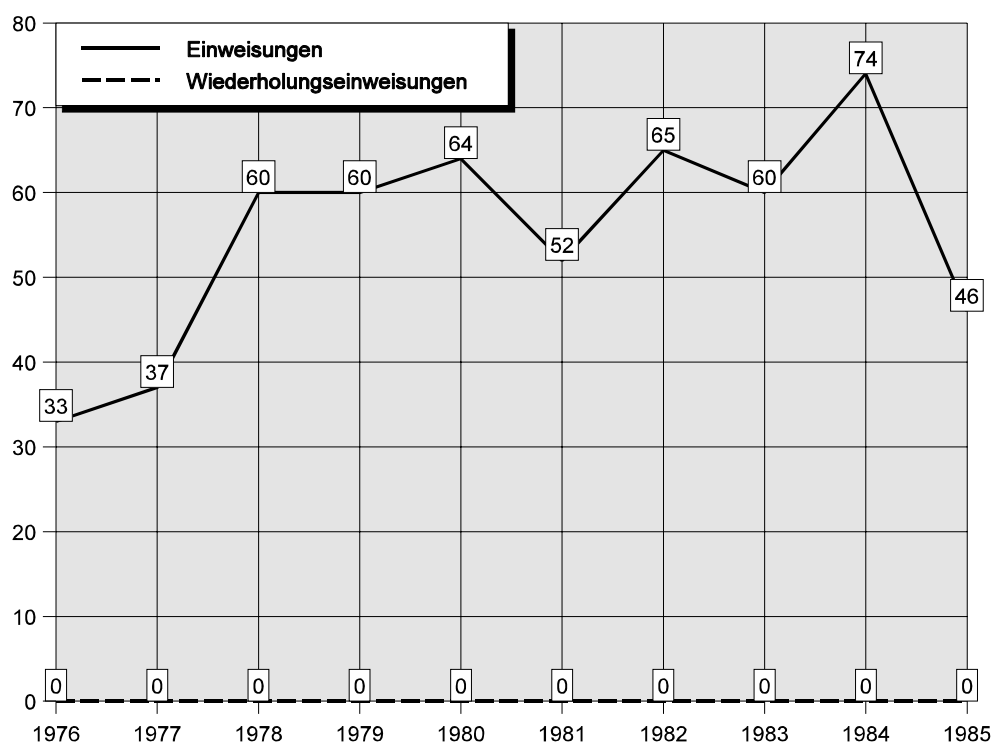


638 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-26:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
UND GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER
EINWEISUNGSZAHLEN VON 1976 BIS 1985

LANDKREIS AMMERLAND (WST)

Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenzwert ⁶³⁹
1976	33	100.000	87.556	37,69
1977	37	100.000	130.088	28,44
1978	60	100.000	130.706	45,90
1979	60	100.000	131.564	45,61
1980	64	100.000	90.540	70,69
1981	52	100.000	91.266	56,98
1982	65	100.000	91.740	70,85
1983	60	100.000	92.286	65,02
1984	74	100.000	93.093	79,49
1985	46	100.000	93.206	49,35
Summe	551	100.000	1.032.034	53,39



639 $\text{Anzahl der Einweisungen} \times \text{Multiplikator } 100.000 \div \text{Einwohnerzahl} = \text{Äquivalenzwert} = \text{Anzahl der Einweisungen pro } 100.000 \text{ Einwohner}$

ABBILDUNG 7-27:
BERECHNUNG DER ÄQUIVALENZWERTE (EINWEISUNGEN AUF 100.000 EINWOHNER)
HIER: SORTIERT NACH HÄUFIGKEIT DER EINWEISUNGEN

Kommune	Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenz ⁶⁴⁰
WOB	1982	178	100.000	124.609	142,85
WOB	1983	168	100.000	123.026	136,56
WOB	1981	164	100.000	125.630	130,54
WOB	1984	138	100.000	122.099	113,02
WOB	1985	125	100.000	121.965	102,49
WOB	Durchschnitt	1.266	100.000	1.251.559	101,15
HOL	1982	81	100.000	83.157	97,41
WOB	1976	117	100.000	126.511	92,48
WOB	1977	116	100.000	127.510	90,97
GF	1980	111	100.000	123.328	90,00
WOB	1980	104	100.000	125.935	82,58
GF	1979	100	100.000	121.852	82,07
WST	1984	74	100.000	93.093	79,49
GF	1981	99	100.000	125.214	79,06
GF	1976	92	100.000	118.599	77,57
GF	1982	95	100.000	126.160	75,30
WOB	1978	93	100.000	127.332	73,04
PE	1979	86	100.000	118.000	72,88
GF	1978	87	100.000	120.750	72,05
GF	Durchschnitt	885	100.000	1.236.480	71,57
GF	1983	90	100.000	126.562	71,11
WST	1982	65	100.000	91.740	70,85
WST	1980	64	100.000	90.540	70,69
PE	1985	81	100.000	116.480	69,54
WST	1983	60	100.000	92.286	65,02
PE	1980	77	100.000	118.624	64,91
GF	1977	77	100.000	119.501	64,43
PE	1982	75	100.000	117.588	63,78
HOL	1983	51	100.000	82.522	61,80
HOL	1984	48	100.000	81.687	58,76
WST	1981	52	100.000	91.266	56,98
GF	1985	72	100.000	127.414	56,51
HOL	1981	47	100.000	83.708	56,15
WST	Durchschnitt	551	100.000	1.032.034	53,39
PE	Durchschnitt	625	100.000	1.177.683	53,07
NOM	1981	79	100.000	150.728	52,41
PE	1984	61	100.000	116.466	52,38
OLL	1984	50	100.000	99.709	50,15
PE	1983	59	100.000	117.675	50,14
CE	1980	83	100.000	165.660	50,10

Fortsetzung folgt

Fortsetzung ...

Kommune	Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenz ⁶⁴¹
PE	1981	59	100.000	117.784	50,09
VEC	1982	50	100.000	100.022	49,99
WOB	1979	63	100.000	126.942	49,63
WHV	1981	49	100.000	99.030	49,48
WST	1985	46	100.000	93.206	49,35
OLL	1985	49	100.000	99.689	49,15
GF	1984	62	100.000	127.100	48,78
CE	1979	80	100.000	164.340	48,68
NOM	1976	61	100.000	127.260	47,93
HOL	1980	43	100.000	89.913	47,82
HI	1985	132	100.000	278.646	47,37
DAN	1979	23	100.000	48.632	47,29
WST	1978	60	100.000	130.706	45,90
WST	1979	60	100.000	131.564	45,61
HOL	Durchschnitt	392	100.000	859.754	45,59
NOM	1980	68	100.000	151.385	44,92
CE	1978	73	100.000	164.864	44,28
OLL	1981	43	100.000	98.137	43,82
WHV	1979	43	100.000	99.426	43,25
NOM	1978	66	100.000	152.709	43,22
VEC	1981	43	100.000	99.534	43,20
HOL	1985	35	100.000	81.288	43,06
DAN	1976	21	100.000	49.276	42,62
NOM	1977	65	100.000	153.861	42,25
NOM	1979	63	100.000	151.981	41,45
VEC	1984	42	100.000	101.498	41,38
HOL	1979	37	100.000	90.120	41,06
CE	1981	68	100.000	165.947	40,98
NOM	Durchschnitt	605	100.000	1.482.124	40,82
NOM	1983	60	100.000	148.691	40,35
WHV	1982	40	100.000	99.174	40,33
PE	1977	47	100.000	118.268	39,74
CE	1977	65	100.000	164.515	39,51
WHV	1985	38	100.000	96.702	39,30
DAN	1977	19	100.000	48.954	38,81
DAN	1981	19	100.000	49.014	38,76
PE	1976	46	100.000	119.040	38,64
WHV	1980	38	100.000	99.230	38,29
VEC	1985	39	100.000	101.946	38,26
WST	1976	33	100.000	87.556	37,69
EMD	1982	19	100.000	50.950	37,29
OLL	Durchschnitt	358	100.000	962.346	37,20
EMD	1980	19	100.000	51.186	37,12
VEC	1983	37	100.000	100.684	36,75

Fortsetzung folgt

Fortsetzung ...

Kommune	Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenz ⁶⁴²
OLL	1982	36	100.000	98.883	36,41
OLL	1983	36	100.000	99.272	36,26
CE	Durchschnitt	596	100.000	1.649.830	36,12
EMD	1985	18	100.000	49.968	36,02
VEC	Durchschnitt	351	100.000	990.276	35,44
HI	1984	99	100.000	279.441	35,43
WHV	Durchschnitt	343	100.000	994.152	34,50
VEC	1977	33	100.000	96.683	34,13
OLL	1977	32	100.000	93.989	34,05
NOM	1985	50	100.000	147.676	33,86
CE	1983	56	100.000	165.451	33,85
WHV	1983	33	100.000	98.892	33,37
EMD	1979	17	100.000	51.607	32,94
WHV	1984	32	100.000	97.496	32,82
OLL	1980	32	100.000	97.518	32,81
VER	1979	36	100.000	109.890	32,76
HI	1980	91	100.000	278.677	32,65
HI	1983	92	100.000	281.797	32,65
VEC	1980	32	100.000	98.828	32,38
OLL	1976	27	100.000	83.748	32,24
NOM	1984	47	100.000	148.188	31,72
NOM	1982	46	100.000	149.646	30,74
DAN	1980	15	100.000	48.826	30,72
VEC	1979	30	100.000	97.949	30,63
HM	1983	47	100.000	155.765	30,17
HI	1982	85	100.000	283.247	30,01
EMD	1976	16	100.000	53.408	29,96
EMD	1984	15	100.000	50.164	29,90
CE	1985	49	100.000	164.277	29,83
DAN	Durchschnitt	145	100.000	488.830	29,66
WHV	1977	30	100.000	101.516	29,55
EMD	1981	15	100.000	50.933	29,45
OLL	1978	28	100.000	95.169	29,42
PE	1978	34	100.000	117.758	28,87
WST	1977	37	100.000	130.088	28,44
CE	1982	47	100.000	165.667	28,37
EMD	Durchschnitt	141	100.000	514.241	27,42
VER	1977	29	100.000	106.951	27,12
CE	1984	44	100.000	164.681	26,72
DAN	1984	13	100.000	48.792	26,64
HM	1981	42	100.000	158.016	26,58
HI	Durchschnitt	716	100.000	2.740.342	26,13
OLL	1979	25	100.000	96.232	25,98
WHV	1978	26	100.000	100.148	25,96

Fortsetzung folgt

Fortsetzung ...

Kommune	Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenz ⁶⁴³
HM	1984	40	100.000	154.142	25,95
HM	1980	41	100.000	158.812	25,82
HM	1979	41	100.000	159.673	25,68
OHZ	1982	24	100.000	94.270	25,46
VER	1980	28	100.000	110.772	25,28
HM	1978	40	100.000	160.595	24,91
VEC	1978	24	100.000	97.273	24,67
DAN	1985	12	100.000	48.773	24,60
STD	1979	40	100.000	162.666	24,59
HM	Durchschnitt	380	100.000	1.563.456	24,31
HOL	1977	22	100.000	91.083	24,15
GÖ	1983	64	100.000	265.249	24,13
HM	1977	38	100.000	161.403	23,54
HI	1979	65	100.000	278.648	23,33
HM	1985	35	100.000	153.483	22,80
OHZ	1979	21	100.000	93.213	22,53
HI	1981	64	100.000	284.264	22,51
VER	Durchschnitt	248	100.000	1.102.325	22,50
VER	1982	25	100.000	111.833	22,35
VER	1983	25	100.000	112.117	22,30
VER	1985	25	100.000	112.562	22,21
VEC	1976	21	100.000	95.859	21,91
NOH	1982	25	100.000	116.202	21,51
HOL	1978	19	100.000	90.572	20,98
VER	1976	22	100.000	105.645	20,82
NOH	1984	23	100.000	116.382	19,76
VER	1981	22	100.000	111.596	19,71
VER	1984	22	100.000	112.442	19,57
STD	1977	31	100.000	158.763	19,53
HM	1976	28	100.000	144.506	19,38
CE	1976	31	100.000	164.428	18,85
EMD	1977	10	100.000	53.042	18,85
DAN	1982	9	100.000	48.969	18,38
HI	1976	39	100.000	214.962	18,14
NOH	1985	21	100.000	116.473	18,03
HM	1982	28	100.000	157.061	17,83
GÖ	1981	46	100.000	262.380	17,53
NOH	1976	19	100.000	108.867	17,45
NOH	1983	20	100.000	116.347	17,19
OHZ	1980	16	100.000	93.902	17,04
OHZ	1981	16	100.000	94.459	16,94
GÖ	1985	44	100.000	263.334	16,71
STD	1976	26	100.000	156.677	16,59
DAN	1978	8	100.000	48.693	16,43

Fortsetzung folgt

Fortsetzung ...

Kommune	Jahr	Einweisungen	Multiplikator	Einwohnerzahl	Äquivalenz ⁶⁴⁴
STD	1980	27	100.000	164.867	16,38
GÖ	1982	43	100.000	263.781	16,30
GÖ	1984	43	100.000	263.735	16,30
EMD	1983	8	100.000	50.783	15,75
GÖ	1980	40	100.000	260.743	15,34
STD	Durchschnitt	248	100.000	1.641.099	15,11
STD	1985	25	100.000	168.208	14,86
NOH	Durchschnitt	171	100.000	1.154.732	14,81
GÖ	Durchschnitt	378	100.000	2.609.851	14,48
OHZ	Durchschnitt	134	100.000	935.079	14,33
NOH	1977	16	100.000	115.833	13,81
STD	1984	23	100.000	168.031	13,69
WHV	1976	14	100.000	102.539	13,65
STD	1983	22	100.000	167.588	13,13
VER	1978	14	100.000	108.517	12,90
OHZ	1984	12	100.000	94.457	12,70
GÖ	1976	32	100.000	256.414	12,48
STD	1978	20	100.000	160.462	12,46
DAN	1983	6	100.000	48.901	12,27
NOH	1978	14	100.000	115.772	12,09
OHZ	1976	11	100.000	91.278	12,05
STD	1981	20	100.000	166.624	12,00
NOH	1979	13	100.000	115.915	11,22
OHZ	1985	10	100.000	94.316	10,60
HOL	1976	9	100.000	85.704	10,50
OHZ	1977	9	100.000	92.086	9,77
OHZ	1983	9	100.000	94.497	9,52
GÖ	1979	24	100.000	259.200	9,26
HI	1977	26	100.000	281.041	9,25
GÖ	1977	23	100.000	256.918	8,95
NOH	1980	10	100.000	116.447	8,59
NOH	1981	10	100.000	116.504	8,58
STD	1982	14	100.000	167.243	8,37
HI	1978	23	100.000	279.619	8,23
EMD	1978	4	100.000	52.200	7,66
GÖ	1978	19	100.000	258.097	7,36
OHZ	1978	6	100.000	92.601	6,48

644 Anzahl der Einweisungen x Multiplikator 100.000 ÷ Einwohnerzahl = Äquivalenzwert = Anzahl der Einweisungen pro 100.000 Einwohner

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Übersichten

Nr.	Abbildungen in Block 1	Seite
1-1	Errichtung Sozialpsychiatrischer Dienste von 1978 bis 1985 (kumulativ)	16
1-2	Entstehung sonstiger Einrichtungen seit 1975	25
1-3	Entstehung sonstiger Einrichtungen seit 1975 - nach Kommunen gegliedert	25
1-4	Schaffung von ambulanten psychosozialen Einrichtungen vor bzw. nach 1975	28
1-5	Schaffung von ambulanten psychosozialen Einrichtungen "1959 bis 1986" versus "nach 1975"	29

Nr.	Abbildungen in Block 2	Seite
2-1	Eigenständigkeitsgrade Sozialpsychiatrischer Dienste 1985	47
2-2	Mobilitätsgrade Sozialpsychiatrischer Dienste 1985	95
2-3	"Verwaltungsarbeit" der einzelnen Berufsgruppen, gemessen an ihrer dienstlichen Gesamttätigkeit 1985	104
2-4	"Verwaltungsarbeit" bei allen Berufsgruppen in den Diensten, gemessen am Durchschnitt 30,3 %	105
2-5	"Verwaltungsarbeit" bei der Berufsgruppe der Ärzte, gemessen am Durchschnitt von 19,7 %	107
2-6	"Verwaltungsarbeit" bei der Berufsgruppe der Psychologen, gemessen am Durchschnitt von 15,5 %	107
2-7	"Verwaltungsarbeit" bei der Berufsgruppe der Sozialarbeiter, gemessen am Durchschnitt von 23,2 %	108
2-8	"Verwaltungsarbeit" bei der Berufsgruppe der Krankenpfleger, gemessen am Durchschnitt von 24,3 %	108
2-9	"Verwaltungsarbeit" bei der Berufsgruppe der Sonstigen, gemessen am Durchschnitt von 82,0 %	109

Nr.	Abbildungen in Block 3	Seite
3-1	Zu welchem Anteil entspricht der Sozialpsychiatrische Dienst den Anforderungen des Nds.PsychKG?	114
3-2	Personalüberhänge und Personaldefizite in den Diensten 1985	138
3-3	Sprechstundenangebote und Maximalentfernungen - Abweichungen vom arithmetischen Mittelwert 21,773 km - in Kilometern -	153
3-4	Bewertung der Sprechstundenangebote nach Einwohnerzahl, Fläche und Entfernung - in Wertepunkte -	154

Nr.	Abbildungen in Block 4	Seite
4-1	Das Hilfeangebot Sozialpsychiatrischer Dienste 1985	168
4-2	Expansionsabsichten zum Hilfeangebot der Dienste 1985	170
4-3	Vorhandenes Hilfeangebot und beabsichtigte Expansionen 1985	171
4-4	Beratung von Pflegern und Vormündern für psychisch Kranke, Süchtige und geistig Behinderte	175
4-5	Verteilung der geleisteten vorbeugenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen	179
4-6	Vorsorgende Hilfen 1985: Art und Häufigkeit der Nennungen (n = 71	185
4-7	Arten begleitender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten 1985	191
4-8	Sekundärprävention: bereinigte Werte - nach CAPLAN	193
4-9	Arten nachgehender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten 1985	198
4-10	Tertiärprävention (bereinigte Werte) nach CAPLAN	201
4-11	Vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen als Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	202
4-12	Vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen und ihre Präventionsanteile - Einzelbetrachtungen	203
4-13	Beratung und Betreuung geistig behinderter und psychisch kranker Kinder und Jugendlicher - insgesamt	207
4-14	Zeitaufwand zur Betreuung bestimmter Personengruppen	210
4-15	Inanspruchnahmeraten bei den Sozialpsychiatrischen Diensten	216
4-16	Klientenzahlen 1985 - nach Geschlechtszugehörigkeit (N=20)	219
4-17	Altersverteilung Wohnbevölkerung Niedersachsen 1985 versus Altersverteilung betreutes Klientel der Dienste insgesamt	220
4-18	Altersverteilung 1985 - Wohnbevölkerung versus betreutes Klientel Sozialpsychiatrischer Dienste	221
4-19	Durchschnittsabweichungen in der Betreuung bestimmter Altersgruppen	223
4-20	Diagnoseverteilung 1985 nach ICD-8 bei 19 befragten Diensten	229
4-21	Diagnoseverteilung 1985 nach ICD-8 unterhalb der Geschlechter	229
4-22	Diagnoseverteilung 1985 nach ICD-8 unterhalb der Altersgruppen	230
4-23	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Organischen Psychosen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	233

Nr.	Abbildungen in Block 4 (Fortsetzung)	Seite
4-24	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Endogenen Psychosen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	234
4-25	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Neurosen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	235
4-26	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Psychosomatischen Erkrankungen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	236
4-27	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Suchtmittelabhängigkeiten, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	237
4-28	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Geistigen Behinderungen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	238
4-29	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Anfallsleiden, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	239
4-30	Anteil der 1985 betreuten Klienten mit Unklaren Diagnosen, gemessen an der Gesamtzahl Betreuer	240

Nr.	Abbildungen in Block 5	Seite
5-1	Einweisungen nach den Unterbringungsgesetzen in Niedersachsen von 1976 bis 1985 (Hochrechnung)	248
5-2	Wiederholungseinweisungen in Niedersachsen von 1976 bis 1985 (Hochrechnung)	249
5-3	Entwicklung von Einweisungsraten und Wiederholungseinweisungen in Niedersachsen von 1976 bis 1985	250
5-4	Einweisungsraten pro 100.000 Einwohner Wohnbevölkerung hier: Durchschnitt der Jahre 1976 bis 1985	252
5-5	Erstellung ärztlicher Einweisungsgutachten 1985 durch ...	259
5-6	Wiederholungseinweisungen des Jahres 1985, jeweils in Relation zur Anzahl der gesamten Einweisungen	264
5-7	Wiederholungseinweisungen von 1978 bis 1985, jeweils in Relation zur Anzahl der gesamten Einweisungen 1985	268
5-8	Gegenüberstellung der errechneten Anteile an Wiederholungseinweisungen aus den Abbildungen 5-6 und 5-7 (Kurz- und Langzeitbeobachtung)	269
5-9	Beteiligung der Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen	280
5-10	Verteilung der Einweisungen nach den Paragraphen 14, 15 und 16 Nds.PsychKG	289

Nr.	Abbildungen in Block 6	Seite
6-1	Entfernungen zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Landeskrankenhaus bzw. Klinik	305
6-2	Gegenwärtiges Einzugsgebiet psychiatrischer Kliniken und Abteilungen	306
6-3	Gemeinsame Dienstbesprechungen von Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste u. dem Klinikpersonal	310
6-4	Klientenbesuche durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes	314
6-5	Kooperationsintensität einzelner Dienste mit den Kliniken, gemessen an der Übersendung von Entlassungsberichten	320
6-6	Weitere Kooperationsformen zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten	323

Nr.	Abbildungen im Anhang	Seite
7-1	Niedergelassene Nervenärzte in Niedersachsen 1985 (nach Fragebogen bzw. Schätzungen)	350
7-2	Niedergelassene Nervenärzte in Niedersachsen 1985 (nach Bedarfsplan der KV vom 31.12.1986)	351
7-3	Niedergelassene Nervenärzte in Niedersachsen 1985 (nach Ärzteverzeichnissen)	352
7-4	Niedergelassene Nervenärzte in Niedersachsen 1985 (Durchschnittswerte aus drei Informationsquellen)	353
7-5	Nervenärztdichte in Niedersachsen 1985 (Nervenärzte pro 50.000 Einwohner)	354
7-6	Die niedergelassenen Nervenärzte in Niedersachsen 1985 nach Ärzteverzeichnissen	356
7-7	Die niedergelassenen Ärzte mit Zusatzqualifikationen in Niedersachsen 1985 (nach Ärzteverzeichnis)	356
7-8	Berechnung der Äquivalenzwerte (Einweisungen auf 100.000 Einwohner) und graphische Darstellung der Einweisungszahlen von 1976 bis 1985 Stadt Emden (EMD)	358
7-9	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Celle (CE)	359
7-10	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen LK Grafschaft Bentheim (NOH)	360
7-11	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Osterholz (OHZ)	361
7-12	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Verden (VER)	362
7-13	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen LK Lüchow-Dannenberg (DAN)	363
7-14	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Hildesheim (HI)	364
7-15	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis GIFHORN (GF)	365
7-16	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Stadt Wolfsburg (WOB)	366
7-17	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Göttingen (GÖ)	367
7-18	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Oldenburg (OLL)	368
7-19	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Stadt Wilhelmshaven (WHV)	369
7-20	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis VECHTA (VEC)	370
7-21	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Peine (PE)	371
7-22	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Hameln (HM)	372
7-23	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Holzminden (HOL)	373
7-24	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Stade (STD)	374
7-25	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Northeim (NOR)	375
7-26	Äquivalenzwerte und graphische Darstellung der Einweisungszahlen Landkreis Ammerland (WST)	376
7-27	Berechnung der Äquivalenzwerte (Einweisungen auf 100.000 Einwohner) hier: sortiert nach Häufigkeit der Einweisungen	377

Nr.	Tabellen in Block 1	Seite
1-1	Entstehungsjahr sonstiger Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Versorgung	27
1-2	Nervenärztliche Niederlassungen in Niedersachsen	33

Nr.	Tabellen in Block 2	Seite
2-1	Einsichtnahme in die Betreuungsakten des Sozialpsychiatrischen Dienstes	57
2-2	Arbeitszeitmodalitäten in Sozialpsychiatrischen Diensten 1985	68
2-3	Dienstreisegenehmigungen, Fahrtenbücher und Art der Fortbewegungsmittel	94
2-4	Geforderte Informationsangaben im Zusammenhang von Dienstreisen	97
2-5	"Verwaltungsarbeit", gemessen an der dienstlichen Gesamttätigkeit 1985 (Angaben in Prozent)	103

Nr.	Tabellen in Block 3	Seite
3-1	Gewichtung der Aufgabenverteilung von Sozialpsychiatrischen Diensten (prozentuale Angaben)	112
3-2	Personal von Sozialpsychiatrischen Diensten in Wochenarbeitsstunden	128
3-3	Verteilung der kommunalen Wohnbevölkerung auf Sprechstundenangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste	148
3-4	Verteilung der Flächengrößen der Kommunen auf Sprechstundenangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste	150
3-5	Maximale Entfernung (Luftlinie) vom Wohnort zur Sprechstunde	151
3-6	Zahl der Mitarbeiter mit Spezial- Zusatzausbildungen in 22 befragten Diensten	158
3-7	Verteilung von Spezial- und Zusatzausbildungen auf die jeweiligen Personalbestände der Sozialpsychiatrischen Dienste	159
3-8	Störungen/Kritikpunkte in der Arbeit von 22 befragten Diensten	162

Nr.	Tabellen in Block 4	Seite
4-1	Das Hilfeangebot Sozialpsychiatrischer Dienste	167
4-2	Arten vorsorgender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskünfte der Dienste)	185
4-3	Arten begleitender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskünfte der Dienste)	190
4-4	Arten nachgehender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskünfte der Dienste)	197
4-5	Anzahl der behandelten bzw. betreuten Klienten	215
4-6	Absolut- und Relativverteilung der Klienten nach Geschlechtszugehörigkeit	218
4-7	Übersicht über Diagnosengruppen bei betreuten Klientengruppen	226
4-8	Diagnosen/Problemgruppen von Klienten sozialpsychiatrischer Patient im Vergleich	232

Nr.	Tabellen in Block 5	Seite
5-1	Einweisungen 1976 bis 1985 nach den jeweils gültigen Gesetzen aufgrund von Angaben der Ordnungsdienste der Gebietskörperschaften (nach Zahl der Personen und nach Zahl der Einweisungen)	246
5-2	Einweisungsquote nach dem Nds.PsychKG 1978 für das Basisjahr 1985 (Anzahl der eingewiesenen Personen und Anzahl der erfolgten Einweisungen)	254
5-3	Absolut-Verteilung der ärztlichen Einweisungsgutachten nach dem Nds.PsychKG	258
5-4	Prozentual-Verteilung der ärztlichen Einweisungsgutachten nach dem Nds.PsychKG	258
5-5	Mehrfacheinweisungen von Personen im Basisjahr 1985 (hier: Anzahl der eingewiesenen Personen)	263
5-6	Mehrfacheinweisungen von Personen im Basisjahr 1985 (hier: Anzahl der Einweisungen)	263
5-7	Mehrfacheinweisungen von Personen innerhalb einer Zeitsequenz von 8 Jahren (Basisjahr: 1985)	267
5-8	Beantragende Stelle nach § 6 Nds.PsychKG zur Durchführung von Schutzmaßnahmen	274
5-9	Beteiligung der Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen (bekannte Klienten)	279
5-10	Beteiligung der Dienste an der Durchführung von Schutzmaßnahmen (unbekannte Klienten)	279
5-11	Anhörung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach § 20 Nds.PsychKG	284
5-12	Prozentual-Verteilung der Schutzmaßnahmen nach dem Nds.PsychKG	288
5-13	Behandlungsempfehlungen nach § 8 Nds.PsychKG	292
5-14	Behandlungsaufgaben nach § 9 Nds.PsychKG	295
5-15	Vorläufige Entlassungen nach § 33 Nds.PsychKG	299

Nr.	Tabellen in Block 6	Seite
6-1	Kilometermäßige Entfernung zwischen Klinik und Sozialpsychiatrischem Dienst	304
6-2	Mitarbeiterkontakte zwischen Klinik und Sozialpsychiatrischem Dienst	308
6-3	Gemeinsame Dienstbesprechungen v. Klinikbediensteten und Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste	309
6-4	Klientenbesuche in der Klinik durch Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste	313
6-5	Kooperationsbereitschaft der Kliniken, gemessen am Kriterium des Übersendens von Entlassungsberichten (Umrechnung der Angaben in Wertepunkte)	319
6-6	Weitere Kooperationsformen zwischen stationärer Psychiatrie und den Sozialpsychiatrischen Diensten	322
6-7	Sicherung der ambulanten Nachbetreuung auf Initiative der zuständigen Klinik	325
6-8	Intensität der Kooperation mit verschiedenen Stellen	329

Nr.	Übersichten	Seite
1	Übersicht zur Krisenintervention ausgewählter Sozialpsychiatrischer Dienste und Kriseninterventionsdienste	75
2	Ermittlung der Personalkapazitäten, die durch sachfremde Aufgabenerfüllungen gebunden werden	115
3	Existenz und Entstehung schriftlicher Konzeptionen Sozialpsychiatrischer Dienste	118
4	Existenz und Entstehung schriftlicher Arbeitsplatzbeschreibungen für Mitarbeiter	122
5	Existenzdauer von Sozialpsychiatrischen Diensten (Stichtag 01.01.1986)	122
6	Personelle Ausstattung und Existenz von Arbeitsplatzbeschreibungen	123
7	Arbeitsplatzbeschreibungen und schriftliche Konzepte der Arbeit	124
8	Personalüberhänge und Personaldefizite bei 22 befragten Diensten (Wochenarbeitsstunden)	135
9	Personalüberhänge und Personaldefizite bei 22 befragten Diensten (Wochenarbeitsstunden) unter Berücksichtigung der Aufgaben - Variablen	137
10	Wahrnehmung von Problemen bei der Erreichbarkeit von 22 befragten Diensten	142
11	Benennung von Problemen bei der Erreichbarkeit von 22 befragten Diensten	143
12	Sprechstundenangebote von 22 befragten Diensten	147
13	Arten vorsorgender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)	184
14	Vorsorgende Hilfen A.: Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Primärpräventionsanteilen	186
15	Vorsorgende Hilfen B.: Tätigkeiten mit geringen oder keinen Primärpräventionsanteilen	187
16	Arten begleitender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)	190
17	Begleitende Hilfen A.: Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Sekundärpräventionsanteilen	192
18	Begleitende Hilfen B.: Tätigkeiten mit geringen oder keinen Sekundärpräventionsanteilen	193
19	Arten nachgehender Hilfen bei Sozialpsychiatrischen Diensten (Eigenauskunft der Dienste)	197
20	Nachgehende Hilfen A.: Tätigkeiten mit hohen oder mäßigen Tertiärpräventionsanteilen	199
21	Nachgehende Hilfen B.: Tätigkeiten mit geringen oder keinen Tertiärpräventionsanteilen	199
22	Präventionsanteile einzelner Dienste aufgrund vorsorgender, begleitender und nachgehender Hilfen	204
23	Inanspruchnahmeraten Sozialpsychiatrischer Dienste (bezogen auf 1.000 Einw. Wohnbevölkerung)	214

Literaturverzeichnis

ABGABENORDNUNG 1977

Abgabenordnung vom 16.03.1976, BGBl. I S. 613, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.1989, BGBl. I S. 2408
Bonn 1977

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983

Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen - 5jährige Erfahrungen mit dem Nds.PsychKG
Sonderdruck aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt -
Referate einer Veranstaltung der Akademie für Sozialmedizin in Hannover e.V. vom 13. August 1983
Hannover 1983

AKADEMIE FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1986

Die Unterbringung psychisch Kranker nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz Berichte und Materialien Nr. 6
Düsseldorf 1986

ÄNDERUNGSTARIFVERTRAG (ÄTV) 1974

33. Änderungsstarifvertrag zum Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) vom 01.06.1974
Stuttgart 1974

ÄNDERUNGSTARIFVERTRAG (ÄTV) 1988

60. Änderungsstarifvertrag zum Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) vom 05.07.1988
Stuttgart 1988

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE NIEDERSACHSENS 1986

Forschungsvorhaben der Medizinischen Hochschule Hannover: Auf- und Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste
u.a. psychosozialer Versorgungseinrichtungen - Antwortschreiben an die MHH vom 28.07.1986 unter Az.:
by-si-516-05-
Hannover, 28.07.1986

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1981

Das AMDP-System - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde
4. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1981

AUTORENGRUPPE HÄCKLINGEN 1981

Ausgrenzen ist leichter - Alltag in der Gemeindepsychiatrie - Ein Lesebuch
Psychiatrie Verlag, 1981

BARGFREDE, HARTMUT/SCHLEEF, DIRK 1985

Sozialpsychiatrische Übergangseinrichtungen -
Eine Untersuchung zur sozialen Einbindung und zum Zeitbudget der Bewohner
Diplomarbeit, Universität Bielefeld, 1985

BASTIAAN, PETER 1983

Die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1983, Seite 56-76
Psychiatrie Verlag, 1983

BASTIAAN/SCHÄDLE-DEININGER 1980

Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Teil II, Band 28
Psychiatrie Verlag, 1980

BATTEGAY/PFISTER/AMMENDE/BURNER/LABHARDT/LUBAN-PLOZZA 1975

Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene
Bern, Stuttgart, Wien 1975

BAUER, MANFRED 1987

Psychiatrische Untersuchung, Diagnostik, Klassifikation
in: KISKER/FREYBERGER/ROSE/WULFF 1987, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Seite 28-37
4. Auflage, Stuttgart, New York 1987

BAUER, MANFRED/HASELBECK, HELMUT 1983

Eine Stadt und ihre ambulanten Dienste - Materialien zur Arbeit sozialpsychiatrischer Dienste in Hannover
in: BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163), Seite 19 ff
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983

BAUER, MANFRED/ROSE, HANS K./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1981

Ambulante Dienste für psychisch Kranke
Tagungsbericht Band 6, Aktion Psychisch Kranke, Köln 1981

BAYERISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT 1971, 1978

Jahrgänge 1971 und 1978
München 1971, 1978

BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZ (BRRG) 1985

Beamtenrechtsrahmengesetz i.d.F. vom 27.02.1985, BGBl. I S. 462,
unter Berücksichtigung des Änderungsgesetzes vom 18.07.1985, BGBl. I S. 1513
Bonn 1985

BECKER/BECKMANN/FRIEDRICH pp. 1983

Präventive Intervention im Betrieb - Ansätze zur Veränderung der Arbeitssituation
Reinbek 1983

BEHREND, K. 1981

Die Rolle des psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes im Rahmen ambulanter Dienste
in: BAUER/ROSE 1981, Seite 129-136
Köln 1981

BETÄUBUNGSMITTELGESETZ 1984

Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts vom 28.07.1981, BGBl. I S. 681,
zuletzt geändert am 06.08.1984, BGBl. I S. 1081
Bonn 1984

BEZIRKSREGIERUNG HANNOVER 1985

Protokoll der Dienstbesprechung der Leiter Sozialpsychiatrischer Dienste im Regierungsbezirk Hannover
vom 24.10.1985, Az.: -205.2 - 41544 -
Hannover 1985

BEZIRKSREGIERUNG WESER-EMS 1986

Datenschutz im Sozialpsychiatrischen Dienst - Verfügung vom 20.10.1986, Az.: 205.12-41544/6
Oldenburg 1986

BIELL, MICHAEL 1986

Die psychosoziale Versorgung in der Stadt Oldenburg - Ein Vergleich mit den Forderungen der Psychiatrie-Enquête
unter besonderer Berücksichtigung "psychisch Leidender"
Diplom-Arbeit, Universität Oldenburg 1986

BLINKERT, BALDO 1976

Berufskrisen in der Sozialarbeit - Eine empirische Untersuchung über Verunsicherung, Anpassung
und Professionalisierung von Sozialarbeitern
Weinheim, Basel 1976

BÖHM/SPIERTZ/SPONER/STEINHERR 1988

Die Dienstverhältnisse der Angestellten bei öffentlichen Verwaltungen und Betrieben
- Bundesangestelltentarifvertrag, Loseblatt-Sammlung, Stand: Mai 1988
Hamburg 1988

BOPP, DOROTHEE 1985

Organisation und Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Bereich der Bezirksregierung Weser-Ems
Düsseldorf 1985

BOSCH/FEHR/HUTTER (Hg.) 1985

Was können psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zur Förderung seelischer Gesundheit tun?
Tagungsbericht der Bundesvereinigung für seelische Gesundheit
Hamburg 1985

BRACK, RUTH 1984

Das Arbeitspensum des Sozialarbeiters - Ein Beitrag zur Klärung der Arbeitsbelastung
Bern, Stuttgart 1984

BREMEN: PSYCHKG HB 1979

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 09.04.1979, GBl. 1979, S. 123
Bremen 1979

BREUER/DÖRFLER/HABECK/HUTTER/KLEINSCHNITTGER pp. 1983

Ambulante psychosoziale Dienste in ländlichen und kleinstädtischen Regionen
in: BECKER/BECKMANN/FRIEDRICH pp. 1983, Seite 135-159
Reinbek 1983

BRONISCH/FEUERLEIN/HERTENBERGER 1986

Eine Station für psychiatrische Krisenintervention fünf Jahre später
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1986, Seite 213 ff
Stuttgart, New York 1986

BULL, HANS-PETER 1979

Datenschutz als Informationsrecht und Gefahrenabwehr
in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT 1979, Seite 1177 ff
München 1979

BUNDESANGESTELLTENTARIFVERTRAG (BAT) 1987

Bundesangestelltentarifvertrag vom 23.02.1961, i.d.F. des 56. Änderungsstarifvertrages (ÄTV)
vom 20.02.1987, GBl. 1987, S. 283
Stuttgart 1987

BUNDESARBEITSGERICHT 1977

Urteil vom 25.10.1977 - 1 AZR 452-74
in: STAHLHACKE 1990, § 615 BGB, lfd. Nr. 34
Neuwied 1990

BUNDESARBEITSZEITORDNUNG (AZO) 1975

Arbeitszeitordnung i.d.F. vom 30.04.1938, RGBl. I S. 447,
geändert durch das Zuständigkeitslockerungsgesetz vom 10.03.1975, BGBl. I S. 685
Bonn 1975

BUNDESARBEITSZEITVERORDNUNG (AZV) 1974

Verordnung über die Arbeitszeit der Bundesbeamten i.d.F. vom 24.09.1974, BGBl. I S. 2357 f
Bonn 1974

BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) 1985

Bundesbeamtengesetz i.d.F. vom 27.02.1985, BGBl. I S. 479
Bonn 1985

BUNDESBESOLDUNGSGESETZ 1986

Bundesbesoldungsgesetz vom 01.10.1986, BGBl. I S. 1553,1666
Bonn 1986

BUNDESMINISTER DES INNEREN 1982

Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung zu § 6 Abs. 2 BUNDESREISEKOSTENGESETZ vom 29.09.1982,
BGBl. I S. 1381
Bonn 1982

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1981

Die Gleitzeitarbeit - Entwicklungsstand und Perspektiven in der Bundesrepublik Deutschland - Forschungsbericht -
Bonn 1981

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (055)

Teilzeitarbeit bei Beamtinnen - Eine Untersuchung zur Förderung der Teilzeitarbeit im öffentlichen Dienst
Band 55, Stuttgart 1977

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (163)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt, Projekt: Hannover
Band 163, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (164)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Psychosoziale Versorgung auf dem Lande, Projekt: Varel
Band 164, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (165)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Sozialpsychiatrische Dienste - in einer ländlichen Region, Projekt: Uelzen - in einer Großstadt, Projekt: Köln
Band 165, Stuttgart 1983

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (166)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Psychosoziale Versorgung und Kooperation, Projekt: Gießen
Band 166, Stuttgart 1986

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT o.J.

Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD) 1979,
9. Revision, Band I, Systematisches Verzeichnis
Consulting-Verlag, Wuppertal, o.J.

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169)

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":
Projekt: Beratungszentrum Brakel - Projekt: Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Steinburg
Band 169, Stuttgart 1988

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und
psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms der Bundesregierung
Bonn 1988

BUNDESREISEKOSTENGESETZ (BRKG) 1979

Bundesreisekostengesetz i.d.F. vom 13.11.1973, BGBl. I S.1621, mit folgenden Änderungen:
vom 18.12.1975 (BGBl. I S. 3091); vom 26.06.1978 (BGBl. I S. 861); vom 20.03.1979 (BGBl. I S. 357)
Bonn 1979

BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG) 1976

Bundessozialhilfegesetz vom 13.02.1976, BGBl. I S. 289, berichtigt am 03.05.1976, BGBl. I S. 1150
Bonn 1976

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1983

Urteil vom 15.12.1983 zum Volkszählungsgesetz 1983, BVerfGE 65, Seite 1 ff
Bonn 1983

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT 1967

Beschluß vom 08.03.1967
in: ZEITSCHRIFT FÜR BEAMTENRECHT (ZBR) 1967, Seite 317 ff
Bonn 1967

BÜRGERLICHES GESETZBUCH (BGB) 1982

Bürgerliches Gesetzbuch vom 18.08.1896, RGBl. S. 195, zuletzt geändert am 20.12.1982, BGBl. I S. 1912
Bonn 1982

BUSCHE, MANFRED/HEINRICH, WERNER 1985

Die Praxis der Schutzmaßnahmen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG) vom 30. Mai 1978
Dissertation, Hannover 1985

CAPLAN, GERALD 1961

An approach to community mental health
New York 1961

CAPLAN, GERALD 1964

Principles of preventive psychiatry
New York 1964

CIOMPI, LUC 1984

Die Verhütung psychischer Krankheiten - Wunsch und Wirklichkeit. Ein Überblick
in: RUDOLF/TÖLLE 1984, Seite 3-9
Berlin 1984

CLEMENS/SCHEURING/STEINGEN/WIESE 1987

Kommentar zum Bundesangestelltentarifvertrag (BAT), Loseblatt-Sammlung i.d.F. der 85. Erg.-Lief. von 2/1987
Stuttgart 1987

CONRAD, RAINER 1983

Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie - Konzeption und Erfahrungen mit einer zweijährigen berufsbegleitenden Fortbildung für Mitarbeiter in der Psychosozialen Versorgung
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1983, Seite 25-43
Psychiatrie Verlag, 1983

CULLBERG, JOHAN 1978

Krisen und Krisentherapie
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1978, Seite 25-34
Stuttgart, New York 1978

CULLBERG, JOHAN 1980

Keiner leidet ganz umsonst - Menschen brauchen Krisen zur Entwicklung
Gütersloh 1980

DAS BEHINDERTE KIND 1983

Zweimonatszeitschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft "Hilfe für Behinderte" e.V., Jahrgang 1983
Bonn 1983

DEGKWITZ/HELMCHEN/KOCKOTT/MOMBOUR 1979

Diagnosenschlüssel und Glossar psychischer Krankheiten - 9. Revision der ICD
5. Auflage, Berlin 1979

DEUTSCHER BUNDESTAG 1990

Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz - BtG)
vom 12.09.1990, BGBl. I. S. 2001
Bonn 1990

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 6/2322

Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit über den Antrag BT-Drs. 6/474
zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
BT-Drs. 6/2322, Bonn 1971

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 6/474

Antrag der Abgeordneten Picard, Martin, Jungmann, Götz, Burger, Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, von
Thadden, Köster und der Fraktion der CDU/CSU betr. Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik
BT-Drs. 6/474, Bonn 1970

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/1124

Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in
der Bundesrepublik Deutschland
BT-Drs. 7/1124, Bonn 1973

DEUTSCHER BUNDESTAG Drs. 7/4200

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
BT-Drs. 7/4200, Bonn 1975, Seite 1 ff

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1965

Berufsgeheimnis und Zeugnisverweigerungsrecht der Sozialarbeiter in anderen Ländern
in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1965, Seite 251 ff
Frankfurt 1965

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1965

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, Jahrgang 1965
Frankfurt 1965

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1981

Datenschutz im sozialen Bereich - Beiträge und Materialien -
Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, Jahrgang 1981
Frankfurt 1981

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1983

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, Jahrgang 1983
Frankfurt 1983

DIE KERBE 1987

Magazin für die Begegnung mit Menschen in seelischer Not und Krankheit Heft 2/1987
Diakonisches Werk, Stuttgart 1987

DIE SELBSTVERWALTUNG - ORGAN DES DEUTSCHEN LANDKREISTAGES 1955

Jahrgang 1955
Heidelberg, später Köln 1955

DÖRNER, KLAUS/PLOG, URSULA 1978

Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie
Psychiatrie Verlag, 1978

DÖRNER, KLAUS/PLOG, URSULA 1984

Irre ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie
2. Auflage, Psychiatrie Verlag, 1984

DÖRNER/KÖCHERT/VON LAER/SCHERER 1979

Gemeindepsychiatrie - Gemeindegeseundheit zwischen Psychiatrie und Umweltschutz
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1979

DUNCKER, H./KULHANEK, F. (Hg.) 1982

Syndromatik der Psychosen und Neurosen
München 1982

EKESPARRE, DOROTHEE VON 1981

Beratungsstellen für soziale und psychische Probleme der Stadt Hannover
in: BAUER/ROSE 1981, Seite 145 ff
Köln 1981

ELLWEIN, THOMAS 1973

Das Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland
3. Auflage, Opladen 1973

EVANGELISCHE AKADEMIE BADEN (Hg.) 1985

Psychiatrische Versorgung zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Hilfe
Bad Herrenalb 1985

FINGER, PETER 1981

Reform der Rechtsberatung. Rechtsberatung als Sozialarbeit - Alternativen zum Recht
Königstein/Taunus 1981

FINZEN, ASMUS 1984

Zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung
in: FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 18.07.1984
Frankfurt 1984

FISCHER, H. 1983

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: In einem Landkreis - am Beispiel Hameln-Pyrmont
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 32-34
Hannover 1983

FISCHER, H. 1984

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: 2. In einem Landkreis - am Beispiel Hameln-Pyrmont
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1984, Seite 60-61
Hannover 1984

FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG 1984

Ausgabe vom 18.07.1984
Frankfurt 1984

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 1989

Endbericht über die Krisenambulanz Berlin-Wedding vom 1. Januar 1987 bis 1. Januar 1989
Berlin 1989

FREIWILLIGES GERICHTSBARKEITSGESETZ (FGG) 1898

Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17.05.1898, RGBl. S. 189
Berlin 1898

FRIEDRICH, MICHAEL 1985

Anmerkung zum Artikel: "Schweigepflicht und Sozialpsychiatrischer Dienst" von Prof. Dr. med. Peter Müller;
ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 545 ff
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1985, Seite 80 ff
Stuttgart, New York 1985

FRIESSEM, DIETER H. (Hg.) 1979

Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie
München 1979

FUTTERKNECHT, JEAN-MARC 1985

Job Sharing
Inaugural-Dissertation, Bern 1985

GEMEINDEPSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVEN 1983

Jahrgang: 1/1983
München 1983

GEMEINSAMES MINISTERIALBLATT 1972

Gleitende Arbeitszeit - Bekanntmachung des Bundesinnenministers (BMI) vom 24.10.1972 -
V III 1 - 131 232-5 -, GMBL 1972, S. 647
Bonn 1972

GEPHART, WOLFGANG 1983

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: In der Landeshauptstadt Hannover
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 26-31
Hannover 1983

GEPHART, WOLFGANG 1984

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: 1. In der Landeshauptstadt Hannover
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1984, Seite 57-60
Hannover 1984

GESETZ ÜBER DIE ÖFFENTLICHE SICHERHEIT UND ORDNUNG (SOG) 1951

SOG vom 21.03.1951, Nds.GVBl. 1951, Seite 79
Hannover 1951

GESSNER, J. 1976

Vom Club 55 zum Freiburger Projekt
in: WERKSTATTSCHRIFTEN FÜR SOZIALPSYCHIATRIE 1976, Heft 14
Wunstorf 1976

GÖTTE, J.H.A./SALEH, U. 1981

Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban, Berlin-Kreuzberg
in: BAUER/ROSE 1981, Seite 115-128
Köln 1981

GÖTTE/WEGENER 1986

Die diagnostischen Hauptgruppen eines Kriseninterventionszentrums im Vergleich
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1986, Seite 219 ff
Stuttgart, New York 1986

GRAFSCHAFTER NACHRICHTEN, 04.07.1984

Gute psychiatrische Versorgung garantiert - Während Anlaufphase Kompromiß nötig
Nordhorn 1984

GRAFSCHAFTER NACHRICHTEN, 26.06.1984

Psychiatrische Abteilung beginnt Arbeit am 1. Juli - Neuer Chefarzt vorgestellt/Offizielle Eröffnung: 25. Juli
Nordhorn 1984

GRAFSCHAFTER NACHRICHTEN, 26.07.1984

Sozialminister eröffnete psychiatrische Fachabteilung: Ortsnahe psychiatrische Versorgung bleibt weiter Ziel der Landesregierung - Schnipkoweit: Patienten Kontakt zu Angehörigen erhalten
Nordhorn 1984

GRUNOW/HEGNER/SCHMIDT 1981

Psychiatrische Versorgung durch kommunale Gesundheitsämter - Empirische Untersuchungen
Bielefeld 1981

HAASE, HANS-J. 1981

Bürgernahe Psychiatrie im Wirkungsbereich des psychiatrischen Krankenhauses
Erlangen 1981

HÄFNER, HEINZ 1974

Krisenintervention
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1974, Seite 139-150
Stuttgart, New York 1974

HÄFNER, HEINZ 1975

Krisenintervention
in: BATTEGAY/PFISTER/AMMENDE/BURNER/LAMBHARDT/LUBAN-PLOZZA 1975, Seite 215-226
Stuttgart, Wien 1975

HÄFNER/RÖSSLER/HAAS 1986

Psychiatrische Notfallversorgung und Krisenintervention - Konzepte, Erfahrungen und Ergebnisse
in: PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1986, Seite 203 ff
Stuttgart, New York 1986

HAMBURG: HMBPSYCHKG 1977

Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 22.09.1977,
GVBl. 1977, Seite 261
Hamburg 1977

HANNOVERSCHE ALLGEMEINE ZEITUNG (HAZ), 16.05.1984

Psychiater müssen Rechnungshof Krankengeschichten vorlegen (Bezug: OVG Lüneburg, Az.: 8 OVG A 23-83)
Hannover 1984

HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984

Dokumentation des Bildungsurlaubsseminars "Sozialpsychiatrie als öffentliche Dienstleistung" vom 30.05. bis 03.06.1983
Eigendruck, Goslar 1984

HEINZE, HANS/VON SCHACK, ULRICH 1983

Erfahrungen und Probleme mit dem Niedersächsischen PsychKG
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 7-15
Hannover 1983

HELLE, JÜRGEN 1983

Die Unterbringung nach dem Nds.PsychKG
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 16-25
Hannover 1983

HELLE, JÜRGEN 1986

Entwicklungslinien und Inhalte der Psychisch-Kranken-Gesetze
in: AKADEMIE FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1986, Seite 1 ff
Düsseldorf 1986

HOLLER, GERHARD 1982 A

Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen
Manuskript, Hannover 1982

HOLLER, GERHARD 1982 B

Stellung, Chancen und Probleme von nichtärztlichen Mitarbeitern im Gesundheitsamt
in: WALLER, HEIKO (Hg.) 1982, Seite 184-195
Weinheim, Basel 1982

HOLLINGSHEAD, AUGUST B./REDLICH, FREDRICK C. 1975

Der Sozialcharakter psychischer Störungen - Eine sozialpsychiatrische Untersuchung
Originalausgabe: Social Class and Mental Illness; A Community Study, New York, London, Sydney 1958
Frankfurt 1975

HOLLMANN, ANGELA 1983

Schweigepflicht und Datenschutz im Gesundheitsamt
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1983, Seite 201 ff
Hannover 1983

HOPF, E.-J. 1984

Zukünftige Aufgabenschwerpunkte des Gesundheitsamtes
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 347-351
Stuttgart, New York 1984

HUTTER, ADALBERT 1983 A

Die psychosoziale Beratungsgruppe Varel (Friesland)
in: GEMEINDEPSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVEN, 1/1983, Seite 144 ff
München 1983

HUTTER, ADALBERT 1991

Psychotherapie und Psychosoziale Versorgung
GwG, Köln 1991

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1991 A

Ergebnisse einer Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen (Stand November 1991)
in: NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Anhang, Band 1, Seiten 1 bis 20
Hannover 1993

INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG (IES) 1992

Ergebnisse der Umfrage über die Beteiligung von Nervenarztpraxen an der psychiatrischen Versorgung im Land
Niedersachsen (Stand Februar 1992)
in: NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A, Anhang, Band 2, Seiten 1 bis 37
Hannover 1993

JUGENDWOHLFAHRTSGESETZ (JWG) 1970

Gesetz für Jugendwohlfahrt (JWG) vom 06.08.1970, BGBl. I S. 1197
Bonn 1970

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN 1986

Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für die ambulante ärztliche Versorgung
- Stand: 31.12.1986 -
Hannover 1986

KEUPP, HEINRICH (Hg.) 1974 A

Verhaltensstörungen und Sozialstruktur: Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis
München, Berlin, Wien 1974

KEUPP, HEINRICH 1974 B

Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive
in: KEUPP, HEINRICH 1974 A, Seite 3-52
München, Berlin, Wien 1974

KEUPP, HEINRICH 1985

Krankheit, Abweichung, Leiden -
Zur Diskussion um den Krankheitsbegriff in der Psychopathologie und mögliche Alternativen
in: EVANGELISCHE AKADEMIE BADEN 1985, Seite 35-57
Bad Herrenalb 1985

KEUPP, HEINRICH/RERRICH, DODO (Hg.) 1982

Psychosoziale Praxis, gemeindepsychologische Perspektiven: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen
München, Wien, Baltimore 1982

KISKER/FREYBERGER/ROSE/WULFF (Hg.) 1987

Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie
4. Auflage, Stuttgart, New York 1987

KLEMM, H. 1981

Krisen-Interventions-Zentren im Verbund mit Psychiatrischen Krankenhäusern
in: HAASE 1981, Seite 115 ff
Erlangen 1981

KLOCKMANN, MARGRET 1982

Der "Lotse" in Wilhelmsburg - Evaluation und Überprüfung von Krisenintervention in einer Psychosozialen Kontaktstelle
Psychiatrie Verlag, 1982

KNEMEYER, FRANZ-LUDWIG 1975

Geheimhaltungsanspruch und Offenbarungsbefugnis im Verwaltungsverfahren
in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT 1975, Seite 2241 ff
München 1975

KOEHLER, KARL 1984

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III
(übersetzt nach der 3. Auflage der diagnostic and statistical manual of mental disorders d. American Psychiatric Assoc.)
3. Auflage, Weinheim 1984

KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1978

Verwaltungsorganisation der Gemeinden Teil I: Aufgabengliederungsplan
4. Auflage u. Vorschlag zur 5. Auflage, Köln 1978

KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG 1982 B

Verwaltungsorganisation der Kreise - Aufgabengliederungsplan, Verwaltungsgliederungsplan
2. Auflage, Köln 1982

KOMMUNALER SCHADENAUSGLEICH 1989

Satzung und Verrechnungsgrundsätze mit den Beschlüssen von Mitgliederversammlung und Vorstand
Hannover, Stand: 01.01.1989

KRANKENHAUSDRUCKE-VERLAG (Hg.) 1985

Diagnoseschlüssel gemäß § 16 Abs. 4 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Bundespfllegesatzverordnung - BpflV) vom 21. August 1985
Herne 1985

KRISEN- UND BERATUNGSDIENST BERLIN (K.U.B.) 1987

Selbstdarstellung
Berlin 1987

KROKER, SABINE 1981

Teilzeitarbeit für alle - Utopie oder gesellschaftspolitische Notwendigkeit
Inaugural-Dissertation, Berlin 1981

KÜBLER, HARTMUT 1978

Organisation und Führung in Behörden
Band 1: Organisatorische Grundlagen, Band 2: Personalwesen
3. Auflage, Stuttgart 1978

KÜHNE, HANS-HEINER 1977

Innerbehördliche Schweigepflicht von Psychologen
in: NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT 1977, Seite 1478 ff
München 1977

KULENKAMPFF, CASPAR 1965

Psychiatrische Übergangseinrichtungen
in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1965, Seite 365 f
Frankfurt 1965

KULENKAMPFF, CASPAR/MARTINI, H. AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1986

Psychiatrie in der Gemeinde - Die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts
Aktion Psychisch Kranke, Tagungsbericht Band 13
Köln 1986

KÜMMEL, WILHELM 1989

Kommentar zum Niedersächsischen Beamtengesetz (NBG) Loseblatt-Sammlung, Stand: 85. Erg.-Lief., April 1989
Hannover 1989

KÜTTNER, ENNO/WIGBERS, WINFRIED 1980

Psychosoziale Beratungsgruppe Varel - Kritische Begleitung eines Modellversuches
Diplomarbeit, Oldenburg 1980

LANDESSOZIALGERICHT BREMEN 1957

Ärztliche Schweigepflicht - Ablehnung eines ärztlichen Sachverständigen wegen der Verwertung des Inhalts von
Krankenpapieren in einem Gutachten; Beschluß vom 02.05.1957, B.Reg. Nr. 4/57
in: MEDIZIN IM SOZIALRECHT 1986, Band III, B 20a-16, Seite 65 ff
Neuwied 1986

LAU, THOMAS/WOLFF, STEPHAN 1981

Bündnis wider Willen - Sozialarbeiter und ihre Akten
in: NEUE PRAXIS 1981, Seite 199 ff
Neuwied 1981

LENCKNER, THEODOR 1985

Kommentar zu § 203 StGB I
in: SCHÖNKE/SCHRÖDER 1985, Kommentar zum Strafgesetzbuch
22. Auflage, München 1985, Seite 1258 ff

LINHARD, HELMUT 1981

Schreiben, Bescheide und Vorschriften in der Verwaltung
in: STUDIENSCHRIFTEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, BAND 1, 1981
2. Auflage, München 1981

MEDIZIN IM SOZIALRECHT (MESO) 1986

Loseblatt-Sammlung, Band III Stand: 132. Erg.-Lief., April 1986
Neuwied 1986

MELCHINGER, HEINER 1984

Strukturen stationärer psychiatrischer Versorgung in einer Großregion -
Eine empirische Analyse des Ist-Zustandes der Versorgung in Westniedersachsen
Stuttgart 1984

MEYER, PAUL/FRICKE, OTTO 1988

Reisekosten im öffentlichen Dienst
Loseblatt-Sammlung i.d.F. der 63. Erg.-Lief. v. August 1988
4. Auflage, Heidelberg 1988

MOLLENHAUER, PETER 1973

Berufsrecht des Sozialarbeiters
in: OTTO/SCHNEIDER 1973-II, Seite 55 ff
2. Auflage, Neuwied, Darmstadt 1973

MÜLLER, PETER 1984

Schweigepflicht und Sozialpsychiatrischer Dienst
in: ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984, Seite 545 ff
Stuttgart, New York 1984

NDS.PSYCHKG 1978

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG),
vom 30. Mai 1978 Nds.GVBl. 1978, Seite 443
Hannover 1978

NDS.PSYCHKG 1997

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG),
vom 16. Juni 1997 Nds.GVBl. 1997, Seite 272
Hannover 1997

NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT 1975-1979

NJW - Neue juristische Wochenschrift. In Verbindung mit dem Deutschen Anwaltsverein und der Bundesanwaltskammer
München 1975-1979

NEUE PRAXIS 1981

Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Jahrgang: 1981
Neuwied 1981

NIEDERSÄCHSISCHE ARBEITSZEITVERORDNUNG (ARBZVO) 1974

30. Verordnung über die Arbeitszeit der Beamten (Arbeitszeitverordnung - ArbZVO) vom 23.09.1974, Nds.GVBl.
1974, Seite 425; i.d.F. vom 12.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 526 und 17.03.1989, Nds.GVBl. 1989, Seite 63
Hannover 1974

NIEDERSÄCHSISCHE GEMEINDEORDNUNG (NGO) 1982

Niedersächsische Gemeindeordnung in der Fassung vom 22. Juni 1982, Nds.GVBl. 1982, Seite 229
Hannover 1982

NIEDERSÄCHSISCHE LANDESHAUSHALTSORDNUNG (LHO) 1972

Niedersächsische Landeshaushaltsordnung in der Fassung vom 07.04.1972, Nds.GVBl. 1972, Seite 181
Hannover 1972

NIEDERSÄCHSISCHE LANDKREISORDNUNG (NLO) 1982

Niedersächsische Landkreisordnung in der Fassung vom 22. Juni 1982, Nds.GVBl. 1982, Seite 256
Hannover 1982

NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1971 A

Richtlinien über Dienstkraftfahrzeuge in der niedersächsischen Landesverwaltung -
Erlaß vom 20.09.1971, Nds.MBl. S. 1133
Hannover 1971

NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1978 B

Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BUNDESREISEKOSTENGESETZ -
Erlaß vom 24.11.1978, Nds.MBl. S. 2052
Hannover 1978

NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 A

Hinweise zur Anwendung der Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BUNDESREISEKOSTENGESETZ - Erlaß vom 25.09.1979, Nds.MBl. S. 224
Hannover 1979

NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 B

Beantragung und Abrechnung von Dienstreisen und Dienstgängen
hier: Verwendung von Vordrucken - Erlaß vom 17.05.1979, Nds.MBl. S. 94
Hannover 1979

NIEDERSÄCHSISCHER FINANZMINISTER 1979 C

Hinweise zur Anwendung der Richtlinien über die Anerkennung privater Kraftfahrzeuge nach § 6 Abs. 2 BUNDESREISEKOSTENGESETZ - Erlaß vom 25.09.1979, Nds.MBl. S. 1650

NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1973 A

Vorschriften über die Gliederung und Gruppierung der Haushaltspläne der Gemeinden und Landkreise nebst Anlagen und Haushaltsmustern Nds.MBl. 1973, Seite 669
Hannover 1973

NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1973 B

Beschluß des Landesministeriums über die Arbeitszeit in der niedersächsischen Landesverwaltung, Nds.MBl. 1973, Seite 1614
Hannover 1973

NIEDERSÄCHSISCHER INNENMINISTER 1985

Beschluß des Landesministeriums über die Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten in der niedersächsischen Landesverwaltung, Nds.MBl. 1985, S. 1060
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDKREISTAG 1986

Rundschreiben 227/1986 des Niedersächsischen Landkreistages vom 01.08.1986
Hannover, 01.08.1986

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 1991

Niedersächsisches Ausführungsgesetz zum Betreuungsgesetz (Nds.AGBtG) vom 17. Dezember 1991, Nds.GVBl. 1991, Seite 366
Hannover, 17.12.1991

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/573

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
Hannover, 17.03.1975

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 8/3749

Mitteilung des Landtagspräsidenten über eine EntschlieÙung des Landtages in der 92. Sitzung am 10.05.1978 zur Kostenauswirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste und deren Erstattung im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs
Hannover, 19.05.1978

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 9/3069

Antworten der Landesregierung auf Beschlüsse des Landtages der Achten Wahlperiode -
hier: Antwort der Landesregierung vom 23.12.1981 zum Beschluß vom 10.05.1981 - Drs. 8/3749 - Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds.PsychKG)
Hannover, 23.12.1981

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/720

Vierter Tätigkeitsbericht des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1982
Hannover, 03.01.1983

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/2775

Kleine Anfrage der Abgeordneten Biel, Graeber, Dr. Riege (SPD) zur Führerschein-Überprüfung psychisch Kranker vom 30.05.1984

Hannover, 30.05.1984

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/3288

Antwort auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Biel, Graeber, Dr. Riege (SPD) zur Führerschein-Überprüfung psychisch Kranker

Hannover, 03.10.1984

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 10/4140

Sechster Tätigkeitsbericht des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1984

Hannover, 07.02.1985

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/862

Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Hansen: Gehäufte vorläufige Einweisungen nach § 16 Nds.PsychKG im Bereich Hannover

Hannover 1987

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/469

Zweiter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1985

Hannover, 22.12.1986

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1207

Antwort auf eine Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Hansen (GRÜNE) zu gehäuften vorläufigen Einweisungen nach § 16 Nds.PsychKG im Bereich der Landeshauptstadt Hannover

Hannover, 05.06.1987

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/1930

Dritter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1986

Hannover, 16.12.1987

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/2930

Vierter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1987

Hannover, 29.08.1988

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 11/4116

Fünfter Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1988

Hannover, 05.07.1989

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG Drs. 12/100

Sechster Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Jahre 1989

Hannover, 14.08.1990

NIEDERSÄCHSISCHER RECHTSPFLEGER 1984

Anordnung über die weitere Organisation, die Aufgaben und den Dienstbereich der hauptamtlichen Bewährungshelfer (Bewh AV) - AV vom 23. Januar 1984 - Ausgabe vom 15. Februar 1984, Seite 29 ff

Hannover 1984

NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1983-1984

Mitteilungsblatt der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Jahrgänge 1983 und 1984
Hannover 1983-1984

NIEDERSÄCHSISCHES BEAMTENGESETZ (NBG) 1986

Niedersächsisches Beamtengesetz i.d.F. vom 11.12.1985, Nds.GVBl. 1985, Seite 493,
geändert am 14.05.1986, Nds.GVBl. 1986, Seite 139
Hannover 1986

NIEDERSÄCHSISCHES DATENSCHUTZGESETZ (NDSG) 1978

Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NSDG) i.d.F. vom 26.05.1978, Nds.GVBl. 1978, Seite 421
Hannover 1978

NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1969-1986

Statistische Monatshefte (für) Niedersachsen, Jahrgänge 1969 bis 1986
18 Bände, Hannover 1969 bis 1986

NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1984

Bezirkskarten mit Gemeindegrenzen der Regierungsbezirke Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Weser-Ems
im Maßstab 1 : 200.000 - jeweilige Ausgaben: August 1984
Hannover 1984

NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 A

Statistische Berichte Niedersachsen - Bevölkerung der Gemeinden am 30. Juni 1985
Hannover 1986

NIEDERSÄCHSISCHES LANDESVERWALTUNGSAMT 1986 B

Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Familienstand 1985
Hannover 1986

NIEDERSÄCHSISCHES PERSONALVERTRETUNGSGESETZ 1985

Personalvertretungsgesetz (Nds.PersVG) für das Land Niedersachsen, Nds.GVBl. 1985, Seite 262
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1978

Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 31.03.1978, Nds.GVBl. 1978, Seite 279
Hannover 1978

NIEDERSÄCHSISCHES SOG 1981

Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 17.11.1981, Nds.GVBl. 1981, Seite 347
Hannover 1981

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1955

Psychohygienische Sprechstunden im Gesundheitsamt - Tätigkeit der Beratungsstellen für psychische Hygiene; Runderlaß
vom 04.04.1955, Az.: IV/16 Nr. 56/20/2
Hannover 1955

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1969

Vorläufige Ordnung der sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung und Prüfung -
Erlaß vom 24.02.1969, Nds.MBl. S. 253, geändert am 17.04.1970, Nds.MBl. S. 451
Hannover 1969

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1980 A

Hinweise und Empfehlungen für die Durchführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes -
Nichtveröffentlichter Runderlaß des MS vom 17.07.1980
Hannover 1980

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 A

Psychiatrie in Niedersachsen - Programm und Bericht der Landesregierung
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1985 B

Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen - Programm und Bericht der Landesregierung
Hannover 1985

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1986 A

Schreiben des Ministers an den Verfasser Stegemerten vom 20.02.1986, Az.: 406-41580/8 -
Hannover 1986

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM 1993 A

Niedersächsische Fachkommission Psychiatrie: Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung
in Niedersachsen
Hannover 1993

NORDRHEIN-WESTFALEN: PSYCHKG NRW 1969

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 02.12.1969, GV NW 1969, S. 872,
geändert: 18.12.1984, GV NW 1985, S. 2128
Düsseldorf 1969

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN 1984-1985

Monatsschrift für Präventivmedizin und Rehabilitation, für Sozialhygiene und öffentliche Gesundheit
Jahrgänge 1984 und 1985
Stuttgart, New York 1984-1985

OLK, THOMAS/OTTO, HANS-UWE (Hg.) 1989

Soziale Dienste im Wandel - Entwürfe sozialpädagogischen Handelns
Frankfurt 1989

ONDERKA, KLAUS 1983

Die Schweigepflicht des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen als innerorganisatorisches Problem
in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1983, Seite 36
Frankfurt 1983

ONDERKA, KLAUS/SCHADE, HANS 1981

Gilt die Schweigepflicht der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auch innerhalb der Behörde? -
Ein Beitrag zu § 203 StGB
in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 1981, Seite 17
Frankfurt 1981

OSTERMANN, R./KRETSCHMER-UBBEN, F. 1986

Aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 02/1986, Seite 31 ff
Psychiatrie Verlag, 1986

OTTO, HANS-UWE/SCHNEIDER, SIEGFRIED (Hg.) 1973-II

Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit - Zweiter Halbband
2. Auflage, Neuwied, Darmstadt 1973

PALANDT, OTTO 1990

Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch
49. Auflage, München 1990

PETERS, HELGE/CREMER-SCHÄFER, HELGA 1975

Die sanften Kontrolleure - Wie Sozialarbeiter mit Devianten umgehen
Stuttgart 1975

PFEIFER/FLECKENSTEIN-PFEIFER/KRONIBUS/LUDWIG pp. 1988

Sozialpsychiatrische Versorgung in freier Trägerschaft - Brakel -
in: BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (169), Seite 8 ff
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1988

PLOG/WIEDOW/BECK/LEMHÖFER 1989

Kommentar zum Bundesbeamtengesetz (BBG) Loseblatt-Sammlung, Stand: 159. Erg.-Lief., Juni 1989
Neuwied 1989

PRAXIS DER GEMEINDEVERWALTUNG B, GRUPPE B 11 NDS, 1989

Ratgeber für die tägliche Arbeit aller Kommunalpolitiker und der haupt- und ehrenamtlichen Beamten in Gemeinden, Städten, Ämtern und Landkreisen; Landesausgabe Niedersachsen:
Gemeindeordnung, Landkreisordnung, Recht der Gemeindeverbände ...
Loseblatt-Sammlung, Stand: 168. Ergänzungs-Lieferung, Wiesbaden, Juni 1989

PRAXIS DER GEMEINDEVERWALTUNG C 2, GRUPPE C 23 NDS, 1989

Ratgeber für die tägliche Arbeit aller Kommunalpolitiker und der haupt- und ehrenamtlichen Beamten in Gemeinden, Städten, Ämtern und Landkreisen; Landesausgabe Niedersachsen:
Beamtenrecht, Beihilfen, Reisekosten, Versorgung, Gemeindehaftung
Loseblatt-Sammlung, Stand: 168. Ergänzungs-Lieferung, Wiesbaden, Juni 1989

PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1974

Jahrgang 1974
Stuttgart 1974

PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1978

Jahrgang 1978
Stuttgart 1978

PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1986

Jahrgang 1986
Stuttgart 1986

ROSENAU, WOLFGANG 1983

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: Bei einem niedergelassenen Arzt - am Beispiel Celle
in: AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG NIEDERSACHSEN 1983, Seite 35-39
Hannover 1983

ROSENAU, WOLFGANG 1984 A

Kooperation sozialpsychiatrischer Dienste mit niedergelassenen Nervenärzten
in: HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984, Seite 32-33
Eigendruck, Goslar 1984

ROSENAU, WOLFGANG 1984 B

Sozialpsychiatrische Dienste - Konzepte und Erfahrungen: 3. Bei einem niedergelassenen Arzt - am Beispiel Celle
in: NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT 1984, Seite 61-64
Hannover 1984

RÖSSNER, LUTZ 1973

Theorie der Sozialarbeit - Ein Entwurf
München, Basel 1973

RUDOLF, G.A./TÖLLE, RAINER 1984

Prävention in der Psychiatrie
Berlin 1984

RUDOLPHI/HORN/SAMSON 1989

Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, Band 2, Stand: 24. Ergänzungs-Lieferung von Januar 1989
4. Auflage, Frankfurt 1989

SAMSON, ERICH 1989

Kommentar zu § 203 StGB
in: RUDOLPHI/HORN/SAMSON 1989, Seite 15 ff
4. Auflage, Frankfurt 1989

SCHACK, ULRICH VON 1984

Ausführungen zum Referat von Professor Dr. Müller
in: HEIMVOLKSHOCHSCHULE GOSLAR 1984, Seite 45-49
Eigendruck, Goslar 1984

SCHAPER/MANSKE/KRAFT/HAUBOLD/DE WALL 1989

Das kommunale Prüfungswesen. Stand: 168. Ergänzungs-Lieferung, Juni 1989
in: PRAXIS DER GEMEINDEVERWALTUNG B, GRUPPE B 11 NDS, 1989
Hannover 1989

SCHELL, WERNER 1983

Die ärztliche Schweigepflicht
in: DAS BEHINDERTE KIND, Heft 6/1983, Seite 49 ff
Bonn 1983

SCHLESWIG-HOLSTEIN: PSYCHKG SH 1979

Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) vom 26. März 1979 GVOBl. 1979, S. 251

SCHMIDT, JÜRGEN 1989

Reisekostenvergütung - Umzugskostenvergütung - Trennungsgeld; Kommentar,
Stand: 168. Ergänzungs-Lieferung, Juni 1989
in: PRAXIS DER GEMEINDEVERWALTUNG C 2, GRUPPE C 23 NDS, 1989
Hannover 1989

SCHMIDT-JORTZIG, EDZARD 1979

Kommunale Organisationshoheit - Staatliche Organisationsgewalt und körperschaftliche Selbstverwaltung
Göttingen 1979

SCHNUPP, GÜNTHER 1978

Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (SOG-Niedersachsen)
2. Auflage, Stuttgart, München, Hannover 1978

SCHÖCH, HEINZ 1985

Ergebnisse aus dem Rechtsgutachten für die Deutsche Bewährungshilfe e.V.
Manuskript, beim Verfasser anfordern, Göttingen 1985

SCHÖNKE, ADOLF/SCHRÖDER, HORST 1985

Kommentar zum Strafgesetzbuch i.d.F. vom 02.01.1975, BGBl. I S. 1,
zuletzt geändert am 18.07.1985, BGBl. I S. 1511
22. Auflage, München 1985

SCHRENK, MARTIN 1973

Über den Umgang mit Geisteskranken
Berlin, Heidelberg, New York 1973

SENN, M.J.E. (Hg.) 1950

Symposium on the Healty Personality
New York 1950

SIEBENTE VERORDNUNG ZUR BUNDESARBEITSZEITVERORDNUNG (AZV) 1985

Siebente Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Arbeitszeit der Bundesbeamten vom 06.09.1985,
BGBl. I S. 1903
Bonn 1985

SOZIALGESETZBUCH - VERWALTUNGSVERFAHREN - (SGB X) 1980

Sozialgesetzbuch (SGB X) vom 18.08.1980, BGBl. I S. 1469,
zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.12.1988, BGBl. I S. 2477
Bonn 1980

SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, HEFT 2/1983

Psychiatrie Verlag, 1983

SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, HEFT 2/1986

Psychiatrie Verlag, 1986

SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, HEFT 1/1988

Psychiatrie Verlag, 1988

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST EMDEN o.J.

Arbeitskonzepte für eine gemeindenahе Psychiatrie Emden
Emden o.J.

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST GOSLAR 1986

Selbstdarstellung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Goslar vom 03.03.1986
Goslar 1986

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HAMBURG-NORD pp. 1985/86

Erfahrungsbericht der ambulanten Dienste der Modellregion Hamburg-Eilbek
Hamburg 1985/86

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1982

Konzept für den Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt des Landkreises Hildesheim (Entwurf 1982)
unveröffentlichtes Manuskript, Hildesheim 1982

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1983

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Hildesheim -
Versuch einer Standortbestimmung nach 1 ½jähriger Arbeit
unveröffentlichtes Manuskript, Hildesheim 1983

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HILDESHEIM 1984-1986

Jahresstatistik für 1983, Jahresstatistik für 1984, Jahresstatistik für 1985
unveröffentlichte Manuskripte, Hildesheim 1984-1986

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST WOLFSBURG 1986

Entwurf einer vorläufigen Konzeption des psychiatrischen Krisendienstes
unveröffentlichtes Manuskript, Wolfsburg, 5/1986

STADT HERNE, DER OBERSTADTDIREKTOR 1986

Psychiatrie-Plan
Herne 1986

STAHLHACKE, EUGEN 1990

Entscheidungssammlung zum Arbeitsrecht (EzA)
Loseblatt-Sammlung, Stand: 207. Erg.-Lief. vom 30.05.1990
Neuwied 1990

STARK, WOLFGANG 1982

Prävention - Fortschrittsmythos, Allmachtsphantasien, Gefahren und realistische Ansatzpunkte
in: KEUPP/RERRICH 1982, Seite 131-139
München 1982

STATISTISCHES BUNDESAMT 1987

Statistisches Jahrbuch 1986 für die Bundesrepublik Deutschland
Wiesbaden 1987

STEGEMERTEN, BERNHARD 1988

Reale Bedingungen einer (nicht) alltäglichen Sozialarbeit in den Sozialpsychiatrischen Diensten Niedersachsens
in: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN, Heft 1/1988, Seite 29 ff
Psychiatrie Verlag, 1988

STEGEMERTEN/KÜPERS/LIEFLÄNDER 1990

Aspekte psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund psychiatrie-historischer
Entwicklungen einiger ausgewählter europäischer Länder
Diplomarbeit, Universität Oldenburg 1990

STRAFGESETZBUCH (STGB) 1987

Strafgesetzbuch (StGB) i.d.F. vom 10.03.1987, BGBl. I S. 945, 1160
Bonn 1987

STUDIENSCHRIFTEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, BAND 1, 1981

2. Auflage, München 1981

SZASZ, THOMAS STEPHEN 1972

The Myth of Mental Illness - Geisteskrankheit, ein moderner Mythos? -
Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens
Übers. aus dem Amerikanischen von Thomas M. Höpfner
Freiburg 1972

TROJAN, ALF/WALLER, HEIKO 1980

Sozialpsychiatrische Praxis - Eine Einführung für medizinische und psychosoziale Berufe
Wiesbaden 1980

**VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER,
ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GEMEINSCHAFTSAUFGABEN o.J.**

Gemeinsamer einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung -
gültig ab 01.01.1992, erstellt nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD - 9. Revision 1979)
2. Auflage, Frankfurt o.J.

VERORDNUNG ÜBER DIE GEWÄHRUNG VON MEHRARBEITSVERGÜTUNG F. BEAMTE (MVERGV) 1988

Verordnung über die Gewährung von Mehrarbeitsvergütung für Beamte vom 01.07.1977, BGBl. I S. 1108,
geändert am 20.12.1988, BGBl. I S. 2363
Bonn 1988

VERWALTUNGSVERFAHRENSGESETZ 1976

Verwaltungsverfahrensgesetz vom 25.05.1976, BGBl. I S. 1253,
geändert durch Gesetz vom 02.06.1976, BGBl. I S. 1749
Bonn 1976

VOGELSANG, KLAUS 1987

Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung
Baden-Baden 1987

VORLÄUFIGE NIEDERSÄCHSISCHE VERFASSUNG 1951

Vorläufige Niedersächsische Verfassung vom 13.04.1951, Nds.GVBl. 1951, Seite 103
Hannover 1951

WAGENER, FRIDO 1955

Die Sicherung der kommunalen Geschäftsverteilungshoheit
in: DIE SELBSTVERWALTUNG - ORGAN DES DEUTSCHEN LANDKREISTAGES 1955, Seite 358
Heidelberg, später Köln 1955

WAGNER, KLAUS 1981

Organisation kommunaler Sozialarbeit
Stuttgart 1981

WALLER, HEIKO (Hg.) 1982

Sozialarbeit im Gesundheitswesen - Ausbildungskonzepte, Praxisberichte, Forschungsergebnisse
Weinheim, Basel 1982

WEIK, TETJE 1987

Umschichtungen, Erfolge und Mißerfolge der Gemeindepsychiatrie
München 1987

WERKSTATTSCHRIFTEN FÜR SOZIALPSYCHIATRIE 1976

Heft 14
Wunstorf 1976

WINDORFER/HEINZE/FOX 1987

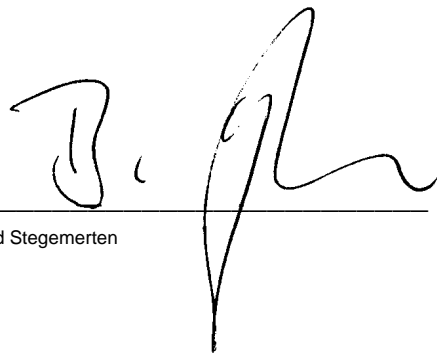
Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen
in: DIE KERBE, Heft 2/1987, Seite 27-28
Stuttgart 1987

ZEITSCHRIFT FÜR BEAMTENRECHT (ZBR) 1967

Jahrgang 1967
Bonn 1967

Dr. Bernhard Stegemerten, Bussardweg 92, 26133 Oldenburg, Tel. 0441-48 65 06

Ich versichere, daß ich die Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'B.' followed by a large, flowing 'S' and a horizontal line extending to the right.

Bernhard Stegemerten

Lebenslauf

Name Bernhard Stegemerten
Geburtsdatum 21. Juli 1953
Geburtsort Holt und Haar, jetzt Bad Bentheim
Eltern Everhard Stegemerten, Landwirt
Hermine Stegemerten geb. Pannen, Hausfrau
Familienstand ledig

Schulbildung

1960 - 1967	Volksschule Holt und Haar, Bad Bentheim
1967 - 1969	Mittelpunktschule Gildehaus, Bad Bentheim
1970 - 1972	Zweijährige Handelsschule, Nordhorn
1972 - 1974	Wirtschaftsgymnasium, Nordhorn

Berufsausbildung

1969 - 1970	Landwirtschaftliche Ausbildung im elterlichen Familienbetrieb
1974 - 1975	Halbjähriges Sozialpraktikum Lebenshilfe e.V., Nordhorn, zur Erzielung der Fachhochschulreife Sozialwesen

Zivildienst

1976 - 1977	Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Nordhorn
-------------	---

Studium

1977 - 1980	Fachhochschulstudium Sozialwesen, Hannover; Abschluß: Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge
1983 - 1991	Hochschulstudium Diplom-Pädagogik, Universität Oldenburg; Abschluß: Diplom-Pädagoge
1985 - 1990	Initiierung und Begleitung des interdisziplinären Hochschul-Projektes "Psychosoziale Versorgung", Universität Oldenburg
1983 - 1986	Hochschulstudium Sozialwissenschaften, Universität Oldenburg; Abschluß: Vordiplom
1986 - 1998	Hochschulstudium Sozialwissenschaften, Universität Oldenburg; Hauptstudium
1995 - 1999	Promotionsstudium zum Dr. phil., Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Berufstätigkeit	1975 - 1976	Angestellentätigkeit als Erziehungshelfer im Berufsförderlehrgang, Freren
	1980 - 1981	Berufsanerkennungspraktikum Sozialarbeit im Jugend- und Sozialamt des Landkreises Goslar
	1981 - 1982	Sozialarbeiter im Angestelltenverhältnis im Jugend- und Sozialamt des Landkreises Goslar
	1982 - 1983	Sozialarbeiter im Angestelltenverhältnis, Landkreis Goslar, Errichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes
	1987 - 1988	ABM-Tätigkeit Universität Oldenburg: Psychiatrie-historische Arbeiten am Beispiel des Landeskrankenhauses Wehnen
	1991 - 1993	ABM-Tätigkeit Verein "Die Kate" - Ammerländer Förderverein Psychische Gesundheit e.V.: Initiierung von Hilfen für psychisch Kranke; "Betreutes Wohnen"
	1993 - 1995	Geschäftsführer des Vereins "Die Kate" - Ammerländer Förderverein Psychische Gesundheit e.V.: Initiierung von Hilfen für psychisch Kranke; "Betreutes Wohnen"
	1996 - 1997	Verwaltungsleiter der GUT TOSSENS Seminar GmbH, Bad Zwischenahn

Ehrenamtliche Tätigkeiten	1985 - 1988	Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Niedersachsen e.V.
	1985 - 1990	Vorstandsmitglied der Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e.V. (BeKoS), Oldenburg
	1983 - 1991	Unterstützung diverser Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation psychisch Kranker
	1988 - 1991	Tätigkeit als Fachberater für den Verein "Die Kate - Ammerländer Förderverein Psychische Gesundheit e.V.", Rastede