

Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg

(Landespsychiatrieplan)



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgegeben vom:

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Telefon: 07 11 123-0
Telefax: 07 11 123-39 99
Internet: www.sm-baden-wuerttemberg.de

Stuttgart, August 2018

VORWORT

Seit dem letzten Landespsychiatrieplan aus dem Jahr 2000 hat sich in der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Baden-Württemberg viel getan. Insbesondere haben wir seit dem 1. Januar 2015 ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, das die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verbindlich sichergestellt und die Rechtsstellung psychisch kranker oder behinderter Menschen gestärkt hat. Es wurde vom Ministerium für Soziales und Integration in einem breiten Dialogverfahren gemeinsam mit den am psychiatrischen Versorgungssystem Beteiligten erarbeitet und in weiten Teilen bereits umgesetzt. So tragen die neu geschaffenen Strukturen wie die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen auf Kreisebene, die unabhängige Ombudsstelle auf Landesebene, die Besuchskommissionen und das Melderegister maßgeblich dazu bei, die Qualität der psychiatrischen Versorgung kontinuierlich und transparent zu überprüfen und zeitnah geeignete Maßnahmen zur Verbesserung zu ergreifen.



Auch das kürzlich in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz sowie das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen stellen unser Versorgungssystem vor neue Herausforderungen und Chancen, die es nun zu nutzen gilt. So bietet insbesondere die sogenannte stationsäquivalente Behandlung die Möglichkeit, eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im gewohnten häuslichen Umfeld durchzuführen und so im Sinne der Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung eine neue Brücke zwischen stationärem und ambulantem Sektor herzustellen.

Das Bundesteilhabegesetz eröffnet auch Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen die Möglichkeit, alle Formen der Rehabilitation in ihrem gewohnten sozialen Umfeld wahrzunehmen. Durch die Leistungserbringung wie aus einer Hand können erstmals Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation neben Leistungen zur sozialen Teilhabe in den Formen des betreuten Wohnens in Anspruch genommen werden. Der Anschluss an den allgemeinen Arbeitsmarkt wird hierdurch erleichtert.

Mit dem Ausbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, von Konsiliar- und Liaison-Diensten, psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der flächendeckenden Einrichtung von gemeindepsychiatrischen Verbänden in ganz Baden-Württemberg sind wir in den vergangenen 18 Jahren ein gutes Stück vorangekommen.

Wir haben hinsichtlich der Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit körperlich kranken Menschen, deren Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben, der Forderung nach einer nebenwirkungs- und gewaltarmen Psychiatrie sowie einer gemeindenahen und ambulanten Versorgung bereits einiges erreicht. Hierzu tragen insbesondere die in Baden-Württemberg flächendeckend eingerichteten sozialpsychiatrischen Dienste bei, deren Rolle durch die gesetzliche Verankerung im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz deutlich gestärkt wurde.

Dabei müssen wir aber auch im Blick behalten, dass die Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen in den vergangenen Jahren merklich zugenommen haben und wir die Dienste nun auch für diese neuen Aufgaben stärken müssen.

Insbesondere die Belange junger Betroffener und älterer Menschen mit psychischen Belastungen sind stärker zu berücksichtigen. Hierzu ist es wichtig, dass die jugendpsychiatrischen Verbände als feste Bestandteile der gemeindepsychiatrischen Verbände eine besondere Bedeutung erhalten. Auch die Belange älterer Menschen sollen in die Aufgabengebiete der gemeindepsychiatrischen Verbände integriert werden.

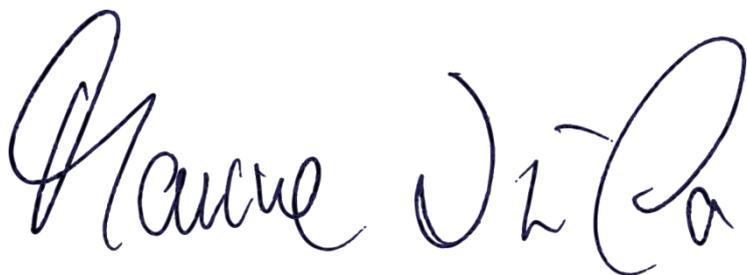
In anderen Bereichen besteht ebenfalls noch Handlungsbedarf. So dürfen wir auch künftig unsere Ziele einer guten Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Versorgungsangebote untereinander, einer landesweiten Krisen- und Notfallversorgung, einer wohnortnahen Heimunterbringung, einer personenzentrierten psychiatrischen Rehabilitation, einer guten und umfassenden Partizipation Betroffener und Angehöriger in der Psychiatrielandschaft oder auch der Nutzung telemedizinischer Angebote in der Psychiatrie nicht aus den Augen verlieren.

Zu all diesen Themen hat sich das Ministerium für Soziales und Integration seit Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in einem umfassenden Beteiligungsprozess mit allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen ausführlich und häufig ausgetauscht. Wir haben insgesamt acht Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Institutionen des Landesarbeitskreises Psychiatrie zusammensetzten und in denen die Schwerpunktthemen des Landespsychiatrieplans intensiv und teilweise auch sehr kontrovers diskutiert wurden. Hier hat sich gezeigt, wie wichtig und zielführend der Austausch mit den Mitgliedern des Landesarbeitskreises Psychiatrie ist. Ich möchte an dieser Stelle daher allen, die am Entstehungsprozess des Landespsychiatrieplans mitgewirkt haben, meinen herzlichen Dank aussprechen!

Wir legen mit dem neuen „Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg“ nun ein Werk vor, das die Rahmenplanung für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg darstellt.

Er hat zum Ziel, das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufzuzeigen, Defizite in den einzelnen Bereichen zu benennen und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung zu beschreiben. So soll er Richtschnur für das Handeln der Landesregierung und aller an seinem Entstehungsprozess Beteiligten sein.

In fünf Jahren werden wir gemäß § 12 Absatz 4 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes prüfen, inwieweit der Landespsychiatrieplan aufgrund neuer Entwicklungen fortgeschrieben werden muss. In diesem Zusammenhang werden wir dann auch prüfen, inwieweit wir die uns heute gesetzten Ziele erreichen konnten.



Manne Lucha MdL

Minister für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

A	EINLEITUNG	11
B	GRUNDLAGEN, RAHMENBEDINGUNGEN, ZIELE UND BETEILIGTE	14
1	Ziele und Rahmenbedingungen	14
1.1	Die Entwicklung der Psychiatrie in Baden-Württemberg: Meilensteine	14
1.2	Planung auf verschiedenen Ebenen (Kommunen, Kreise, Land)	16
1.3	UN-Behindertenrechtskonvention	18
2	Träger und Akteure	19
2.1	Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds	20
2.2	Kommunen	20
2.3	Gesetzliche Krankenkassen	20
2.4	Wohlfahrtsverbände	21
2.5	Bürgerschaftlich Engagierte und Ehrenamt	21
2.6	Selbsthilfegruppen	22
2.6.1	Psychiatrie-Erfahrene (Betroffene)	22
2.6.2	Angehörige	22
2.7	Patientenfürsprecherin bzw. Patientenfürsprecher	23
2.8	Heilberufekammern	23
2.9	Vertretung der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten	24
2.10	Kliniken	24
3	Steuerungsinstrumente und Qualifizierung	25
3.1	Koordination in Gremien	25
3.1.1	Koordination auf Landesebene	25
3.1.2	Koordination auf Kreisebene	26
3.1.3	Ombudsstelle	27
3.1.4	Besuchskommissionen	28
3.1.5	Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen	28
3.2	Qualifizierungsmaßnahmen	31
3.2.1	EX-IN-Qualifikation	31
3.2.2	IBB-Qualifikation	31
3.2.3	Neuere Entwicklungen	32
4	Grundsätze der Hilfen und Versorgung	33
4.1	Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen	34
4.2	Konzeptionen, Leitbilder, Ziele	37
4.2.1	Prävention und Früherkennung	39
4.2.2	Therapieverfahren und Therapeutinnen bzw. Therapeuten in der Behandlung psychischer Störungen	41
4.2.3	Vermeidung von Zwangseinweisungen und -behandlungen	44

4.2.4	Patientenorientierte Entwicklung der Versorgung	45
4.2.5	Vernetzung der Strukturen	46
4.3	Versorgungsstruktur	48
4.3.1	Merkmale der außerklinischen ambulanten Hilfe- und Versorgungsstruktur.....	49
4.3.1.1	Selbsthilfegruppen, Kontaktstellen.....	49
4.3.1.2	Beratungsstellen nach dem PsychKHG.....	50
4.3.1.3	Gemeindepsychiatrische Zentren	50
4.3.1.4	Pflegedienste für psychisch kranke Menschen.....	51
4.3.1.5	Hometreatment	54
4.3.1.6	Stationsäquivalente Behandlung	55
4.3.1.7	Unterstützte Wohnformen	55
4.3.1.8	Arbeit.....	58
4.3.1.9	Rehabilitation	59
4.3.1.10	Krisen- und Notfalldienste	62
4.3.2	Merkmale der klinischen ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.....	63
4.4	Besondere Versorgungsbedarfe.....	66
4.4.1	Psychiatrische Planung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung: Gerontopsychiatrie	66
4.4.2	Kinder und Jugend.....	67
4.4.3	Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen.....	68
4.4.4	Menschen mit Migrationshintergrund, Asylberechtigte, Geflüchtete	69
4.4.5	Doppeldiagnosen bezüglich der Schnittstellen Psychiatrie und Sucht.....	70
4.4.6	Kinder psychisch kranker Eltern	70
4.4.7	Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, transgender, intersexuelle und queere Menschen (LSBTTIQ)	72
4.4.8	Gewalt und psychische Erkrankung	72
5	Öffentlichkeitsarbeit.....	73
6	Qualitätssicherung	75
6.1	Strukturqualität.....	75
6.2	Prozessqualität	76
6.3	Ergebnisqualität	76
C	VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND VERSORGUNGSANGEBOTE	78
1	Allgemeinpsychiatrische, psychotherapeutische Versorgung	78
1.1	Allgemeines	78
1.2	Prävention.....	80
1.3	Allgemeine Versorgung	80
1.3.1	Ambulante und teilstationäre Angebote.....	81
1.3.2	Stationäre Versorgungssituation und teilstationäre Bedarfsplanung.....	83
1.3.3	Konsil- und Liaisondienste	85
1.3.4	Rehabilitation und Teilhabe	85
1.4	Die Perspektive der Betroffenen.....	87
1.5	Die Perspektive der Angehörigen	88

1.6	Die Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	89
1.7	Fazit und Perspektiven	91
1.7.1	Arbeitsleben 4.0 und eMental Health	91
1.7.2	Zweiter Gesundheitsmarkt.....	92
1.7.3	Fachkräftemangel.....	93
1.7.4	Personifizierte Psychiatrie und Gender	93
1.8	Zusammenfassende Empfehlungen	94
2	Psychosomatische, psychotherapeutische Versorgung.....	95
2.1	Allgemeines	95
2.2	Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Baden-Württemberg	96
2.3	Bedarfsplanung und Versorgungssituation	97
2.4	Zukunftsweisende Weiterentwicklungen	100
2.4.1	Die Psychosomatische Institutsambulanz.....	100
2.4.2	Weiterentwicklungen der tagesklinischen und stationären Versorgung: Modellprojekte in Baden-Württemberg	100
2.4.3	Weiterentwicklungen der sektorenübergreifenden Versorgung	101
2.5	Zusammenfassende Empfehlungen	103
3	Versorgung suchtkranker Menschen.....	103
3.1	Allgemeines	103
3.2	Prävention und Früherkennung.....	104
3.3	Ambulante Versorgung.....	104
3.3.1	Angebot der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.....	104
3.3.2	Psychiatrische Institutsambulanzen Sucht (PIA Sucht)	105
3.3.3	Stationsäquivalente Behandlung.....	105
3.3.4	Substitution.....	106
3.3.5	Psychosoziale Beratungsstellen, kommunale Suchtbeauftragte, Netzwerke	106
3.3.6	Selbsthilfe	107
3.4	Krisen- und Notfalldienst	107
3.5	Voll- und teilstationäre Versorgung	108
3.5.1	Psychiatrische Kliniken.....	108
3.5.2	Allgemeinkrankenhäuser	108
3.5.3	Akut-Sucht-Tageskliniken (TK Sucht)	108
3.6	Rehabilitation.....	109
3.7	Wohnformen	109
3.8	Spezielle Angebote	109
3.9	Forschung.....	110
3.10	Zusammenfassende Empfehlungen	110
4	Gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Versorgung	111
4.1	Allgemeines	111

4.1.1	Definition „gerontopsychiatrische Patientin“ und „gerontopsychiatrischer Patient“	111
4.1.2	Krankheitsbilder	113
4.1.3	Zugang für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten zu Angeboten für jüngere Menschen	113
4.1.4	Prävention	113
4.2	Außerklinische Versorgungsstrukturen	114
4.2.1	Selbsthilfegruppen, Kontaktklubs	114
4.2.2	Beratungsstellen	114
4.2.3	Gemeindepsychiatrische Versorgung	115
4.2.4	Pflegedienste und Sozialstationen	115
4.2.5	Wohnen	115
4.2.6	Arbeit	117
4.3	Außerklinische ambulante gerontopsychiatrische und - psychotherapeutische Versorgung	118
4.3.1	Hausärztliche Versorgung	118
4.3.2	Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	118
4.3.3	Krisen- und Notfallintervention	119
4.3.4	Sonstige außerklinische therapeutische Versorgungsstrukturen	119
4.4	Klinische ambulante gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Versorgung	120
4.5	Teilstationäre Versorgung	120
4.6	Stationäre Versorgung	120
4.6.1	Stationsäquivalente Versorgung	121
4.6.2	Gerontopsychiatrische Krankenhausplanung, Fachkrankenhaus und Fachabteilung, Dezentralisierung und Regionalisierung	121
4.7	Ausblick	123
4.8	Zusammenfassende Empfehlungen	123
5	Kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	125
5.1	Außerklinische Versorgungsstrukturen	125
5.1.1	Beratungsstellen	125
5.1.2	Betreuungsdienste, Gemeindepsychiatrische Zentren, Sozialstationen	125
5.1.3	Wohnen	126
5.1.4	Schule, berufliche Förderung	127
5.2	Außerklinische ambulante kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	128
5.2.1	Kinder- und jugendärztliche sowie hausärztliche Versorgung	128
5.2.2	Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	129
5.2.3	Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten	129
5.3	Klinische ambulante kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	129

5.4	Teilstationäre und stationäre Versorgung	130
5.4.1	Teilstationäre Versorgung	132
5.4.2	Stationäre Versorgung.....	132
5.5	Kinder- und Jugendpsychosomatik	133
5.6	Zusammenfassende Empfehlungen	133
6	Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen	135
6.1	Außerklinische Versorgungsstrukturen	135
6.1.1	Beratungsstellen.....	135
6.1.2	Gemeindepsychiatrische Versorgung	136
6.1.3	Krankenpflegedienste.....	136
6.1.4	Stationsäquivalente Behandlung.....	136
6.1.5	Wohnen	137
6.1.6	Schule, berufliche Förderung, Arbeit.....	137
6.2	Außerklinische ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	139
6.3	Klinische ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	139
6.3.1	Krisen- und Notfalldienste	139
6.3.2	Institutsambulanzen.....	139
6.3.3	Tagesklinische Versorgung	140
6.3.4	Vollstationäre Versorgung	140
6.4	Dezentralisierung und Regionalisierung	140
6.5	Weiterbildung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung	141
6.6	Fazit und Ausblick	141
6.7	Zusammenfassende Empfehlungen	141
7	Forensische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	143
7.1	Übersicht	143
7.2	Gesetzlicher Doppelauftrag der Besserung und Sicherung	143
7.3	Belegungsentwicklung.....	145
7.4	Besondere Personengruppen im Maßregelvollzug	146
7.5	Forensisch-Psychiatrische Ambulanzen	146
7.6	Versorgungsforschung	147
7.7	Fazit und Perspektiven.....	148
7.8	Zusammenfassende Empfehlungen	151
8	Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen	152
8.1	Allgemeines	152
8.2	Situation in Deutschland.....	154
8.3	Herausforderungen für das psychosoziale Hilfesystem.....	155
8.4	Dolmetschende sowie Sprachmittlerinnen und Sprachmittler.....	157
8.5	Kulturelle Herausforderungen	158
8.6	Aus- und Weiterbildung von Professionellen und Laienhelferinnen und -helfern	158
8.7	Versorgung	159
8.7.1	Diagnostik und Behandlung	159

8.7.2 Von der Nothilfe zur Selbsthilfe	160
8.8 Kinder und Jugendliche	161
8.9 Aktuelle Situation in Baden-Württemberg und geplante Maßnahmen	162
8.9.1 Beispiele.....	162
8.9.2 Psychosoziale Zentren für Traumaopfer.....	163
8.10 Sonderkontingent schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak.....	164
8.11 Zusammenfassende Empfehlungen	165
D ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN	166
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	183

A EINLEITUNG

Seit der Psychiatrie-Enquête im Jahr 1975 ist es Ziel der Psychiatriepolitik der Landesregierung, die psychiatrische Versorgung so auszubauen und weiterzuentwickeln, dass Menschen mit psychischen Störungen den gleichen Zugang zu bedarfsgerechten Behandlungs- und Hilfeangeboten haben wie somatisch kranke Menschen. Dies erforderte neben einer differenzierten Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts den Aufbau einer vielfach gegliederten Versorgungsstruktur, die in der Lage ist, dem komplexen Hilfebedarf psychisch kranker Menschen gerecht zu werden. Schon der letzte Landespsychiatrieplan aus dem Jahr 2000 hatte zum Ziel, das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufzuzeigen, Defizite in den einzelnen Bereichen darzustellen und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung zu beschreiben.

Das Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) am 1. Januar 2015 gab den Anlass, den aus dem Jahr 2000 stammenden Landespsychiatrieplan umfassend zu überarbeiten. § 12 PsychKHG sieht vor, dass das Sozialministerium einen Landespsychiatrieplan erstellt, der die Rahmenplanung für die Versorgung von Personen enthält, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind. § 12 PsychKHG legt auch fest, dass das Sozialministerium bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans vom Landesarbeitskreis Psychiatrie beraten, und dass der Plan je nach Bedarf fortgeschrieben wird. Hierfür prüft das Sozialministerium jeweils, spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.

Unbeschadet der politischen Gesamtplanungsverantwortung des Landes sind die Sozialleistungsträger sowie die Stadt- und Landkreise in ihren jeweiligen Aufgabenbereichen autonome Träger der Planung und auch der Versorgungsverantwortung. Der Landespsychiatrieplan soll diese einzelnen Planungskompetenzen bündeln, ohne in die Verantwortlichkeiten der einzelnen Träger einzugreifen. Da es sich beim Landespsychiatrieplan um einen Rahmenplan für die Versorgung psychisch kranker oder behinderter Menschen handelt, setzt er keine förmlichen Vorgaben, sondern versteht sich ausschließlich als Leitlinie für das Handeln der Landesregierung. Gleichzeitig soll er auch für alle Akteure im Gesundheitswesen handlungsbestimmend sein, die an seinem Entstehungsprozess mitgewirkt haben.

Verfahren

Unmittelbar nach Inkrafttreten des PsychKHG hat das Ministerium für Soziales und Integration mit der Neuerarbeitung des Landespsychiatrieplans begonnen.

Für die Erstellung von **Teil B** wurden zunächst, vergleichbar mit der Erarbeitung des PsychKHG, unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Integration und in enger Abstimmung mit dem Landesarbeitskreis Psychiatrie themenspezifische Arbeitsgruppen zu den Schwerpunkten des Landespsychiatrieplans eingerichtet. Im Laufe der Neuerarbeitung haben sich folgende Schwerpunktthemen herausgestellt:

- Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (durch das PsychKHG notwendig gewordene, paritätisch mit Professionellen und Betroffenen besetzte Beratungsstellen auf Kreisebene)
- Krisen- und Notfallintervention (wie kann die derzeit unzureichende Versorgung psychisch kranker Menschen im Fall einer Krise bzw. eines Notfalls verbessert werden)
- Heime (wie stellt sich die Versorgung von psychisch kranken Menschen in Pflegeeinrichtungen dar und wie kann sie weiter verbessert werden)

- Kinder psychisch kranker Eltern
- Kooperation ambulanter Hilfesysteme zur Vermeidung von Zwang
- Therapien für psychisch kranke Menschen
- Psychiatrische Rehabilitation

Zusätzlich wurde die sogenannte Dach-Arbeitsgruppe eingerichtet – eine übergeordnete Arbeitsgruppe, die die Struktur und den konkreten Änderungsbedarf im Hinblick auf den letzten Landespsychiatrieplan festgelegt und die fertigen Textpassagen im Gesamtkontext überarbeitet hat.

Jede Institution des Landesarbeitskreises Psychiatrie war mit einer Vertreterin oder einem Vertreter (der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener mit zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern), die oder der eine fachliche Nähe zum jeweiligen Thema aufwies, in den Arbeitsgruppen vertreten. Am Ende jeder Arbeitsgruppe standen ein gemeinsam erarbeiteter Textbeitrag sowie konsentrierte Empfehlungen für den Landespsychiatrieplan. Diese wurden in zusammengefasster Form in den Text aufgenommen. Die Originaltexte der Arbeitsgruppen können in gebündelter Form als Anhang in der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

Für die Erarbeitung von **Teil C** (Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote) wurden Expertinnen und Experten angefragt, die das entsprechende spezielle Fachthema umfänglich aus ihrer Perspektive beschrieben und neben dem aktuellen Stand der Versorgungssituation, vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung im Allgemeinen und dem psychiatrischen Gesundheitssektor im Besonderen, gegenwärtige und prospektive Probleme und Trends transparent gemacht und mögliche Lösungsansätze diskutiert haben. Die schon bei Teil B involvierten Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter der Leistungserbringer, Leistungsträger, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen psychisch kranker Menschen und weiterer Selbsthilfeorganisationen, der Stadt- und Landkreise sowie des Landes haben sich im Rahmen der Dach-Arbeitsgruppe anschließend intensiv mit den Fachtexten auseinandergesetzt. Nach einer Gesamtüberarbeitung durch das Ministerium für Soziales und Integration unter Einbeziehung der betroffenen Fachministerien liegt nun eine richtungsweisende Darstellung vor.

Inhalt

Um die Rechte psychisch kranker Menschen zu stärken und die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu gewährleisten, hat das PsychKHG erstmalig verbindliche Regelungen über Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen getroffen. In Anlehnung an diese hervorgehobene Bedeutung der gegenüber einer stationären Behandlung vorrangigen Hilfen, wurde als neue Bezeichnung „**Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan)**“ gewählt.

Auch wurde die Gliederung so angepasst, dass zunächst auf die außerklinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Beratungsstellen, Betreuungsdienste wie sozialpsychiatrische Dienste, Gemeindepsychiatrische Zentren), dann auf die außerklinische ambulante Versorgung, die klinische ambulante Versorgung, die teilstationäre Versorgung und erst zum Schluss auf die stationäre Versorgung eingegangen wird.

In **Teil B** (Grundlagen, Rahmenbedingungen, Ziele und Beteiligte) werden die folgenden Punkte ausgeführt:

1. Ziele und Rahmenbedingungen
2. Träger und Akteure (Wer handelt?)
3. Steuerungsinstrumente und Qualifizierung (Wie wird gehandelt?)
4. Grundsätze der Hilfen und Versorgung

5. Öffentlichkeitsarbeit
6. Qualitätssicherung

Teil C thematisiert die speziellen Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote im Rahmen der folgenden psychiatrischen Fachbereiche:

1. Allgemeinpsychiatrie
2. Psychosomatik
3. Sucht
4. Gerontopsychiatrie
5. Kinder- und Jugendpsychiatrie
6. Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen
7. Forensik
8. Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen

Teil D enthält schließlich eine Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen des Landespsychiatrieplans sowie Empfehlungen zur Umsetzung.

Eine Orientierungshilfe für das in den jeweiligen Regionen bzw. Stadt- und Landkreisen vorhandene Versorgungsangebot bietet der „**Wegweiser Psychiatrie**“ des Ministeriums für Soziales und Integration. Hier finden sich die in regelmäßigen Abständen aktualisierten Kontaktdaten der Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke oder behinderte Menschen in Baden-Württemberg. Der Wegweiser Psychiatrie steht in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration zur Verfügung.

B GRUNDLAGEN, RAHMENBEDINGUNGEN, ZIELE UND BETEILIGTE

1 Ziele und Rahmenbedingungen

Die Landesregierung hat gemeinsam mit allen Beteiligten in Baden-Württemberg das Ziel, die psychiatrische Versorgung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, benötigen einen genauso guten Zugang zu ihren Bedürfnissen entsprechenden Hilfen, wie er für körperlich kranke Menschen erforderlich ist. Die Landesregierung stimmt in dieser Zielsetzung mit allen Akteuren, die an der Versorgung psychisch kranker oder behinderter Personen beteiligt sind, überein. Die seit der Psychiatriereform ab 1975 geforderte Gleichstellung der psychisch kranken oder behinderten Personen mit den somatisch kranken Personen konnte infolge der gemeinsamen Anstrengungen von Maßnahmeträgern, Leistungsträgern und der Landesregierung kontinuierlich vorangebracht werden. Mit dem Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) am 1. Januar 2015 wurden die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung nochmals gesetzlich verbindlich sichergestellt und die Rechtsstellung psychisch kranker oder behinderter Personen deutlich gestärkt. Ihre Versorgung ist in Baden-Württemberg gut, dennoch sind bei der Umsetzung von Angeboten und im konkreten Zugang zu einzelnen Hilfen noch weitere Verbesserungen notwendig und Ziel dieses Plans.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist eingebettet in die Rahmenbedingungen des gesamten Gesundheits- und Sozialsystems. Bestimmende Faktoren ergeben sich insoweit aus der Endlichkeit der insgesamt verfügbaren Ressourcen. In allen Leistungsbereichen ist eine adäquate Finanzausstattung erforderlich. Die in diesem Zusammenhang geführte Wirtschaftlichkeitsdiskussion u.a. vor dem Hintergrund der Lohnkostenproblematik und der demografischen Entwicklung zwingt alle Beteiligten, notwendige Hilfen patientenorientiert, aber auch mit größtmöglicher Effizienz zu gestalten.

Wie schon in der Vergangenheit wird die Psychiatrieplanung auch als Bestandteil der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung angesehen; dabei kommt dem Zusammenwirken insbesondere mit Kostenträgern und freien Trägern eine besondere Bedeutung zu.

1.1 Die Entwicklung der Psychiatrie in Baden-Württemberg: Meilensteine

Im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland kam die sogenannte Psychiatrie-Enquête 1975 zu dem Schluss: „Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch kranken Menschen muss wie dem körperlich kranken Menschen optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden“.

In den folgenden Jahrzehnten setzten die Länder die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête um, welche weitere Punkte beinhalteten: Die Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, gemeindenaher Versorgung, Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser sowie getrennte Versorgung für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen. Das Modellprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen

Versorgung in Baden-Württemberg“ wurde vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg initiiert und hat die Entwicklung im Land nachhaltig beeinflusst. Der Abschlussbericht wurde 2004 verfasst.

Zusätzliche Impulse erhielt die Psychiatrie durch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988, an denen die Landesregierung sich beim Landespsychiatrieplan 2000 mit ihren landespolitischen Grundsätzen für den Ausbau von psychiatrischen Versorgungsstrukturen eng orientierte. Im Mittelpunkt stand damals und steht heute zum einen die Gleichstellung somatisch und psychisch kranker Personen sowie der Aufbau eines bedarfsge- rechten und gemeindenahen Versorgungssystems. Wichtige Schritte hierbei waren u.a. die Ein- führung der sozialpsychiatrischen Dienste, der Gemeindepsychiatrischen Zentren und der Ge- meindepsychiatrischen Verbände sowie die Etablierung der Patientenfürsprecherinnen und Pa- tientenfürsprecher. Zu den Meilensteinen in der klinischen Versorgung zählen die Reduktion von Zwangsmaßnahmen und ein insgesamt veränderter Umgang mit Menschen mit psychi- schen Störungen, eine umfangreiche und nachhaltige Veränderung der räumlichen und hygie- nischen Gegebenheiten (Verschwinden der Schlafsäle und großen Mehrbettzimmer, Nasszellen als Standard), Verbesserung der medikamentösen Therapie (nebenwirkungsärmere und scho- nendere Behandlung) und Differenzierung und Intensivierung der psychotherapeutischen und fachtherapeutischen Angebote, Reduktion der stationären Behandlungsdauer und massiver Ausbau teilstationärer und ambulanter Angebote.

Das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) ist ein weiterer Meilenstein auf diesem Weg. Es stärkt die Rechte psychisch kranker oder behinderter Menschen. Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke oder auf Grund einer solchen Erkrankung behinderte Menschen erhalten erstmals in Baden-Württemberg eine gesetzliche Grundlage. Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum PsychKHG wurde ein umfassender Dialog mit rund 100 beteiligten Interessenvertretenden der Psychiatrielandschaft geführt. Hierzu hatten sich unter der Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Medizin, der Wissenschaft, der kommunalen Ebene, der Leistungsträger, aber auch des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen, des Landesver- bandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, der Bürgerhilfe und der Sozialver- bände unter dem Dach des Landesarbeitskreises Psychiatrie zusammengefunden. Die bislang im Unterbringungsgesetz (UBG) niedergelegten Regelungen über die öffentlich-rechtliche Un- terbringung sowie den nur im Ansatz vorhandenen Regelungen zum Maßregelvollzug wurden unter besonderer Berücksichtigung der Grundrechte der betroffenen Personen überarbeitet bzw. neu erarbeitet und in das neue Gesetz aufgenommen. Das Ergebnis ist eine umfassende Regelung der Materie in einem Gesetz. Der Umstand, dass hier insbesondere die Hilfe für psy- chisch kranke Personen in ihrer ambulanten Lebensumgebung in das Zentrum der Gesetzesre- gelung gestellt wurde und nicht wie in der Vergangenheit die Behandlung in Einrichtungen im Fokus steht, bildet sich auch in der Bezeichnung des hier vorliegenden Dokuments ab: Landes- plan der **Hilfen** für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg. Er beschreibt die weite- ren untergesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die fachlichen und politischen Ziele in Ba- den-Württemberg. Auch der Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden- Württemberg wurde gemeinsam mit den Beteiligten im Land im Rahmen eines umfassenden Dialogprozesses erarbeitet.

Im Ganzen geht es darum, den Grundsatz der Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen sowohl in rechtlicher und finanzieller als auch in sozialer Hinsicht umzusetzen und die psychiatrische Versorgung – einschließlich der Krankenhäuser – in das bestehende Gesamtversorgungssystem der allgemeinen Gesundheitsversorgung weiter zu integrieren.

Zwei Grundsätze psychiatrischer Versorgung sind richtungsweisend.

Die Behandlung „ambulant vor stationär“ ist ein wesentliches Element bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, sofern ambulant vorgehaltene Angebote eine stationäre Behandlung qualitativ in gleichem Umfang ersetzen können.

Der Grundsatz gemeindenaher psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung wird seitens des Ministeriums für Soziales und Integration ebenfalls unterstützt. Die wohnortnahe psychiatrische Versorgung trägt während der akuten Erkrankung, die einen stationären Aufenthalt notwendig macht, zur Erhaltung der sozialen Bezüge und somit zu einer rascheren Reintegration der bzw. des Betroffenen bei.

Auf beide Grundsätze wird im Abschnitt B 4 ausführlich eingegangen.

Die Politik der Landesregierung wird weiterhin darauf ausgerichtet sein, die Gleichbehandlung psychisch kranker Menschen sowohl in rechtlicher Hinsicht als auch bei der Ausgestaltung der Versorgung und Hilfen zu verwirklichen.

1.2 Planung auf verschiedenen Ebenen (Kommunen, Kreise, Land)

Die Planungsinstrumente unterscheiden sich nach Trägerschaft, Inhalt und formaler Wirksamkeit wesentlich voneinander. Für den stationär-klinischen Teil der Versorgung werden die notwendigen Planungsdaten durch die Krankenhausplanung des Landes gesetzt (§§ 4 ff. Landeskrankenhausgesetz – LKHG). Insoweit ist das Land letztverantwortlicher Träger der Planungshoheit. Die Entscheidungen setzen die notwendigen Strukturen der Krankenhausversorgung verbindlich fest. Sie sind zugleich maßgebliche Grundlage von Förderentscheidungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und für die Pflegesatzvereinbarungen nach der Bundespflegesatzverordnung. Aber auch hier wird durch die Erörterung planerischer Entscheidungen auf Kreisebene den Erfordernissen regionaler Beteiligung und den speziellen örtlichen Versorgungsstrukturen angemessen Rechnung getragen.

Im außerklinischen Bereich bestehen vielfältige Zuständigkeiten für die Planung sowohl bei den Versorgungsstrukturen wie auch bei den verschiedenen Angeboten und Maßnahmen. In die kommunale Selbstverwaltung kann von anderer Seite nicht eingegriffen werden. Andererseits sind die Sozialleistungsträger verpflichtet, sich bei ihren Planungen abzustimmen. Hierdurch wird die Sachnähe der einzelnen Träger in die Komplexität der gesamten Struktur eingebracht. Aus der Eigenständigkeit der einzelnen Aufgabenträger folgt, dass diese gemeinsame Lösungen für komplexe Fragestellungen – wie die Versorgung psychisch kranker Menschen – finden müssen. So wenig ein Aufgabenträger Planungsentscheidungen eines anderen Trägers an sich ziehen kann, so wenig kann eine Planungsentscheidung von Landesseite die Gesamtstruktur darstellen. Dies wäre unabhängig von der rechtlichen Betrachtung auch nicht sachgerecht. Vielmehr geht es darum, für eine kontinuierliche und differenzierte Fortentwicklung der bestehenden Angebote den richtigen Rahmen zu finden. Unberührt bleibt dabei die Planungszuständigkeit der Sozialleistungsträger gemäß § 17 Sozialgesetzbuch I (SGB I).

Aufgabe der Kommunen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Auf der Grundlage des § 8 PsychKHG Baden-Württemberg sollen die Stadt- und Landkreise wie schon bisher die Koordination der Hilfeangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicherstellen. Hierzu können sie eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator bestellen. Bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen soll daher vor allem die Vernetzung und gemeindenaher Ausgestaltung der bestehenden Angebote vorangetrieben werden –

die Hilfen sollen dabei gemeindenah vorgehalten werden und möglichst wenig in die gewohnten Lebensverhältnisse der psychisch erkrankten Menschen eingreifen (§ 3 Absatz 3 PsychKHG). Im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbände (§ 7 PsychKHG) wird eine Moderation des Prozesses zur Versorgungsentwicklung durch die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung wird vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen bestehender Verbände empfohlen.

Rechtliche Grundlagen

Nach Artikel 28 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) haben die Gemeinden, ebenso wie nach Artikel 71 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg, das Recht, die örtlichen Angelegenheiten selbstverantwortlich und mit politischem Gestaltungsspielraum zu erledigen (kommunale Selbstverwaltung). Zum Wesen der kommunalen Selbstverwaltung gehört die kommunale Daseinsvorsorge einschließlich der dafür geschaffenen Einrichtungen. Die kommunale Daseinsvorsorge ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Artikel 20 Absatz 1 GG verankert und wird in § 1 Absatz 2 sowie § 102 Absatz 1 Gemeindeordnung Baden-Württemberg konkretisiert. Die Kommunen haben im Rahmen ihrer Selbstverwaltung das Recht, eine örtliche Sozialplanung auf den Weg zu bringen und zum Bestandteil ihres Handelns zu machen. Die Kommunen sind an den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes, des Raumordnungsgesetzes (ROG) und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gebunden: das heißt, sie müssen im sozialen Bereich für eine zugängliche und gleichmäßige Infrastruktur sorgen.

Außer diesen Regelungen sind das Subsidiaritätsprinzip nach § 5 SGB XII sowie die Ausführungen im SGB XII (Teilhaberegelung) zu berücksichtigen. Nach § 5 Absatz 2 SGB XII sollen die Träger der Sozialhilfe mit den Kirchen und Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts sowie den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten, wobei sie deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben achten.

Bei der Entwicklung und Wahrnehmung neuer Aufgaben ist außerdem das Konnexitätsprinzip zu beachten. Es regelt bei der Aufgabenverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen, dass Aufgaben- und Finanzverantwortung jeweils zusammengehören. Nach dem Konnexitätsprinzip muss der auftragende Gesetzgeber als Verursacher (Verursacherprinzip) für den finanziellen Ausgleich der von ihm aufgetragenen Aufgaben sorgen. Überträgt das Land demnach z.B. durch Landesgesetz Aufgaben an die Kommunen, sind die dadurch entstehenden Kosten ebenfalls vom Land zu tragen. In diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen des Konnexitätsausführungsgesetzes (KonnexAG) zu beachten.

Folgerungen für die Psychiatrieplanung

Für das Zusammenwirken aller Sektoren und Ebenen der psychiatrischen Versorgung kann es angesichts dessen kein nach Grundlage, Trägerschaft, Ziel und Verbindlichkeit einheitliches Planungsinstrument geben.

Daher ist es weder sinnvoll noch möglich, im außerklinischen Bereich die Weiterentwicklung im Rahmen einer förmlichen Landesplanung zu betreiben, zumal sich in den Teilbereichen die Planung auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Instrumenten vollzieht. Eine zentralisierte Planung auf Landesebene würde – insoweit anders als für den stationären Bereich – den gewachsenen und nach den örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnissen entwickelten Bestand an Angeboten und Einrichtungen unangemessen nivellieren und damit auch Entwicklungsmöglichkeiten behindern. Zudem würden sich bei den bestehenden Entwicklungstendenzen laufend formale Anpassungsbedürfnisse ergeben und die Beteiligten vor unnötige Probleme stellen. Dazu steht es nicht im Widerspruch, wenn mit einer Rahmenplanung im Sinne dieses Planes die Versorgung dargestellt und Möglichkeiten der weiteren Entwicklung beschrieben werden. Diese Rahmenplanung entspricht der gesundheitspolitischen Gesamtverantwortung des Landes; sie bezieht gleichzeitig die eigenverantwortlichen anderen Aufgaben-

träger ein und wurde mit diesen abgestimmt. Außerhalb der förmlichen Planungskompetenz des Landes ist angesichts dessen auf die Festschreibung konkreter Planziele zu verzichten. Die Förderung landesweit sinnvoller Strukturen steht hierzu nicht im Widerspruch.

Wesentliche Aufgabe dieser Planung ist es daher, den Rahmen und die Ziele für die weitere Entwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen nach Inhalt und Struktur in den wesentlichen Funktionen und in ihrem Zusammenspiel zu beschreiben. Soweit eine unmittelbare Landeskompentenz für die Festlegung nicht gegeben ist, wird die Planung Richtschnur für das gesundheitspolitische Handeln des Landes sein. Dies gilt nicht zuletzt etwa für Inhalt und Umfang von Förderleistungen. Sie soll auch zielweisend sein für das Zusammenwirken der verschiedenen Aufgabenträger, selbstverständlich unbeschadet derer eigenverantwortlicher Zuständigkeit. Der Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen wird in Fortsetzung des vorliegenden Planes je nach Bedarf fortgeschrieben. Das Ministerium für Soziales und Integration prüft jeweils, spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist. Dies ist in § 12 Absatz 4 PsychKHG festgeschrieben, um die Aktualität der Planung sicherzustellen.

Versorgungsforschung

Psychiatrische Versorgungsplanung muss auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Evidenz hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität vorhandener Strukturen, Angebote und Einrichtungen erfolgen, um die bestmögliche Versorgung vorzuhalten und das Risiko der Fehlallokation knapper Gesundheitsbudgets zu minimieren.

Für die im Landespsychiatrieplan formulierten Ziele sind effektiv arbeitende Strukturen der psychiatrischen Versorgungsforschung unabdingbar. Baden-württembergische Forschungsgruppen spielen hier eine bedeutende Rolle und tragen ganz erheblich zu den bundesweiten Forschungsaktivitäten bei, jedoch ist der Bedarf nach belastbaren Planungsdaten weitaus höher.

Auf Landesebene wurde in den letzten Jahren mit dem Programm zur Förderung der Versorgungsforschung die baden-württembergische Versorgungsforschung infrastrukturell spürbar gestärkt. Ein bedeutsamer Teil der Fördermaßnahmen und -mittel floss dabei in psychiatrische Projekte, nicht zuletzt auch in die Nachwuchsförderung im Rahmen der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung. Es wird erwartet, dass Bedarf und Nachfrage nach wissenschaftlich fundierten Planungsdaten in der Psychiatrie kurz- und mittelfristig weiter stark ansteigen werden, bedingt u.a. durch den rapiden sozialstrukturellen Wandel, dem Entstehen und starken Anwachsen neuer psychiatrischer Risikogruppen (z.B. Geflüchtete sowie Migrantinnen und Migranten), der Ausweitung des Bedarfs nach Angeboten in einzelnen Störungsbildern wie Depression oder Suchterkrankungen sowie durch die versorgungspolitisch verursachten Veränderungen der Versorgungslandschaft (z.B. sektorenübergreifende Versorgung) und der Entgeltsysteme. Zudem fordern föderale und andere Forschungsförderer auch und gerade in der Psychiatrie bei klinischen Studien sowie bei Projekten der Grundlagenforschung zunehmend den Nachweis der Auswirkungen der entsprechenden Interventionen oder Maßnahmen für die Versorgungsroutine. Diese Herausforderungen bedürfen einer Erweiterung der landesweiten Forschungsinfrastruktur im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung.

1.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Am 24. Februar 2009 hat Deutschland das „Übereinkommen der Vereinten Nation über die Rechte der Menschen mit Behinderungen“ vom 13. Dezember 2006 (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) ratifiziert. Die Konvention ist am 26. März 2009 als

einfaches Bundesgesetz in Kraft getreten und ist damit Bestandteil der deutschen Rechtsordnung geworden.

Die UN-BRK konkretisiert die universellen Menschenrechte mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse und Lebenslagen der Menschen mit Behinderungen – auch der Menschen mit seelischen Behinderungen – und schreibt vielfältige Verpflichtungen der Vertragsstaaten fest. Die UN-BRK war ein zentraler Auslöser der Änderung des Rehabilitationsrechts (SGB IX), die Ende des Jahres 2016 durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vollzogen wurde. Damit hat die UN-BRK durch das BTHG wesentlichen Einfluss auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg.

Von grundlegender Bedeutung ist der in der UN-BRK enthaltene neue, nicht mehr defizitorientierte Behinderungsbegriff, der an zentraler Stelle in das durch das BTHG geänderte SGB IX eingegangen ist. Gemäß § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn sie körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Erwerbsleben hindern können. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Nach diesem neuen Verständnis gelten psychisch erkrankte Menschen, bei denen die Erkrankung Auswirkungen auf ihre gesellschaftliche Teilhabe haben, als seelisch behindert. Diese Tatsache wird im Landespsychiatrieplan bei den Rehabilitationsleistungen berücksichtigt. Artikel 25 und 26 der UN-BRK fordern auch für Menschen mit psychischen Behinderungen den diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechten Gesundheitsdienstleistungen. Dies macht ein engmaschiges Beratungs- und Hilfsnetz erforderlich.

Mit dem PsychKHG hat das Land eine wichtige Grundlage zur Umsetzung der Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes und damit der UN-BRK geleistet.

2 Träger und Akteure

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass wirksame Hilfen für psychisch kranke Menschen nur mit Unterstützung der vor Ort Tätigen eingerichtet und erbracht werden können. Dies erfordert, dass auch die konkrete Planung des regional notwendigen Versorgungsangebotes auf dieser Ebene erfolgt.

Um die Beteiligten auf Landesebene in die Planung und Entwicklung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Hilfen und Versorgung einzubinden und zu koordinieren, bedarf es einer geeigneten gemeinsamen Beratungsebene. Diese hat das Land im Landesarbeitskreis Psychiatrie (LAK) geschaffen. Er wird ergänzt um anlass- und themenbezogene Arbeitsgruppen.

In Zukunft werden auch unter dem Aspekt der Inklusion die Betroffenen und ihre Angehörigen stärker in den Mittelpunkt der Psychiatrieplanung rücken müssen. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist die Umsetzung des 2015 in Kraft getretenen PsychKHG.

2.1 Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich hat als Fundament zukünftiger psychiatrischer Versorgung die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) als Verbände der Leistungserbringer gefordert. Im Jahr 1994 hat der Landesarbeitskreis Psychiatrie Baden-Württemberg die Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds beschlossen. Durch das PsychKHG erhält diese Konzeption auf Ebene der Stadt- und Landkreise eine gesetzliche Grundlage, beispielsweise ist die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste nun festgeschrieben. Im Gemeindepsychiatrischen Verbund werden Angebote verschiedener ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe gebündelt, um vorhandene Ressourcen gemeinsam zu nutzen sowie Effektivität und Effizienz der Versorgung zu verbessern. Hierzu gehören beispielsweise Träger der verschiedenen Formen betreuten Wohnens, Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie Integrationsfachdienste und Werkstätten für behinderte Menschen, Träger von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen und insbesondere die psychiatrischen Kliniken. Die Einbindung der Stadt- und Landkreise als Träger der Eingliederungshilfe ist im PsychKHG vorgesehen, durch die Regelungen des BTHG wird auch die Einbeziehung der Rehabilitationsträger unabdingbar sein. Die Träger schließen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen eine möglichst bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken, wie etwa den kommunalen Netzwerken Suchthilfe, Altenhilfe und Prävention, wird angestrebt.

Ziel der Landesregierung ist es auch eine stärkere Berücksichtigung der Belange junger Betroffener und älterer Menschen mit psychischen Belastungen. Hierzu ist es wichtig, dass die Jugendpsychiatrischen Verbände (JPV) als feste Bestandteile der Gemeindepsychiatrischen Verbände eine besondere Bedeutung erhalten. Auch die Belange älterer Menschen sollen in die Aufgabengebiete der Gemeindepsychiatrischen Verbände integriert werden.

2.2 Kommunen

Für die kommunale Planung der gemeindepsychiatrischen Versorgung bringen die Kommunen die verschiedenen Partner zusammen: die Leistungserbringer, die Vertretenden der Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, Bürgerhelferinnen und Bürgerhelfer sowie die Leistungsträger. Zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern und Leistungsträgern – Medizin, Rehabilitation, psychosoziale Versorgung – werden in einem transparenten, kooperativen Prozess gemeinsame Schritte zur Weiterentwicklung abgestimmt: übergreifend für den Gemeindepsychiatrischen Verbund und insbesondere das Gemeindepsychiatrische Zentrum.

2.3 Gesetzliche Krankenkassen

Den gesetzlichen Krankenkassen kommt bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen eine zentrale Rolle zu. Dabei kann, neben der regulären Behandlung einer psychischen Erkrankung, eine Psychotherapie die körperliche, ambulante somatische Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt ergänzen. Hierfür bestimmt die Psychotherapie-Richtlinie, unter welchen Voraussetzungen eine Finanzierung durch die gesetzliche Krankenkasse erfolgt. Die

psychotherapeutische Behandlung wird durch zugelassene psychologische Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie durch entsprechend ausgebildete Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte durchgeführt. Neben der Psychotherapie, deren Kosten übernommen werden, sofern psychische Faktoren einen wesentlichen Anteil an der Erkrankung oder an deren Folgen haben, wird auch die Behandlung von psychosomatischen Krankheitsbildern, bei denen die Erkrankung zumindest teilweise durch psychische Belastungen entstanden ist, von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Ebenso wie in der psychiatrischen Versorgung stehen auch in der psychosomatischen Versorgung neben den ambulanten, wohnortnahen Leistungserbringern auch stationäre Einrichtungen für die Behandlung zur Verfügung. Dort kann bei Bedarf eine hochspezialisierte und intensiviertere Behandlung und Begleitung der Betroffenen erfolgen. Weitere Leistungen wie Soziotherapie als ambulante Versorgungsleistung für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Störungen, Ergotherapie o.Ä. sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung begleitend zur sonstigen Behandlung und Therapie von Vertragsärztinnen und -ärzten verordnet werden können.

Außerdem sind die gesetzlichen Krankenkassen wichtige Partner für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. So gehen sie gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag durch Sonderverträge (§ 64 b SGB V, § 73 c SGB V (alt) bzw. § 140 a SGB V) neue Wege, indem sie beispielsweise sektorenübergreifende Behandlungsmöglichkeiten schaffen, die patientenorientierte, innovative Lösungen suchen, um die psychiatrische Versorgung in die Lebenswelten der Patientinnen und Patienten zu integrieren.

2.4 Wohlfahrtsverbände

Die "Freie Wohlfahrtspflege" umfasst soziale Hilfeangebote, die auf freigemeinnütziger Grundlage und in organisierter Form in Deutschland geleistet werden.

In Baden-Württemberg haben sich 1952 die Landesverbände Diakonie, Caritas, der Paritätische, Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz und der Verband der Israelitischen Religionsgemeinschaft in einem Verein zusammengeschlossen und bilden gemeinsam die "Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V." Diese dient der Koordinierung der Aktivitäten zwischen den Verbänden sowie als Ansprechpartnerin auf Landesebene für politische Entscheidungsträger.

2.5 Bürgerschaftlich Engagierte und Ehrenamt

Ehrenamtliches Engagement ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Es hat zahlreiche Überschneidungen und Bezüge zu den Beschreibungen der vorangegangenen und der folgenden Abschnitte: zur Selbsthilfe, in deren Rahmen sich die Betroffenen häufig auch für andere Betroffene engagieren, zu den Angehörigen, die sich häufig auch für weitere Betroffene engagieren, zu den Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern, die häufig im Ehrenamt tätig sind usw. Ehrenamtliche in der Begleitung psychisch kranker Menschen sind in vielfältigen Bereichen tätig, beispielsweise in der Freizeitgestaltung, bei der Unterstützung in alltagspraktischen Tätigkeiten, bei Lernangeboten, im Besuchsdienst, bei der Mitarbeit in offenen Treffs und Tagescafés, bei der Hilfe für Angehörige und Kinder, bei der Information und Öffentlichkeitsarbeit und vieles mehr. Ehrenamtliches Engagement in der Begleitung psychisch

kranker Menschen ist eine sehr verantwortungsvolle Tätigkeit, die der Begleitung, Koordination und Unterstützung durch Hauptamtliche bedarf.

Auch bei der rechtlichen Betreuung werden sowohl beruflich Betreuende als auch Ehrenamtliche eingesetzt, wobei das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in den §§ 1896 ff. hier eindeutig der ehrenamtlichen Betreuung den Vorrang gibt: Eine berufliche Betreuung soll nur eingerichtet werden, wenn keine geeignete Person zur Verfügung steht, die zur ehrenamtlichen Führung der Betreuung bereit ist.

2.6 Selbsthilfegruppen

Ein wichtiger Teil des ambulanten Hilfesystems sind die Selbsthilfe- und Kontaktgruppen. Sie sind wichtige Anlaufstellen für Betroffene und spielen eine große Rolle bei niedrigschwelligen Präventionsangeboten und bei der Vermeidung von Zwang. Psychisch kranken Menschen ist es oftmals krankheitsbedingt verwehrt, ihre Interessen jederzeit zu vertreten. Sie benötigen deshalb kompetente Hilfe, die sie aktiv und effektiv bei der Vertretung ihrer Interessen unterstützt. In Baden-Württemberg besteht ein vielfältiges, gewachsenes und meist unentgeltlich arbeitendes System von Alltags- und Bürgerhilfen. Das Spektrum reicht u.a. über Teestuben, Kontaktstellen, Patientenclubs, Angehörigengruppen bis zur Koordination eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Die für die Stabilisierung der Lebenssituation psychisch kranker Menschen unverzichtbaren Selbsthilfegruppen von Betroffenen, Angehörigen und Bürgerhelfenden sind gleichfalls ein wichtiger Faktor für den Einsatz von Landesfördermitteln. Der Hilfsverein für seelische Gesundheit in Baden-Württemberg e.V. koordiniert die Arbeit und gibt die Fördermittel des Landes für die Selbsthilfe weiter.

2.6.1 Psychiatrie-Erfahrene (Betroffene)

Der Landesverband für Psychiatrie-Erfahrene Baden-Württemberg (LVPEBW) ist ein 1993 gegründeter Verband mit zirka 400 Mitgliedern, der sich für die positive Weiterentwicklung der Psychiatrie einsetzt. Grundlage hierfür ist die eigene Psychiatrieerfahrung. Der Verband kooperiert grundsätzlich mit Profis in der Psychiatrie, den Angehörigen Betroffener und den Bürgerhelfenden. Somit wird der Dialog gefördert. Der LVPEBW ist in Gremien und Arbeitsgruppen im Land tätig. Dort bringt er die Anliegen von psychiatriee erfahrenen Menschen ein. Aufgaben sind fachliche Stellungnahmen, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. Somit trägt der Verband zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen bei. Es haben sich ca. 40 Selbsthilfegruppen aus Baden-Württemberg angeschlossen.

2.6.2 Angehörige

Der Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. wurde 1986 gegründet und hat derzeit etwa 1.000 Mitglieder. In ihm sind 45 Angehörigengruppen vertreten. Auch er ist in den Gremien und Arbeitsgruppen des Landes tätig. Die Erfahrungen und Positionen des Verbandes der Angehörigen sind in der Diskussion um die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von großem Wert, denn viele der chronisch psychisch kranken Menschen leben in den Familien und haben oft nur über die Angehörigen Kontakt zur Außenwelt. Die Angehörigen sind somit eine wichtige Säule im System und ein ernstzunehm-

mender und aktiver Partner im Hilfesystem. Deshalb sind die Angehörigen und ihre Selbsthilfegruppen zu unterstützen und die Einbeziehung der Angehörigen zu gewährleisten. Angehörige sind durch ihre Familiensituation besonders gefordert und belastet. Sie benötigen immer wieder Hilfe für sich selbst, weshalb Hilfestellungen für sie vorzusehen sind. Angehörigen- und Betreuerbeiräte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflegeheimen sollen bei Konflikten mit und innerhalb der Einrichtungen eine wichtige Anlaufstelle für Angehörige und Betreuende sein.

2.7 Patientenfürsprecherin bzw. Patientenfürsprecher

Es ist der Landesregierung ein großes Anliegen, dass die Interessen psychisch kranker Menschen aktiv und effektiv vertreten werden. 1994 wurde vom Landesarbeitskreis Psychiatrie eine Konzeption zur Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher verabschiedet. Im Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie wurde die beratende Mitgliedschaft der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Aufsichtsrat der Zentren für Psychiatrie (ZfP) vorgesehen. Durch das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz erhält diese wichtige Tätigkeit der Interessenvertretung von Betroffenen und Angehörigen, auch außerhalb der beratenden Mitgliedschaft der ZfP-Aufsichtsräte, eine weiter reichende und gesetzliche Grundlage. Im PsychKHG wurde verbindlich festgelegt, dass auf Ebene der Stadt- und Landkreise unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher einzurichten sind. Nach § 9 Absatz 2 PsychKHG sind diese Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher prüfen Anregungen und Beschwerden von Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind sowie deren Angehörigen und wirken in Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf eine Problemlösung hin. Bei Bedarf vermitteln sie zwischen den Betroffenen und der ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtung. Eine Rechtsberatung erfolgt nicht. Voraussetzung für die Übernahme dieser Tätigkeit sind Kenntnisse über Behandlungs- und Versorgungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2.8 Heilberufekammern

Von großer Bedeutung für das Hilfe- und Versorgungsangebot im Land sind die Landesvertretungen der Ärztinnen und Ärzte (Landesärztekammer) und der Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer). Aufgaben der Kammern sind neben der Selbstverwaltung und Landesvertretung die Weiterbildung und Fortbildung ihrer Mitglieder, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten, aber auch Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Förderung der Prävention psychischer Störungen und der Rehabilitation psychisch kranker Menschen sowie Öffentlichkeitsarbeit. Im Zentrum steht allerdings der Schutz der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen im ambulanten Bereich und die Koordination der Angebote sowie Kooperation mit den Anbietern im stationären Bereich. Weiterhin ist es Aufgabe der Kammern, Patientinnen und Patienten in Angelegenheiten der Berufsausübung der Behandelnden zu informieren und zu beraten und somit zur Klärung von Fragen beizutragen. Gemeinsam mit der kassenärztlichen Vereinigung bemühen sich die Kammern um eine flächendeckende, bedarfs-

orientierte ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Notfall- und Krisenversorgung und sind an der Versorgung der Geflüchteten beteiligt.

2.9 Vertretung der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten

Die Vertretung der rund 20.000 niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten im Land, welche eine wohnortnahe, flächendeckende medizinische Versorgung der Menschen sicherstellen soll, ist die kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Sie sorgt auch für die Organisation eines leistungsfähigen Notfalldienstes an Wochenenden und Feiertagen und entscheidet in gemeinsamen Ausschüssen mit den Krankenkassen über die Zulassung von Ärztinnen bzw. Ärzten und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten. Neben der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gibt es den 1999 gegründeten KV-unabhängigen MEDI-Verbund.

2.10 Kliniken

Die Psychiatrielandschaft hat sich seit der Veröffentlichung des letzten Landespsychiatrieplanes im Jahr 2000 nachhaltig gewandelt. Weiterhin aktuell ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips der Steuerung, mit Ausnahme des Maßregelvollzugs. Klinikschließungen und -zusammenschlüsse finden sich überwiegend im somatischen Sektor. Im Bereich der Psychiatrie geht die Entwicklung einerseits unter dem Aspekt der Inklusion hin zur Integration von psychiatrischen Versorgungseinheiten in somatische Häuser, einschließlich des Ausbaus von psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Konsil- und Liaison-Diensten, andererseits hin zur Spezialisierung und Regionalisierung des Versorgungsangebotes.

An dieser Stelle soll betont werden, dass die in den letzten Jahren angestiegenen Aufnahmezahlen sowie die zunehmende kürzere stationäre Behandlungsdauer zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung für das Personal geführt hat, so dass eine weitere Verkürzung der Liegezeiten auch Qualitätseinbußen nach sich ziehen würde. Eine sachgerechte Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen lässt sich zeitlich nicht immer weiter komprimieren. Bei manchen psychisch schwer kranken Menschen führt dies dazu, dass die kurzen stationären Aufenthalte nicht ausreichen, um die Betroffenen psychisch zu stabilisieren und nach der Entlassung eine zeitnahe Wiederaufnahme notwendig wird (sogenannter für alle Beteiligten belastender Drehtüreffekt). Ziel ist ein bedarfsorientiertes sektorenübergreifendes Angebot, welches nach Möglichkeit so wenig eingreifend wie möglich (ambulant vor stationär), gleichzeitig aber auch der Situation angepasst ausreichend intensiv und unterstützend sein sollte.

Die Diagnosen psychischer Erkrankungen nehmen immer mehr zu. Somit nehmen immer mehr Menschen in Baden-Württemberg die ausdifferenzierten stationären Angebote der Zentren für Psychiatrie und aller anderen psychiatrischen Einrichtungen des Landes wahr. Der Investitionsstau bei den nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geförderten Krankenhäusern wurde in den letzten Jahren sukzessive abgebaut. Zugleich wurden im Bereich der Psychiatrie für den ambulanten Bereich und die Umsetzung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes erhebliche zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Um dieser Aufgabe auch in Zukunft ausreichend qualifiziert nachkommen zu können, ist es notwendig, den gegenwärtig bestehenden

Investitionsstau auch bei den Zentren für Psychiatrie abzutragen und für auskömmliche Investitionsmittel zu sorgen.

3 Steuerungsinstrumente und Qualifizierung

Dem Land obliegt die förmliche Planung im Rahmen der ihm gesetzlich zugeschriebenen Zuständigkeiten, insbesondere nach dem Landeskrankenhausgesetz und dem Landespflegegesetz. Auch hier sind planerische Entscheidungen auf Kreisebene und mit den Beteiligten zu erörtern; damit wird der örtlichen Versorgungsstruktur und ihren spezifischen Belangen angemessen Rechnung getragen. Über die dort getroffenen Planungsentscheidungen hinaus ist es gesundheitspolitische Aufgabe des Landes, die Planungen und Vorstellungen der einzelnen Beteiligten zu koordinieren sowie zu gemeinsamen Konzepten und Planungen zusammen zu führen (Rahmenplanung) mit dem Ziel, die Gleichstellung der psychisch kranken Menschen weiter voranzubringen.

Für geeignete Konzepte und Projekte kann das Land durch Förderleistungen Anreize schaffen. Die Förderung durch das Land hat vor allem die Funktion, konzeptionelle Weiterentwicklungen zu ermöglichen, aber auch die notwendigen Hilfestrukturen zu stützen, die ansonsten keine ausreichende finanzielle Grundlage hätten. Dies war Ausgangspunkt für die freiwillige Landesförderung der Errichtung und des Betriebs der neugeschaffenen Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen). Die für die Stabilisierung der Lebenssituation psychisch kranker Menschen unverzichtbaren Selbsthilfegruppen von Betroffenen, Angehörigen und Bürgerhelferinnen und -helfern sind gleichfalls ein wichtiger Faktor für den Einsatz von Landesfördermitteln. Dabei ist eine Beteiligung anderer Aufgabenträger vorauszusetzen. Diesem Grundkonzept liegt auch die Landesförderung für die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste zugrunde, die in § 6 Absatz 4 PsychKHG jedoch nunmehr verbindlich geregelt ist. Dem Gedanken der Autonomie der Betroffenen entspricht es, dass die Verteilung der vom Land zur Verfügung gestellten Mittel insoweit in der Verantwortung der Beteiligten liegt.

Für die Weiterentwicklung der Hilfen und Hilfestrukturen stellen die finanziellen Mittel der Sozialleistungsträger ein unabdingbares Element dar. Dies gilt sowohl für Mittel im Rahmen von so genannten Regelleistungen als auch für die Finanzierung von Modellvorhaben.

3.1 Koordination in Gremien

3.1.1 Koordination auf Landesebene

Im LAK Psychiatrie arbeiten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Vertretung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen sowie des Landesverbandes der Angehörigen, ehrenamtlich Helfende, kommunale Landesverbände, der Kommunalverband für Jugend und Soziales, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit in der Beratung von grundsätzlichen Fragen der psychiatrisch/psychotherapeutischen Hilfe und Versorgung zusammen. Daneben werden die planerischen Fragen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Landeskrankenhausausschuss (LKHA) und Suchtfragen in der Landesarbeitsgemeinschaft Sucht (LAG Sucht) behandelt. In diesen Gremien werden alle aktuellen Fra-

gestellungen mit den Beteiligten abgestimmt und die Rahmenbedingungen für die psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen und Versorgungsstrukturen auf Landesebene definiert.

Für einzelne Teilbereiche bzw. Fragen kommt auch die Erörterung der spezifischen Probleme im Rahmen von besonderen Gesprächsebenen in Betracht. Dies können ebenso Beratungskreise der Beteiligten (Ad-hoc oder ständig), wie auch Fachkongresse und Fachforen sowie andere Formen für die Entwicklung von konzeptionellen Vorstellungen und deren Kommunikation in die Öffentlichkeit sein. Gerade im Bereich der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung mit der sie prägenden Vielfalt von Aufgabenträgern sollte dieser Rahmen künftig weiter intensiv genutzt werden.

Weitere Möglichkeiten für die Fortentwicklung der Rahmenbedingungen bestehen in der Entwicklung von Konzepten, deren Unterstützung sowie in der Förderung von Vorhaben. Dies gilt insbesondere für Vorhaben, die noch nicht ausreichend leistungsrechtlich abgesichert sind oder für die noch kein gesetzlich geregelter Förderanspruch besteht. Dabei sollten vor allem solche Vorhaben und Konzepte berücksichtigt werden, von denen innovative Anstöße ausgehen. Alle an der Versorgung Beteiligten sind aufgerufen, ihre Möglichkeiten zielgerichtet zu nutzen. Bei neuen wegweisenden Ansätzen wie Modellvorhaben zum Thema Hometreatment, die im Rahmen der Selbstverwaltung zu entwickeln und finanzieren sind, kommt dem Land eine initiiierende und moderierende Rolle zu.

3.1.2 Koordination auf Kreisebene

Für die Planung und Organisation der erforderlichen Angebote und Hilfen auf regionaler Ebene bietet die Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (§ 7 PsychKHG) den geeigneten organisatorischen Rahmen. Es entspricht der zentralen Funktion der Stadt- bzw. Landkreise in der Daseinsvorsorge, dass diesen hier die zentrale Steuerungsaufgabe zufällt.

Vor allem sollen die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer allgemeinen Zuständigkeit darauf hinwirken, dass die Leistungserbringer zusammen arbeiten und dabei insbesondere die notwendigen Vereinbarungen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen einschließlich einer angemessenen Dokumentation über deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit treffen. Die gesetzlichen Zuständigkeiten der Sozialleistungsträger bleiben hiervon unberührt.

Für die Durchführung dieser Planungs- und Koordinierungsaufgabe hat sich in vielen Stadt- und Landkreisen die Einrichtung von Koordinierungsstellen für Psychiatrie bewährt. Eine Empfehlung für die Einrichtung der Position einer Koordinatorin oder eines Koordinators wurde in § 8 Satz 2 PsychKHG aufgenommen.

Um alle an der regionalen Versorgung Beteiligten sachgerecht in Planung und Organisation der Hilfen einzubinden, haben sich Örtliche Psychiatrie-Arbeitskreise unter Leitung des Stadt- bzw. Landkreises etabliert, in dem die örtlichen Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe und Patientenfürsprecherinnen bzw. Patientenfürsprecher vertreten sind und den Stadt- oder Landkreis in Fragen der Psychiatrieplanung und der institutionellen Koordination der Hilfeangebote beraten. § 8 PsychKHG bezeichnet deklaratorisch diese wichtige bestehende kommunale Aufgabe. Die Ausgestaltung im Einzelnen hängt von den jeweiligen regionalen Besonderheiten ab und wird im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung umgesetzt.

Eine Verschränkung der Psychiatrieplanung mit der Altenhilfeplanung kann einen Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung befördern.

Die Organisation und Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen auf Kreisebene erfordert eine angemessene Dokumentation der erbrachten Leistungen. 2011 wurde vom Kommunalverband für Jugend und Soziales, Städte- und Landkreistag erstmals die „Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg“ herausgegeben, die einen detaillierten Überblick über die Angebote und Versorgungssituation in den Kreisen gibt. Die Dokumentation wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert und dient unter anderem als Instrument der kommunalen Sozialplanung. Ferner erstellt die Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg e.V. jährlich einen Bericht, in dem sie die freiwillige Dokumentation der sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg auswertet.

Hilfeplankonferenz (HPK)

Die Hilfeplankonferenz ist nach den Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) die Voraussetzung für die Umsetzung der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund. Allgemeine Zielsetzung ist es, die außerhalb der Konferenz erfolgte individuelle Hilfeplanung in eine passgenaue Leistungserbringung umzusetzen. Durch die Zusammenführung der regionalen Fachkompetenz aller an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten kann die Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf passgenau abgestimmt werden. Monatlich tagende Hilfeplankonferenzen wurden im Rahmen des vom Land geförderten „Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ (2001-2004) in fünf Landkreisen eingeführt. Zum 31. Dezember 2015 hatten 23 von 44 Kreisen eine trägerübergreifende, regelmäßig tagende Hilfeplankonferenz eingerichtet, allerdings mit sehr unterschiedlicher Frequenz.

Das Bundesteilhabegesetz wird die Form der Leistungsfeststellung grundlegend ändern. Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs für die Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt als Teilhabeplanung mit einem standardisierten, an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientierten Instrument der Bedarfsermittlung. Der in der Teilhabeplanung ermittelte Bedarf wird im Rahmen des durch den Träger der Eingliederungshilfe eingesetzten Gesamtplanverfahrens in Leistungen übersetzt. Dabei kommen neben Leistungen der sozialen Teilhabe auch Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Betracht. Mit Zustimmung des Leistungsberechtigten kann die Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtpfankonferenz erfolgen. Die Gesamtpfankonferenz könnte damit die Funktion der Hilfeplankonferenz übernehmen.

3.1.3 Ombudsstelle

Gemäß den Vorgaben des § 10 PsychKHG wurde auf Landesebene eine unabhängige Ombudsstelle eingerichtet, der eine Person mit Befähigung zum Richteramt angehört. Die Ombudsstelle berät die IBB-Stellen insbesondere bei komplexen Fragestellungen, die auf Ebene der IBB-Stellen keiner Lösung zugeführt werden konnten. Bei dieser Tätigkeit ist die Ombudsstelle nicht an Weisungen gebunden. Eine Beratung in Bezug auf individuelle Beschwerden und sonstige Eingaben, bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, erfolgt dabei nur, soweit die betroffene Person eingewilligt hat. Des Weiteren trägt die Ombudsstelle dafür Sorge, dass eine landesweite zentrale Erfassung von Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen innerhalb der nach dem PsychKHG anerkannten Einrichtungen in verschlüsselter Form in einem Melderegister erfolgt. Das Melderegister stellt ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung dar und soll ein hohes Transparenzniveau in Bezug auf die mit Zwangsmaßnahmen verbundenen einschneidenden Grundrechtseingriffe gewährleisten. Zur Sicherstellung einer

transparenten Arbeitsweise und Einbeziehung der Öffentlichkeit berichtet die Ombudsstelle dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit. Dabei fließen die Berichte der Besuchskommissionen und der IBB-Stellen in den Bericht der Ombudsstelle an den Landtag ein.

3.1.4 Besuchskommissionen

Ein weiteres Gremium zur Qualitätssicherung und auch Kontrolle insbesondere in den besonders grundrechtssensiblen Bereichen der öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung in stationären Einrichtungen stellen die Besuchskommissionen nach § 27 PsychKHG dar. Sie setzen sich aus professionellen Mitgliedern, Vertreterinnen und Vertretern der IBB-Stellen, der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen zusammen, wobei die Kommissionen für die Bereiche Maßregelvollzug und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Mitgliedern besetzt sind, die eine Spezialisierung bzw. Erfahrung in dem jeweiligen Bereich aufweisen. Die Besuchskommissionen besuchen und überprüfen die Einrichtungen, in denen psychisch kranke Menschen untergebracht sind, alle drei Jahre daraufhin, ob die mit der Unterbringung von psychisch kranken Menschen verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Die Überprüfung umfasst insbesondere die allgemeinen Verhältnisse und die generelle Qualität der stationären Unterbringung. Bei den Besichtigungen haben untergebrachte Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre individuellen Anliegen, Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Nach einem Besuch legen die Besuchskommissionen der Ombudsstelle auf Landesebene einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor. Bei ihrer Tätigkeit sind die Besuchskommissionen nicht an Weisungen gebunden und zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Besuchskommissionen leisten mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag dazu, dass ein höheres Maß an Transparenz in stationären Unterbringungseinrichtungen gewährleistet und dadurch dem besonderen Schutzbedürfnis von untergebrachten Personen Rechnung getragen werden kann.

3.1.5 Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen

Als Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen wurden auf Ebene der Stadt- und Landkreise fast flächendeckend unabhängige Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) eingerichtet. Sie bearbeiten strukturbezogene Fragen und individuelle Beschwerden und erteilen allgemeine Auskünfte über wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Die Verpflichtung zur Errichtung einer IBB-Stelle ergibt sich aus § 9 Absatz 2 PsychKHG. Der Gesetzgeber hat dort geregelt, dass die Initiative zur Bestellung der Patientenfürsprecherinnen bzw. der Patientenfürsprecher und der IBB-Stellen von den Stadt- und Landkreisen auszugehen hat. Die IBB-Stellen sollen sich aus mindestens einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem zusammensetzen. Mitglied der IBB-Stellen ist auch die von den Stadt- und Landkreisen bestellte unabhängige Patientenfürsprecherin bzw. der unabhängige Patientenfürsprecher.

Der Gesetzgeber wollte mit der Zusammenführung der unterschiedlichen Erfahrungen aus dem Psychiatriebereich in den IBB-Stellen den dialogischen Austausch fördern, die Erfahrungen der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nutzen und die Selbsthilfe stärker in die örtlichen Versorgungsstrukturen beteiligen und strukturell einbinden. Ziel ist die Stärkung der Patientenrechte.

Um eine möglichst enge Verzahnung innerhalb der psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu erreichen und gleichzeitig der Entwicklung von Doppelstrukturen vorzubeugen sollen die IBB-Stellen eng mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten. Sie sollen ein unabhängiges Gremium im Gemeindepsychiatrischen Verbund bilden; ihre Arbeit kann an folgenden Kriterien festgemacht werden:

- Transparenz sowie die Sichtbarkeit des Beschwerdeweges,
- Sicherung der Erreichbarkeit und rasche Beschwerdebearbeitung,
- Unabhängigkeit in der Beschwerdebearbeitung,
- keine Rechtsberatung,
- Vernetzung der Beschwerdestelle mit den Mitgliedern im Gemeindepsychiatrischen Verbund und
- Sicherung der Professionalität durch Fort- und Weiterbildung.

Das Gesetz schreibt den flächendeckenden Aufbau dieser niederschweligen Beratungs- und Beschwerdeinstanzen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg vor. Die IBB-Stellen sollen laut Gesetz im engen Austausch mit der Ombudsstelle auf Landesebene stehen. Sie können in Konfliktfällen mit Einwilligung des bzw. der Betroffenen Beratungen über individuelle Beschwerden über die Ombudsstelle einholen. Sie sind der Ombudsstelle gegenüber berichtspflichtig.

Durch die strukturelle Anbindung der IBB-Stellen an die Landesebene sowie die Einbindung in die örtlichen Gemeindepsychiatrischen Verbände bilden die IBB-Stellen eine Brücke zwischen Land und Stadt- sowie Landkreisen; sie sind beiden Ebenen gegenüber berichtspflichtig. Die Mitglieder der IBB-Stellen werden nach § 9 Absatz 2 Satz 6 PsychKHG im Wege des Ehrenamts bestellt, soweit der Kreis auf freiwilliger Basis keine anderweitige Einbindung in die vorhandenen Versorgungsstrukturen vorsieht. Der Gesetzgeber will damit dem Umstand Rechnung tragen, dass bereits bestehende Beiräte und Beschwerdestellen erhalten werden können. Mit dem Verweis auf die Landkreis- bzw. Gemeindeordnung¹ unterstreicht der Gesetzgeber seinen Willen, dass die Aufgaben zwar ehrenamtlicher Natur sind, die ehrenamtlich Tätigen aber einen Anspruch auf Ersatz ihrer Auslagen und des Verdienstausfalls (bzw. Zeitversäumnis) haben sollen.

„Zeitversäumnis“ ist nach der Gemeindeordnung und der Landkreisordnung mit einem entsprechenden Stundensatz zu entschädigen, der in den kommunalen Satzungen festzulegen ist. Es wird empfohlen, die finanziellen Möglichkeiten hinsichtlich der Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements entsprechend sinnvoll auszuschöpfen.

Das Land unterstützt den Aufbau und Betrieb der IBB-Stellen von Beginn an durch eine freiwillige finanzielle Förderung gemäß der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Förderung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (VwV-IBB) vom 11. November 2015.

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Aus kommunaler Sicht muss beim Aufbau der IBB-Stellen auf die unterschiedlichen Verhältnisse in den Stadt- und Landkreisen Rücksicht genommen werden, um Gestaltungs- und Entwicklungsspielräume zu ermöglichen und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Vorhande-

¹ In § 19 GemO BW und § 15 LKrO wird die Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit geregelt.

ne Strukturen in den einzelnen Stadt- und Landkreisen müssen berücksichtigt, Doppelstrukturen vermieden werden und eine angemessene Zeit für die Entwicklung bereitstehen. Die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und -strukturen soll örtlich schrittweise und im gesetzlichen Finanzrahmen erfolgen. Auch in diesem Zusammenhang ist das Konnexitätsprinzip zu beachten.

Strukturen der IBB-Stellen, Geschäftsordnung

Die unabhängigen IBB-Stellen sind ein wichtiger Baustein in einem gut ausgebauten sozialpsychiatrischen Versorgungssystem in den Stadt- und Landkreisen. Die ehrenamtlich Tätigen in den IBB-Stellen – Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige psychisch kranker Menschen – suchen mit den betroffenen Personen nach Lösungen, wenn es im Rahmen einer stationären oder ambulanten Behandlung, der Pflege oder der Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen zu Konflikten und Beschwerden kommt. Die Lösung solcher Konflikte ist für die Beteiligten notwendig und stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal der sozialpsychiatrischen Versorgung dar. Die Selbsthilfe mit ihrem Erfahrungswissen ist besonders geeignet, in solchen Konflikten die Patientenrechte zu stärken bzw. vermittelnd tätig zu werden.

In einer „Muster-Geschäftsordnung der IBB-Stellen“ finden sich mögliche Regelungen zu den Aufgaben und der Arbeitsweise der IBB-Stellen, den Arbeitsinhalten, dem Prüfverfahren, der Zusammensetzung, der Zusammenarbeit mit der Ombudsstelle, dem Datenschutz, der Vertretung nach außen, den Sitzungen und den Entscheidungen.

Mitsprache

Im Gemeindepsychiatrischen Verbund haben auch Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Bürger helfende ein Mitspracherecht. Soweit noch nicht vorhanden sollen klare und verbindliche Formen der Partizipation eingerichtet und den Vertreterinnen und Vertretern die Möglichkeit zur Mitwirkung in den entsprechenden Gremien eingeräumt werden. In den IBB-Stellen sind die Psychiatrie-Erfahrenen im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben gleichrangig und mitentscheidungs berechtigt. Bei der Besetzung der IBB-Stellen können zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen an den Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen, von denen dann entweder eine Hauptvertreterin bzw. ein Hauptvertreter oder die Stellvertreterin bzw. der Stellvertreter mit einer Stimme an den Sitzungen teilnimmt. Auf diese Weise ist eine gleichberechtigte Mitsprache und Mitwirkung der Psychiatrie-Erfahrenen sichergestellt.

Berichtspflicht

Die IBB-Stellen berichten nach § 9 Absatz 4 PsychKHG jährlich an die Ombudsstelle auf Landesebene und in geeigneten regionalen und politischen Gremien in den Stadt- und Landkreisen über ihre Tätigkeit und ihre Erfahrungen. Die Berichte sollten nach einheitlichen Kriterien gestaltet sein und folgende Aspekte enthalten:

- Beschreibung der Funktion und Aufgaben der IBB-Stelle (§ 9 Absatz 1 PsychKHG)
- Beschreibung der personellen Besetzung der IBB-Stelle (§ 9 Absatz 2 PsychKHG)
- Ziele der Arbeit der IBB-Stelle im Einzelnen (§ 9 Absatz 3 PsychKHG)
- Statistik (Anzahl und Art der Beschwerden) unter Beachtung von § 9 Absatz 4 PsychKHG
- Darstellung der Mitgliedschaft im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- Anschrift der Geschäftsstelle der IBB-Stelle (§ 9 Absatz 4 PsychKHG)

3.2 Qualifizierungsmaßnahmen

Neben der Tätigkeit von Gremien bieten unterschiedliche Akteure Qualifikationsmaßnahmen an. Dies mit dem Ziel, die fachliche Kompetenz einerseits sowie die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und den so genannten Professionellen andererseits zu verbessern und die gegenseitige Akzeptanz zu fördern.

3.2.1 EX-IN-Qualifikation

EX-IN ist die englische Abkürzung für Experienced Involvement – Experte aus Erfahrung. Die Maßnahme hat das Ziel, Psychiatrie-Erfahrene so zu qualifizieren, dass sie als Genesungsbegleitende oder als Dozentinnen bzw. Dozenten im Psychatriebereich bezahlt arbeiten können. Unabhängig davon soll es den Teilnehmenden ermöglicht werden, ein vertieftes Selbstverständnis ihrer Psychiatrie-Erfahrung zu gewinnen, sich selbst weiterzuentwickeln und ihr Erfahrungswissen zu vermitteln. Sogenannte EX-IN Qualifizierte – also Menschen mit psychiatrischer Diagnose, die eine EX-IN Ausbildung absolviert haben – arbeiten inzwischen an Kliniken, an Sozialpsychiatrischen Zentren, im Bereich der beruflichen Rehabilitation, als Dozentinnen und Dozenten bei Weiterbildungsträgern etc. Dabei wird von der Grundannahme ausgegangen, dass das Erfahrungswissen von Menschen, welche selbst schon seelische Krisen durchlebt haben, eine wertvolle Kompetenz in der Begleitung von psychisch leidenden Menschen und eine wertvolle Perspektive im Rahmen der Ausbildung von Psychiatrie-Fachkräften sein kann. Gemäß den EX-IN Grundsätzen hat jeder Mensch das Potential zur Genesung, kann jeder Mensch grundsätzlich eigenverantwortlich handeln und autonome Entscheidungen über entsprechende Hilfeformen treffen. Das heißt, wenn jemand selbst überwundene Erfahrung mit seelischen Krisen hat, dann hat er einen besonderen Zugang zu den Problemen psychisch leidenden Menschen. Wenn dieses Erfahrungswissen der so genannten "Experten durch Erfahrung" mit dem Fach- und Erfahrungswissen der traditionell ausgebildeten Mitarbeitenden kombiniert wird, dann wird die Psychiatrie hilfreicher und effektiver. So sind beispielsweise in der Suchthilfe zahlreiche ehrenamtliche Ansprechpersonen häufig abstinent lebende oder ehemals abhängige Personen.

3.2.2 IBB-Qualifikation

Die IBB-Stellen sollen zur besseren Orientierung der Betroffenen innerhalb des komplexen Systems der vielgestaltigen Versorgungsangebote beitragen. Ziel der Qualifizierungsmaßnahme des Ministeriums für Soziales und Integration ist die Vermittlung von Basisinformationen aus den Bereichen Recht, Psychiatrie, Sozialarbeit, kommunale Versorgungsstrukturen, Kommunikation und Beratungstätigkeit im Rahmen eines 80-stündigen Curriculums. Dieses Grundlagenwissen wird als wichtige Grundlage dafür betrachtet, im Rahmen der Tätigkeit in den IBB-Stellen Ratsuchenden kompetent Auskunft zu erteilen bzw. zu wissen, wie Betroffenen weitergeholfen werden kann. Die Qualifizierungsmaßnahme soll dazu beitragen, dass Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch kranker Menschen als möglichst gleichberechtigte Gesprächs- und Handlungspartner seitens der Personen mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten etc.) wahrgenommen, akzeptiert und wertgeschätzt werden. Die Kommunikation zwischen medizinisch-psychiatrischen „Laien“ und bezüglich direkter oder indirekter individueller psychischer Krankheitserfahrung „Profis“ auf

der einen Seite (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, ggf. Patientenfürsprecherin bzw. Patientenfürsprecher und engagierte Bürgerinnen und Bürger), und den medizinisch-psychiatrischen „Profis“ und bezüglich individueller Erfahrungen mit psychischen Störungen „Laien“ auf der anderen Seite (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten etc.) ist wichtig. Von der Qualität der IBB-Stellen und den dort Tätigen wird es maßgeblich abhängen, ob dieser multiprofessionelle „Dialog“ gelingt.

3.2.3 Neuere Entwicklungen

Dezentralisierung und Spezialisierung der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und die Aufrechterhaltung bzw. der weitere Ausbau von Hilfeangeboten stellt nicht nur an die Strukturen, sondern auch an die Menschen, welche in diesen tätig sind, zunehmend höhere Anforderungen.

Gegenwärtig sind folgende Trends zu beobachten:

- Akademisierung der Gesundheitsberufe: Seit Jahren wird seitens der Medizinalfachberufe sowie der Pflegeberufe eine Professionalisierung und Akademisierung gefordert, mit dem Ziel, durch mehr Forschung, gesundheitswissenschaftliche Kompetenz und evidenzbasierte Praxis die Patientenversorgung zu verbessern. Die Landesregierung befürwortet dies und orientiert sich bei der Umsetzung an den Empfehlungen des Wissenschaftsrates, der eine Akademisierungsquote bei den Gesundheitsfachberufen von 10 bis 20 % vorsieht. Die Akademisierung ist derzeit noch nicht regelhaft eingeführt, sondern rechtlich über die Modellklauseln zur Akademisierung in den Berufsgesetzen möglich. Mit dem neuen Pflegeberufegesetz ist ab dem Jahr 2020 ein grundständiges Studium in der Pflege gemäß den bundesrechtlichen Vorgaben möglich.
- Delegation von ärztlichen Aufgaben: Aufgrund des anhaltenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten, welche direkt an der Patientin und am Patienten arbeiten, wird versucht, die Ärztin oder den Arzt von patientenfernen oder einfachen Tätigkeiten dadurch zu entlasten, dass diese an hierfür speziell ausgebildetes unterstützendes Personal (z.B. Dokumentationsassistentinnen und -assistenten) delegiert werden.
- Spezialisierung: Der Trend zur Spezialisierung ist seit Jahren nicht nur im akademisch-therapeutischen Sektor zu beobachten. So auch im Bereich der Versorgung von an körperlichen und/oder geistig behinderten Menschen oder – im Hinblick auf die demografische Entwicklung – im Bereich der bedarfsgerechten Versorgung von älteren Menschen.

Beispiele:

Arztassistentenz

Da u.a. aufgrund der demografischen Entwicklung davon auszugehen ist, dass es in Zukunft zu einer zunehmenden Knappheit an klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten kommt, wird zunehmend darüber nachgedacht, wie ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Mitarbeitende delegiert werden können. In den USA und Großbritannien ist das Berufsbild des Physician Assistant, der als nicht-ärztlicher Mitarbeitende operative Aufgaben übernimmt, schon länger etabliert. Es diente dem deutschen Modell der Arztassistentin bzw. des Arztassistenten als Vorbild. Die Arztassistentin bzw. der Arztassistent ist ein akademischer medizinischer Beruf. Die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Karlsruhe bietet beispielsweise auf der Basis einer Wei-

terbildungsverordnung zeitlich befristet einen entsprechenden Bachelorstudiengang an. Als Zulassungsvoraussetzung muss typischerweise eine abgeschlossene Ausbildung in der Pflege sowie Berufserfahrungen im medizinischen Bereich nachgewiesen werden. Der Abschluss des Studiums befähigt die Arztassistentin bzw. den Arztassistenten, einfache Behandlungen selbstständig durchzuführen.

Inwieweit auch im Bereich der Psychiatrie eine solche Ausbildung zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen könnte, ist noch unklar und muss mit allen Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung, diskutiert werden.

Suchtkrankenhelferin bzw. Suchtkrankenhelfer

Während hauptamtlich Tätige in der Regel einen eigenen Ausbildungshintergrund aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe mitbringen (z.B. Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter, Sozial- oder Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Medizinerinnen und Mediziner) sind ehrenamtlich Tätige häufig abstinent lebende oder ehemals abhängige Personen, für eine entsprechende Ausbildung kommen aber auch Betroffene aus dem Umfeld der Abhängigen in Frage. Die Suchtkrankenhelferin bzw. der Suchtkrankenhelfer sollen nach Abschluss einer entsprechenden Weiterbildungsmaßnahme (die beispielsweise von der Diakonie Württemberg angebotenen Weiterbildungen dauert 5 bis 6 x 3 Tage) ihre eigenen Suchterfahrungen und -kenntnisse an süchtige Menschen und Beratungseinrichtungen weitergeben, insbesondere ehemals süchtige Personen besitzen eine entsprechende Lebensweltorientierung. Im Rahmen des betrieblichen Einsatzes geht es darum Arbeitnehmenden aufzuzeigen, inwiefern eine Sucht vorliegt um ggf. Maßnahmen und Ziele zu vereinbaren und begleitend und beratend zur Seite zu stehen.

Pflegeausbildung

Auf Bundesebene steht eine Ausbildungsreform der Pflegeberufe an. Die bisherigen drei Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) werden zu einem generalistischen Pflegeberuf zusammengeführt. Das Gesetz wurde am 24. Juli 2017 verkündet und tritt stufenweise in Kraft. Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 beginnen. Erstmals wird neben der bewährten beruflichen Ausbildung an Fachschulen auch eine primärqualifizierende hochschulische Ausbildung gesetzlich geregelt. Diese hochschulische Ausbildung soll dazu beitragen, in der direkten Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten und älteren Menschen auch akademisch ausgebildete Pflegekräfte einsetzen zu können und die evidenzbasierten Methoden voranzubringen. Die neuen Ausbildungsregelungen schärfen das Profil des Pflegeberufs, in dem die eigenverantwortlich zu erledigenden Aufgaben hervorgehoben werden. Die landesrechtlich geregelten Pflegehelferausbildungen sowie die Fachweiterbildungen (u.a. Psychiatrie und Gerontopsychiatrie) werden bei Bedarf an die neue Pflegeausbildung angepasst werden, um weiterhin ein durchlässiges Bildungsangebot in der Pflege vorzuhalten.

4 Grundsätze der Hilfen und Versorgung

Die Versorgung kann bezüglich unterschiedlicher Merkmale differenziert werden:

- Art der Versorgung, also inhaltlich (Konzeptionen, Leitbilder, Ziele, s. Teil B Ziff. 4.2),
- Struktur (z.B. Selbsthilfe, Beratungsstellen etc.; Arbeit, Wohnen; klinisch ambulant, teilstationär, stationär, s. Teil B Ziff. 4.3) bzw.
- Zielgruppen und deren spezifische Bedarfe (s. Teil Ziff. 4.4 sowie Teil C).

4.1 Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen

Eine psychische Erkrankung kann unabhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialer Stellung usw. bei jedem Menschen auftreten. Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus sind in der Bevölkerung sehr weit verbreitet, genauso verhält es sich auch mit psychischen Erkrankungen. Eine 2012 vom Robert Koch Institut veröffentlichte bundesweite Erhebung zu Häufigkeit, Folgen und Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland ergab, dass im Zeitraum von zwölf Monaten vor der Untersuchung 33,3 % der Bevölkerung unter einer oder mehreren psychischen Störungen litten (sogenannte Prävalenz). Die häufigsten Störungen bei den Männern waren Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen sowie Depression, bei den Frauen Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Depression und somatoforme Störungen. Die höchsten Prävalenzraten fanden sich in der Altersgruppe 18 bis 34 (45 %). Mit steigendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden, einschließlich psychischer Störungen (sogenannte Komorbidität). Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann während des Lebens an einer psychischen Störung zu leiden, liegt bei 43 %. Diese Zahlen sind vergleichbar mit den entsprechenden Zahlen in der EU (38,2 %) und den USA, und sind gegenüber dem Bundesgesundheitsurvey 1998 weiter angestiegen.

Auf die gesamte Lebenszeit bezogen ist jede zweite Frau und jeder dritte Mann mindestens einmal psychisch krank. Dies zeigt, dass psychische Erkrankungen nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ebenfalls zu den Volkskrankheiten zu zählen sind.

Wie aus dem Gesundheitsreport Baden-Württemberg 2015 hervorgeht, verursacht die Diagnosegruppe „Psychische Erkrankungen“ die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage. Während bei anderen wichtigen Erkrankungen wie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bzw. Krankheiten des Atmungssystems die Arbeitsunfähigkeitstage seit dem Jahr 2000 mehr oder weniger unverändert geblieben sind, stiegen diese bedingt durch psychische Erkrankungen deutlich an.

Die zu erwartende Verschiebung in der Alterspyramide unserer Bevölkerung und die zunehmende Inanspruchnahme der Versorgungsangebote werden zu einer Zunahme von Fällen psychischer Erkrankung im Alter führen. Inwieweit sich hieraus in Zukunft ein Mehrbedarf an Versorgungsangeboten ergibt, oder ob die Veränderung lediglich eine Verlagerung der Schwerpunkte innerhalb der bestehenden Strukturen notwendig werden lässt, ist heute noch nicht vorzusagen und hängt mitunter vom medizinischen Fortschritt und von der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ab. Mit Sicherheit sind jedoch die Bemühungen um eine den Bedürfnissen entsprechende außerklinische Betreuung der älteren Bevölkerung unter Berücksichtigung psychischer Begleiterkrankungen zu intensivieren.

Nach Angaben des Landesgesundheitsamtes gab es im Jahr 2015 in Baden-Württemberg je 100.000 Einwohner bei den Männern 1.275 und bei den Frauen 1.131 Krankenhausfälle infolge von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen.

Der Trend steigender Aufnahmezahlen in Krankenhäusern (sogenannte Krankenhaushäufigkeit) bei sinkenden Verweildauern ist seit Jahren ungebrochen. Wichtige Hinweise zum Bedarf an psychiatrisch/psychosomatisch-psychotherapeutischen Hilfeleistungen ergeben sich indirekt aus der vom Statistischen Landesamt erfassten Krankenhaushäufigkeit in der Bevölkerung. 2016 wurden laut Erhebung des Statistischen Landesamtes insgesamt 108.977 Patientinnen und Patienten aus psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen an somatischen Kliniken aus vollstationärer Behandlung entlassen. Dies entspricht 5 % aller vollstationären Behandlungen (2.165.422). Daraus errechnet sich im Bereich Psychiatrie eine Krankenhaushäufigkeit von 100 Aufnahmen

pro 10.000 Einwohner. Die Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung stieg in den letzten zehn Jahren im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie von 48 im Jahr 1987 über 58 im Jahr 1997 auf 100 pro 10.000 Einwohner im Jahr 2016 an. Die Feststellung im Landespsychiatrieplan 2000, dass für diese massive Zunahme u.a. die steigende Zahl der älteren Menschen mit Zunahme psychischer Störungen im Alter, Zunahme schwererer Krankheitsbilder im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen in Frage kommen, gilt auch noch 18 Jahre später. Als weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist z.B. die niedrigere Schwelle bei Inanspruchnahme stationärer Angebote in Betracht zu ziehen. Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Reduktion der Verweildauer und die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme. Durch den Ausbau ambulanter bzw. außerklinischer Hilfeangebote ist die durchschnittliche Verweildauer wesentlich verkürzt worden. So lag die Verweildauer psychisch kranker Patientinnen und Patienten bei der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung im Jahr 1991 noch bei rund 65 Tagen, 2000 noch bei rund 38 Tagen und im Jahr 2010 betrug sie noch rund 23 Tage². Prinzipiell ist eine Entlassung aus der vollstationären Behandlung so früh wie möglich anzustreben, um die Wiedereingliederung im sozialen Umfeld nicht zu erschweren. Dabei ist jedoch zu beachten, dass frühe Entlassungen aus einer stationären Behandlung nur dann sinnvoll sind, wenn ausreichend weiterführende nichtstationäre Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und die bzw. der Betroffene von der zeitigen Entlassung profitiert. Das bedeutet, dass sowohl der Gesundheitszustand als auch individuell unterschiedliche soziale Umgebungsfaktoren den Zeitpunkt der Entlassung aus der vollstationären Behandlung bestimmen.

Nicht nur die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung nimmt zu, sondern auch die langfristige Unterstützung in betreuten Wohnformen der Eingliederungshilfe. Seit der Jahrtausendwende ist die Zahl der Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung stark gestiegen. 2016 wurden im Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger erstmals eine größere Anzahl an Leistungsempfängern mit seelischer Behinderung ermittelt als Leistungsempfänger mit geistiger Behinderung. Das Bundesteilhabegesetz hat auch das Ziel, den Bedarfen dieser Personengruppe besser gerecht zu werden.

Hohe volkswirtschaftliche Kosten psychischer Störungen

Psychische Störungen gehen für die Betroffene bzw. den Betroffenen mit großer gesundheitlicher Belastung einher und bedeuten zugleich für sie oder ihn und ihre oder seine Angehörigen großes menschliches Leid, zumeist gekoppelt mit erheblichen sozialen und finanziellen Einschränkungen. Psychische Störungen verursachen darüber hinaus beachtliche direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft. Die näher untersuchten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis verursachen mit die höchsten volkswirtschaftlichen Kosten innerhalb der Psychiatrie. Zu den direkten Behandlungskosten sind die Folgekosten hinzuzurechnen, die sich aus Erwerbsunfähigkeit und dem Bedarf an sozialer Unterstützung ergeben. Nach Angaben der Krankenkassen entfielen im Jahre 2012 bei Frauen 259 und bei Männern 156 Ausfalltage pro 100 versicherte Personen auf psychische Störungen. Damit bildeten psychische Störungen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe bei der Arbeitsunfähigkeit. Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen dauerten im Jahr 2012 mit 33 Tagen je Krankheitsfall mehr als doppelt so lange wie aufgrund anderer Erkrankungen. Nach Angaben des Fehlzei-

² Bölt, Ute; Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012, S. 112 ff.

ten-Reports 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Störungen seit 1994 um 120 % gestiegen. Schon 2001 waren psychische Erkrankungen mit 26 % die häufigste Ursache für die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Körperliche Erkrankungen als Gründe für gesundheitsbedingte Frühverrentung nahmen hingegen seit 2001 ab. Psychische Erkrankungen sind seit mehr als zehn Jahren die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühverrentung, ihr Anteil stieg bis 2012 um 42,9 %, somit ist fast jede zweite Frühverrentung pro Jahr psychisch verursacht. Vor allem Frauen erhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung vorzeitig eine Rente, 2012 verursachten psychische Erkrankungen jede zweite Frühverrentung einer weiblichen Versicherten (48,5 %). Bei Männern war sie der Grund für jede dritte Frühverrentung (35,9 %).

Psychische Erkrankungen sind mit großem Abstand vor körperlichen Erkrankungen die Hauptursache für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Rund 75.000 versicherte Personen bezogen 2012 erstmals eine Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen. Sie sind durchschnittlich 49 Jahre alt. Dabei haben seit 2001 vor allem Depressionen (plus 96 %), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (plus 74 %) sowie Suchterkrankungen (plus 49 %) als Grund zugenommen. Im Jahr 2011 waren psychische Erkrankungen für rund 40 % der neuen Frührenten verantwortlich. Aber nur 20 % der Reha-Leistungen wurden für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt.

Selbsttötung

Eine psychische Störung erhöht das Risiko suizidaler Handlungen deutlich. Insbesondere Depressionen sind häufig ursächlich für Suizide verantwortlich, Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge für 65 bis 95 % aller Suizide. Andere Faktoren sind z.B. schwere körperliche Erkrankung, Missbrauch von Suchtmitteln, Verlust von Bezugspersonen, Arbeitslosigkeit, höheres Alter. Es sterben fast dreimal so viele Männer durch Suizid als Frauen, während bei Frauen Suizidversuche überproportional vorkommen. Die Erklärung dieser Diskrepanz über soziale Rollentheorien stellt sicher nur einen Teilaspekt der geschlechtsabhängigen unterschiedlichen Suizidziffern dar. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes suizidieren sich in Baden-Württemberg jährlich ca. 1400 Menschen (Stand 2013: 1363, männlich 1032, weiblich 331), mit einer Häufung ab 45 Jahren sowie bei Menschen ab 65 Jahren und älter (2013: 363 männlich, 120 weiblich). Die Sterblichkeit aufgrund von Selbsttötung lag 2013 in Baden-Württemberg bei 12,9 Fällen je 100.000 Einwohner (1960: 18,6; 2000: 13,7), bei Männern bei fast 20, bei Frauen bei etwa sechs je 100.000 Einwohner. Im Bundesvergleich starben durch Selbsttötung im Jahr 2012 12,1 Menschen je 100.000 Einwohner (Männer 18,1 und Frauen 6,3). Auch wenn die Suizide sowohl bei Männern als auch bei Frauen seit Anfang der 1980er-Jahre einen relativ kontinuierlichen Rückgang zeigen, sterben heute in Deutschland rund dreimal so viele Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle (2013 in Baden-Württemberg: 465). Die vergleichsweise höhere Letalität bei älteren Menschen, welche durch die demografische Entwicklung weiter ansteigen könnte, muss dahingehend interpretiert werden, dass im Bereich der Gerontologie und Gerontopsychiatrie noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen, um diesem Personenkreis ausreichende Unterstützung und Hilfen zur Bewältigung altersspezifischer Probleme zukommen zu lassen. Dies ist ein wichtiger Aspekt der Prävention, die sich vor allem auf die spezifische Lebenssituation der oder des Betroffenen richten muss. Der Prävention widmen sich in Baden-Württemberg in vorbildlicher Weise die Arbeitskreise Leben (AKL). Als wichtige Anlauf- und Beratungsstelle werden sie vom Land im Rahmen einer freiwilligen Förderung finanziell unterstützt. Flächendeckend bieten fest angestellte therapeutisch-pädagogische Fachkräfte und ehrenamtlich Helfende Hilfestellungen in Krisensituationen an.

4.2 Konzeptionen, Leitbilder, Ziele

Im PsychKHG wurden Forderungen der Zielgruppe aufgegriffen und bilden nun die Grundlage, auf welcher die Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg sich in den nächsten Jahren weiterentwickeln werden. Konzeption und Ziele des Landeshilfeplans für psychisch kranke Menschen werden an den Bedürfnissen der Zielgruppen ausgerichtet. Die in der Einleitung angesprochenen politischen Ziele entsprechen den spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppen nach:

- Gleichstellung körperlich und psychisch kranker Menschen sowie Menschen mit geistiger Behinderung
- Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben
- Gemeindenaher Versorgung
- Ambulanter Versorgung vor stationärer Versorgung
- Einer nebenwirkungsarmen, menschlichen und gewaltarmen Psychiatrie

Eine optimale Gesundheitsversorgung der Menschen, die an einer psychischen Störung erkranken oder an den Folgen einer psychischen Erkrankung leiden, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Versorgung eines somatisch erkrankten Menschen. Im Übrigen haben durch die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren in der Behandlung schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder auch Krankheitsbilder wie die Schizophrenie dank des Behandlungsfortschritts ihren Schrecken von früher verloren. Dennoch neigen psychische Erkrankungen vor allem bei unzureichender Behandlung dazu, einen chronischen Verlauf mit einschneidenden sozialen und wirtschaftlichen Folgen für die Betroffene bzw. den Betroffenen zu nehmen.

Gleichstellung

Eine wichtige Forderung der Betroffenen ist die der Gleichstellung körperlich und psychisch kranker Menschen. Sie bedeutet, dass der Begriff der Normalität weiter gefasst wird und Menschen, die bisher nicht als „normal“ galten, zunehmend entstigmatisiert werden. Es geht um die Wahrnehmung und Akzeptanz unterschiedlicher Lebenssituationen, -entwürfe und -einstellungen, die in einer Solidargemeinschaft gleichberechtigt nebeneinander Platz haben müssen. Die Gleichstellung und der Abbau tatsächlich bestehender Benachteiligungen ist eine Grundvoraussetzung für eine zunehmende, über die bloße Integration hinausgehende Inklusion. Gleichstellung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass manche Menschen einer besonderen Fürsorge durch die soziale Gemeinschaft bedürfen. Bei der Gleichstellung konnten in den letzten Jahren im Ausbau des leistungsrechtlichen Versorgungssystems wesentliche Fortschritte erreicht werden. Auch bei den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen sind entsprechende Verbesserungen ersichtlich. So wurde beispielsweise im Rahmen der Pflegeversicherung am 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der eine umfassende, ressourcenorientierte und pflegefachlich fundierte Erfassung des Grades der Selbständigkeit aller Pflegebedürftigen festlegt, unabhängig davon, ob sie vorrangig körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt sind. Dadurch erfolgt eine Gleichbehandlung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen bei der Einstufung in einen Pflegegrad und der davon abhängigen Höhe des Leistungsanspruchs. Jedoch finden sich noch immer Benachteiligungen psychisch kranker Menschen im Lebensalltag, nicht zuletzt bei den Versuchen der Reintegration Betroffener ins Arbeitsleben.

Im stationären Bereich wurden durch Umschichtung von Bettenkapazitäten in bestimmten Regionen eigenständige Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern errichtet. Damit, sowie durch

die Bildung von Satellitenstationen von Fachkliniken an Allgemeinkrankenhäusern konnte eine Annäherung der Versorgung psychisch kranker Menschen an die Verhältnisse somatisch erkrankter Menschen erreicht werden.

Teilhabe

Teilhabe bedeutet, dass Menschen mit psychischen Störungen gleichberechtigt mit anderen wirksam, umfassend und selbstbestimmt an allen gesellschaftlichen Teilbereichen teilhaben können, ohne dass sie Benachteiligungen ausgesetzt sind. Das Bundesteilhabegesetz hat die Umsetzung der in der UN-BRK festgelegten Rechte von Menschen mit (seelischen) Behinderungen zum Ziel und legt in § 1 SGB IX fest: Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationssträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung getragen. Der Grundsatz der gleichberechtigten Teilhabe findet sich auch in § 5 Absatz 2 Nr. 1 PsychKHG.

Gemeindenahe Versorgung

Hilfeangebote vor Ort sind für eine gleichberechtigte Teilhabe am „normalen“ Leben eine wichtige Voraussetzung. Dabei bedeutet das Ziel einer gemeindenahe Versorgung, dass sowohl bei stationären Aufenthalten als auch bei außerklinischen Angeboten ein zum Wohnort möglichst nahe gelegenes Angebot vorhanden ist, damit familiäre und soziale Bindungen möglichst erhalten werden und zu einer rascheren Reintegration der oder des Betroffenen beitragen können. Hand in Hand mit dem Ausbau bedarfsgerechter und wohnortnaher Angebote muss aber auch die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Hilfen gehen. Dieses Ziel wird auch im PsychKHG aufgegriffen: Nach § 8 PsychKHG sollen die Stadt- und Landkreise die Koordination der Hilfeangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicherstellen und hierzu eine Koordinatorin oder einen Koordinator ernennen. Ferner sieht § 7 PsychKHG den Zusammenschluss verschiedener Träger zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zum Zwecke der Kooperation vor. Auch die Einbindung der sozialpsychiatrischen Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Verbund ist nunmehr in § 6 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 PsychKHG verbindlich geregelt. Diese Maßnahmen zur Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen Hilfen sollen weiterentwickelt werden.

Ambulant vor stationär

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der medizinischen Versorgung bedeutet, dass zunächst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden sollen, bevor es zu einer stationären Aufnahme der Patientin oder des Patienten kommt. Dadurch soll zum einen den Betroffenen ermöglicht werden, möglichst lange an ihrem Wohnort innerhalb der vorhandenen Anbindungen leben bleiben zu können. Zum anderen fallen bei der ambulanten Behandlung in der Regel auch weniger Kosten an.

Jedoch bedeutet der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht die umfassende Vermeidung stationärer Behandlung. Es geht dabei vielmehr darum, der oder dem Betroffenen die am wenigsten einschneidende wirksame Behandlung zukommen zu lassen; dies bedeutet: ambulant immer da, wo dies für die Behandlung genügt, und stationär, wenn damit der Patientin bzw. dem Patienten besser oder nachhaltiger geholfen werden kann. Nach dieser Maßgabe sind stationäre Aufenthalte bei entsprechender Indikation nach wie vor unverzichtbarer Bestandteil eines Gesamtbehandlungskonzepts.

Auch im Bereich der Rehabilitation (s. hierzu auch Teil B Ziff. 4.3.1.9) findet der Grundsatz Anwendung. Ziel der ambulanten wie auch der stationären Rehabilitation ist generell, die krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen zu beseitigen oder zu mindern, um dauerhafte Beeinträchtigungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu vermeiden. Das im Rahmen des BTHG geänderte SGB IX kennt den Gegensatz von ambulanter und stationärer Leistung nicht mehr. Eine erfolgreiche Rehabilitation psychisch kranker Menschen erfordert danach die Bereitstellung aufeinander abgestimmter Hilfeangebote der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation unabhängig von dem Ort der Leistungserbringung. Neben Rehabilitationseinrichtungen können Leistungsberechtigte die Leistungen „wie aus einer Hand“ in ihrem Sozialraum erhalten.

Nebenwirkungs- und gewaltarme Psychiatrie

Zu den wesentlichen Behandlungstechniken in der Psychiatrie zählen heute das ärztliche Gespräch, die psychopharmakologische Behandlung, die psychotherapeutische Behandlung, sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden und somatisch-biologische Therapieformen unter Einbeziehung aller beteiligten Fachkräfte in multiprofessionellen Teams. Dies schließt auch den möglichst weitgehenden Verzicht auf Zwangsmaßnahmen ein. Da die Entwicklung neuerer Psychopharmaka mit besseren Wirkprofilen bei gleichzeitig geringeren Nebenwirkungen seit etwa 2000 stagniert und diesbezüglich auch in den nächsten Jahren keine richtungsweisenden Neuentwicklungen zu erwarten sind, sollte versucht werden, den Betroffenen in Zukunft auch ohne neue Medikamente zu mehr Lebensqualität zu verhelfen. Im Fokus der angewandten Forschung ist seit Jahren die Entwicklung bedarfsorientierter psychotherapeutischer Verfahren. Daneben kommt der Entstigmatisierung und der Stärkung der Rechte von psychisch kranken Menschen eine große Bedeutung zu. An erster Stelle stehen jedoch Bemühungen, die Entwicklung von psychischen Störungen durch präventive Maßnahmen generell zu reduzieren.

4.2.1 Prävention und Früherkennung

Entwicklung gesetzlicher Grundlagen in der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sie ist als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und entsteht dort, wo Menschen spielen, lernen, arbeiten und zusammenleben (vgl. WHO 1986, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung). Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei komplementäre Interventionsformen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit. Gesundheitsförderung ist ein partizipativer ressourcenorientierter Prozess mit dem Ziel, sowohl Lebenswelten gesünder zu gestalten als auch Menschen zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen (vgl. WHO 1998, Health Promotion Glossary). Prävention wird verstanden als Gesamtheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und setzt dabei vor allem auf die Reduktion von Risikofaktoren.

Das im Juli 2015 auf Bundesebene verabschiedete Präventionsgesetz (PrävG) setzt in den Lebenswelten der Menschen an. Ziel ist es, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern. Auf Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen, welche bundeseinheitliche Ziele definiert, wurde am 19. Oktober 2016 gemäß § 20 f SGB V die Landesrahmenvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und dem Land Baden-Württemberg geschlossen.

Mit der Landesrahmenvereinbarung wird auch geregelt, wie die Bereitstellung von Mitteln aus dem PrävG zur Umsetzung von qualitätsgesicherten Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Lebenswelten beispielsweise Kommunen, Schulen, Kindergärten oder Betriebe erfolgt.

Der Lebenswelt-Ansatz bietet die Chance, insbesondere auch den psychischen Erkrankungen durch Gesundheitsförderung und Prävention entgegenzuwirken und die Lebenswelt gesundheitsförderlicher zu gestalten. Bereits in den Bundesrahmenempfehlungen wird auf die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen hingewiesen.

Prävention psychischer Erkrankungen

Die Prävention psychischer Erkrankungen gewinnt mit der zunehmenden Erforschung krankheitsauslösender Faktoren an Bedeutung. Die medizinische Prävention unterscheidet zwischen

- Maßnahmen zur Vermeidung des erstmaligen Auftretens einer psychischen Störung (Primärprävention),
- Bemühungen zur möglichst frühen Erfassung und Behandlung psychischer Störungen und zur Verhinderung der Wiedererkrankung (Sekundärprävention) und
- Maßnahmen, die zur Verminderung des Ausmaßes an Folgen psychischer Erkrankung beitragen (Tertiärprävention).

Die Primärprävention beschränkt sich bisher noch auf unspezifische Maßnahmen in der Psychohygiene und medizinischen Prophylaxe. Sie beginnt mit der Vermeidung von schädlichen Einflüssen bereits während der Schwangerschaft und setzt sich in der Vermeidung von Traumatisierungen fort. Hierzu zählen im weiteren Sinne auch die Früherkennung von Stoffwechselstörungen oder Impfungen gegen Infektionskrankheiten, mithin Erkrankungen, die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Menschen haben können. Die Primärprävention erstreckt sich auch auf Initiativen und Informationskampagnen mit dem Ziel, die psychosoziale Entwicklung positiv zu beeinflussen, und zielt im Erwachsenenalter auf die Förderung einer der seelischen Gesundheit zuträglichen Lebensführung.

Die Früherkennung kann auch als eine Form der Primärprävention gesehen werden, da sie im besten Fall dazu führt, eine beginnende Erkrankung im Frühstadium zu erkennen und möglichst frühzeitig prophylaktische Maßnahmen oder wenn notwendig eine Behandlung einzuleiten (Vermeidung von Risikofaktoren wie Alkohol etc.). Den Angehörigen, aber auch Freundinnen und Freunden, Lehrerinnen und Lehrern, Vorgesetzten, also Menschen des nahen sozialen Umfeldes eines gefährdeten Menschen, kommt eine ganz wesentliche Rolle im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention von psychischen Störungen zu, da sie in der Regel als Erste überhaupt mögliche Frühsymptome, wie beispielsweise sozialer Rückzug als Zeichen einer Verhaltensänderung wahrnehmen. Aus diesem Grund werden seit Jahren an vielen Orten Aufklärungsmaßnahmen angeboten.

Die Sekundärprävention beginnt mit der rechtzeitigen Erkennung psychischer Störungen, um frühestmöglich der bzw. dem Betroffenen Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Bei rechtzeitigem Erkennen und Eingreifen ist es prinzipiell möglich, einer Chronifizierung der psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Hier kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen besonderen Beitrag leisten. Dabei muss die Familie sowie das weitere soziale Bezugssystem intensiv mit einbezogen werden. Daneben spielen Bildungs- und Ausbildungssituationen eine wichtige Rolle. Daher müssen auch sie im Hinblick auf die Auslösung und Behebung von Störungen Berücksichtigung finden.

Zur Sekundärprävention gehören alle Maßnahmen, die eine Wiedererkrankung nach erstmaliger Episode verhindern. Besondere Bedeutung hat die ausreichende Aufklärung und Einbeziehung der bzw. des Betroffenen und ihrer bzw. seiner Angehörigen in die Behandlung. Aber

auch die medikamentöse Behandlung kann zu den sekundärpräventiven Maßnahmen gerechnet werden.

Die Tertiärprävention umfasst alle Maßnahmen, die auf die Minimierung möglicherweise eingetretener negativer Folgen der Erkrankung abzielen. Sie stützt sich sowohl auf klinische als auch außerklinische Versorgungselemente. Zielgruppe der tertiären Prävention sind dementsprechend vor allem Menschen mit chronisch psychischen Störungen in Folge einer psychischen Erkrankung. Insbesondere die stationär rehabilitative und die komplementär rehabilitative Versorgung tragen mit ihren Maßnahmen in den Bereichen der sozialen Integration und der beruflichen Eingliederung einen wesentlichen Teil zur tertiären Prävention bei. Denn sowohl die Beschäftigung als auch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben tragen zur Stabilisierung des psychischen Befindens bei und können somit Krankheitsrückfälle oder eine Verschlimmerung des Leidens verhüten. Aber auch nicht im engeren Sinne zur Rehabilitation zu rechnende Angebote, z.B. in Form beschützter Wohnangebote oder der Betreuung in Tagesstätten, stellen eine wichtige und unverzichtbare Stütze der tertiären Prävention dar. Wichtige Anlaufstellen für Betroffene, aber auch für Angehörige und Menschen, welche sich einfach informieren möchten sind Selbsthilfeorganisationen wie der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Baden-Württemberg e.V. oder der Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Neben den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern werden auch die im PsychKHG neu definierten Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) in Zukunft als ein weiteres wichtiges Bindeglied zwischen den Menschen vor Ort, den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen fungieren.

4.2.2 Therapieverfahren und Therapeutinnen bzw. Therapeuten in der Behandlung psychischer Störungen³

Bevor auf die Therapieverfahren in der Behandlung psychischer Störungen eingegangen werden soll, ist es sinnvoll, auf Begriffe der Norm, Normabweichung und der Notwendigkeit, diese behandeln zu müssen, einzugehen:

Zum Normalitätsbegriff

Der Diskurs über „normal“ und „nicht (mehr) normal“ ist ein gesellschaftlicher wie auch ein individueller: d.h. die Gesellschaft bestimmt, was als normal betrachtet wird und was nicht (mehr), und die Gesellschaft als solche beeinflusst die Wahrnehmung des Einzelnen maßgeblich mit. Darf man also sagen, dass der Begriff „psychische Krankheit“ beziehungsweise „psychische Störung“ immer kulturell relativ und von geschichtlichen Entwicklungen abhängig ist? In dieser Absolutheit definitiv nicht. Ethnopsychiatrische Untersuchungen belegen, dass es sehr wohl kulturgebundene psychiatrische und psychosomatische Syndrome gibt, aber auch ab einem gewissen Ausprägungsgrad abweichende Wahrnehmungen und abweichendes Denken, Handeln und Fühlen weltweit von der lokalen Bevölkerung und indigenen Heilerinnen bzw. Heilern als krankhaft angesehen wird.

Vereinfacht gesagt gibt es zwei Möglichkeiten zu unterscheiden, was als „krank“ und was als „gesund“ gilt. Leidenszustände können zum einen (funktionalistischer Ansatz) objektiv in der Natur ohne große Hilfsmittel vom gesunden Zustand abgegrenzt werden (Beispiel: selbstverletzendes Verhalten). Der zweite, sogenannte „normativistische“ Ansatz, schließt biologische oder

³ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Therapien für psychisch kranke Menschen kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

funktionelle Defizite nicht aus - aber prinzipiell gilt ein Zustand dann als krank, wenn dieser immer wieder durch die Person selbst oder durch die Gesellschaft negativ beurteilt wird. Das Krankheitsverständnis in den medizinischen Klassifikationssystemen DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) als auch in den ICD (International Classification of Diseases) ist sowohl funktionalistisch als auch normativ. Für das Vorliegen einer psychischen Krankheit muss das individuelle Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Handeln und das sich hieraus ergebende Verhalten von den im DSM bzw. in den ICD definierten Normen abweichen und/oder anhand psychologischer oder biologischer Methoden als Resultat einer Funktionseinschränkung bestimmt werden.

Therapieverfahren in der Behandlung psychischer Störungen

Aufgrund der Fortschritte in Wissenschaft und Forschung hat das Angebot an Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und ist deutlich unübersichtlicher geworden. Neben der Frage, welches Therapieverfahren im Einzelfall angewandt werden soll, sind für den Erfolg oder Misserfolg von Therapien im Allgemeinen weitere Faktoren ausschlaggebend: die räumliche und logistische Verfügbarkeit der Therapien, die Entfernung, die Kosten, die Motivationslage und Willenskraft der bzw. des Betroffenen, das Krankheitsverständnis und Krankheitserleben, das Prestige der einzelnen Therapieverfahren sowie der Einfluss von Medikamenten.

Ziel einer bedarfs- und ressourcenorientierten Therapie ist die Verbesserung des behandlungsbedürftigen Zustands der Betroffenen. Hierbei sind nicht nur die krankmachenden und krankheitsaufrechterhaltenden (sog. pathogenetischen) Faktoren, sondern auch die gesundheitserhaltenden (sog. salutogenetischen) Ressourcen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang gewinnt die sog. Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung, die das selbstbestimmte Wohl der Betroffenen in den Vordergrund stellt, zunehmend an Bedeutung.

Die derzeit dominierenden Behandlungsverfahren sind die Pharmakotherapie und zwischenzeitlich auch die Psychotherapie. Im Bereich der Pharmakotherapie ist die Datenlage durch entsprechende Finanzierung und bessere Standardisierbarkeit zwar umfangreicher, jedoch gewinnt die Erforschung von Wechselwirkungen in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung. Es hat sich auch gezeigt, dass unterschiedliche therapeutische Verfahren ähnliche Wirkung zeigen. So sind beispielsweise bei einer mittelgradigen Depression Bewegungstherapie und die Gabe von Antidepressiva ähnlich wirksam. Somit sollte darauf geachtet werden, dass Therapieverfahren zur Anwendung kommen, die bei gleicher Wirkung die wenigsten Nebenwirkungen aufweisen. Im Übrigen geht man inzwischen eher von einem ganzheitlichen Therapiebegriff aus, der verschiedene Fachtherapien (wie Ergotherapie, Musiktherapie etc.) miteinander verbindet und individuell an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet ist. Nicht alle diese Therapien sind ambulant verfügbar.

Berufsgruppen

An der psychiatrischen/psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung nehmen verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten teil, die hier kurz dargestellt werden sollen:

- Der **Hausärztin bzw. dem Hausarzt** kommt in der Regel die Rolle der ersten Ansprechpartnerin bzw. des ersten Ansprechpartners bei psychischen Störungen zu. Insbesondere leichtere psychische Erkrankungen wie z.B. leichte bis mittelgradige depressive Störungen werden von Hausärztinnen und Hausärzten behandelt. Durch die Zunahme von Demenzerkrankungen in der immer älter werdenden Bevölkerung wird gerontopsychiatrisches Fachwissen für die Hausärztinnen und -ärzte zunehmend wichtiger.

- Die **Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Neurologie, die Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, die Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie die Ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten** spielen in der Behandlung psychisch kranker Menschen eine zentrale Rolle. Diese Berufsgruppen verfügen über eine fundierte Ausbildung in Psychotherapie und teilweise auch in Psychiatrie, so dass diese Spezialistinnen und Spezialisten für Menschen gerade mit schweren psychischen Störungen Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner darstellen. Grundsätzlich ist in Baden-Württemberg zwischenzeitlich eine Niederlassungsdichte erreicht, die eine ambulante ärztliche Versorgung psychisch kranker Menschen gewährleisten kann. Allerdings sollte in einigen Gebieten die Zusammenarbeit der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten mit den außerklinischen Diensten und Hilfeangeboten sowie mit den Klinikärztinnen und -ärzten verbessert werden.
- **Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten**, können nach der postgradualen Ausbildung eigenständig Psychotherapie erbringen. Patientinnen und Patienten können sich in der ambulanten Versorgung seit Inkrafttreten des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) direkt dort in Behandlung begeben. Diese sind im Unterschied zu Ärztinnen und Ärzten nicht berechtigt, Medikamente zu verschreiben.
- **Therapeutinnen und Therapeuten mit Erlaubnis zur Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz** haben im Gegensatz zu den oben beschriebenen Berufsgruppen keinen Versorgungsauftrag und ihnen ist es nicht gestattet, den gesetzlich geschützten Begriff „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ zu verwenden. Sie dürfen jedoch ebenfalls Patientinnen und Patienten behandeln, unter Beachtung der den Ärztinnen und Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Tätigkeit. Zum Teil werden die Behandlungskosten von privaten Kassen übernommen.
- Die **Beraterinnen und Berater** in vielen Beratungsstellen in den Stadt- und Landkreisen (z.B. sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen) haben in erster Linie einen sozialwissenschaftlichen Hintergrund (Studium der Sozialwissenschaften oder Sozialarbeit). Je nach Aufgabenstellung können die Fachkräfte beispielsweise auch Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie oder Diplompsychologinnen und -psychologen sowie Psychologinnen und Psychologen mit Bachelor- und Masterabschluss bzw. approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Heilerziehungspflegekräfte mit Berufserfahrung sein. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Unterstützung im sozialen Umfeld (Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Partnerschaft, Erziehung). In den sozialpsychiatrischen Diensten können Psychiatrie-Erfahrene als Fachkräfte die dort tätigen Berufsgruppen unterstützen, sofern sie über eine abgeschlossene EX-IN-Ausbildung oder eine vergleichbare Qualifikation verfügen.

4.2.3 Vermeidung von Zwangseinweisungen und -behandlungen⁴

Eine akute schwere psychische Erkrankung oder Behinderung kann zu einer Eigen- oder Fremdgefährdung führen. In dieser Ausnahmesituation, die von der hinzugezogenen Ärztin bzw. dem hinzugezogenen Arzt ein hohes Maß an Sorgfalt und Einfühlungsvermögen in die Situation der oder des Betroffenen und deren bzw. dessen Umgebung erfordert, kann es geboten sein, die Betroffene bzw. den Betroffenen in einem Krankenhaus auch gegen den Willen unterzubringen und zu behandeln. Eine derart weit reichende Entscheidung bedarf einer gesetzlichen Grundlage und eines rechtsstaatlichen Verfahrens. Selbst wenn davon ausgegangen werden kann, dass Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken in Baden-Württemberg vergleichsweise selten vorkommen, ist doch jede einzelne Krankenhausaufnahme gegen den Willen der Patientin oder des Patienten für die betroffene Person besonders eingreifend und unter Umständen auch traumatisch. Deshalb wird es auch zukünftig das Ziel sein, die Zahl von Zwangseinweisungen und -maßnahmen weiter zu senken.

Ambulante Hilfen

Zur Vermeidung von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen sowohl im Vorfeld (präventiv), als auch zur Entschärfung (Deeskalation) in der akuten Situation und im Rahmen der kontinuierlichen Behandlung von Betroffenen eignen sich mehrere Maßnahmen. So soll die Hemmschwelle für Betroffene genauso wie für Angehörige oder Betreuungspersonen beim Aufsuchen von entsprechenden Hilfeeinrichtungen und bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten gesenkt werden. Für Betroffene ist es wichtig zu wissen, dass sowohl im ambulanten als auch im teilstationären und stationären Behandlungssektor eine störungsspezifische Psychotherapie von schweren psychischen Störungen inkl. Psychosen in der Regel möglich ist. Ihre Wirksamkeit ist belegt und hat in den letzten Jahren dazu beigetragen, die Notwendigkeit der Therapie mit Psychopharmaka zu reduzieren oder ganz zu vermeiden. Des Weiteren werden Aggression und Gewalt zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen oder Betreuungspersonen oft nicht angesprochen. Angehörige gehen wegen diesbezüglicher Sorgen in der Regel nicht zur Psychiaterin oder zum Psychiater. Viele fühlen sich allein gelassen mit dieser häufig überfordernden Situation, oft verhindert auch Scham das rechtzeitige Aufsuchen von Hilfen. Die ambulanten Behandlungssysteme sollen deshalb dahingehend weiterentwickelt werden, dass ambulante Hilfeangebote als Anlaufstelle besser angenommen werden können. Ein wichtiger Schritt ist die Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) auf Kreisebene.

Unterbringungen nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG)

Neben einer Unterbringung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches haben alle Bundesländer über landesgesetzliche Regelungen die Möglichkeit geschaffen, Gerichte über Unterbringungsanträge der unteren Verwaltungsbehörde bzw. eines Krankenhauses, in dem sich die bzw. der Betroffene befindet, entscheiden zu lassen. Die entsprechende Grundlage bietet in Baden-Württemberg das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist. Das PsychKHG stellt in weiten Abschnitten ein Novum dar, insbesondere was die Miteinbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch kranker Menschen in das Versorgungssystem betrifft und ganz allgemein was die Hilfen zur Verhinderung einer Unterbringung angeht. Die Auswirkung des PsychKHG im Ganzen sollte Gegenstand eines kontinuierlichen Dialogs aller Beteiligten sein. Auf den Entschließungsantrag

⁴ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Kooperation von ambulanten Hilfesystemen zur Vermeidung von Zwang kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

des Landtags vom 12. November 2014 hat die Landesregierung einen Zwischenbericht zu den Auswirkungen des PsychKHG erstellt und dem Landtag Ende 2017 zugeleitet (Drucksache 16/3045 vom 21. November 2017). Auch das im PsychKHG neu definierte anonymisierte Melderegister nach § 10 Absatz 3, in dem Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen gesondert nach Rechtsgrundlagen erfasst werden, dient der Evaluation des PsychKHG. Weitere wichtige Hinweise gibt der Bericht der Ombudsstelle gemäß § 10 Absatz 4 PsychKHG.

Maßregelvollzug

Eine weitere Form der stationären Behandlung psychisch kranker Menschen aufgrund besonderer Rechtsvorschriften ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 Strafgesetzbuch (StGB) und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Der Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB hat die Aufgabe, die zum Risiko gewordene psychische Erkrankung, die ursächlich für das begangene Delikt war und die weitere Taten erwarten lässt, so zu behandeln, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit nicht befürchtet werden muss.

4.2.4 Patientenorientierte Entwicklung der Versorgung

Grundsatz – möglichst ambulant und gemeindenah

Zwei patientenorientierte Grundsätze der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sind richtungsweisend. Die Behandlung „ambulant vor stationär“ ist ein wesentliches Element bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung, sofern ambulant vorgehaltene Angebote eine stationäre Behandlung qualitativ in gleichem Umfang ersetzen können. Der Grundsatz gemeindenaher psychiatrisch/psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung wird seitens des Ministeriums für Soziales und Integration ebenfalls unterstützt – gemeindenah bedeutet, dass das Angebot innerhalb von 30 bis 45 Minuten mit privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein soll. Die wohnortnahe psychiatrische sowie psychosomatisch und psychotherapeutische Versorgung trägt während der akuten Erkrankung, die einen stationären Aufenthalt notwendig macht, zur Erhaltung der sozialen Bezüge und somit zu einer rascheren Reintegration der Betroffenen bei. Noch sind im Bereich der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Zwar wurde die außerklinische Versorgung durch den Ausbau von ambulanten Diensten und Einrichtungen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)) erheblich verbessert, doch ist das Ziel, allen die Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen, um dauerhaft in ihrem Heimatkreis bzw. ihrer Heimatgemeinde innerhalb der vorhandenen familiären Anbindungen integriert leben zu können, noch nicht in allen Bereichen erreicht.

Die bisher bestehenden Schwierigkeiten der Erbringung ambulanter Leistungen bei komplexem Hilfebedarf ergeben sich aus den Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger im Rahmen der gegliederten Sozialgesetzgebung. Um aus dem Spektrum Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflege Leistungen „wie aus einer Hand“ anbieten zu können, sind neue Formen der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger zu entwickeln. Das BTHG bietet mit der trägerübergreifenden Teilhabeplanung eine praktikable Grundlage, die alle Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden dabei im Gesamtplanverfahren auf der Grundlage der Teilhabeplanung festgelegt. Ambulante Behandlungsleistungen für zu erwartende schwere Krisen können dabei mitgeplant werden und im Bedarfsfall zum Beispiel im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB) erbracht werden. Das BTHG bietet damit die Möglichkeit, im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ein integriertes ambulantes Leistungsangebot in jedem Stadt- und Landkreis aufzubauen.

Grenzen werden dann erreicht, wenn spezifische Behandlungsangebote aus fachlichen Gründen eine Zentralisierung erforderlich machen.

4.2.5 Vernetzung der Strukturen⁵

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

Die Vernetzung der Strukturen ist nur eine der regionalen Aufgaben im GPV. Die Versorgungs- verpflichtung als Grundsatz unterscheidet die Psychiatrie von vielen anderen Hilfebereichen. Der GPV soll durch gemeinsame Koordination und Planung der unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen einer Versorgungsregion eine Vollversorgung von psychisch kranken Menschen auch außerhalb des klinischen Bereichs erreichen. Durch die in § 6 Absatz 4 Psych- KHG zwingende Einfügung des sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) in einen Gemeindepsy- chiatrischen Verbund auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises als zusätzliche Fördervoraus- setzung wird ein Impuls für die weitere Vernetzung der Leistungssysteme und des regionalen Ausbaus gesetzt. Diese gesetzlich begünstigte Verbindung zwischen SpDi und GPV dürfte sich positiv auf die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Verzahnung im Gesundheitsbe- reich auswirken.

Vernetzung bestehender Hilfeangebote

Ziel ist der Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems, das allen Betroffenen den Zugang zu der von den Erfolgsaussichten und vom Kostenaufwand günstigsten Therapieform eröffnet. Ein gemeindenahes und patientenorientiertes Versorgungssystem vermindert die Be- lastungen für die bzw. den Betroffenen und ihre bzw. seine Angehörigen und optimiert zugleich die Behandlung und Wiedereingliederung. Die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems soll Mehrfachbetreuungen und Fehlplatzierungen vermeiden helfen und die Kontinuität der Behandlung über mehrere Institutionen hinweg gewährleisten.

Die Vernetzung aller Versorgungselemente und Hilfeangebote ist angesichts dessen die vor- rangige Aufgabe. Sie dient den Interessen der Betroffenen in doppelter Hinsicht. Einmal, indem sie die Betroffenen nicht unnötig belastet; zum andern dadurch, dass sie vorhandene Ressour- cen zielgerichtet optimiert und damit zugleich dazu beiträgt, Spielraum für notwendige Weiter- entwicklungen zu erhalten. Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung kann sich damit im Kontext der Gesamtrahmenbedingungen weiterentwickeln.

Nach § 8 PsychKHG sollen die Stadt- und Landkreise im Rahmen der Daseinsvorsorge die Ko- ordination der Hilfeangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicherstellen.

Die Ausgestaltung im Einzelnen hängt dann von den jeweiligen regionalen Besonderheiten ab und wird im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung umgesetzt. Ferner ist eine gute Koope- ration der einzelnen ambulanten Hilfeangebote untereinander sowie eine enge Vernetzung mit klinischen Behandlungseinrichtungen notwendig. Neben der Zusammenführung aller Beteiligter muss auch überlegt werden, wie bisher schon bestehende spezifische Angebote der Suchthilfe, Angebote im Rahmen der Altenhilfe sowie Angebote für Kinder und Jugendliche mit berücksich- tigt werden können und wie eine größere Transparenz der Versorgung für deren Nutznießer herzustellen ist. Ambulante Hilfe- und Versorgungsangebote wie sie bei den Abhängigkeitser- krankungen seit langem in der Form des Kommunalen Netzwerks für Suchtprävention und Suchthilfe existieren, gibt es bis dato im Bereich der Hilfen der Kinder- und Jugendlichenpsy-

⁵ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Kooperation von ambulanten Hilfesystemen zur Vermeidung von Zwang kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

chiarie genauso wenig wie im Bereich der Hilfen für ältere Menschen mit psychischen Belastungen. Deshalb müssen die Belange von Kindern und Jugendlichen sowie älterer Menschen mit psychischen Belastungen stärker berücksichtigt und in die Aufgabengebiete der Gemeindepsychiatrischen Verbände integriert werden. Auch ist dafür zu sorgen, dass die eigenständigen Versorgungssysteme zu Gunsten der Nutzerinnen und Nutzer bestmöglich kooperieren.

Kurzer Ausblick bezüglich der Kooperationen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

In der ambulanten psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wird intensiv daran gearbeitet, neue Versorgungsstrukturen mit früherem und leichterem Zugang, Verringerung der Wartezeiten und gezielterer Zuweisung der Betroffenen zu erreichen. Der Gesetzgeber hat im verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe gegeben, bis zum 30. Juni 2016 eine psychotherapeutische Sprechstunde, Möglichkeiten zur diagnostischen Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe in den Psychotherapie-Richtlinien zu verankern sowie die Kurzzeittherapie und Gruppentherapie antragsfrei zu gestalten.

Es ist zu hoffen, dass sich damit die Wartezeiten auf angemessene psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Behandlungsangebote verringern werden. In den ersten Diskussionen dazu ist deutlich geworden, dass eine Umsetzung, z.B. schon der Sprechstunde, unbedingt eine regionale Vernetzung der Leistungserbringer voraussetzen wird. Die Ärzte- und Psychotherapeutenverbände haben mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ein Vertragsprojekt für Vernetzungsstrukturen im ambulanten Bereich erarbeitet, es ist aber noch offen, von wem dazu eine Finanzierung angeboten wird.

Spezifische Vernetzungsstrukturen

In kaum einem anderen medizinischen Fachgebiet hat das kontinuierliche Zusammenwirken verschiedener, berufsübergreifender Behandlungs- und Betreuungselemente für den Behandlungserfolg so viel Gewicht wie in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Nicht nur in der Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Menschen, sondern auch in Teilbereichen der Psychiatrie und in benachbarten Fachgebieten zeigt sich, dass zu Gunsten einer Optimierung der Betreuung noch eine stärkere Vernetzung der Leistungserbringer erforderlich ist. Hier ist auch auf die Kompatibilität mit Schnittstellen anderer Hilfesysteme zu achten. Besonderheiten in den Hilfe- und Versorgungsbedarfen von spezifischen Zielgruppen erfordern entsprechende Netzwerkstrukturen. Hierzu zählen beispielsweise die Vernetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbands mit dem Suchthilfesystem (Kommunales Netzwerk für Suchtprävention und Suchthilfe), s. hierzu Teil C Ziff. 3.1, oder bei der Versorgung älterer Menschen mit den Angeboten und Strukturen der Altenhilfe oder bei Menschen mit geistiger Behinderung und Kindern bzw. Jugendlichen (s. hierzu Teil B Ziff. 4.4.).

Berücksichtigung leistungsrechtlicher Aspekte

Eine für alle Beteiligten gerechte Finanzierung psychiatrischer bzw. psychosomatischer und psychotherapeutischer Versorgung gestaltet sich aufgrund der teilweise schwer fassbaren Einzelleistungen, welche am und für die Patientin bzw. den Patienten erbracht werden, schwieriger als in der somatischen Medizin. So wünschen die Leistungsträger eine möglichst klar definierte Abrechnung einzelner medizinischer und pflegerischer Prozesse, wohingegen die Leistungserbringer meist eher eine Pauschalvergütung präferieren.

Bei den insbesondere im vernetzten ambulanten Sektor typischen Komplexleistungen ergeben sich immer wieder Schwierigkeiten aus den unterschiedlichen Leistungsrechten (unterschiedliche Leistungsarten und -formen, unterschiedliche Voraussetzungen, unterschiedliche Finanzie-

rungsformen). Oft führt dies dazu, dass fortschrittliche Leistungen bzw. Hilfeangebote nicht entwickelt oder nicht realisiert werden. Eine wesentliche Voraussetzung für die Organisation bedarfsgerechter Komplexleistungen ist daher eine Verbesserung der Finanzierungsmodalitäten. Die Finanzierung der verschiedenen Hilfeformen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen des jeweiligen Leistungsrechts. Dabei bestehen bei den einzelnen Leistungskomponenten unterschiedliche Finanzierungsträger und -systeme. Wünschenswert sind daher kosten-trägerübergreifende Finanzierungsformen für möglichst viele Leistungsmodul. Grundsätzlich wären budgetierte Komplexleistungssysteme oder Budgetierungen für eine zu bestimmende Zielgruppe denkbar, unabhängig von der jeweils erbrachten Betreuungsleistung. Damit könnten selbständigkeitsfördernde Betreuungsformen einen zusätzlichen Auftrieb erhalten. Als organisatorischer Rahmen hierfür sind Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger nach § 94 SGB X in der Diskussion. Es ist vor diesem Hintergrund jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Problematik im Rahmen der Selbstverwaltung gelöst werden sollte.

Perspektiven

Zur Unterstützung dieser Bemühungen sieht die Landesregierung die Notwendigkeit, leistungsbereichsübergreifende Finanzierungsformen zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um eine stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung; Soziotherapie könnte dabei eine wichtige Scharnierfunktion in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und ein Kernelement eines Komplexleistungsangebots im Leistungsrecht sein. Mit dem GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die ambulante Soziotherapie in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Diese Leistung ist in § 37 a SGB V geregelt. Sie soll Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung die selbständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich sowie psychologisch-psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht durchführbar ist. Allerdings besteht dieser Anspruch nur für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

Des Weiteren sieht die Landesregierung in der modellhaften Erprobung von kostenneutralen bzw. Ressourcen optimierenden Projekten eine Möglichkeiten zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems und beabsichtigt, solche Projekte auch zu unterstützen. Als Beispiel sei an dieser Stelle das Hometreatment genannt (s. hierzu Teil B Ziff. 4.3.1.5).

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird eine „komplexe psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für schwer psychisch kranke Menschen mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen“ eingeführt. Diese stationsäquivalente Behandlung soll durch spezialisierte Behandlungsteams der Krankenhäuser erfolgen. Die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung allein durch Krankenhäuser lehnen jedoch die beteiligten Berufsverbände ab.

4.3 Versorgungsstruktur

Nach den eingangs erwähnten allgemeinen Grundsätzen der psychiatrischen Versorgung soll ein differenziertes Behandlungssystem dazu beitragen, die betroffene Person im Falle einer psychischen Störung so lange wie möglich ambulant psychiatrisch sowie psychotherapeutisch zu behandeln, um sie so kurz wie nötig von Familie und Beruf zu trennen. Damit sollen langwierige Maßnahmen der Wiedereingliederung, die sich aus einem längerfristigen klinischen Aufenthalt und der damit verbundenen Ausgliederung aus dem alltäglichen Leben ergeben, vermieden werden. Ungeachtet dessen werden die Bemühungen auch um längerdauernde Wiedereingliederungsversuche solcher Patientinnen und Patienten unvermindert fortgesetzt.

Aufgrund der engen Vernetzung der Strukturen ist es weder möglich noch sinnvoll, eine scharfe Unterteilung in die Bereiche außerklinische ambulante Hilfen und Versorgung einerseits, und klinische ambulante teilstationäre und stationäre Versorgung andererseits aufrecht zu erhalten, da die Bereiche in beide Richtungen seit Jahren zunehmend durchlässiger geworden sind. Die Regelung im Sozialgesetzbuch V zur Soziotherapie im ambulanten Bereich oder beispielsweise Modellprojekte bezüglich des Hometreatments sind weitere Schritte in diese Richtung.

Ambulante Hilfen und Versorgung sowie teilstationäre und stationäre Versorgung

Für die außerklinische Behandlung und Rehabilitation ist ein ausdifferenziertes, breit gefächertes, bedarfsgerechtes Angebot im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes erforderlich. Den Hausärztinnen und den Hausärzten mit der primärärztlichen Versorgung sowie den sozialpsychiatrischen Diensten als niederschwellig erreichbares Angebot kommt eine wichtige Schlüsselrolle im Gesamtsystem zu.

Bei den klinischen Einrichtungen ist ein vorrangiges Ziel, eine umfängliche allgemeine Versorgung mit spezialisierten Angeboten zu verbinden. Zugleich gilt es, eine Spaltung des Angebots im Sinne der Behandlung und Betreuung prognostisch günstiger Fälle am Wohnort und prognostisch ungünstiger Fälle im entfernten Fachkrankenhaus zu vermeiden; dies steht einer fachlichen Spezialisierung nicht entgegen. Insgesamt wird sich mit einem Ausbau der nicht vollstationären Hilfe- und Versorgungsstrukturen wie beispielsweise der Tageskliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Möglichkeit der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung der Trend zu einer weiteren Ambulantisierung und einem Bettenabbau bei der stationären psychiatrischen Versorgung fortsetzen.

4.3.1 Merkmale der außerklinischen ambulanten Hilfe- und Versorgungsstruktur

Das außerklinische ambulante Hilfe- und Versorgungssystem umfasst alle Einrichtungen und Angebote, die von der Prävention bis zur Nachsorge und langfristigen Begleitung reichen und nicht direkt diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Angebote von ärztlichen und psychologischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten darstellen. Hierzu zählen beispielsweise Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen, aber auch Beratungsstellen und Betreuungsdienste wie sozialpsychiatrische Dienste oder auch die Einrichtungen der Suchthilfe. Des Weiteren halten Gemeindepsychiatrische Zentren Hilfeangebote vor. Die Bereiche des Betreuten Wohnens und der Teilhabe am Arbeitsleben sind wichtige Aktionsfelder, um Menschen mit psychischen Störungen einen Verbleib in der Mitte unserer Gesellschaft zu sichern oder eine Rückkehr zu erleichtern. Es liegt auf der Hand, dass eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären therapeutischen Einrichtungen notwendig ist. Das außerklinische ambulante Hilfe- und Versorgungsangebot ist ein wesentlicher Baustein im Gesamthilfe- und Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen.

4.3.1.1 Selbsthilfegruppen, Kontaktstellen

Ein wichtiger Teil des ambulanten Hilfesystems sind die Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen. Sie sind wichtige Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige und spielen eine zentrale Rolle bei niederschweligen Präventionsangeboten. Das Land unterstützt die Selbsthilfe in der Psychiatrie über den Hilfsverein für seelische Gesundheit im Rahmen einer freiwilligen Förderung. Selbsthilfegruppen werden von dem Prinzip getragen, dass sich Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie deren Angehörige gegenseitig im Umgang mit der

Erkrankung bzw. Behinderung unterstützen und dass diese Menschen ihre gemeinsamen Interessen auch nach außen hin gegenüber der Politik und der Gesellschaft vertreten.

4.3.1.2 Beratungsstellen nach dem PsychKHG

Auch das PsychKHG sieht verschiedene, teils neue Beratungsstellen vor. So sind nach § 9 Absatz 2 PsychKHG auf Ebene der Stadt- und Landkreise Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) eingerichtet worden, denen auch die Patientenfürsprecherin bzw. der Patientenfürsprecher angehört (s. hierzu ausführlich Teil B Ziff. 3.1.5). Die IBB-Stellen werden von der auf Landesebene eingerichteten Ombudsstelle beraten (§ 10 Absatz 2 PsychKHG, s. hierzu ausführlich Teil B Ziff. 3.1.3).

4.3.1.3 Gemeindepsychiatrische Zentren

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) ist eine Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle zur wohnortnahen Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. Im Gemeindepsychiatrischen Zentrum wird die ambulante psychiatrische Versorgung möglichst „unter einem Dach“ gebündelt, um die Ressourcen effektiv einzusetzen und personenbezogen auszugestalten. Gemeinsam mit zahlreichen Kooperationspartnern, die in der psychiatrischen Versorgung des Stadt- und Landkreises tätig sind, wie Werkstätten, Tagesstätten, psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und den jeweiligen Landratsämtern, arbeiten Gemeindepsychiatrische Zentren an der Verbesserung des Hilfesystems für psychisch kranke Menschen. Die Bündelung des Angebotes innerhalb eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums erleichtert den Zugang für Betroffene und ihre Angehörigen. Die Gemeindepsychiatrischen Zentren im Land sind sehr unterschiedlich strukturiert. Den Kern bilden der sozialpsychiatrische Dienst, die psychiatrische Institutsambulanz und die Tagesstätte. Soziotherapien (SGB V-Leistung) und sonstige Gesprächsangebote ergänzen das Angebot. Ein Teil des Gemeindepsychiatrischen Zentrums ist immer auch ein medizinisch Behandelnder. Darüber hinaus ist in einigen Gemeindepsychiatrischen Zentren auch ambulant betreutes Wohnen angesiedelt. Weitere Angebote können hinzukommen. Dazu zählen zum Beispiel Ergotherapie, häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege, Zuverdienst-Möglichkeiten oder integrierte Werkstatt-Plätze. Eines der Hauptziele besteht darin, die betroffene Person in ihrer Tagesstrukturierung zu unterstützen. Zu den Gemeindepsychiatrischen Zentren selbst trifft das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz keine ausdrückliche Regelung, sie werden aber mittelbar in § 6 Absatz 3 Satz 2 PsychKHG genannt (Kooperationsforum).

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

In Baden-Württemberg besteht als ein wesentliches Element der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen ein flächendeckendes Netz von sozialpsychiatrischen Diensten. Die Leistungen dieser Dienste umfassen die sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend, sowie die Vermittlung sozialer Hilfen für insbesondere chronisch psychisch kranke oder behinderte Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. Sozialpsychiatrische Dienste ermöglichen einen schnellen und kurzfristigen Zugang zum gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem, zum Beispiel nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, da die Leistungen niedrigschwellig und kostenfrei sind und kein Antragsverfahren auf Bewilligung von Leistungen im Einzelfall erforderlich ist. Durch § 6 PsychKHG werden die Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste, die Vor- und Nachsorge sowie psychosoziale Krisenintervention leisten, auf eine recht-

lich verbindliche Grundlage gestellt und die Förderung durch Landeszuschüsse seit 2015 erstmals gesetzlich geregelt. Die Einzelheiten der Förderung sind in der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) vom 9. September 2015 geregelt.

Bislang nicht zuständig sind die sozialpsychiatrischen Dienste für den Bereich der Gerontopsychiatrie, wenngleich hier ein erheblicher Entwicklungsbedarf besteht. Der Einsatz weiterer finanzieller Ressourcen in diesem Bereich wäre auch unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung wünschenswert. Die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeiten erfolgt über die Einrichtungen der Suchthilfe.

Tagesstätten

Tagesstätten – Kontakt- und Anlaufstellen – sind ein wesentlicher Bestandteil der Grundversorgung psychisch kranker Menschen und ein wichtiges Angebot gerade auch in Krisen. Als niederschwelliges Angebot bieten sie Betroffenen – zusätzlich zur Unterstützung der Tagesstrukturierung – die Möglichkeit zum ungezwungenen, unverbindlichen und zu Beginn anonymen Aufsuchen. Psychisch kranke Menschen haben die Möglichkeit, sich schrittweise an das Angebot heranzutasten. Sie bestimmen sowohl Aufenthaltsdauer als auch Aufenthaltsfrequenz. Durch Gruppenangebote wie Mittagstisch, Gesprächsgruppen etc. sowie durch Gesprächsangebote der sozialpsychiatrischen Fachkraft bieten sie Integrationshilfen. Vertrauen zu den professionellen Mitarbeitenden der Tagesstätte kann langsam wachsen und schafft somit eine stabile Basis für eine sinnvolle Präventionsarbeit und hilfreiche Krisenbewältigung. Durch die Aufenthaltsmöglichkeiten in der Tagesstätte kann eine niederschwellige, unbürokratische Begleitung geleistet werden, die auch einen Beitrag zur Vermeidung von Zwangseinweisung und -behandlung leisten kann. Hierzu ist die Bereitstellung ausreichender personeller Ressourcen unabdingbar, so dass die sozialpsychiatrischen Fachkräfte in der Tagesstätte individuelle Beratung bzw. Begleitung und im Bedarfsfall nachgehende Hilfe anbieten können.

Einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung und somit zur Krisenvermeidung leisten die in vielen Tagesstätten vorhandenen Beschäftigungs- und Zuverdienstangebote. Darüber hinaus bieten Tagesstätten durch ihre Öffnung in das Gemeinwesen gute Möglichkeiten zur Inklusion. Hinsichtlich der derzeitigen Finanzierungsstruktur der Tagesstätten in Baden-Württemberg, die sich hauptsächlich aus kommunalen Freiwilligenleistungen und Spenden zusammensetzt, besteht noch Verbesserungsbedarf. In Anlehnung an die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste wäre unter Berücksichtigung der jeweiligen Haushaltslage gegebenenfalls auch eine Förderung seitens des Landes in Betracht zu ziehen.

4.3.1.4 Pflegedienste für psychisch kranke Menschen

Baden-Württemberg verfügt über ein flächendeckend ausgebautes Netz von ungefähr 1.150 ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen. Zum Leistungsspektrum gehören pflegerische Hilfen (Grundpflege, Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege), hauswirtschaftliche Dienste sowie Hilfen zur Kommunikation und sozialen Integration. Dem Bedeutungszuwachs wohnortnaher Versorgung nachkommend, sollen zukünftig neben schon länger etablierten Strukturen wie der ambulanten psychiatrischen Pflege weitere Elemente hinzukommen, wie das Hometreatment und die stationsäquivalente Behandlung.

Ambulante psychiatrische Pflege

Eingegangen werden soll auf die folgenden Gesichtspunkte:

- Stellenwert der ambulanten psychiatrischen Pflege
- Strukturelle Gesichtspunkte und Rechtsgrundlagen

- Empfehlungen

Stellenwert der ambulanten psychiatrischen Pflege innerhalb der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen

Der Bedarf an psychiatrischer Pflege wird derzeit in großem Maße durch stationäre Angebote gedeckt. Im Rahmen einer lebensraumbezogenen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit muss sie jedoch auch fester Bestandteil der ambulanten Pflege werden. Die Ambulante psychiatrische Pflege (APP) ist ein gemeindeorientiertes psychiatrisches Versorgungsangebot und zählt zu den Leistungen der Krankenversicherung nach SGB V. Sie dient der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, auch der Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, und sie kann gemäß § 37 SGB V als häusliche Krankenpflege bei bestimmten psychischen Störungen, insbesondere Demenzen, Organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, Schizophrenien und Bipolar-Störungen ärztlich verordnet werden. Die APP ist ein aufsuchendes Angebot durch psychiatrische Fach- und Gesundheitspflegerinnen und -pfleger. Sie soll das räumliche und personale Umfeld einbeziehen und die Patientin bzw. den Patienten in ihren bzw. seinen gewohnten sozialen Bezügen stärken. Die APP lässt sich in zwei Hauptbereiche gliedern:

- die ambulante pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus der stationären Versorgung, welche für diese oftmals schwierig zu bewältigen ist. Daher sollten die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsformen flexibler und dynamischer gestaltet werden, um Versorgungsabbrüche zu vermeiden und
- die ambulante pflegerische Betreuung von langzeitbetreuungsbedürftigen Menschen mit psychischen Störungen.

Die Landesregierung betrachtet es als Herausforderung für die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg, Strukturen und Angebote zu schaffen, mit denen die im WHO Mental Health Action Plan 2013–2020 geforderte Verbesserung der Quantität und Qualität psychiatrischer Pflege gefördert wird. Dies beinhaltet auch das Angebot evidenzbasierter psychiatrischer Pflege in den unterschiedlichen Versorgungssettings. Hierzu müssen entsprechende Finanzierungsmodelle ermöglicht werden.

Strukturelle Gesichtspunkte und Rechtsgrundlagen

Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI beinhalten in § 14 seit 1995 auch psychiatrische Krankheitsbilder. Als Leistung der Krankenversicherung kann ambulante Pflege nach § 37 SGB V zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater verordnet werden. Die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) des Gemeinsamen Bundesausschusses schaffen seit 2005 eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Da die Richtlinien aber keine Umsetzungsbestimmungen enthalten und diese von jedem potenziellen Leistungserbringer einzeln ausgehandelt werden müssen, besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland. Auch haben die Richtlinien eine begrenzte Diagnoseliste zur Grundlage, welche die Bedarfsrealität nur unzureichend abbildet. Des Weiteren enthalten sie eine Orientierung auf eine Begrenzung der Behandlung auf vier Monate, was Versorgungsabbrüche fördert. Seit Jahren wurde versucht, ambulante psychiatrische Pflege im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen (§§ 140 ff. SGB V) an einzelnen Standorten zu etablieren. Diese besonderen Verträge ermöglichen Vergütungsmodelle, Übergangsregelungen und Diagnosen-Einschlüsse, die von den Richtlinien HKP oder den Standardverträgen deutlich positiv abweichen.

In Baden-Württemberg bestehen zum Teil Verträge zwischen Pflegediensten für ambulante psychiatrische Pflege und einzelnen gesetzlichen Krankenkassen. Die Situation ist jedoch nicht zufriedenstellend, eine höhere Anzahl von Sonderverträgen wäre wünschenswert. Insbesondere

re in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von älteren Menschen sind mehr gerontopsychiatrische Fachkräfte notwendig, um den Bedarf abzudecken.

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird die wahrgenommene Versorgungslücke zum Teil dadurch berücksichtigt, dass es gemäß § 115 d SGB V (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) psychiatrischen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung ermöglicht wird, in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung auch im häuslichen Umfeld zu erbringen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit dies auch zu einer Verbesserung der APP führen wird.

Empfehlungen

- Die Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflege sollte künftig kostendeckend sein. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass die Organisation der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege eine ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung darstellt und ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeiten frei vereinbart wird. Vertragsinhaltliche Fragen und Diskussionspunkte sind deshalb auch von den vertragsschließenden Parteien selbst zu klären. Insbesondere die momentan in der Praxis bestehende Lücke bei der Langzeitversorgung im ambulanten Bereich sollte geschlossen werden.
- Es sollten Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen.
- Die in der Stellungnahme Enquêtekommision "Pflege in BW zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten" (Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 15/7980) ausgesprochene Empfehlung, Modelle der integrierten Versorgung zu erproben, sollte unterstützt werden.

Nachhaltige Qualitätssicherung in der ambulanten psychiatrischen pflegerischen Versorgung:

- Ab 2020 gibt es eine einheitliche Ausbildung für alle Pflegebereiche, in der auch die psychiatrische Pflege Berücksichtigung findet.
- Eine Alternative zur derzeitigen Situation von fünf Jahren Aus- und Weiterbildung (Krankenpflegeausbildung mit anschließender Fachweiterbildung Psychiatrie) bietet die Akademisierung des Pflegeberufes. Eine Einrichtung von Studiengängen zu Psychiatrischer Pflege/Mental Health könnte als längerfristiges Ziel angestrebt werden.

Patientinnen und Patienten, welche sowohl unter psychischen als auch körperlichen Störungen und Erkrankungen leiden (sogenannte Komorbidität, wie z.B. Schizophrenie und insulinpflichtiger Diabetes) oder aufgrund ihres Alters einen zusätzlichen, über die schwerpunktmäßig (sozial)psychiatrische Versorgung hinausgehenden Unterstützungsbedarf haben, werden häufig durch Pflegedienste mitversorgt. Zur Gewährleistung von psychiatrisch-pflegerischen Qualitätsstandards müssen diese Dienste zukünftig noch stärker Teil einer integrierten Versorgung werden, welche regelmäßig auf psychiatrische pflegerische und fachärztliche Expertise zurückgreifen kann.

4.3.1.5 Hometreatment

Hometreatment (englisch für Heimbehandlung) ist eine Behandlung, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versorgt. Das Team besteht aus Fachkräften aus dem pflegerischen Bereich, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Durch das Hometreatment kann die stationäre Behandlung entweder vermieden oder zumindest die Verweildauer in der stationären Versorgung reduziert werden bei gleichzeitiger besserer Reintegration in das soziale Umfeld.

Beispiel:

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64 b SGB V im Klinikum Heidenheim

Am 1. Dezember 2016 wurde ein Vertrag über ein Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen am Klinikum Heidenheim zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen, allen privaten Krankenkassen und den Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH geschlossen. Ziel des Modellvorhabens ist es, die psychiatrische Krankenhausbehandlung auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten. Im Modellvorhaben sind flexible Übergänge zwischen stationärer Behandlung, teilstationärer (tages- und nachtklinischer Behandlung) sowie Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz vorgesehen. Zusätzlich wird als stationsersetzende Krankenhausbehandlung Hometreatment eingeführt, als intensive ambulante Behandlung durch das Behandlungsteam des Krankenhauses mit täglichen Hausbesuchen, fachärztlicher und fachpflegerischer Behandlung, sozialpädagogischer, ergotherapeutischer und psychologischer Unterstützung. Mit den Krankenkassen wurde dafür ein jährliches Budget verhandelt. Damit gibt es für das Krankenhaus keinen Anreiz zur Leistungsausweitung und für die Krankenkassen Sicherheit über die Ausgaben für Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Neben der bisherigen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung wird nun das Hometreatment angeboten. Sollte sich Hometreatment als nicht ausreichend erweisen, kann rasch eine stationäre Behandlung erfolgen, aber schon nach wenigen Tagen stationärer Behandlung können tägliche Hausbesuche wieder aufgenommen werden. Möglich werden dadurch tages- oder nachtklinische Behandlungen, bei denen die Patientinnen und Patienten nicht jeden Tag ins Krankenhaus kommen, sondern beispielsweise an zwei oder drei Tagen in der Woche. Zusätzlich stehen alle Behandlungsangebote für stationäre Patientinnen und Patienten (Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie und psychotherapeutische Gruppenbehandlung) auch teilstationären und ambulanten Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Für niedergelassene Hausärztinnen bzw. -ärzte und Fachärztinnen bzw. Fachärzte ändert sich im Modellprojekt nichts. Die Zuweisung in die Behandlung in der Klinik erfolgt wie bisher über selektive Einweisung durch Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte, über die Zentrale Notaufnahme des Klinikums oder Direkteinweisung in die Psychiatrie. Die Fachärztinnen und Fachärzte entscheiden, welche Behandlungsform (vollstationär, teilstationär oder Hometreatment) für die Patientin oder den Patienten geeignet und erfolgversprechend ist. Wie bisher erhalten Fach- und Hausärztinnen bzw. -ärzte zum Zeitpunkt der Entlassung einen Kurzbericht und wenig später dann den ausführlichen Behandlungsbericht.

Im September 2017 zeigten sich erste Veränderungen bei der Inanspruchnahme der Behandlungsmöglichkeiten in der Klinik in Heidenheim. Die Klinik hat weniger stationäre Patientinnen und Patienten (80 % Belegung), dafür mehr Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik (plus

50 %) und rund sechs Patientinnen bzw. Patienten, die täglich zu Hause im Rahmen des Hometreatment besucht werden.

Hometreatment ist bei den Patientinnen und Patienten beliebt, stützt sich auf die Ressourcen der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien bei der Lösung von Problemen und ersetzt oder verkürzt stationäre Behandlungen in der Klinik. Hometreatment fördert vertrauensvolle therapeutische Beziehungen, begünstigt nachhaltige Genesung und verhindert Behandlungsabbrüche.

Besonders in der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen und bei Suchterkrankungen haben sich fließende Übergänge von der stationären in die tagesklinische Behandlung bewährt. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlungen machen die Patientinnen und Patienten regen Gebrauch von der Möglichkeit, nicht jeden Tag in die Klinik zu kommen, sondern nur an einzelnen Tagen, um sich an den übrigen Tagen allmählich wieder im Alltag zurecht zu finden, bevor dann die Entlassung in eine ambulante Behandlung erfolgt.

Durch diese fließenden Übergänge kann die Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Diensten (z.B. Ambulant Betreutes Wohnen) effektiv gestaltet werden. Case-Management und Helferkonferenzen mit den Patientinnen und Patienten und allen Beteiligten sorgen für verbindliche Absprachen und eine wirksame Behandlungs- und Hilfeplanung.

4.3.1.6 Stationsäquivalente Behandlung

Das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ definiert neben voll- und teilstationärer sowie ambulanter Behandlung die sogenannte stationsäquivalente Behandlung, welche eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfasst. Sie soll hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen und somit über das Angebot im Rahmen des Hometreatments hinausgehen. Mit der Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung wird eine neue, weitere Brücke zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im Sinne der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung angestrebt.

4.3.1.7 Unterstützte Wohnformen⁶

Aus der UN-Behindertenrechtskonvention leitet sich der Auftrag ab, Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben sowie die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem System der Sozialhilfe herausgelöst und in das Rehabilitationsrecht des SGB IX integriert. Ziel ist die personenzentrierte Leistungserbringung außerhalb von Sonderformen. Die Leistungen der sozialen Teilhabe werden nicht mehr für institutionelle Formen wie das ambulant oder stationäre betreute Wohnen gewährt, sondern für passgenau zugeschnittene Assistenzleistungen. Ein hoher Unterstützungsbedarf ist nicht mehr zwangsläufig mit einem Wechsel in eine Heimversorgung verbunden, sondern es besteht das Recht, die erforderlichen Leistungen in dem bestehenden Sozialraum zu erhalten. Dadurch wird auch eine intensive Unterstützung der Angehörigen ermöglicht.

⁶ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Heime kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

Aus der Notwendigkeit, für psychisch kranke Menschen ein differenziertes und die Wiedereingliederung förderndes Angebot an unterschiedlichen Wohnformen zu schaffen, wurde in den letzten Jahren ein umfangreiches Spektrum verschiedener Einrichtungstypen entwickelt. Auf dieser Grundlage konnte der Prozess der Enthospitalisierung von langzeithospitalisierten Patientinnen und Patienten entscheidend gefördert werden. Durch ein den individuellen Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen angepasstes Angebot kann eine Reintegration in das soziale Umfeld außerhalb klinischer Einrichtungen unter Nutzung des privaten Umfelds und Einbeziehung von professionellen Helfenden unterstützt werden. Die Leistungsanbieter müssen vor dem Hintergrund der Änderungen durch das BTHG die im Folgenden genannten Leistungsangebote in Module von Assistenzleistungen umformen, die sie sowohl in ambulanten wie stationären Wohnformen erbringen können.

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) ist bundesweit die bevorzugte Form der Wohnbetreuung für chronisch psychisch kranke Menschen in der Eingliederungshilfe. Historisch ist das ABW als Alternative zur Heimversorgung entstanden und hat vielerorts den Charakter einer weniger intensiveren Betreuungsform eingenommen. Seit Einführung in Baden-Württemberg wird von einem Personalschlüssel von 1:10 bis 1:12 ausgegangen. Gegenüber einem durchschnittlichen Personalschlüssel von ca. 1:2,5 in Wohnheimen der Eingliederungshilfe besteht eine eklatante Differenz, die den Übergang von stationärem in ambulant betreutes Wohnen erschwert. Die damit bestehende Zweigleisigkeit der Wohnversorgung birgt damit das Risiko, dass einerseits Betroffene in Heimen versorgt werden, bei denen dies nicht notwendig wäre und es andererseits für Betroffene kein hinreichend differenziertes Betreuungsangebot gibt.

Der dualen Form des betreuten Wohnens ist ein flexibles Angebot entgegenzusetzen, das passgenaue Hilfe zulässt. Die Intensität der Betreuung darf nicht von der Wohnform abhängig sein sondern richtet sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen. Für psychisch kranke Menschen, die phasenweise nicht in der Lage sind, die Verantwortung für eine eigene Wohnung zu übernehmen und bei denen keine permanente persönliche Anwesenheit einer Betreuungskraft erforderlich ist, hat sich der Wechsel in die durch das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) geschaffene teilweise selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaft, bei der die Wohnung von dem Leistungsanbieter zur Verfügung gestellt wird, bewährt.

Auch psychisch kranke Menschen mit erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung, die trotz aller therapeutischen Bemühungen nicht in den Regelangeboten des betreuten Wohnens versorgt werden können, benötigen ein bedarfsgerechtes, intensives, in die Strukturen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds eingebundenes stationäres Wohnangebot. Hier besteht noch ein erheblicher Entwicklungsbedarf. Als Alternative zu stationären Wohnformen kommt auch das Betreute Wohnen in Familien (BWF) in Betracht.

Wohnheime

Heime für psychisch kranke Menschen sind bis zur Gewährung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB IX (neu) im Jahr 2020 ein wichtiges Element in der Versorgung. Sie bieten eine breite Palette von Wohn- und Betreuungsangeboten. Es werden dort Menschen aufgenommen, die im Rahmen ambulanter Hilfen nicht ausreichend versorgt werden können. Für die Planung der Wohnheime der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen sind die Stadt- und Landkreise zuständig. Die frühere Investitionskostenförderung des Landes in diesem Bereich wurde eingestellt. Gleichzeitig wurde der Heimbereich in den Zentren für Psychiatrie durch Konzepte zur Enthospitalisierung aufgelöst, wesentlich verkleinert oder nur noch für die Pflege alt gewordener psychisch kranker Menschen vorbehalten.

Zukünftig sollten differenzierte und flexible Angebote des ambulanten betreuten Wohnens im Sinne des WTPG es ermöglichen, die Plätze in Wohnheimen zu begrenzen oder gar überflüssig zu machen.

Pflegeheime

Zum Stichtag 31. Dezember 2013 lebten in Baden-Württemberg über 5.000 psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren in Pflegeheimen. Das sind mehr als in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe betreut werden. Ein größerer Teil der in Pflegeheimen untergebrachten psychisch kranken Menschen lebt in Heimen fern ihres Wohnorts und damit ihrer Familie, ihres Freundes- und Bekanntenkreises. Die hohe Anzahl chronisch psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen kann verschiedene Gründe haben, zum einen die Verlegungspraxis der psychiatrischen Kliniken, welche durch einen zunehmend hohen Entlassungsdruck aufgefordert sind, Menschen schnellstmöglich ambulant geeignet unterzubringen. Aus der Not heraus wird oftmals in eine Pflegeeinrichtung vermittelt, weil dort teilweise Plätze schneller verfügbar sind und für Aufnahmen meist keine individuelle Hilfebedarfsfeststellung und Hilfeplanung gefordert wird. Teilweise gibt es für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankungen und mit spezifischen Problemen (wie z.B. herausforderndem Verhalten) kein fachlich geeignetes, wohnortnahe Unterstützungsangebot der Eingliederungshilfe. Eine ähnliche Versorgungslücke zeichnet sich bei den Angeboten für jüngere Erwachsene mit psychosozialen Unterstützungsbedarf ab. Das Recht auf Teilhabe unabhängig von der Schwere der Teilhabebeeinträchtigung, die durch das BTHG geschaffen wird, eröffnet die Chance, im Rahmen des Gesamtplanverfahrens einen Mix an geeigneten personenzentrierten Unterstützungsleistungen zusammen zu stellen.

Empfehlungen

Ziel muss es sein, dass Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Insbesondere beim Übergang aus der klinischen in die ambulante, gemeindenahere psychiatrische Versorgung ist eine verbindliche Vorgehensweise zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren. Bei der Feststellung von Leistungen für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Gesamtplanung muss immer der vollumfängliche Rechtsanspruch auf Hilfen zur Teilhabe handlungsweisend sein. Bei pflegerischem Bedarf müssen Menschen die entsprechenden Pflegeleistungen erhalten. In der Gemeinde sind Tagesstrukturangebote vorzuhalten, dabei ist vor allem darauf zu achten, dass bereits vorhandene Angebote der Gemeinde bevorzugt genutzt werden.

Die individuelle Bedarfsermittlung erfolgt mit einem gemäß § 118 SGB IX entwickelten Bedarfsermittlungsinstrument, in dem die Ziele und Wünsche der Leistungsberechtigten zur Gestaltung der Leistung sowie ihr Unterstützungsbedarf in den neun Lebensbereichen der Komponente „Aktivitäten und Teilhabe“ der ICF erfasst wird. Die Feststellung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens. Dabei wird auch der Bedarf an Pflegeleistungen nach SGB XI erhoben. Die Leistungsberechtigten sind an allen Schritten beteiligt, Bedarfsermittlung und Leistungsfeststellung müssen für sie transparent und nachvollziehbar sein. Ziel der personenzentrierten Hilfeplanung ist, dass alle psychisch kranken Menschen unter 65 Jahren entsprechend ihres individuellen Hilfebedarfs vorrangig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und bei Bedarf zusätzlich Leistungen der häuslichen Pflege.

Versorgung von psychisch kranken Menschen unter 65 Jahren mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB

Auch für psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren mit Unterbringungsbeschluss aufgrund einer Selbstgefährdung nach § 1906 BGB soll eine wohnortnahe Versorgung angestrebt werden. Derzeit gibt es lediglich in neun der 44 Stadt- und Landkreise ca. 344 schließbare Plätze in

Einrichtungen der Eingliederungshilfe, so dass auch hier von einer häufigen Fehlplatzierung auszugehen ist. Hier erhalten psychisch kranke Menschen auf der Grundlage einer individuellen Hilfeplanung eine weitaus individuellere und intensivere Förderung als dies unter den Rahmenbedingungen von Pflegeeinrichtungen möglich ist. Die intensive und individuelle Unterstützung führt dazu, dass die Verweildauer dieses Personenkreises in geschlossenen Settings begrenzt wird und das Betreuungsgericht die zwangsweise Unterbringung aufheben kann. Über Zahl, Verweildauer und Situation der nach § 1906 BGB in Pflegeeinrichtungen untergebrachten Menschen gibt es keine systematischen Daten. Zur Sicherstellung einer an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Betroffenen bzw. des Betroffenen orientierten Versorgung wird es als notwendig erachtet, dass zum einen eine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Unterbringung gemäß § 1906 BGB dahingehend erfolgt, ob eine weniger restriktive Wohnform möglich ist und zum anderen auch Empfehlungen an die betreuenden Personen ausgesprochen werden. Sozialplanung und Gemeindepsychiatrischer Verbund sollen gemeinsam bedarfsgerechte und passgenaue Angebote für diesen Personenkreis entwickeln. Zukünftig soll das Angebot an schließbaren bzw. geschlossenen Plätzen für Menschen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind, im GPV-Kurzprofil erfasst werden.

4.3.1.8 Arbeit

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsangebote gewannen rehabilitative Aspekte für die Förderung der Eingliederungschancen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zunehmend an Bedeutung.

Die wesentlichen Elemente einer Rehabilitation für psychisch kranke Menschen sind neben der medizinischen Rehabilitation Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit und Beruf, zur Förderung einer an den Bedürfnissen der bzw. des Betroffenen orientierten Wohnform und die Schaffung von Angeboten, die es der oder dem Betroffenen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Auch hier ist zu prüfen, inwieweit ambulante Elemente anstelle oder in Ergänzung eines stationären Angebots in Frage kommen.

Als ursächlich für die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen in Behandlung und Rehabilitation werden die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen angesehen. Als Stressoren aus dem Arbeitsleben gelten z.B. steigende Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsverhältnisse, Über- und Unterforderung, wachsender Konkurrenzdruck, ständige Erreichbarkeit, erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität sowie schlechtes Betriebsklima. Immer mehr moderne Arbeitsplätze verlangen den psychomental uneingeschränkt leistungsfähigen Beschäftigten. Gefährdungsbeurteilungen im Rahmen des Arbeitsschutzes berücksichtigen arbeitsbedingte psychische Belastungen oft noch nicht ausreichend. Belastungen aus der Gesellschaft betreffen z.B. einen abnehmenden familiären Zusammenhalt und mangelnde soziale Unterstützung, Wegfall bisher funktionierender sozialer Strukturen, Verlust von Solidarität, erhöhte Anforderungen an Sozialkompetenz sowie ökonomische Unsicherheit.

Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Betriebsärztinnen und -ärzte sowie Arbeitspsychologinnen und -psychologen beraten bei arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Fragestellungen. Fachkräfte für Arbeitssicherheit wirken bei der Planung und Gestaltung der Arbeitsbedingungen mit. Führungskräfte tragen auf allen Ebenen bei der Vermeidung psychischer Fehlbelastungen eine besondere Verantwortung und können als „first responder“ eine aktive Rolle bei der frühzeitigen Einleitung von Hilfen einnehmen. Betriebs- und Personalräte können bei der Ermittlung von Gefährdungen und bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen mitwirken. Nicht zuletzt können die Beschäftigten

selbst durch ihr Verhalten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen. Spezielle Erfassungsinstrumente, zum Beispiel COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) vermitteln Erkenntnisse über die psychischen Belastungen im Betrieb; dementsprechend können gezielt Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention ergriffen werden. Hierzu gehören Optimierungen der Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation sowie Informationsangebote und Kurse, in denen konkret zum Beispiel der Umgang mit Stress eingeübt werden kann.

SGB II-Bezug (Grundsicherung für Arbeitssuchende)

Außerdem können flexible und den Anforderungen entsprechend gestufte Assessment- und Erprobungsmaßnahmen in mehrtägiger bzw. mehrwöchiger Form geeignet sein, um eine realistischere Stärken- und Potenzialanalyse zu ermöglichen und dadurch geeignete unterstützende Angebote zu erstellen bzw. anzubieten.

Die Verknüpfung von Leistungen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt mit kommunalen Leistungen nach § 16 a SGB II, insbesondere der psychosozialen Betreuung, ist dabei ein zentrales Feld der Zusammenarbeit von Jobcentern mit Fachdiensten. Ziel dabei ist es, die Beschäftigungschancen im Einzelfall zu verbessern. Die über die Kommunen finanzierte psychosoziale Betreuung flankiert die Arbeit des Fallmanagements in den Jobcentern. Sie zielt auf die Bearbeitung und den Abbau von psychosozialen Problemlagen ab, die u.a. die Vermittlung in Arbeit behindern und nicht auf einem diagnostizierten Krankheitsbild beruhen. Damit grenzt sie sich von medizinischen und psychiatrischen Maßnahmen sowie von Maßnahmen für Schwerbehinderte ab. Die Angebote sind vielfältig und werden je nach Bedarf vor Ort entwickelt und festgelegt. Sie kann als zeitintensive persönliche Betreuung bis hin zu aufsuchenden Angeboten beschrieben werden.

Zuverdienstprojekte

Zuverdienstprojekte können eine sinnvolle Ergänzung der vorhandenen Angebote zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben darstellen. Sie sollen vorrangig für dauerhaft erwerbsgeminderte Menschen Arbeitsangebote schaffen, die an das individuelle Leistungsvermögen angepasste Arbeitszeiten auch unter drei Stunden täglich ermöglichen. Hauptzielgruppe sind Menschen mit psychischen Störungen und Intelligenzminderung bzw. chronisch psychisch kranke Menschen. Für diese können Zuverdienstangebote passgenaue, auf das individuelle Leistungsvermögen zugeschnittene Angebote darstellen, die von der reinen Tagesstrukturierung („betreute Beschäftigung“) bis hin zu relativ „arbeitsmarktnahen“ Angeboten reichen können. Vor diesem Hintergrund sind Zuverdienstprojekte eine Ergänzung der bestehenden Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Werkstätten für behinderte Menschen, Budget für Arbeit, Inklusionsbetriebe, Unterstützte Beschäftigung).

4.3.1.9 Rehabilitation⁷

Die Wiedergewinnung bzw. Aufrechterhaltung sozialer Funktionen stellen zentrale Anliegen psychisch kranker Menschen dar. Die Einbindung bzw. Wiedereinbindung in die Arbeitswelt, von der soziale Integration wesentlich abhängt, ist ihnen dabei besonders wichtig. Umso beunruhigender erscheint, dass psychische Erkrankungen zur führenden Ursache für Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte Frühverrentung werden. Die Einschränkung sozialer Einbindung verschlechtert den Verlauf psychischer Erkrankungen, es bildet sich damit ein Teufelskreis von

⁷ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Psychiatrische Rehabilitation kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

sozialer Exklusion und Aufrechterhaltung der Erkrankung. Nicht selten kommt es deshalb zu chronischen Verläufen.

Psychiatrische Rehabilitation setzt hier an und zielt auf soziale und berufliche Integration. Drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben sollen durch die frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abgewendet, beseitigt, gemildert, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden. Sie nimmt damit ein wesentliches Anliegen von Menschen mit psychischer Erkrankung auf und trägt zur Lösung aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen bei.

Definiert werden kann Psychiatrische Rehabilitation daher als die Gesamtheit der aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf abzielen, das Entstehen von Exklusion und überdauernder Beeinträchtigung infolge psychischer Erkrankungen zu vermeiden und für die Betroffenen den höchsten individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit zu erreichen.

In der medizinischen Rehabilitation stehen Maßnahmen der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Rehabilitation zur Verfügung. In diesen Maßnahmen findet die Rehabilitation überwiegend im stationären Behandlungsrahmen statt, für einzelne Krankheitsbilder stehen spezifische Rehabilitationskonzepte zur Verfügung. RPK-Einrichtungen (medizinisch-berufliche Rehabilitation für psychisch kranke Menschen) sind bisher die einzigen psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen, die aus einer Hand medizinische und berufliche Rehabilitation als kontinuierliche, konzeptionell integrierte Rehabilitationsmaßnahme durchführen. Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind spezialisiert auf berufliche Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen. Daneben existieren jedoch auch noch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken, die übergreifende berufliche Rehabilitationsangebote für Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen zur Verfügung stellen, aber nur zum Teil auf den speziellen Bedarf psychisch erkrankter Menschen eingehen können.

Diese Vielfalt an Rehabilitationsmöglichkeiten in unterschiedlichen Behandlungsangeboten auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten zuzuschneiden bereitet häufig praktische Schwierigkeiten. Ferner ist aus Sicht der Betroffenen insgesamt festzustellen, dass das System psychiatrischer Rehabilitation oft unübersichtlich ist und zahlreiche Hürden birgt, die die Nutzung der Leistungsangebote zeitlich erheblich verzögern, erschweren oder gar verunmöglichen.

Die **Struktur der Leistungsträger** stellt sich zusammenfassend wie folgt dar:

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Bundesagentur für Arbeit Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung sind sowohl Träger der medizinischen Rehabilitation als auch der Teilhabe am Arbeitsleben. Die Träger der Jugend- und Eingliederungshilfe sind Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, § 9 Absatz 2 SGB IX. Sie sind auch anzuwenden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern § 9 Absatz 3 SGB IX). Die Koordinierung der Leistungen, das Zusammenwirken der Leistungen und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sind im SGB I und SGB IX, Erstattungsansprüche im SGB X geregelt. Die gemeinsamen Empfehlungen (RPK-Empfehlungsvereinbarungen) bilden die Grundlage über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Die Jugend- und Sozialhilfeträger werden beteiligt und können den Empfehlungen beitreten.

Durch das BTHG wurde eine vollkommen neue Situation im Hinblick auf die medizinische und berufliche Rehabilitation geschaffen. Die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) ist gegenüber allen anderen Sozialversicherungsträgern nachrangig, d.h. sie tritt immer erst dann ein, wenn die oder der Betroffene sich nicht selbst und auch nicht durch ihre bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen helfen kann und auch kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist und Leistungen erbringt.

Empfehlungen

- Rehabilitation psychischer Erkrankungen sollte sich auf Personen und nicht auf Institutionen zentrieren. Sie muss langfristig und sektorenübergreifend angelegt sein und in einem möglichst frühen Stadium beginnen (sog. Frührehabilitation).
- Dem Wunsch der Betroffenen nach gesellschaftlicher Teilhabe ist in der psychiatrischen Rehabilitation stärker Rechnung zu tragen. Hierbei sollte der die Inklusion fördernde „real-life-first“ Ansatz, also das Wohnen im Bereich des allgemeinen Wohnungsmarktes und Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt anstelle der Betreuung in spezifischen Einrichtungen, stärker in den Blick genommen werden.
- Alle Beteiligten sollen sich im Rahmen ihrer Aufgaben dafür einsetzen, dass den Betroffenen die Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsträger umfassend, bedarfsgerecht und ausreichend zur Verfügung stehen und präventive Maßnahmen ausgebaut werden.
- Mit Blick auf die Finanzierung medizinischer Reha-Angebote für psychisch kranke Menschen gestaltet es sich als problematisch, dass die Anbieter von medizinischen Reha-Leistungen trotz der Möglichkeit der Anrufung einer Schiedsstelle nach § 111 c Absatz 3 SGB V i.V.m. § 111 b SGB V letztlich keine effektiven Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Vergütungsansprüche gegenüber den Kostenträgern sehen.
- Die Angebote der RPK sollten entsprechend der mit Inkrafttreten des PsychKHG gestärkten Rolle der Gemeindepsychiatrischen Verbände sowie der wohnort- und gemeindenahen Versorgung von psychisch kranken Menschen flächendeckend und wohnortnah im ganzen Land umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für ambulante RPK-Plätze, bei denen die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand in ihrem bzw. seinem gewohnten Umfeld verbleiben kann. Neben ambulanten RPK-Plätzen sollte auch die Möglichkeit bestehen, ambulante Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation parallel zu Leistungen der sozialen Teilhabe (Betreutes Wohnen) zu erhalten. Eine Einbindung in die Verbundstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbände, Gemeindepsychiatrische Zentren) ist zu leisten. Hier ist in besonderer Weise die Vernetzung mit der Akutbehandlung sowie mit den weiterführenden stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten zu berücksichtigen.
- Mit Blick auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ wäre die Umsetzung einer ambulanten oder mobilen Rehabilitation zu begrüßen, die die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden zeitnah, zügig und im Lebensumfeld erreicht. Eine modellhafte Erprobung mobiler Rehabilitationsteams, die als Baustein im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt werden, wird angeregt.
- Um eine langfristige Sicherung einer erfolgreichen medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu gewährleisten, sollten ambulante Nachsorgekonzepte entwi-

ckelt werden, die eine kontinuierliche Unterstützung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden im Lebensumfeld zum Ziel haben.

- Ferner ist ein individuelles, personenbezogenes „Rehabudget“ zu empfehlen, an dem sich alle Leistungsträger finanziell beteiligen und bei dem den Betroffenen ein „Lotse“ im Sinne eines Case-Managers zur Seite gestellt wird, der den Betroffenen ab dem Antragsverfahren über die gesamte Reha-Dauer zur Seite steht. Hierdurch könnte ein Perspektivenwechsel weg von der Leistungsträgerperspektive hin zur Betroffenenperspektive erreicht werden und der Übergang zwischen unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär, stationär), Nachsorge sowie betrieblicher Unterstützung im Rahmen von Eingliederungsmaßnahmen individuell angepasst und effektiver gestaltet werden.

4.3.1.10 Krisen- und Notfalldienste⁸

Der psychiatrische Notfall stellt eine ernsthafte und bedrohliche medizinische Komplikation von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung dar. Unter Krise wird die symptomatische Zuspitzung einer gestörten psychischen Verfassung verstanden, die im Unterschied zum Notfall in der Regel im Gespräch mit gezielter Intervention beeinflusst werden kann. Die Begriffe Krisenbehandlung und Notfallbehandlung sowie Krisenintervention sind nicht völlig trennscharf. Häufig geht es um eine Behandlung, die in der Regel ärztlich oder psychotherapeutisch verantwortet sein muss und in den Strukturen des SGB V vergütet wird. Von einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung müssen Interventionen und Hilfen unterschieden werden, welche beispielsweise durch Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialarbeit, Pflege, Seelsorge, aber durch entsprechend weitergebildete Laienhelferinnen und Laienhelfer erbracht werden und im Rahmen der sogenannten primären psychologischen Hilfe einen nicht zu unterschätzenden Beitrag leisten. Der Bedarf und die Inanspruchnahme von Krisen- und Notfalldiensten hängt von Faktoren wie dem Versorgungsangebot, der Vernetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der Angebotsstruktur und strukturellen Gegebenheiten des Versorgungsgebietes ab. Eine (allgemeine) Krisen- und Notfallversorgung ist während der täglichen Erreichbarkeiten durch Gemeindepsychiatrische Dienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychiatrische Institutsambulanzen, je nach Versorgungsgebiet grundsätzlich gewährleistet. Die ambulante Versorgung im großstädtischen Raum wird im Allgemeinen durch rund um die Uhr mit Fachärztinnen und -ärzten besetzte Notfallpraxen sichergestellt. Im mittelstädtischen und ländlichen Raum kann ein psychiatrischer fachärztlicher Hintergrunddienst für den allgemeinärztlichen Notfalldienst bei Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden. Die sozialpsychiatrischen Dienste leisten mit ihrer ambulanten, teilweise auch aufsuchenden Arbeit ebenfalls einen Beitrag im Rahmen der Krisenintervention. Für gerontopsychiatrisch und suchterkrankte Menschen bestehen bislang keine vergleichbaren ambulant aufsuchenden Dienste, die auch zur Krisenintervention in der Lage wären. Krisen- und Notfallversorgung wird noch immer vor allem durch den allgemeinen ambulanten ärztlichen Notdienst geleistet. Unsicherheiten bei der Einschätzung psychiatrischer Krisen und Notfälle, die aus Unkenntnis der spezifischen psychiatrischen Vorgeschichte und mangelnder Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Notfällen entstehen, führen nicht selten zu kurzfristigen stationären Aufenthalten, die unter Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz in manchen Fällen ver-

⁸ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Krisen- und Notfallintervention kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

meidbar wären. Auch steht im Gegensatz zur Somatik einer ärztlich oder psychotherapeutisch gewünschten Einweisung in eine Klinik manchmal der Wunsch der bzw. des Betroffenen entgegen, welche bzw. welcher eine stationäre Behandlung vermeiden möchte. Hierbei gilt es für die Ärztin bzw. den Arzt oder die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten, eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung zeitnah einzuleiten, andererseits die ambulant möglichen therapeutischen Interventionen auszuschöpfen.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt vollkommen getrennt von der bei Erwachsenen. Erste Anlaufstelle im ärztlich niedergelassenen Bereich sind vor allem die Kinderärztinnen und Kinderärzte, daneben auch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, die allerdings zahlenmäßig sehr viel geringer zur Verfügung stehen. Vielfach wenden sich Familien bei psychosozialen Notlagen von Kindern und Jugendlichen aber auch an die Jugendämter oder an Beratungsstellen, die dann an die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Klinik weiterverweisen.

Die Ärztekammer bietet deshalb regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zum Thema an. Die Teilnahme niedergelassener Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der ambulanten Krisen- und Notfallversorgung wäre wünschenswert. Sie wird derzeit noch kontrovers diskutiert.

Alle stationären psychiatrischen Versorgungszentren verfügen über eine 24-Stunden-Notaufnahme bzw. sind an entsprechende Notaufnahmeeinrichtungen angegliedert, so dass meist innerhalb von ein bis zwei Stunden eine Notfallversorgung gewährleistet ist. Die Notaufnahmeeinrichtungen sind entweder fachärztlich besetzt, oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt steht in Rufbereitschaft zur Verfügung. Somit kann hier sowohl eine qualifizierte Krisenintervention stattfinden, als auch eine Notfallbehandlung durchgeführt werden. Erleichtert werden könnte eine diesbezügliche Versorgung durch die Einrichtung sogenannter Krisen- oder Clearing-Betten.

Eine Beratung außerhalb der üblichen Arbeitszeiten können oft nur die Telefonseelsorgen mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbieten. In der Regel sind diese Personen für allgemeine Beratungsgespräche kompetent geschult. Bei komplizierten Sachverhalten oder psychiatrischen und psychosomatischen Krisen sind diese Beraterinnen und Berater auf die Unterstützung professioneller Dienste angewiesen.

Landesweit ist auf regionaler Ebene eine im Gemeindepsychiatrischen Verbund integrierte Krisen- und Notfallversorgung anzustreben, die aus einer Vernetzung verschiedener Leistungsmodule unterschiedlicher Leistungserbringer besteht. Bei der Umsetzung sind insbesondere die Leistungsträger gefragt, über neue Budgetformen diesen Baustein finanziell abzusichern.

Ziel ist ein Krisen- und Notfalldienst, welcher in enger Vernetzung zu den ambulanten Regeldiensten und den psychiatrischen Kliniken steht und in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden ist. Auch sollte der Dienst in der Lage sein, aufsuchend tätig zu werden.

4.3.2 Merkmale der klinischen ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch Krankenhäuser (Krankenhausplanung)

Die Zentren für Psychiatrie und alle anderen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken des Landes sind gemeinsam als Anbieter im Sozial- und Gesundheitsbereich auf allen Versorgungsstufen in der Behandlung, Pflege, Betreuung, Beratung und Versorgung vorwiegend von

Menschen mit psychischen Störungen tätig. Dabei können Versorgungsangebote in allen Versorgungsstufen – präventiv, kurativ, rehabilitativ jeweils ambulant, teil- und vollstationär – mit dem Ziel durchgängiger Behandlungs- und Versorgungspfade vorgehalten werden.

Die Krankenhausplanung orientiert sich an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO). Diese sieht für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung folgende Fachgebiete vor:

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

die jeweils getrennt geplant und im Krankenhausplan ausgewiesen werden.

Der Bedarf an stationären Betten und teilstationären Plätzen für die jeweiligen Fachgebiete wird jeweils getrennt ermittelt.

Das stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssystem kann anhand verschiedener voneinander abhängiger Größen beschrieben und differenziert werden:

- Intensität der Versorgung
- Regionalisierung
- Spezialisierung

Versorgungsintensität

Bezüglich der Versorgungsintensität lassen sich ein vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Bereich (Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)) unterscheiden.

Regionalisierung

In den psychiatrischen Krankenhäusern ist die Planbettenzahl seit dem Jahr 2010 angestiegen. Zum Teil wurden aber auch vollstationäre Betten in teilstationäre Plätze umgewandelt. Gleichzeitig wurde das regionale Versorgungsangebot deutlich erweitert. Psychisch erkrankte Menschen haben oft einen komplexen Hilfebedarf, bei dem verschiedene Kostenträger und Leistungserbringer betroffen sind. Die Hilfen müssen deshalb auf- und miteinander abgestimmt werden, schwellenlos aufeinander aufbauen und je nach Krankheitsphase angemessen gewechselt werden können. Die psychiatrischen Kliniken des Landes wirken am Aufbau regionaler Verbundstrukturen aktiv mit – als Partner im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) und im regionalen Suchthilfenetzwerk. Die Hilfen werden ambulant zentriert und, wo möglich, sektorenübergreifend zu einem integrierten, alle notwendigen Hilfeformen umfassenden, individuellen Behandlungs- und Versorgungsplan zusammengestellt.

Da mit der Psychiatrie-Enquête von 1975 nicht nur eine wohnortnahe ambulante, sondern im Bedarfsfall möglichst auch stationäre Behandlung gefordert worden war, wurden zahlreiche psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet. Um die regionale stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung weiter zu verbessern, wurde das Angebot an Konsiliar- und Liaison-Diensten weiter ausgebaut.

Die Konsiliar- und Liaison-Dienste sollen als Verbindung zwischen psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Medizin und „Körper-Medizin“ fungieren und die Versorgung dort sicherstellen, wo eigene bettenführende Abteilungen nicht wirtschaftlich und leistungsfähig installiert werden können. Die Dienste sollen Psychodiagnostik und ärztliche Beratung und Betreuung der kranken Menschen und ihrer Angehörigen umfassen mit dem Ziel, bei Bedarf geeignete weiterführende Versorgungsangebote (ambulante Behandlung, Tagesklinik, vollstationäre Akutbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahmen) zu vermitteln. Psychiatrische und psychotherapeutische Fachkliniken aus dem Vorsorge- und Rehabilitationsbereich können über eine Konsiliar- und

Liaison-tätigkeit an der psychiatrisch/psychotherapeutisch-medizinischen Versorgung beteiligt werden.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Satellitenkliniken mit vollstationären Behandlungseinheiten sowie Tageskliniken in den verschiedenen Regionen des Landes, in welchen bisher keine stationäre Versorgung vorgehalten wurde, eingerichtet worden. Unter Satellitenkliniken versteht man die Etablierung kleinerer psychiatrischer Außenstellen psychiatrischer Krankenhäuser beispielsweise an Allgemeinkrankenhäusern oder in deren unmittelbarer Nähe insbesondere in bevölkerungsärmeren Regionen durch Auslagerung von Betten (vollstationär) oder Plätzen (teilstationär) aus dem Zentralklinikum. Dies reduziert die Wege für Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen. Mit der Vorhaltung dezentraler Leistungen sind im Allgemeinen höhere Kosten und ein vermehrter Bedarf an Personalressourcen verbunden. Die Satellitenkliniken bieten im optimalen Fall eine 24-Stunden Versorgung, einschließlich der Möglichkeit einer Krisen- und Notfallbehandlung. Grenze des Angebots stellt nicht selten der Fachkräftemangel insbesondere im pflegerischen und ärztlichen Bereich dar.

Ergänzt wird dieses Versorgungsangebot durch zahlreiche Institutsambulanzen, welche eine noch gemeindenähere Versorgung ermöglichen. Mit der Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen wurde das Versorgungssystem in Baden-Württemberg um einen wichtigen Baustein erweitert. Die Kliniken haben vor Ort sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgungsketten entwickelt. In vielen Kreisen sind Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) und medizinische Versorgungszentren (MVZ) entstanden, welche die Kooperation zwischen Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und den somatischen Fächern andererseits auch im ambulanten Bereich nachhaltig verbessern. Die psychiatrischen Institutsambulanzen als ambulantes Klinik-Angebot, die sozialpsychiatrischen Dienste, psychiatrische Tagesstätten und der Baustein Soziotherapie bilden die Kernelemente der Gemeindepsychiatrischen Zentren.

Die im Vergleich zu vergangenen Jahrzehnten zunehmende Ambulantisierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung bedeutet gleichzeitig, dass den Betroffenen, also den Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörigen und Menschen ihres sozialen Umfelds, eine wichtige Aufgabe zukommt. Die frühere Vollversorgung in der Klinik mit teilweise monatelangen Aufenthalten ist einer kurzen, teilweise zu kurzen intensiven stationären Behandlung gewichen, an welche sich eine teilstationäre und bzw. oder ambulante Weiterbehandlung anschließt.

Die politisch gewünschte, ökonomisch und im Allgemeinen therapeutisch sinnvolle Tendenz weg von vollstationärer Behandlung hin zu tagesklinischer psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung, fördert die Selbständigkeit des psychisch kranken Menschen. Allerdings sollte man diese Ressourcen nicht überfordern, genauso wenig wie das unterstützende soziale Netz der Patientin bzw. des Patienten.

Da die Behandlung psychischer Störungen bekanntlich meist mehr Zeit in Anspruch nimmt als der stationäre Aufenthalt andauert, ist das ambulante Versorgungs- und Hilfesystem gefordert. Ohne die tatkräftige Unterstützung der sozialen Umgebung des psychisch kranken Menschen und auch dessen aktive Hilfe wird eine Reintegration der bzw. des Betroffenen in ihre oder seine sozialen Strukturen inklusive Arbeitswelt nur schwer gelingen.

Spezialisierung

Spezialisierte Leistungen werden an den Zentren angeboten. Bei hochspezialisierten Leistungen, die nicht in jeder Region angeboten werden können, stimmen die Zentren sich untereinander ab. Ziel ist es qualitativ und quantitativ, am Bedarf und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert, umfassend alle erforderlichen Hilfen anzubieten. In den größeren psychiatrischen Kliniken des Landes, beispielsweise den Zentren für Psychiatrie, sind in den letzten

Jahren Spezialstationen eingerichtet worden, welche auch in der Psychiatrie und Psychotherapie hochspezialisierte Behandlungsangebote bereitstellen, beispielsweise Behandlungseinheiten für Mutter und Kind, Borderline-Störungen, niederschwelliger Drogenentzug etc.

Kooperationsabsprachen und Versorgungsgebiete

In einem Versorgungssystem, das sich aus unterschiedlichen Bausteinen und verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern zusammensetzt, sind Kooperationsabsprachen im stationären Bereich ebenso unentbehrlich wie im ambulanten Bereich. Im Zuge einer weiteren Differenzierung der Leistungsangebote sind im Interesse einer ressourcenorientierten wirtschaftlichen Nutzung und im Interesse einer reibungslosen Zusammenarbeit Kooperationen zwischen den einzelnen Anbietern zu vereinbaren.

Dies kann die fachliche Schwerpunktbildung verschiedener Anbieter stationärer Krankenhausleistung für das gleiche Versorgungsgebiet betreffen. Aber auch ergänzende oder alternative Behandlungsmöglichkeiten zur stationären Behandlung wie z.B. die teilstationäre Behandlung erfordern eine enge Zusammenarbeit und verbindliche Absprachen unter den Leistungsträgern. In Baden-Württemberg gibt es keine den einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern förmlich zugeordneten Pflichtversorgungsgebiete. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ergibt sich vielmehr aus dem Landeskrankenhausgesetz (LKHG). Demnach ist jedes Krankenhaus im Rahmen seiner Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit (ohne regionale Beschränkung) zur Aufnahme und Versorgung verpflichtet. Ist das Krankenhaus belegt, so hat es eine Patientin bzw. einen Patienten, deren bzw. dessen sofortige Aufnahme und Versorgung notwendig und durch ein anderes geeignetes Krankenhaus nicht gesichert ist, einstweilen aufzunehmen. Es sorgt nötigenfalls für eine Verlegung der Patientin oder des Patienten (§ 28 Absatz 3 LKHG). Mit Blick auf eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes hat sich eine Konkretisierung seitens der Kliniken in Form einer regionalen Versorgungsverantwortung bewährt.

4.4 Besondere Versorgungsbedarfe

Unter besonderen Versorgungsbedarfen versteht man die Bedürfnisse spezifischer Personengruppen, welche in irgendeiner Weise mit psychischen Störungen im Zusammenhang stehen. Im Weiteren sollen exemplarisch einige Zielgruppen genannt und deren spezifische Problematik an dieser Stelle kurz beschrieben werden. Eine ausführlichere Beschreibung findet sich im Teil C Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote.

4.4.1 Psychiatrische Planung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung: Gerontopsychiatrie

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens. Die Zahl der über 80-Jährigen steigt rapide an. Damit verbunden steigt die Zahl von Menschen, die mit psychischen Erkrankungen alt werden oder altersassoziierte psychische Erkrankungen erleiden und dabei auch einen Bedarf an Unterstützung, Betreuung und Pflege haben. Daraus ergibt sich ein zunehmend größerer Bereich der Überschneidung von Betreuung und Pflege im Rahmen der Altenhilfe sowie Versorgung und Betreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe und Versorgung im Rahmen der Krankenversicherung.

Zielgruppe der gerontopsychiatrischen Versorgung sind Menschen im Alter von über 65 Jahren, die mit psychischen Erkrankungen alt werden (z.B. Sucht, Depression, Schizophrenie) oder mit

dem Alter assoziierte psychische Erkrankungen erleiden (z.B. Demenz). Dabei ist auch eine hohe Prävalenz an geriatritypischer Multimorbidität mit komplizierenden körperlichen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Besondere Schwierigkeiten können sich aber nicht nur aus einer zunehmenden körperlich bedingten Pflegebedürftigkeit, sondern auch aus Veränderungen des nahen sozialen Umfelds, wie z.B. Verlust nahe stehender Bezugspersonen, ergeben. Der erforderliche und unter Umständen rasch an Intensität zunehmende Betreuungsaufwand erfordert dann die enge Abstimmung der grundsätzlich für die Betreuung hinzuziehbaren Dienste, wie z.B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, sozialpsychiatrische Dienste, als auch zwischen Hausärztin bzw. Hausarzt und Psychiaterin bzw. Psychiater. Eine bedarfsgerechte stationäre außerklinische Versorgung kann nur durch Beteiligung aller zuständigen Stellen, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und des Trägers der überörtlichen Sozialhilfe sichergestellt werden. Von besonderer Bedeutung ist das Prinzip der Sozialraumorientierung mit Wohnortnähe und Niederschwelligkeit der Strukturen und Hilfen, wie es dem Konzept zur Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen zu Grunde liegt. Dies gilt in Bezug auf das gesamte Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Ähnliches gilt sicher auch für die Heilerziehungspflege. Auch können durch die Zusammenführung verschiedener Kompetenzen der Altenpflege und Behindertenhilfe Versorgungssettings besser bedarfsgerecht gestaltet werden.

Nur an wenigen Orten besteht eine enge Kooperation gerontopsychiatrischer Strukturen mit Altenhilfestrukturen. Beispielhaft sind hier der Landkreis Esslingen und die Stadt Stuttgart. Eine Einbindung der Altenhilfe in Gemeindepsychiatrische Verbünde sollte verstärkt angestrebt werden. Die Landesregierung hat es sich auch zum Ziel gesetzt, die Belange älterer Menschen mit psychischen Belastungen in die Aufgabengebiete der Gemeindepsychiatrischen Verbünde zu integrieren und dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Versorgungsangebote zu Gunsten der Nutzer bestmöglich kooperieren.

Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2016 fördert das Ministerium für Soziales und Integration derzeit gemeinsam mit den Pflegekassen das Projekt „Demenz und Kommune“ in Projektträgerschaft der Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg. Ziel ist, die Kommunen (Stadtkreise, Landkreise, Städte und Gemeinden) zu unterstützen und zu befähigen, eine Infrastruktur der Versorgung mit Netzwerken im Sinne demenzfreundlicher Kommunen zu gestalten und zu koordinieren. Entsprechende Entwicklungsprozesse, ein Erfahrungsaustausch und die Verbreitung vorhandenen Wissens sollen unterstützt werden. Die Bildung von kommunalen Demenznetzwerken mit Einbindung aller Akteure in Abstimmung mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden ist sinnvoll.

4.4.2 Kinder und Jugend

Die Versorgungs- und Kooperationsstrukturen der Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich grundlegend von denen Erwachsener. Es gibt eine strikte Trennung der Zuständigkeit sowohl im ärztlich-medizinischen Bereich als auch in den komplementären Versorgungsstrukturen. Dies bedeutet, dass nicht nur die Zugangswege völlig anders sind als im Erwachsenenbereich, sondern dass sehr enge Kooperationsstrukturen mit den Jugendämtern und den freien Trägern der Jugendhilfe bestehen. Darüber hinaus sind die Schulen wichtige Kooperationspartner, nicht nur weil alle Kinder der Schulpflicht unterliegen, sondern auch weil sich in vielen Fällen psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen auf deren Schulbesuch auswirken. Umgekehrt gibt es an den Kinder- und Jugendpsychiatrien schulische Bildungsangebote der sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung, die eine wichtige Schnittstelle zum allgemeinen Schulsystem darstellen und die Kinder und Jugendlichen in der

Reintegration in dem von ihnen besuchten Bildungsgang unterstützen. Demgegenüber spielen die sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen keine Rolle.

Ein großer Vorteil im Hinblick auf die nachhaltige Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch nach Klinikaufenthalten ist die gut ausgebaute komplementäre Versorgungsstruktur im Rahmen der Jugendhilfe. Hier erhalten nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch ihre Eltern Beratung und Unterstützung in sehr differenzierten und vielfältigen Formen. Dies kompensiert bis zu einem gewissen Grad die geringere Dichte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg im Vergleich zur erwachsenenpsychiatrischen Versorgung. Problembereiche sind im medizinischen System sowohl die unzureichende Zahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die unzureichenden stationären Kapazitäten.

Strukturell steigt der Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen trotz tendenziell zurückgehender Bevölkerungszahlen in diesem Alterssegment sowohl im kinder- und jugendpsychiatrischen als auch im Jugendhilfesektor. Dies hat einerseits mit gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und der daraus folgenden Destrukturierung von Familien und Erziehungsprozessen zu tun, andererseits aber auch mit einer zu begrüßenden zunehmenden Aufmerksamkeit für psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen, die früher tendenziell, zum Teil aus Scham, zum Teil aus Furcht vor Stigmatisierung ignoriert wurden.

Eine Besonderheit kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung ist die Tatsache, dass man sich, um erfolgreich Hilfe anbieten zu können, in weitaus stärkerem Ausmaß um die Situation der gesamten Familie kümmern muss. Die Einbeziehung der Familie in die Behandlung ist selbstverständlich und notwendig, komplementäre Unterstützungsstrukturen für Familien sind außerordentlich wichtig und im Rahmen der Jugendhilfe zumindest teilweise gegeben. Aufgrund der Tatsache, dass psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen häufig auch deren psychische, soziale und schulisch-berufliche Entwicklung erheblich beeinträchtigen, ist in wesentlich höherem Maß als bei Erwachsenen die Erarbeitung einer längerfristigen Behandlungs- und Betreuungsperspektive grundlegend für den Erfolg. Dies gelingt am besten in Zusammenarbeit zwischen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und pädagogischer Unterstützung im Rahmen der Jugendhilfe.

4.4.3 Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen

Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen gemäß der ICF-Definition (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen), wenn sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD – International Classification of diseases) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten) und wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).

Eine Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person wird verstanden als das Ergebnis der negativen Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kon-

textfaktoren. Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Er ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX.

Gemäß § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn sie körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hindern können. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Unter einer Intelligenzminderung (gemäß ICD) wird eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehengebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden, wobei besondere Beeinträchtigungen von Fertigkeiten vorliegen, die zum Intelligenzniveau beitragen wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Ferner liegt stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhaltens vor. Psychische Störungen bei Intelligenzgeminderten Kindern und Erwachsenen treten vier bis fünfmal häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung.

Symptomatik und Verlauf können erheblich von den üblichen Manifestationen abweichen, auch in Abhängigkeit von der Schwere der Intelligenzminderung. Zusätzlich finden sich spezifische psychische Störungen, die unmittelbar mit der Intelligenzminderung bzw. deren Ursache zusammenhängen (insbesondere die sog. Verhaltensphänotypen genetisch bedingter Behinderungssyndrome). Menschen mit diesen Doppeldiagnosen benötigen auch aufgrund der nicht selten eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und dem gestörten Sozialverhalten eine besonders geschützte und auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingerichtete diagnostische und therapeutische Umgebung. Diese ist im Rahmen der allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsstruktur oft nicht gegeben (eine der wenigen Ausnahmen stellt die Abteilung für Neuropsychiatrie am ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten dar), auch ist aufgrund häufiger Komorbidität (beispielsweise Epilepsie oder sonstige neurologische Störungen) eine enge Zusammenarbeit mit eher somatisch orientierten Fachgebieten notwendig. Die bisher im Land bestehenden ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen sind unterschiedlicher Qualität und decken zusammengefasst nur regional den Bedarf. Eine Verbesserung der flächendeckenden Versorgung, sowie bessere themenspezifische Weiterbildung des Fachpersonals sind wichtig, auch um unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention und der Maxime der Inklusion diesem Klientel zukünftig besser gerecht zu werden.

Für die besondere Personen- bzw. Zielgruppe – Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Beeinträchtigung bzw. Störung – muss eine gezielte gleichwertige Unterstützung und Förderung in beiden Bereichen erfolgen. Ferner muss ihr das gesamte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsspektrum zur Verfügung stehen. Außerdem Unterstützung und Förderung, die zur Teilhabe in der Gesellschaft befähigt. Dies ist derzeit noch nicht flächendeckend und wohnortnah gewährleistet.

4.4.4 Menschen mit Migrationshintergrund, Asylberechtigte, Geflüchtete

Menschen mit Migrationshintergrund sind oft besonderen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Unterschiedliche Faktoren wie z.B. Arbeitslosigkeit, Armutsgefährdung, ungünstige Wohnverhältnisse, Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung und Diskriminierung aber auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus vermindern die psychische Belastbarkeit und begünstigen das Auftreten psychischer Störungen. Bei Asylsuchenden bzw. Geflüchteten kommt häufig hinzu, dass sie durch körperlichen und/oder seelischen Missbrauch im Rahmen von Folter, Verfolgung, Vergewaltigung, Krieg oder Bürgerkrieg im Heimatland oder auf ihrer

Flucht traumatisiert sind und daher zusätzlich ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen besteht. Die Behandlung dieser Personengruppe kann dadurch erschwert werden, wenn zum einen eine zurückhaltende Einstellung der Betroffenen gegenüber psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten bestehen und zum anderen Sprachbarrieren oder kulturspezifische Besonderheiten häufig Hindernisse bilden.

Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz regelt in § 5 Absatz 4 Satz 2, dass bei der Ausgestaltung der Hilfen, der Unterbringung und des Maßregelvollzugs die Vielfalt der Lebensumstände, insbesondere die kulturelle und soziale Lebenssituation der betroffenen Personen, angemessen zu berücksichtigen ist. Um die bestehenden Barrieren zu überwinden, hat beispielsweise das ZfP Südwürttemberg ein Zentrum für Migrationspsychiatrie in Reutlingen aufgebaut. In einer psychiatrischen Tagesklinik sowie einer psychiatrischen Institutsambulanz werden fremdsprachige Patientinnen und Patienten mit sämtlichen psychiatrischen Erkrankungen unter Berücksichtigung ihres kulturellen Hintergrundes in ihrer Muttersprache behandelt. Ein weiteres Beispiel ist die Fachabteilung Transkulturelle Psychosomatik in der MediClin Klinik am Vogelsang in Donaueschingen, die seit November 2016 Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund aus ganz Deutschland behandelt. Auch im Maßregelvollzug werden soziokulturelle und religiöse Bedürfnisse so weit wie möglich berücksichtigt. Auch in Zukunft wird es angesichts von Migration und wachsender Vielfalt der Bevölkerung eine wichtige Aufgabe darstellen, zielgruppenspezifische und niederschwellige Angebotsstrukturen weiter zu etablieren und die interkulturelle Kompetenz der professionell Tätigen zu fördern, um den heterogenen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der psychiatrischen Versorgung gerecht zu werden.

4.4.5 Doppeldiagnosen bezüglich der Schnittstellen Psychiatrie und Sucht

Der Begriff Doppeldiagnose ist missverständlich, zum einen spricht man von Doppeldiagnose bei dem Vorliegen einer Intelligenzminderung in Kombination mit einer psychischen Störung (siehe hierzu Teil B Ziff. 4.4.3). Zum anderen wird vom Vorliegen einer Doppeldiagnose ausgegangen, wenn der bzw. die Betroffene nicht nur unter einer psychischen Störung, sondern zusätzlich unter einer Abhängigkeitsstörung (Suchterkrankung) leidet. Erstere Störung kann Folge oder Ursache der Suchterkrankung sein und muss prinzipiell gemeinsam mit der Suchterkrankung behandelt werden, typischerweise erschwert sie die Behandlung der Sucht. Alle ambulanten sowie stationären Behandlungseinrichtungen sind im Umgang mit diesbezüglichen Doppeldiagnosen geschult. Ambulante Maßnahmen sowie Rehabilitationsprogramme nehmen ebenfalls auf das Vorliegen beider Störungskomplexe (sogenannte Komorbidität) Rücksicht.

4.4.6 Kinder psychisch kranker Eltern⁹

In Deutschland leben rund drei Millionen Kinder, die mit einer psychischen Erkrankung bei einem oder beiden Elternteilen konfrontiert sind. Neben den alltäglichen Belastungen und Sorgen haben diese Kinder eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verweisen daher seit Jahren auf die Notwendigkeit und Bedeutung präven-

⁹ Der Originaltext der Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern kann im Anhang der Online-Version des Landespsychiatrieplans eingesehen werden.

tiver Hilfsmaßnahmen, um diese Kinder in ihren kindlichen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien zu stärken und somit das Erkrankungsrisiko nachhaltig zu senken. Modellprojekte konnten zeigen, dass niedrigschwellige, präventive Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern zu einem verbesserten allgemeinen Verständnis für die Erkrankung der Eltern führen, zudem finden sich positive Effekte bei den Kindern – beispielsweise bezüglich deren psychosozialer Entwicklung.

In Baden-Württemberg gibt es zwar vereinzelte zeitlich begrenzte Projektmaßnahmen, aber es fehlen verlässliche, flächendeckende regelfinanzierte präventive Unterstützungsangebote, da in Deutschland bislang keine gesetzliche Grundlage für die regelfinanzierte präventive Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien existiert.

Lösungsansätze für die komplexe Problematik setzen die strukturell und finanziell angelegte Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe voraus. Um die Thematik dauerhaft, grundlegend und losgelöst von sonst immer projektbezogen bleibenden Ansätzen zu lösen wird es für notwendig gehalten, eine geeignete Rechtsgrundlage auf Bundesebene zu schaffen oder die Thematik in den Präventionsleitfaden des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung mit aufzunehmen.

In § 5 Absatz 5 Satz 2 PsychKHG ist festgehalten, dass bei der Gewährung von Hilfen die besondere Situation von Kindern psychisch kranker oder behinderter Menschen berücksichtigt werden soll. Hierdurch wird ausweislich der Gesetzesbegründung dem Umstand Rechnung getragen, dass in Zeiten der Elternschaft psychisch kranke oder behinderte Menschen im besonderen Maße auf Unterstützungsangebote angewiesen sind.

Im Rahmen der Neuarbeitung des Landespsychiatrieplans wurde daher im Jahr 2015 eine Arbeitsgruppe unter Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration eingerichtet, die sich näher mit dem Thema Kinder psychisch kranker Eltern auseinandergesetzt hat. Teilnehmende sind u.a. Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Landesverbände, der Landesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern, der Liga, des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales, des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener und des Landesverbandes der Angehörigen Baden-Württemberg. Die Arbeitsgruppe wurde auf Wunsch der Beteiligten auch über die Erarbeitung des Textbeitrages für den Landespsychiatrieplan hinaus fortgeführt, da sie als wichtige Plattform für den Austausch und die Vernetzung der Beteiligten in Umsetzung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes fungiert. Sie widmet sich insbesondere der Frage, wie eine bessere Finanzierung von Präventionsmaßnahmen erreicht werden kann.

Ende Juni 2017 hat auch der Bundestag Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern gefordert, indem er auf einen interfraktionellen Antrag die Bundesregierung aufgefordert hat, eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien, relevanter Fachverbände und -organisationen sowie weiterer Sachverständiger einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, erarbeitet. Eine entsprechende Arbeitsgruppe hat zwischenzeitlich ihre Arbeit aufgenommen. Darüber hinaus sollen entsprechende Aufklärungsarbeiten gestartet sowie in die Aus- und Weiterbildung von Professionen investiert werden, die an der Versorgung von Kindern und deren psychisch kranken Eltern beteiligt sind.

4.4.7 Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, transgender, intersexuelle und queere Menschen (LSBTTIQ)

Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, transgender, intersexuelle und queere Menschen können durch kontinuierliche Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen sowie ggf. soziale Schwierigkeiten, die ihre sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität als Erleben der Minderheitensituation in der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft mit sich bringen, besonders psychisch belastenden Situationen ausgesetzt sein. Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, erleben, wenn sie mit ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität von der Mehrheitsgesellschaft abweichen, den doppelten Minderheitenstatus und fühlen sich auch innerhalb der Community fremd und isoliert. Um der besonderen Situation in Einrichtungen und seitens der Therapeutinnen bzw. Therapeuten gerecht zu werden, bedarf es einer vorurteilsfreien Auseinandersetzung mit lesbischen, schwulen, transsexuellen, transgender, intersexuellen und queeren Klientinnen und Klienten. Zudem können Vernetzung und Kontakte von Klientinnen bzw. Klienten zu den regionalen Angeboten der LSBTTIQ-Community und insbesondere zum psychosozialen, landesweiten Beratungsnetzwerk LSBTTIQ stabilisierend wirken.

4.4.8 Gewalt und psychische Erkrankung

Gewalt gegen Frauen

Frauen mit psychischen Erkrankungen sind in besonders hohem Maße von Gewalt betroffen. Viele Frauen- und Kinderschutzhäuser (FKH) und ambulante Beratungsstellen sind jedoch nicht entsprechend ausgestattet, um diese Frauen zu beraten oder zu betreuen. Daher gehören psychisch kranke Frauen zu der größten Gruppe unter den nicht aufgenommenen bzw. weitervermittelten Frauen in FKH. Eine Aufnahme ist nur möglich, wenn der Alltag im Frauenhaus gemeistert werden kann. Ist dagegen eine eigenständige Lebensführung im FKH nicht möglich, sind anderweitige Schutzangebote mit besonderer psychiatrischer Kompetenz erforderlich. Frauen- und Kinderschutzhäuser können sich bei Bedarf an die für ihre Region zuständigen aufnahmebereiten psychiatrischen Einrichtungen wenden.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist nach wie vor, trotz des Verbots gewalttätiger Erziehungsmethoden, ein erhebliches Problem in der Gesellschaft. Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend, insbesondere im familiären Kontext, beeinträchtigen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig und sind nachgewiesenermaßen ein erheblicher Risikofaktor für schwere psychische Erkrankungen, ausgeprägte Entwicklungsprobleme, aber auch Verhaltensstörungen mit dissozialen Entwicklungen und Suchterkrankungen. Primär sind für die Abwendung von Kindeswohlgefährdungen durch Gewalt in der Familie inklusive sexueller Gewalt die Jugendämter zuständig. Häufig bedürfen Kinder, die das erlebt haben – oft zogen sich Gewalterfahrungen, Deprivation und Missbrauch über lange Zeiträume hin – zusätzlich einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Dafür ist eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten erforderlich.

Ein weiteres Problem sind Mobbing-Erfahrungen, die ebenfalls Ursache für schwerwiegende und langanhaltende psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und ausgeprägte und anhaltende Selbstwertproblematiken sein können. Mobbing findet sowohl im unmittelbaren Kontakt, vor allem in schulischen Kontexten, wie auch in sozialen Netzwerken statt, wo es oft viel schwerer zu identifizieren und zu bekämpfen ist. Ein wichtiger Schritt zur Vorbeugung nachhal-

tiger Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Mobbing Erfahrungen war die Einführung von Mobbingbeauftragten in den Schulen, die Programme entwickelt haben, um Mobbing im schulischen Kontext wirkungsvoll zu begegnen. Wichtig ist hierbei ein frühzeitiges Aufgreifen und konsequentes, auch konfrontatives Bearbeiten des Mobbing in der sozialen Gruppe. Auch hier ist die Identifikation belasteter und psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und die Bereitstellung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote für diese Kinder und Jugendlichen ein wichtiger Baustein mit hoher sekundärprophylaktischer Relevanz.

Gewalt gegen Mitarbeitende

Bei der Umsetzung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes hat sich gezeigt, dass den psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen aufgrund der nunmehr gesetzlich geforderten Notwendigkeit der ständigen Begleitung bei Fixierungsmaßnahmen überwiegend ein relevanter personeller Mehraufwand entstanden ist. Dieser Umstand sowie die teilweise trotz der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung als unzureichend kritisierte Personalbesetzung wird von verschiedenen Seiten als Grund für eine Tendenz zu zunehmender Gewalt und Übergriffen gegenüber Beschäftigten angeführt.

Eine Auswertung der Daten der Zentren für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg und Reichenau der letzten Jahre zeigt allerdings, dass es zwar einen Anstieg der gemeldeten Fälle, jedoch keinen signifikanten Anstieg schwerer Aggressionen gegen Mitarbeitende gegeben hat, weshalb für eine zielführende Diskussion in der Sache eine valide Datenbasis erforderlich ist. In der ZfP Gruppe wird deshalb derzeit erwogen, ein einheitliches Verfahren für die Erfassung von Gewalt gegen Mitarbeitende zu implementieren.

Auch weitere Schwerpunkte des Themenbereichs Gewalt im Milieu wie bspw. Gewalt in der Familie und gegen Angehörige dürfen nicht aus dem Blick geraten und müssen intensiv diskutiert werden.

5 Öffentlichkeitsarbeit

Psychisch krank und somatisch krank ist für die Allgemeinbevölkerung zweierlei. Die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der Allgemeinbevölkerung hängt auch mit der falschen Vorstellung zusammen, dass diese Menschen unberechenbar und gewalttätig seien. Eingehende Untersuchungen von Gewalttaten psychisch kranker Menschen weisen darauf hin, dass es hinsichtlich der Gewaltdelikte über alle psychiatrischen Krankheitsbilder hinweg keinen wesentlichen Unterschied zur Allgemeinbevölkerung gibt. Leider werden Fälle, in denen ein psychisch kranker Mensch an einem Delikt beteiligt ist, in der Berichterstattung der Medien gerne spektakulär aufgegriffen. Dadurch erfahren psychisch kranke und behinderte Menschen eine falsche Art von Aufmerksamkeit. Es ist daher immer noch und immer wieder wichtig und notwendig, die nach wie vor bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abzubauen und für eine andere öffentliche Wahrnehmung zu sorgen.

Die Landesregierung sieht in der Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen psychischer Krankheiten und über deren therapeutische Beeinflussbarkeit eine wichtige Möglichkeit, bestehende Vorurteile gegenüber psychisch kranken und behinderten Menschen abzubauen.

Informationsdefizite über psychische Krankheitsbilder, Abwehrmechanismen und Ängste verhindern sach- und patientengerechte Auseinandersetzungen mit Fragen und Problemen psychischen Krankseins. Dies trifft nicht nur auf die Allgemeinbevölkerung, sondern durchaus auch

auf medizinisch gebildete Personen zu. Die Aufklärung der Bevölkerung ist daher ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur chancengleichen Gesundheitssicherung und gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen, wie sie das PsychKHG anstrebt. Sie beginnt dort, wo Menschen mit psychisch erkrankten Menschen Kontakt haben. Personen, die aus beruflichen Gründen in ständigem Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen stehen, können wichtige Multiplikatoren für eine aufgeschlossene Grundhaltung gegenüber psychisch kranken Menschen in der Bevölkerung sein. Aber auch die Berichterstattung in den Medien trägt zu der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Betroffenen und psychiatrischen Institutionen und Hilfeangeboten bei. Schließlich setzt sich die Aufklärung fort in der Beratung Betroffener, sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Angehörigen, die erstmals mit psychischer Erkrankung konfrontiert sind.

Eigenes Erleben und Umgang mit psychisch kranken Menschen im persönlichen Umfeld verursachen zunächst auch ein Bedürfnis nach Rat und Information. Nicht selten wird bei den allerersten Kontakten mit Personen und Einrichtungen der Psychiatrie und den dabei vermittelten Eindrücken die Meinung über „die Psychiatrie“ in der breiten Öffentlichkeit geprägt.

Politische Akzente setzen

Zur Erinnerung an die psychisch kranken und geistig behinderten Menschen, welche dem Terror des Nationalsozialismus zum Opfer fielen, gedenkt die Landesregierung gemeinsam mit den politischen Kräften und den Bürgerinnen und Bürgern im Land an das begangene Unrecht. Jährlich finden deshalb am 27. Januar landesweit Feierstunden in Gedenkstätten wie Grafeneck und in den Zentren für Psychiatrie statt. Auch die wissenschaftliche Forschung trägt dazu bei, die Geschehnisse aufzuarbeiten und das Gedächtnis an die Opfer zu bewahren.

Nicht zuletzt ist daher auch die Politik gefragt, zur Akzeptanz psychisch erkrankter und behinderter Menschen in alltäglichen Bereichen beizutragen.

So findet beispielsweise alljährlich am 10. Oktober der Welttag für seelische Gesundheit (World Mental Health Day) mit zahlreichen Veranstaltungen der unterschiedlichsten Akteure statt. Er wurde 1992 von der World Federation for Mental Health (WFMH) initiiert. Seit 1995 steht der Welttag für seelische Gesundheit unter einem wechselnden Motto, das die WFMH festlegt. Er wurde in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1994 auf eine Initiative des Landesverbandes Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg eingeführt. Der Landesverband verschickt jeweils einen Informationsbrief mit dem Jahresmotto des Welttags, weist auf seine Bedeutung hin und verbindet dies mit dem Aufruf an die im Bereich der Psychiatrie tätigen Verbände, Einrichtungen und Organisationen, sich mit den verschiedensten Aktionen einzubringen. Das Ministerium für Soziales und Integration unterstützt diese Initiative mit einem breitgefächerten Verteiler und schließt sich dem Aufruf an.

Auch der seit 2006 alle drei Jahre stattfindende Landespsychiatrietag dient dem Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen, engagierten Bürgerinnen und Bürgern, professionell Tätigen und Politik. Er geht zurück auf eine Initiative von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen und ist inzwischen die größte psychiatriepolitische Plattform Baden-Württembergs.

6 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Psychiatrie hat die Aufgabe, eine in allen Bereichen des Versorgungssystems optimale Krankenbehandlung sicherzustellen. Gesetzliche Regelungen zur Verpflichtung an der Teilnahme zur Qualitätssicherung finden sich u.a. für die vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung und Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in den §§ 135 ff. SGB V. Darüber hinaus ist in § 70 SGB V geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Für die Leistungen der Eingliederungshilfe ergeben sich durch das BTHG fundamentale Veränderungen. Die Leistungen sind vorrangig im Sozialraum zu erbringen und sollen die selbstbestimmte, volle und wirksame Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sicherstellen. Daher kann zwischen Leistungsträger und leistungsberechtigter Person eine Teilhabezielvereinbarung geschlossen werden. Die Erreichung der Ziele muss regelmäßig überprüft werden.

Auch im PsychKHG finden sich nunmehr wesentliche Instrumente der Qualitätssicherung: Die Ombudsstelle nach § 10 PsychKHG (s. hierzu Teil B Ziff. 3.1.3) berät die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen bei schwierigeren Sachverhalten, ohne dabei an Weisungen gebunden zu sein. Auch die Erfassung der Unterbringungsmaßnahmen und freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Unterbringungseinrichtungen in einem landesweiten, zentralen Melderegister (§ 10 Absatz 3 PsychKHG) schafft Transparenz und dient der Qualitätssicherung. Im Übrigen berichtet die Ombudsstelle dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit.

Ein weiteres Gremium zur Qualitätssicherung und auch Kontrolle insbesondere in den besonders grundrechtssensiblen Bereichen der öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung in stationären Einrichtungen stellen die Besuchskommissionen nach § 27 PsychKHG dar, die mindestens alle drei Jahre die anerkannten Einrichtungen überprüfen (s. hierzu Teil B Ziff. 3.1.4). Hierbei geht es um eine Kontrolle der allgemeinen Verhältnisse und der Qualität in den Einrichtungen, wie z.B. Verpflegung, Kleidung und Hygiene. Auch soll den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben werden, ihre individuellen Anliegen vorzutragen. Um die Qualität der Prüfungen sicherzustellen, sind die Besuchskommissionen mit verschiedenen professionellen Mitgliedern (u.a. Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Betreuungsrichterin oder Betreuungsrichter), Vertretern der IBB-Stellen, der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen besetzt.

6.1 Strukturqualität

Die strukturelle Qualität des Versorgungssystems ergibt sich aus den auf den psychiatrischen Versorgungsbedarf abgestimmten Versorgungsangeboten. Hier sind in erster Linie die Psychiatrie-Enquête von 1975 und die Expertenkommission von 1988 zu nennen, die wesentliche Anstöße für eine strukturelle Verbesserung der Versorgungsqualität geliefert haben. Auch das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene PsychKHG, das in einem großen Beteiligungsprozess erarbeitet wurde, leistet wesentliche Impulse für Diskussionen über eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Der Erlass der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahr 1991 war ein wesentlicher Schritt zur Optimierung der Strukturqualität durch leistungsbezogene Bemessung der Personalstruktur psychiatrischer Kliniken. Die durch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen reduzierten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Krankenhäuser erschweren allerdings eine vollständige Umsetzung der Personalverordnung, so dass vielerorts die gewünschte Qualität in der Behandlung nur durch das vermehrte Engagement der an der Versorgung Beteiligten erreicht werden kann.

Die im Rahmen des PsychVVG geschaffene Neuregelung des § 136 a Absatz 2 SGB V sieht nun vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal festlegen soll. Die Mindestvorgaben sollen zum 1. Januar 2020 die derzeit noch geltende Psych-PV ablösen.

Zu den qualitativen Qualitätssicherungsmaßnahmen gehört die Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung, durch die eine fachgerechte Weiterbildung im Interesse einer guten Strukturqualität erreicht wird.

Diese Fortschritte in der Strukturqualität sind wesentliche Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der Prozessqualität.

6.2 Prozessqualität

Eine wesentliche Rolle bei der Prozessqualität hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung spielen die psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften, die entsprechend der Weiterentwicklung des Kenntnisstandes moderne Diagnosesysteme entwickeln oder z.B. über Leitlinien Behandlungsstandards formulieren. Diese Aufgabe ist gerade in der Psychiatrie, die typischerweise mit komplexen und vielschichtigen Krankheitsprozessen konfrontiert ist, mit besonderen Herausforderungen verbunden.

6.3 Ergebnisqualität

Als Maß für die Effizienz stationärer Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen gilt die Verweildauer. Allein aus der Kürze der Verweildauer lässt sich jedoch keine Aussage über den Erfolg der Behandlung ableiten. Auch unerwünschte Patientenergebnisse im Rahmen der stationären Behandlung können als Maß der Ergebnisqualität herangezogen werden. Zunehmend spielen auch Aspekte der Lebensqualität der Betroffenen bei der Beurteilung der Ergebnisqualität eine Rolle.

Ein wichtiges und unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung ist die Erhebung von patientenbezogenen Daten und die Dokumentation therapeutischer Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse. Unter stationären Behandlungsbedingungen ist die psychiatrische Krankengeschichte das zentrale Dokumentationsinstrument. Als Quelle für Qualitätsanalysen ist sie auf Grund ungenügender Standardisierung jedoch nur bedingt geeignet. Für eine standardisierte psychiatrische Basisdokumentation, die auch auf Fragen der Qualitätssicherung zugeschnitten ist, stehen mehrere geeignete Dokumentationsinstrumente zur Verfügung. An den Zentren für Psychiatrie werden solche Erhebungsinstrumente eingeführt. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sind flächendeckend kompatible Dokumentationsinstrumente anzustreben. An den

Fachkliniken und Abteilungen werden zusätzlich regelmäßig Stichtagserhebungen zur Patientenstruktur durchgeführt. Dieses Datenmaterial wird analysiert und ist u.a. Grundlage für die interne Personalbemessung in den Abteilungen. Daneben werden Teilaspekte der Ergebnisqualität (z.B. Verweildauer, besondere Vorkommnisse) in Baden- Württemberg erfasst und ausgewertet.

Mit Herausgabe der ersten „Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg“ im Jahre 2011 von KVJS, Städte- und Landkreistag konnte den Stadt- und Landkreisen erstmals ein detaillierter Überblick über die Angebote und Versorgungssituation in den Kreisen gegeben werden. Erhoben werden in der in regelmäßigen Abständen aktualisierten Dokumentation beispielsweise Daten zu den Gemeindepsychiatrischen Zentren, den verschiedenen Wohnformen, der Tagesstruktur oder der stationären und ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung. Die Dokumentation kann somit als Instrument der kommunalen Sozialplanung dienen, Transparenz herstellen und eine Orientierungshilfe sein. Sie schafft die Basis für weitergehende Diskussionen wie beispielsweise über Qualitätskriterien im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

C VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND VERSORGUNGSANGEBOTE

1 Allgemeinpsychiatrische, psychotherapeutische Versorgung

1.1 Allgemeines

Überlegungen zur Versorgung psychisch kranker Menschen haben sich zu Anfang des 19. Jahrhunderts im Land Baden-Württemberg im Wesentlichen auf die Zielgruppe konzentriert, die heute mit dem Begriff der Allgemeinpsychiatrie umrissen wird: Menschen mit den Krankheitsdiagnosen Schizophrenie, Depression, Manie, später auch Persönlichkeitsstörungen, schwere Zwangserkrankungen oder Angststörungen und Personen mit Mehrfachdiagnosen. Manche dieser Erkrankungen verlaufen sehr schwer, mit einem dauerhaften oder immer wiederkehrenden intensiven Behandlungs- und Hilfebedarf in verschiedenen Lebensbereichen. Entsprechend hat sich in den vergangenen 200 Jahren eine sehr differenzierte Versorgungsstruktur entwickelt, die heute eine umfassende Hilfe, Unterstützung und Behandlung der Betroffenen ermöglicht. Dennoch sind weitere Verbesserungen notwendig, neue Entwicklungen und Herausforderungen müssen bedacht werden.

Psychiatrie-Enquête und Folgen

Zwar existierten schon in den fünfziger Jahren mehrere Voraussetzungen für Reformen – zum einen gab es die Vorkriegstraditionen der Familienpflege, der aktivierenden Arbeitstherapie, der ambulanten Fürsorge und der öffentlichen Gesundheitspflege, doch dauerte es noch Jahrzehnte, bis sich die Psychiatrie in Deutschland nachhaltig ändern sollte. Im Jahr 1962 wurde in Frankfurt die erste Tagesklinik eröffnet, bis 1968 folgten weitere fünf Einrichtungen, darunter Winnenden (1966) und Heidelberg (1967). Doch während in England 1968 bereits 35.000 Patientinnen und Patienten in Tageskliniken versorgt wurden, befanden sich in Deutschland im gleichen Zeitraum nicht mehr als 300 Patientinnen und Patienten in tagesklinischer Behandlung. Erst in den sechziger Jahren setzte eine breitere theoretische und praxisbezogene Kritik der Psychiatrie ein. Die Psychiatrie-Enquête von 1975 führte zur Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen und zu einem bis heute nicht abgeschlossenen Reformprozess. So ist erst in den letzten dreißig Jahren die „Sozialpsychiatrie“ im Sinne einer die Soziologie berücksichtigende Epidemiologie psychischer Störungen sowie Konzepte und Initiativen zum Aufbau von dezentralen, partizipativen Versorgungsstrukturen nicht nur theoretisch diskutiert worden, sondern bei den Betroffenen angekommen. In Form der „Gemeindepsychiatrie“ ist es das praktische Ziel der Sozialpsychiatrie, eine vernetzte, multiprofessionelle Versorgungslandschaft zu etablieren und nachhaltig vorzuhalten. Es sollte in diesem Kontext nicht vergessen werden, dass beispielsweise der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) in Stuttgart erst auf den Landespsychiatrieplan des damaligen Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit Baden-Württemberg aus dem Jahr 2000 zurückgeht, also jüngsten Datums ist.

Die zwei Kernforderungen der Enquêtekommission in ihrem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik 1975 – bedarfsgerechte und gemeindenahere Versorgung sowie Gleichstellung von seelisch und körperlich kranken Menschen – sind auch bis heute nicht vollständig umgesetzt. Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahr 1991 war eine Finanzierungsgrundlage geschaffen worden, welche auch der Öffnung und Ambulantisierung dienen sollte. Diese ist zunehmend nicht nur durch Budgets gefährdet, sondern auch durch einen sich verstärkenden Fachkräftemangel. Der gesellschaftlichen Forderung nach einer menschenwürdigen und verlässlichen psychiatrischen Hilfe in Wohnortnähe wird man zukünftig nur unter er-

heblichem Aufwand im Sinne verstärkter Qualifizierung und flexibler Strukturen gerecht werden können.

In Baden-Württemberg wurden bis zum Jahr 2006 Betten in der stationären psychiatrischen Regelversorgung abgebaut, 1995 gab es noch 7.065 psychiatrische Krankenhausbetten, 2006 noch 5.854. Ab dem Jahr 2007 stieg die Anzahl der stationären psychiatrischen Betten wieder auf derzeit 6.510 Betten an. Die Anzahl der teilstationären Plätze ist seit dem Jahr 1995 von 341 Plätzen auf 1.765 Plätze angestiegen.

Aufgrund unterschiedlicher Einflussgrößen lässt sich nicht sagen, ob die Prävalenz für psychische Störungen in Deutschland und Europa ansteigt. Sicher ist, dass die institutionelle Inanspruchnahme, also die Inanspruchnahme ambulanter und (teil)stationärer Leistungen, zunimmt.

Folgende Gründe werden hierfür diskutiert:

- eine allgemeine Schwellensenkung und höhere Akzeptanz der psychiatrisch/ psychotherapeutischen Versorgung in der Bevölkerung,
- die Wahrnehmung psychischer Probleme und ihrer Behandlungsmöglichkeiten hat sich verbessert,
- Nachholeffekte bei bisher nicht versorgten oder unterversorgten Bedarfsgruppen,
- die Inanspruchnahme wird durch die häufigere Thematisierung in den Massenmedien gefördert.
- Nicht ausreichend Belege gibt es dagegen für eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Entstigmatisierungseffekte.

Die Arbeitsunfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankungen nimmt seit Mitte der 1970er Jahre langsam aber kontinuierlich zu, während Fehltag bedingt durch körperliche Erkrankungen in den letzten Jahren eher rückläufig sind.

Von 1991 bis 2004 sank die Zahl der Tage, die ein psychisch kranker Erwachsener in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurde, von 65 auf 24. Die Behandlungsdauer hat sich damit seit der Psychiatrie-Enquête mehr als halbiert. Ausweislich der Daten des Statistischen Bundesamtes ist ein Erwachsener aktuell durchschnittlich dreieinhalb Wochen in stationärer Behandlung, seit 2004 ist die durchschnittliche Behandlungsdauer langsamer, aber stetig weiter gefallen. Hierbei muss erwähnt werden, dass, selbst wenn die Ausgaben für psychische Krankheiten ansteigen, der Anteil an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen immer noch vergleichsweise gering ist. Hauptkostentreiber bleibt der medizintechnologische Fortschritt, welcher das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie wenig betrifft.

Trotz gestiegener Patientenzahlen ist die Personalausstattung, insbesondere im Pflegebereich, aufgrund der jährlichen Unterfinanzierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gesunken. Dies hat zu einer immer größeren Arbeitsverdichtung und -belastung vor allem in den Krankenhäusern für Psychiatrie geführt. Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser kompensieren außerdem Defizite in der ambulanten Versorgung. Aufgrund der Unterversorgung im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, vor allem in strukturschwachen und ländlichen Regionen, kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ häufig nicht befolgt werden.

Während Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Durchschnitt 400 Fälle im Quartal behandeln, liegen sowohl die Fachärztinnen und -ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie als auch die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und andere psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen bei etwa 50 Fällen im Quartal. Eine höhere Fallzahl geht meist auf Kosten der Intensität therapeutischer Betreuung.

Quantitativ entfällt mit Abstand der größte Anteil der psychotherapeutischen Leistungen auf psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Hausärztinnen und -ärzte, bei

der Abrechnung von Gesprächen liegen die Psychiaterinnen und Psychiater vor allen anderen psychotherapeutischen Fachgruppen.

1.2 Prävention

Der Bundesgesetzgeber hat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG, s. hierzu auch Teil B Ziff. 4.2.1) als vierte Säule im Gesundheitswesen, neben der ambulanten Primärversorgung, der Akutversorgung und Rehabilitation etabliert. Das Gesetz setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Präventionsakteure gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, soziale Pflegeversicherung, private Krankenversicherungen sowie alle Leistungserbringer. Insgesamt wurden mit dem Präventionsgesetz die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung verdoppelt. Schwerpunkte des Gesetzes sind neben der betrieblichen Gesundheitsförderung auch Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt. Das Gesetz soll u.a. dazu beitragen, die Morbidität von Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus oder die Mortalität von Brustkrebs zu reduzieren. Insbesondere sollen die formulierten Bundesgesundheitsziele sowie die landesspezifischen Gesundheitsziele bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes berücksichtigt werden. Hierzu zählen auch die Verhinderung, Früherkennung und nachhaltige Behandlung von depressiven Erkrankungen sowie die Reduktion von Tabakkonsum. In der Umsetzung werden künftig viele der an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten zur Mitwirkung aufgefordert sein, um die notwendige Fachlichkeit in der Präventionsarbeit zu stützen und zu sichern.

Aber auch unabhängig von diesem Gesetz werden im Bereich der Prävention allgemeinspsychiatrischer Erkrankungen in den letzten Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen. Eingebunden sind hierbei Bildungsträger, Beratungsstellen, aber auch die Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Betroffeneninitiativen. Koordiniert werden entsprechende Aktivitäten in der Regel auf kommunaler Ebene. Die Finanzierung erfolgt zum Teil durch die Krankenkassen, die auch selbst entsprechende Angebote vorhalten, über Bundesmittel sowie durch kommunale Förderung. Aber auch die Eigeninitiative vieler Trägereinrichtungen und das Engagement von Bürgerhelferinnen und -helfern muss hier erwähnt werden.

Im Übergang von Prävention zu Früherkennung und Frühintervention (wie z.B. Krisenbehandlung) spielen die Primärversorger im medizinischen System, die Hausärztinnen und Hausärzte sowie verschiedene Anlaufstellen in der Kommune eine große Rolle.

1.3 Allgemeine Versorgung

Die Versorgung unkomplizierter allgemeinspsychiatrischer Störungen erfolgt in der Regel durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, vor allem die Hausärztinnen und der Hausärzte, im Bedarfsfall unter Einbeziehung der fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie und der Nervenärztinnen und -ärzte. Für die psychotherapeutische Behandlung steht die große Gruppe der niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung. Problematisch ist dabei die Notwendigkeit einer Beantragung von psychotherapeutischer Behandlung, die immer als Einzelfallentscheidung genehmigt werden muss. Mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie zum 1. April

2017 wurde das Gutachterverfahren für die ersten beiden Kurzzeittherapien bereits abgeschafft, was die Entbürokratisierung begünstigt. Eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung kann, auch durch die limitierte Bedarfsplanung und die beschränkte Finanzierung im System der niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, derzeit nicht gesichert werden. Eine Lösung dieses Problems ist nur auf Bundesebene möglich. Die neue Psychotherapie-Richtlinie macht hier Hoffnung, da sie offenkundig auf eine stärkere Beteiligung auch der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Akutversorgung psychisch kranker Menschen fokussiert.

In Baden-Württemberg fordert das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in § 3 Absatz 3, dass die Hilfen gemeindenah vorgehalten werden und möglichst wenig in die gewohnten Lebensverhältnisse von Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, eingreifen. Das Gesetz stellt daher die sozialpsychiatrischen Dienste und die Gemeindepsychiatrischen Verbände in den Vordergrund (s. hierzu Teil B Ziff. 4.2.5 und 4.3.1.3).

1.3.1 Ambulante und teilstationäre Angebote

Neben anderen Einflussgrößen wie Angst um den Arbeitsplatz, ist es auch dem konsequenten Ausbau der ambulanten Angebote in den letzten Jahren geschuldet, dass die stationären Behandlungszeiten kontinuierlich verkürzt werden konnten. Die damit einhergehende Entwicklung komplexer wohnort- bzw. gemeindenaher Hilfeangebote hat gezeigt, dass nicht nur Menschen, die an schizophrenen Psychosen leiden, sondern auch andere Patientengruppen (Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen oder gerontopsychiatrischen Störungen) davon profitieren konnten. Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen etwa macht zwar im stationären Kontext durch Spezialstationen große Fortschritte, aber auch hier steht aus therapeutischen Überlegungen heraus die ambulante Behandlung im Vordergrund. Eine neue Herausforderung der Zukunft wird die wachsende Zahl der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sein. Für sie gilt es, mehr spezifische ambulante Angebote zu schaffen und zu etablieren.

Vielerorts wird durch die Gründung von Tagesklinik-Ambulanz-Zentren eine Durchlässigkeit zwischen ambulanter und teilstationärer Behandlung bereits erreicht. Im Idealfall sind entsprechende Zentren räumlich und organisatorisch auch noch eng mit den korrespondierenden stationären Behandlungseinheiten verbunden. Solche Tagesklinik-Ambulanz-Zentren können auch fachspezifisch organisiert sein, zum Beispiel für die Depressionsbehandlung. Es gibt aber auch Zentren, die nebeneinander in jeweils spezialisierten Einheiten unterschiedliche Fachgebiete beherbergen.

Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen stellen mit 40 bis 60 % aller im Spektrum der Allgemeinpsychiatrie Behandelten die größte Gruppe. Hier kam es seit 2002 zu einer Steigerung von fast 100 %. Es stellt sich dabei die Frage nach notwendigen organisatorischen Veränderungen und/oder dem Aufbau weiterer spezialisierter Behandlungsangebote für diese Patientengruppe.

Gemeindepsychiatrischer Verbund, Integrierte Versorgung (IV) und Hometreatment

Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen mit psychotischen und affektiven Störungen ist auch deshalb schwierig, weil eine mehr oder weniger strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantom Sektor mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und somit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sozialgesetzbücher Schnittstellenprobleme verursachen und

einer Versorgungskontinuität und Kooperation entgegenstehen. Dem Umstand, dass Patientinnen und Patienten nach kurzem Aufenthalt zu Hause wieder in die Klinik eingewiesen werden müssen – sogenannter Drehtüreffekt – wirken die in allen Stadt- und Landkreisen existierenden Netzwerke der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) entgegen, welche ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zusammenbringen (s. hierzu Teil B Ziff. 4.2.5). Ebenso verfolgen etablierte Gemeindepsychiatrische Netze, z.B. zur integrierten Versorgung, in zahlreichen Regionen dieses Ziel. Bedauerlicherweise ist die Finanzierung solcher Netze nicht regelhaft. Mit der Einführung der §§ 140 ff. SGB V ist es seit 2004 für Krankenkassen möglich, direkt mit den Leistungserbringern Verträge zur integrierten Versorgung (IV) abzuschließen. Dies ist nicht nur für die Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten sinnvoll, sondern auch vor dem Hintergrund steigender Leistungsausgaben in der Psychiatrie im Vergleich zur Somatik bedeutsam.

Laut Sozialgesetzbuch V können die Krankenkassen Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung „einschließlich der komplexen psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld“ durchführen. In anderen Bundesländern sind bereits erste Modellprojekte zum so genannten Hometreatment realisiert worden. Mit dem landesweit ersten Modellprojekt zur psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld erprobt das Klinikum Heidenheim nun ein dezentrales und niederschwelliges Angebot, wie die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg zukünftig gestärkt und ausgebaut werden könnte (s. hierzu Teil B Ziff. 4.3.1.5). Mit dem Begriff wird eine ambulante psychiatrische Behandlung bezeichnet, die im Wohn- und Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten stattfindet.

Zum Überbegriff Hometreatment liegen international mehr als 100 kontrollierte Studien vor. Gemeinsame Merkmale sind Multiprofessionalität, Teambasierung, regionaler Versorgungsauftrag sowie die Zielgruppe schwer psychisch kranker Personen, für die die Behandlung durch Therapeutinnen und Therapeuten in vertragsärztlicher Praxis nicht ausreicht. Diese Art der Versorgung zielt auf die Reduzierung von Zahl bzw. Dauer stationärer Behandlungen, die Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, die Zufriedenheit von Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen sowie Kosteneffektivität hin.

Komplexe Hilfebedarfe und Vernetzung

Für die Gruppe der Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung einen komplexen Hilfebedarf entwickeln und wiederkehrend oder dauerhaft eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung und unterstützende Begleitung benötigen, sowie für Patientinnen und Patienten, die an schweren einzelnen Krankheitsphasen leiden, stehen weitere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Versorgungssystem zur Verfügung. Behandlung findet dann phasenweise oder auch dauerhaft im Kontext der klinischen Versorgung statt. Diese umfasst die ambulante, tagesklinische und vollstationäre Behandlung. In jeder dieser Einheiten wird, entsprechend einer mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmten Therapiezielplanung, die Behandlung in einem multiprofessionellen Team durchgeführt. Dies geschieht in den wohnortnah eingerichteten Psychiatrischen Institutsambulanzen, den Tageskliniken, Satellitenstationen und psychiatrischen Kliniken, in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, an medizinischen Zentren und eingebunden in sozialpsychiatrische Strukturen wie in Gemeindepsychiatrischen Zentren. Gemeindepsychiatrische Zentren sind ambulante Netzwerke im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Hier arbeiten ambulante psychosoziale, rehabilitative und medizinische Dienste zusammen, vor allem sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten und Psychiatrische Institutsambulanzen (s. hierzu Teil B Ziff. 4.3.1.3).

Stationsäquivalente Behandlung

Hier erfolgt eine Akutbehandlung zuhause bei den Patientinnen und Patienten, die durch das neue Versorgungsgesetz für die Psychiatrie (PsychVVG), das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, ermöglicht wird. Deutlich wird an dieser Gesetzgebung, dass die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen in ihrem direkten Lebensumfeld immer stärker in den Fokus gerät und sich die tradierten Versorgungsstrukturen der Behandlung, aber auch der Betreuung und Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen, daran orientieren müssen.

Im Bereich der außerklinischen Versorgung wird dies im Bundesteilhabegesetz, das seit 1. Januar 2017 in Kraft ist, betont. Das SGB IX enthält die Vorschriften für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und wurde durch Artikel 2 des Bundesteilhabegesetzes vollkommen verändert. Eine wesentliche Veränderung besteht darin, dass die Fachleistungen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII in den zweiten Teil des SGB IX integriert wurden und dieses sich dadurch in ein Leistungsgesetz verwandelt hat. Bei Feststellung einer wesentlichen Behinderung erhielten Menschen mit einer psychischen Erkrankung Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft nach § 53 SGB XII (i.d.R. in Formen des Betreuten Wohnens) und der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Die bisherigen Leistungen des Betreuten Wohnens erhalten sie ab 2020 als Leistungen der sozialen Teilhabe über den neu eingefügten Teil 2 des SGB IX. Diese Leistungen erhalten sie nicht mehr im Rahmen einer Institution wie einem Wohnheim, sondern als personenzentrierte Leistungen. Der ursprüngliche Zweck des SGB IX, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und für von Behinderung bedrohte Menschen zu unterstützen, wird damit auf eine sozialrechtliche Grundlage gestellt.

Psychiatrische Institutsambulanzen

In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in den Psychiatrischen Institutsambulanzen vervielfacht. Heute werden in vielen psychiatrischen Kliniken mehr Menschen ambulant als stationär versorgt. Als Kooperationspartner der Gemeindepsychiatrischen Zentren sind die Ambulanzen ein wichtiges Bindeglied zwischen den medizinischen und psychosozialen Hilfeangeboten. Die psychiatrischen Institutsambulanzen haben dabei die Aufgabe, schwer- und chronisch erkrankte Menschen, die im Vertragsarztsystem nicht adäquat versorgt werden können, ambulant zu behandeln. Die Behandlung erfolgt in multiprofessionellen Teams, die im Einzelfall auch aufsuchend tätig sind. So sorgen die psychiatrischen Institutsambulanzen in Ergänzung zum Vertragsarztsystem dafür, dass gemeinsam mit den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Versorgungsaufgaben angesichts der steigenden Zahl von psychisch kranken Menschen erfüllt werden können.

1.3.2 Stationäre Versorgungssituation und teilstationäre Bedarfsplanung

Die Krankenhausplanung erfolgt auf der Grundlage der Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO). Diese sieht für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vor, der Bedarf an stationären Betten und teilstationären Plätzen wird für die jeweiligen Fachgebiete getrennt ermittelt und ausgewiesen. Für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie wird der Bedarf entsprechend der Nachfrage unter Einbeziehung des notwendigen Bettennutzungsgrads von 90 % durch Anwendung der Burton-Hill-Formel ermittelt.

$$\text{Betten} = \frac{\text{Berechnungstage} \times 100}{365 \times 90 \%}$$

Für die Ermittlung des Bedarfs teilstationärer Plätze wird davon ausgegangen, dass diese nur an Werktagen betrieben werden.

$$\text{Plätze} = \frac{\text{Berechnungstage} \times 100}{250 \times 90 \%}$$

Die Ermittlung des Bettenbedarfs erfolgt entsprechend der o.g. Formeln individuell für jedes Krankenhaus.

Derzeit werden in Baden-Württemberg für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie 6.508 vollstationäre Betten und 1.631 teilstationäre Plätze von 51 Krankenhäusern betrieben:

Jahr	Betten	Plätze
2000	6.396	557
2005	6.031	932
2010	6.030	1.098
2015	6.417	1.503
2016	6.427	1.504
2018	6.508	1.631

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2002 wurden 67.864 Fälle stationär im Krankenhaus behandelt, im Jahr 2016 waren es 89.997 Fälle. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist im gleichen Zeitraum von 30,13 auf 26,7 Tage zurückgegangen.

Der Bedarf an tagesklinischer Versorgung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2005 wurden 6.205 und im Jahr 2016 14.479 Fälle teilstationär behandelt. Deshalb ist die Zielgröße von 750 teilstationären Plätzen des Psychiatrieplans 2000 überschritten worden. Im Jahr 2000 wurden von 20 Krankenhäusern 466 tagesklinische Plätze betrieben, im Jahr 2018 von 43 Krankenhäusern 1.636. Dieser Anstieg führte zu einem weitgehend flächendeckenden Angebot mit tagesklinischen Plätzen. Es hat sich gezeigt, dass Krankenhäuser der teilstationären Behandlung immer größere Bedeutung beimessen und zum Teil stationäre Betten in teilstationäre Plätze umwandeln. Krankenhausplanerisch sind bereits 1.765 Plätze ausgewiesen, d.h. es werden noch 129 Plätze in Betrieb genommen.

Psychisch kranke Menschen werden stationär und teilstationär in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und in somatischen Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen behandelt:

Krankenhaus	Betten	Plätze
Fachkrankenhaus	4.588	1.037
Fachabteilung	1.922	599
Summe	6.510	1.636

Zur flächendeckenden Versorgung tragen auch psychiatrische Fachkrankenhäuser bei, die an somatischen Krankenhäusern Satelliten betreiben, d.h. Betten oder Plätze an andere Standorte verlagert haben. 13 Krankenhäuser betreiben 25 Satelliten mit insgesamt 340 Betten und 519 Plätzen.

Die Krankenhäuser differenzieren in der Regel das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in die Teilgebiete Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin, welche im Krankenhausplan jedoch nicht gesondert ausgewiesen werden. Es liegt in der Verantwortung der Krankenhäuser, die Ressourcen entsprechend der Nachfrage einzusetzen. Eine Ausnahme bilden die suchtmmedizinischen Tageskliniken, die gesondert im Krankenhausplan ausgewiesen werden. Insgesamt 15 Krankenhäuser verfügen über einen entsprechenden Versorgungsauftrag.

Fazit

Die Patientenzahlen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Deshalb wurden die stationären und teilstationären Kapazitäten laufend angepasst. Gleichzeitig wurde die wohnortnahe Versorgung durch die Einrichtung von Satelliten wesentlich verbessert. Die teilstationäre Behandlung hat erheblich an Bedeutung gewonnen und wird voraussichtlich noch weiter zunehmen.

1.3.3 Konsil- und Liaisondienste

Unter Konsiliardienst versteht man eine fachärztliche Beurteilung im Auftrag einer behandelnden Ärztin oder eines behandelnden Arztes. Mit dem Liaisondienst ist die fachärztliche Mitbetreuung während eines Krankenhausaufenthaltes im Auftrag der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes gemeint. Nachdem traditionell die psychiatrische Konsiltätigkeit im Wesentlichen aus der Allgemeinpsychiatrie heraus durchgeführt wurde und dies in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder Satellitenstationen in der Regel immer noch der Fall ist, setzt sich an vielen Orten zunehmend eine fachspezifische Konsiltätigkeit mit den Schwerpunkten Suchterkrankung, Alterspsychiatrie, Psychosomatik und Allgemeinpsychiatrie durch.

Während die Konsiltätigkeit überall realisiert wird, ist Liaisonstätigkeit nur an wenigen Standorten im klinischen Alltag zu finden. Hier besteht ein dringender Entwicklungsbedarf, insbesondere auch in der Psychoonkologie oder der Geriatrie.

1.3.4 Rehabilitation und Teilhabe

Während für die Gruppe der depressiv erkrankten Menschen und anderer Gruppen psychisch kranker Menschen die Angebote in Rehabilitationskliniken und bei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen traditionell gut ausgebaut sind und die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit gefördert wird, ist dies für die Gruppe der an schizophrenen und affektiven Psychosen sowie an Persönlichkeitsstörungen erkrankten Menschen in der Regel nicht möglich. Einrichtungen der medizinischen und auch beruflichen Rehabilitation für diese Zielgruppe sollen wohnortnah, leicht erreichbar und auch im ambulanten bzw. teilstationären Setting auf- und ausgebaut werden. Dennoch ist auch heute noch eine große Zahl an Fehlplatzierungen akut erkrankter Menschen in rehabilitativen Einrichtungen zu verzeichnen. Die aufeinander abgestimmte Abfolge von Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung erhält aber derzeit neue Impulse durch Reha-Direkt-Modelle, die in enger Abstimmung mit der DRV Baden-Württemberg entwickelt und derzeit erprobt werden.

Psychisch kranke Menschen sind deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Es bedarf hier besonderer Maßnahmen der Reintegration in das Berufsleben, die bisher nicht in dem gewünschten Maß zum Erfolg führen. Immer mehr Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt. Das Ziel einer gesellschaftlichen

Inklusion wird dadurch zum Teil verfehlt. Hier sollte der sog. „real-life-first“-Ansatz, also das Wohnen im Bereich des allgemeinen Wohnungsmarktes bzw. Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, stärker in den Blick genommen werden (s. hierzu Teil B Ziff. 4.3.1.9).

Während die Psychiatrie-Enquête noch von einer institutionellen Sichtweise auf das Versorgungsgeschehen geprägt war, stehen mittlerweile die Patientin und der Patient im Mittelpunkt der Betrachtung. Diese Patientenorientierung prägt sowohl Gesetzestexte wie die UN-Behindertenrechtskonvention oder das PsychKHG Baden-Württemberg. Sie findet sich aber auch in den Leitbildern und strategischen Planungen der psychiatrischen Kliniken ebenso wie der Träger der Eingliederungshilfe.

Bundesteilhabegesetz und Hilfeplanung

Das Bundesteilhabegesetz verschiebt alle Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus der Sozialhilfe in das Recht der Rehabilitation und erneuert u.a. das Recht zur Teilhabe am Arbeitsleben. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert bereitgestellt werden sondern sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Der große Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf eine hohe Bedeutung hat, wird dadurch auf selbstbestimmte Strukturen konzentriert und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nochmals gestärkt. Auch dies geschieht im Sinne der Klientinnen und Klienten, bedarf aber eines gewaltigen Anpassungsprozesses auf Seiten der Leistungserbringer.

Seit geraumer Zeit bilden die Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Träger in den Bereichen Eingliederungshilfe, Rehabilitation und Pflege um eine Unterstützung in allen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit und Soziale Teilhabe die Basis der Versorgung für chronisch psychisch kranke Menschen und werden durch die o.g. Behandlungsangebote unterstützt. Erklärtes Ziel ist es dabei, als Betroffene oder Betroffener ein möglichst wenig eingeschränktes Leben in weitgehend selbstständiger Lebensführung mit hoher Lebenszufriedenheit führen zu können. Dabei wird die Rolle der Patientinnen und Patienten in diesem Prozess immer weiter gestärkt. Die in Baden-Württemberg vielfach eingeführten Strukturen der Hilfeplanung, insbesondere der Hilfeplankonferenzen in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, sind hierfür hilfreich und notwendig. Diese Hilfeplanung unter Beteiligung der Betroffenen und die verbindliche Einbindung von Leistungsträgern und Leistungsanbietern sollte weiter intensiviert werden, um eine passgenaue individuelle Unterstützung der Betroffenen zu erreichen. Dabei muss – wo möglich – eine ambulante Lösung gefunden werden, wo nötig sollten aber auch intensiv betreute, ggf. geschlossen geführte Wohnangebote zur Verfügung stehen. Dies ist noch nicht in allen Regionen des Landes der Fall.

Die in den letzten Jahren begonnene Einbindung von Genesungsbegleitenden (EX-IN), die auf der Basis ihrer persönlichen Krankheitserfahrung und einer entsprechenden Qualifikation unterstützend tätig sind, können und sollten in die Behandlung und Betreuung verstärkt eingebunden werden.

Persönliches Budget

Auf Antrag des Leistungsberechtigten werden Leistungen zur Teilhabe durch die Leistungsform eines Persönlichen Budgets ausgeführt, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Das Persönliche Budget kann auch nicht trägerübergreifend von einem einzelnen Leistungsträger erbracht wer-

den. Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt. Die Höhe des Persönlichen Budgets orientiert sich am individuellen Bedarf und soll die Höhe der bisherigen Sachleistungen nicht überschreiten. Durch die Leistungsform des Persönlichen Budgets soll das Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen gestärkt werden. Grundlage des Persönlichen Budgets ist eine Zielvereinbarung zwischen dem leistungsberechtigten Menschen (Budgetnehmerin bzw. Budgetnehmer) und dem Leistungsträger oder den Leistungsträgern (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Rentenversicherung, Integrationsamt). Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, spricht man von einer „trägerübergreifenden Komplexleistung“. Ansprechpartner für den behinderten Menschen ist dann immer nur ein Kostenträger; dieser organisiert die Koordination und Abrechnung mit den anderen Kostenträgern. Leider sind Versuche, über persönliche Budgets die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken, noch nicht in größerem Umfang umgesetzt worden. Es ist zu hoffen, dass durch das Bundesteilhabegesetz hier eine neue Dynamik entsteht. Im Gegensatz dazu ist die integrierte Behandlung und Rehabilitationsplanung die unter intensiver Beteiligung der Patientinnen und Patienten durchgeführt wird, fester Bestandteil des Versorgungssystems. Dies setzt sich auch innerhalb der Institutionen in Form der wöchentlichen individuellen Therapiezielplanung in den Kliniken oder der entsprechend gestalteten Wiedereingliederungsplanung und Rehabilitationsplanung in den dafür zuständigen Institutionen fort.

Gemeindepsychiatrische Versorgung

Eine wesentliche Rolle in der Versorgung psychisch kranker Menschen spielen auch die anteilig über die Kommunen finanzierten sozialpsychiatrischen Dienste und Beratungsstellen. Neu hinzugekommen sind in Umsetzung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Baden-Württemberg die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen, die auf ehrenamtlicher Basis zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich in den letzten 200 Jahren, verstärkt seit der Psychiatrie-Enquête 1975 und nochmals intensiviert durch verschiedene Bundes- und Landesgesetzgebungen in den letzten fünf Jahren, die Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg deutlich verbessert hat. Es wurden Rahmenbedingungen geschaffen, um diese Versorgung weiter zu entwickeln und noch patienten- und klientengerechter zu gestalten. Eine punktuelle Minderversorgung in einzelnen Versorgungsbereichen, einzelnen Regionen und für eine einzelne Zielgruppe, ist Anlass für weitere Anstrengungen aller Beteiligten.

1.4 Die Perspektive der Betroffenen

Es ist dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) ein großes Anliegen, dass in ganz Baden-Württemberg, unabhängig davon, ob es sich um eine stark strukturierte Region (Stadt) oder eine schwach strukturierte Region (Land) handelt, die Betroffenen den gleichen (niederschweligen) Zugang zum Hilfesystem haben. Es sind nicht nur gute Gesetze, Verordnungen, Pläne etc. erforderlich, sondern diese müssen auch landesweit umgesetzt und die Betroffenen entsprechend dem neuesten Stand der Forschung (State of the Art) behandelt werden. Dazu ist es erforderlich, dass es flächendeckend genügend Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Psychiaterinnen bzw. Psychiater und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gibt. Hierzu sind geeignete Maßnahmen unbedingt notwendig. Wenn eine auskömmliche personelle Ausstattung in dem besprochenen Bereich sowohl ambulant, teilstationär als auch stationär gegeben ist, kann eine optimierte, das heißt unter anderem eine zeitnahe, patientenzentrierte Behandlung erfolgen. Aus Sicht des LVPEBW wird es dadurch nicht zu

Mehrkosten kommen. Durch den Wegfall von negativen Effekten wie Krisenzuspitzungen bis zu Zwangsmaßnahmen, zu kurzen und dadurch oft vermehrten Klinikaufhalten usw. wird dies vielmehr mindestens kostenneutral sein. Insgesamt müssen gute Behandlungsansätze der Sozialpsychiatrie nicht teuer sein. Hometreatment beziehungsweise stationsäquivalente Leistungen werden nach Ansicht des LVPEBW zum Abbau teurer und von Betroffenen unbeliebten Psychatriebetten führen. Dies alles kann aber nicht ohne die Partizipation Betroffener wirklich gut funktionieren. Es sind neben Peers und EX-IN Genesungsbegleitenden auch Betroffene in der Aus- und Weiterbildung des professionellen Personals zu beteiligen und zur Fortschreitung der Demokratisierung in allen möglichen Gremien und auf allen Ebenen, die über die Gestaltung der Psychiatrielandschaft entscheiden, einzubeziehen. So ist es ein wichtiger Schritt gewesen, im PsychKHG die Mitwirkung von Betroffenen in den Besuchskommissionen festzuschreiben.

1.5 Die Perspektive der Angehörigen

Aus Sicht des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Baden-Württemberg (LVBWAPK) belastet die psychische Krankheit eines Familienmitglieds die gesamte Familie und beherrscht das Familienleben. Angehörige haben sich bereits Erfahrungen und Bewältigungsstrategien angeeignet, bevor der psychisch kranke Mensch vom Hilfesystem erfasst wird. Die Angehörigen sind deshalb eine wichtige Partnerin bzw. ein wichtiger Partner im Hilfesystem und haben großen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit. Leider wird von professioneller Seite der Rolle und den Erfahrungen der Angehörigen immer noch zu wenig Beachtung geschenkt, die Angehörigen werden nicht einbezogen oder mit ihren Problemen allein gelassen. Das hat unterschiedliche Ursachen. Zum einen ist die innere Haltung wichtig, die Überzeugung, dass die Angehörigen einen für alle Seiten nützlichen Beitrag leisten können. Diese Haltung hat sich in den letzten Jahren zu Gunsten der Angehörigen verändert, viele Professionelle haben den guten Willen, Angehörige einzubeziehen. Aber der gute Wille allein reicht nicht aus, es müssen auch die Bedingungen vorhanden sein, damit dies gelingen kann. Dazu müssen personelle, finanzielle und strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, das betrifft sowohl den medizinischen als auch den nichtmedizinischen Bereich.

Medizinische Versorgung

Jede psychiatrische Klinik hat sich ein Leitbild gegeben, mit dem sie auch auf ihrem Internetauftritt wirbt. In diesem Leitbild werden das Selbstbestimmungsrecht des psychisch kranken Menschen und viele andere ethische Werte betont. Angehörige kommen in der Regel darin nicht vor. Doch auch die Angehörigen müssen in dem Leitbild erwähnt und gewürdigt werden.

Selbstverständlich sollte auch sein, dass beim Entlassmanagement die Angehörigen standardmäßig einbezogen werden.

Neben der medikamentösen Behandlung nimmt die sprechende Medizin, insbesondere die Psychotherapie, einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Zurzeit gibt es Wartezeiten von mehreren Monaten, was die Betroffenen und ihre Familien vor große Herausforderungen stellt. Hier muss Abhilfe geschaffen werden. Krankenkassen, Ärztliche Vereinigungen und Fachverbände müssen praktikable Lösungen finden.

Zukünftig kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine immer größere Bedeutung zu. Diese sind für die Familien oft die erste Anlaufstelle, wenn psychische Probleme auftreten. Auch psychisch kranke Menschen, die keine Krankheitseinsicht haben und psychiatrische Hilfe nicht annehmen, haben am ehesten Vertrauen zur Hausärztin oder zum Hausarzt und lassen sich von ihr bzw. ihm helfen. Deshalb müssen psychiatrische Themen in der Aus- und Weiterbildung von

Hausärztinnen und Hausärzten einen größeren Raum einnehmen. Auch die Zusammenarbeit von Hausärztinnen bzw. Hausärzten und dem psychiatrischen Hilfesystem sollte verstärkt werden.

Nichtmedizinische Versorgung

In der ambulanten Versorgung müssen die Familien der Betroffenen stärker in den Blick genommen werden, insbesondere wenn die psychisch kranken Menschen in der Herkunftsfamilie leben. Frühzeitige aufsuchende Hilfen in den Familien müssen möglich sein. Mit Hilfe von außen kann vermieden werden, dass Konflikte in der Familie eskalieren. Dazu müssen die Dienste entsprechend personell und finanziell ausgestattet werden.

Wichtig ist den Angehörigen, dass auch die Betroffenen Beachtung finden, die nicht im Hilfesystem erfasst sind. Dabei handelt es sich überwiegend um schwer chronisch psychisch kranke Menschen, die keine Krankheitseinsicht haben, ihre Hilfsbedürftigkeit nicht erkennen können und krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, Hilfen einzufordern oder anzunehmen. Sie werden vom Versorgungssystem nicht erreicht, auch weil man ihr Grundrecht auf autonome Entscheidung über ihre Gesundheit nicht verletzen will. Als Folge fehlender Behandlung kommt es nicht selten zu Zwangseinweisungen. Es stellt sich die Frage: Wo hört Autonomie auf – wo beginnt unterlassene Hilfeleistung. Hier gibt es große Lücken im Versorgungssystem, für die von allen Beteiligten Lösungen gefunden werden müssen.

1.6 Die Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die niedergelassenen Psychiaterinnen bzw. Psychiater und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten stehen in der Versorgungskette zwischen der hausärztlichen und der stationären Versorgung. Über die psychosomatische Grundversorgung und über die genuin hausärztliche Tätigkeit sind die Hausärztinnen und Hausärzte nach wie vor die erste und häufigste Anlaufstelle bei auftretenden Symptomen. Sie versorgen eine hohe Zahl leichter psychisch erkrankter Menschen aber auch eine nicht geringe Anzahl chronisch psychisch kranker Menschen.

Für Patientinnen und Patienten ist neben der Fachärztin und dem Facharzt für Allgemeinmedizin der Direktzugang zur bzw. zum niedergelassenen ärztlichen wie psychologischen Psychotherapeutin bzw. -therapeuten, zur Fachärztin oder zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur Fachärztin oder zum Facharzt für Psychosomatische Medizin, zur Nervenärztin oder zum Nervenarzt und zur Neurologin oder zum Neurologen wie auch in die Psychiatrische Institutsambulanz möglich.

Durch die neue Psychotherapie-Richtlinie soll die Akutversorgung psychisch kranker Menschen über einen niederschweligen Zugang verbessert werden, wie er bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bei hinreichender Versorgungsdichte auch gegeben ist. Hinsichtlich der Differentialindikationen wäre hier sicherlich eine Optimierung sinnvoll, allerdings stehen dem auch Patientenpräferenzen entgegen.

Die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nehmen als niedergelassene Ärztin bzw. Ärzte und freiberuflich Tätige in Einzel-, Gemeinschaftspraxen oder als Berufsausübungsgemeinschaften eine Zwischenposition zwischen der hausärztlichen und der klinischen oder teilstationären Versorgung als nicht „institutionalisierte“ spezialisierte Facharztgruppe ein. In den zurückliegenden drei Dekaden zeichnete sich ein Wandel ab, von der Nervenärztin bzw. dem Nervenarzt mit neurologischer Ausbildung hin zu einer weiteren Spezialisierung zur Neurologin oder zum Neurologen und zur Fachärztin oder zum Facharzt für Psychiatrie

und Psychotherapie mit psychotherapeutischer Ausbildung (seit 1992 Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie). Die Psychiaterin bzw. der Psychiater verfügt neben der Fachärztin bzw. dem Facharzt inhärenten spezifischen psychotherapeutischen Kompetenz über ein Grundwissen in der somatischen Medizin und der allgemeinen Pharmakologie und über ein spezialisiertes Wissen in der psychopathologischen Diagnostik, der psychopharmakologischen Therapie, der Sozialpsychiatrie und Sozialmedizin über betreuungsrechtliche, unterbringungsrechtliche und forensische Kenntnisse. Sie und er kennt die jeweiligen regionalen nichtärztlichen sozialpsychiatrischen Angebote.

Über eine langjährige personelle Kontinuität der niedergelassenen Professionen, dem Facharztstandard, der persönliche Leitungserbringung und des nicht institutionalisierten Behandlungssettings ist eine Besonderheit gegenüber der stationären oder teilstationären Versorgung und damit eine eigenständige Qualität gegeben. Im niedergelassenen Bereich werden nach dem hausärztlichen Bereich wesentlich höhere Patientenzahlen als im stationären Rahmen versorgt. Die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben in versorgungspolitischer und wirtschaftlicher Hinsicht eine hohe Bedeutung.

Aufgaben der Zukunft sind die verstärkte Vernetzung der Ebenen und Sektoren, die vermehrte Betonung der Frühdiagnostik und Frühreintegration bzw. die Vermeidung von Exklusion psychisch kranker Menschen, dies durchaus im Zusammenspiel mit dem stationären und rehabilitativen Bereich, vorhandener und neu geschaffener sozialpsychiatrischer Strukturen.

Vorstellbar wäre z.B. die Verbesserung der sektorenübergreifenden Vernetzung insbesondere an der Schwelle zwischen stationärem Bereich und Niederlassung durch fortgesetzte Teilzeitbeschäftigung in der Klinik und Förderung der fachärztlichen ambulanten Weiterbildung. Erste Schritte hin zu einer besseren Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung sind beispielsweise das in anderen Bundesländern modellhaft umgesetzte Belegarztsystem oder der vom Zentrum für Seelische Gesundheit in Mannheim initiierte „Track-Ansatz“ (s. hierzu Teil C Ziff. 2.4.3). Um eine ausreichende psychiatrische Versorgung zu gewährleisten, muss dafür Sorge getragen werden, dass psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen nicht geringer als andere medizinische Leistungen honoriert werden. In der Honorierungssystematik wäre den koordinativen Aufgaben besonderes Gewicht beizumessen.

In den letzten 15 Jahren ist es zu einer Änderung der Bedeutung der Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen bzw. Psychiater und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten im Kontext der Einrichtung neuer, sinnvoller und weiterführender Dienste mit niedrigschwelligeren Beratungsangeboten gekommen.

Die koordinierende Funktion der langjährig tätigen und erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer personellen Kontinuität der Behandlung sowie ihren Kenntnissen des familiären Umfelds, wodurch mit großem persönlichen Engagement im Interesse der Patientinnen und Patienten Vernetzungen mit den sozialpsychiatrischen Diensten und psychiatrischen Kliniken aufgebaut wurden, wurde relativiert, was teilweise als Einschränkung gesehen wird.

Die Einbindung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater, die eine hohe Patientenzahl versorgen, muss zukünftig gerade im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung wieder verbessert werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Ziel der Vermeidung von Exklusion und der Durchführung zeitgemäßer, leitliniengerechter Behandlungen muss adäquat vergütet werden. Dies betrifft insbesondere die Koordinatoren-Tätigkeiten in der Betreuung psychiatrischer Patientinnen und Patienten in ihrer familiären Einbindung, Gespräche mit Angehörigen, den Mitarbeitenden in den sozialpsychiatrischen Diensten und in Werkstätten. Hierzu zählen auch Angebote des Betreuten Wohnens, Job-Coachings, Integrationsfachdienste, die Jugendhilfe sowie die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken inklusive ihrer ambulanten Angebote. Die derzeitige Konkurrenzsituation ist kontraproduktiv und muss zu Gunsten

einer Zusammenarbeit abgebaut werden.

Besonders bei der Tätigkeit der Case Manager, die teilweise bei den Krankenkassen aber auch beim Arbeitsamt eingeführt wurden, sollte die Expertise der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater integriert werden.

Gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung mit ihren unterschiedlichen Finanzierungen und Leistungsangeboten, die selbst für Fachpersonal nicht immer in der Gänze überschaubar sind, sind die Patientinnen und Patienten ohne Unterstützung kaum in der Lage sich zurechtzufinden. Sie bedürfen dabei der Kontinuität und Anbindung an die Psychiaterin oder den Psychiater ihres Vertrauens im Rahmen eines längerfristigen Behandlungsplanes. Diese zentrale Aufgabe der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater ist besonders wichtig in den Krankheitsphasen, in denen eine Symptomatik mit Antriebsminderung und sozialem Rückzug im Vordergrund steht, jedoch auch an den Schnittstellen zu anderen Diensten.

Die besondere Aufgabe aller für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Verantwortlichen dürfte weiterhin in dem Bemühen liegen, zum Einen einer guten Versorgung entgegen stehende Konkurrenzsituationen zwischen den Professionen und Versorgungseinrichtungen entgegen zu wirken und zum anderen Schranken und Hindernisse wegen differenter Kostenträgerzuständigkeit abzubauen.

1.7 Fazit und Perspektiven

Die allgemeinspsychiatrische Versorgung hat sich in den letzten 18 Jahren – seit Erstellung des letzten Landespsychiatrieplanes – gewandelt. Wichtigste und noch lange nicht abgeschlossene Entwicklung ist die zunehmende Ambulantisierung, bei gleichzeitiger Spezialisierung stationärer Einrichtungen und einer verstärkten Miteinbeziehung der Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen in die Behandlung.

Vor dem Hintergrund von Teilhabe und Selbstverantwortung, Digitalisierung, sowie Verlagerung in den ambulanten, gemeindenahen Bereich bei gleichzeitiger Ressourcenknappheit im ersten Gesundheitsmarkt gewinnt die Sozialpsychiatrie verstärkt an Bedeutung und sollte Sparzwängen nicht zum Opfer fallen, dies auch aus Perspektive der Betroffenen, welche die aus ihrer Sicht noch zu sehr dominierende Psychopharmakotherapie kritisieren.

1.7.1 Arbeitsleben 4.0 und eMental Health

Mit Gesundheitskompetenz (Health Literacy) wird das Wissen über gesundheitsförderlich oder gefährdendes Verhalten bezeichnet, der Begriff umfasst die Kompetenzen und die Motivation, auf Gesundheitsinformationen zuzugreifen, sie zu verstehen und einzuordnen, um eigenständige Entscheidungen treffen zu können. Gerade Menschen mit psychischen Störungen benötigen hierfür Unterstützung, auch um sich in der digitalen Welt besser zurechtzufinden, so muss davon ausgegangen werden, dass in Zukunft der Kontakt zur Ärztin bzw. zum Arzt oder zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten, nicht nur durch den persönlichen Kontakt in der Praxis oder zuhause, sondern auch über Onlinedienste sichergestellt wird. Dies betrifft nicht nur beispielsweise Fragen zur Medikamenteneinnahme, sondern auch Therapiesitzungen. Die Adhärenz bei Psychotherapiepatientinnen und -patienten ist hierbei zufriedenstellender als bei Menschen, welche unter einer Psychose leiden. Der Begriff Gesundheitskompetenz ist eng mit Bildung verknüpft, insbesondere ältere Menschen benötigen spezielle Unterstützung bei diesen für sie oft neuen sogenannten Social Media. Lernen bedeutet dabei nicht, wie kann man einen Mangel ausgleichen, sondern die Lust auf Neues zu wecken und Erfolgserlebnisse zu verschaffen. Te-

lemedizinische Behandlung – zum Beispiel in Form von Kontakten zwischen Patientinnen und Patienten mit ihren behandelnden Therapeutinnen und -therapeuten per Skype sowie psychoedukative Gruppen und Selbsthilfegruppen über Chatrooms oder Psychoedukations-Kurse auf YouTube – eröffnen ebenso neue Möglichkeiten der Behandlung wie einfache Erinnerungsfunktionen oder Maßnahmen zur Kontaktstabilisierung per SMS oder E-Mail. Inwieweit die Social Media für therapeutische Zwecke genutzt werden können, ist noch offen. Insgesamt sind viele rechtliche und organisatorische Fragen zur therapeutischen Verantwortlichkeit wie auch zum Datenschutz noch nicht abschließend geklärt. Dennoch bietet sich eine mediengestützte Beratung für eine Reihe von Patientengruppen vor oder zu Beginn einer Behandlung als niederschwellige Möglichkeit der Information an. Daneben kann die mediengestützte Behandlung nach einem stationären oder teilstationären Aufenthalt die Fortführung einzelner Therapieelemente ermöglichen und so den Übergang in das Alltagsleben erleichtern. Die Entwicklungen im somatischen Bereich weisen darauf hin, dass sowohl die rechtlichen als auch die technischen Probleme lösbar sind. Im Rahmen des 2017 ausgeschriebenen Förderaufrufs zur Digitalisierung in Medizin und Pflege fördert das Ministerium für Soziales und Integration auch zwei Projekte aus dem psychiatrischen Bereich, um die Möglichkeiten und Chancen der digitalen Medien modellhaft zu erproben: ein Projekt des Universitätsklinikums Tübingen zur internetbasierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen und ein Projekt des ZfP Weissenau zur webbasierten, sektorenübergreifenden individuellen Therapie- und Versorgungsplanung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

1.7.2 Zweiter Gesundheitsmarkt

Der Kernbereich, auch erster Gesundheitsmarkt genannt, umfasst den Bereich der „klassischen“ Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) (einschließlich Pflegeversicherung), zu kleineren Anteilen auch durch Arbeitgebende (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall), den Staat (Zuschüsse zur GKV) und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist. Hierzu gehören auch Zahlungen, denn dadurch werden Güter und Dienstleistungen finanziert, die zu einem wesentlichen Teil von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung getragen werden.

Als zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Dabei ist die Zuordnung, welche Waren und Dienstleistungen einen Bezug zur Gesundheit aufweisen, nicht eindeutig definiert und teilweise umstritten. Der zweite Gesundheitsmarkt umfasst nach allgemeinem Verständnis freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie – zum Teil – die Bereiche Sport, Freizeit und Ernährung. Die demografische Entwicklung in Deutschland, der medizinisch-technische Fortschritt und das wachsende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung führen zu einer zusätzlichen Nachfrage an herkömmlichen professionellen Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung, aber auch an Produkten und Dienstleistungen des zweiten Gesundheitsmarktes. Die gesetzlichen Krankenkassen haben erkannt, dass ihr Leistungsangebot nicht mehr den Bedürfnissen ihrer Versicherten entspricht und bieten Wahltarife für die private Inanspruchnahme der Ärztin bzw. des Arztes und für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Pflanzenheilkunde und Anthroposophie) an. Alternative Heilmethoden wie die Akupunktur und die Homöopathie liegen bei den Patientinnen und Patienten ebenso im Trend wie individuelle Gesundheitsleistungen der Ärzte (IGeL).

Im Bereich der seelischen Gesundheit scheint dieser Trend noch nicht offensichtlich, aber es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach „Psycho-Coaching“ genauso wie Methoden und Mittel zur mentalen Leistungssteigerung („Gehirndoping“) im Allgemeinen und spezifisch gegen

Burnout, Stress, Lernblockaden etc. steigen wird. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslandschaft muss sich damit auseinandersetzen, und dies nicht nur unter dem Aspekt einer möglicherweise psychischen und physischen Abhängigkeitsentwicklung. Sinnvoll sind die Definition von Qualitätsstandards, Zertifizierung von psychotherapeutischen Maßnahmen und Ausbildungen durch anerkannte Gremien, sowie Öffentlichkeitsarbeit.

1.7.3 Fachkräftemangel

Der Mangel an spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Medizin hat in den letzten Jahren zugenommen, dies insbesondere in ländlichen Gebieten. Auch die Psychiatrie ist davon betroffen. Erschwerend kommt hierbei hinzu, dass die sichere Beherrschung der deutschen Sprache eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Diagnose und Behandlung darstellt und somit das Interesse an diesem Fach bei ausländischen, nicht deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzten sowie beim Pflegepersonal geringer ist als in der Somatik. Jede zukunftsweisende Entwicklung, insbesondere die zunehmende Ambulantisierung (z.B. im Sinne von stationsäquivalenter Behandlung etc.), lässt sich nur dann praktisch umsetzen, wenn entsprechend ausreichend geschultes und motiviertes Personal zur Verfügung steht.

Die Unterstützung von Medizinstudentinnen und -studenten schon während des Studiums durch Stipendien von psychiatrischen Kliniken und Vergabe von Promotionsarbeiten mit Psychiatrie-assoziierten Themen ist ein Weg, welcher beispielsweise von den Zentren für Psychiatrie in Südwürttemberg erfolgreich beschritten wird.

1.7.4 Personifizierte Psychiatrie und Gender

Menschen mit psychischen Störungen sprechen sehr unterschiedlich auf Medikamente oder andere Therapien an. Eine individualisierte, personifizierte Medizin sucht nach biologischen und genetischen Kennzeichen, so genannten Biomarkern, die Aufschluss darüber geben, was der Erkrankung im Einzelfall zu Grunde liegt und was sie zu lindern hilft. In der Psychiatrie lassen sich Psychopharmaka gezielter einsetzen, wenn bekannt ist, wie einzelne Medikamente von der betroffenen Person verstoffwechselt werden. Die psychotherapeutische und sozialpädagogische Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen sollte unbeachtet ihres Ansatzes immer individuumszentriert sein.

Mehr Aufmerksamkeit muss sicher auch einer kultur- und genderspezifischen Psychiatrie geschenkt werden. Menschen mit für uns Mitteleuropäerinnen und Mitteleuropäer fremden soziokulturellen Biografien erleben psychische Störungen anders und weisen häufig andere Symptome auf (beispielsweise finden sich häufiger Somatisierungen). Auch erschweren von unserem westlichen Krankheitsverständnis sich unterscheidende Vorstellungen von psychischen Erkrankungen und Erwartungen an die Arzt-Patienten-Beziehung die therapeutische Intervention.

Eine gender-spezifische Psychiatrie berücksichtigt nicht nur die unterschiedlichen Symptome psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen, sondern versucht, deren spezifischen Umgang mit psychischen Störungen in der Therapie mehr als bisher zu berücksichtigen. Frauen sind zwar häufiger psychisch krank als Männer, sie haben im Schnitt ein 1,5-fach höheres Risiko, unter einer psychischen Störung zu leiden (34,4 % versus 22,4 %). Die etablierten Fragebögen beispielsweise zur Diagnose von depressiven Störungen erfassen typisch männliche Symptome allerdings unzureichend, so dass die genannte Prävalenz fraglich nicht die wirkliche epidemiologische Situation wiedergibt.

1.8 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Trotz gestiegener Patientenzahlen ist die Personalausstattung aufgrund der jährlichen Unterfinanzierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gesunken, es erfolgt eine entsprechende Anpassung der stationären und teilstationären Kapazitäten. Gleichzeitig wurde die wohnortnahe Versorgung durch die Einrichtung von Satelliten und den Aufbau der Gemeindepsychiatrischen Verbände wesentlich verbessert. Die teilstationäre Behandlung hat erheblich an Bedeutung gewonnen und wird voraussichtlich noch weiter zunehmen.
2. Eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung kann, auch durch die limitierte Bedarfsplanung und die beschränkte Finanzierung im System der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, derzeit nicht gesichert werden. Eine Lösung dieses Problems ist nur auf Bundesebene möglich. Die am 1. April 2017 in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie macht zumindest bezüglich der ambulanten Versorgungssituation Hoffnung, da sie offenkundig auf eine stärkere Beteiligung auch der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Akutversorgung psychisch kranker Menschen fokussiert, für den stationären Bereich ist die Lage noch unbefriedigend.
3. Eine neue Herausforderung der Zukunft wird die wachsende Zahl der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sein. Für sie gilt es mehr spezifische und integrierende Angebote zu schaffen.
4. Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen stellen mit 40 bis 60 % aller im Spektrum der Allgemeinpsychiatrie Behandelten die größte Gruppe, Tendenz weiter steigend. Eine kontinuierliche Anpassung organisatorischer Strukturen (z.B. bezüglich Vernetzung, Transparenz und Durchlässigkeit) und Aufbau weiterer spezialisierter Behandlungsangebote für diese Patientengruppe ist deshalb notwendig und sollte weiter ausgebaut werden.
5. Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen mit psychotischen und affektiven Störungen ist erschwert, weil eine mehr oder weniger strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und somit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sozialgesetzbücher Schnittstellenprobleme verursacht und einer Versorgungskontinuität und Kooperation entgegensteht. Das PsychKHG leistet einen wesentlichen Beitrag zur Reduzierung dieser Schnittstellen, weil es dazu ermutigt, die etablierten Netzwerke (Gemeindepsychiatrische Verbände und Zentren) weiterzuentwickeln und neue mögliche Vernetzungen aufzubauen.
6. Die Integrierte Versorgung weist signifikante Vorteile bei der Reduzierung von Zahl bzw. Dauer stationärer Behandlungen, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Zufriedenheit von Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen sowie bei der Kosteneffektivität auf. Heute werden in vielen psychiatrischen Kliniken mehr Menschen ambulant als stationär versorgt. Dieser Trend wird sich fortsetzen, beispielsweise durch stationsäquivalente Behandlung.
7. Telemedizinische Psychiatrie eröffnet neue Möglichkeiten der Behandlung aber auch einfache Erinnerungsfunktionen oder Maßnahmen zur Kontaktstabilisierung per SMS oder E-Mail. Auch muss davon ausgegangen werden, dass die Sozialen Medien für therapeutische Zwecke zukünftig relevant werden, diese Entwicklung gilt es von fachspezifischer Seite kritisch zu begleiten und steuernd zu beeinflussen.

8. Bei psychisch kranken Menschen bedarf es besonderer Maßnahmen der Reintegration in das Berufsleben. Der sog. „real-life-first“-Ansatz sollte hier stärker in den Blick genommen werden.
9. Erklärtes Ziel des Bundesteilhabegesetzes ist es, den Menschen die Teilhabe in allen Lebensbereichen mit hoher Lebenszufriedenheit zu ermöglichen. Versuche, über persönliche Budgets die Selbstbestimmung der Menschen zu stärken, sind noch nicht in größerem Umfang umgesetzt worden. Es ist zu hoffen, dass durch das Bundesteilhabegesetz hier eine neue Dynamik entsteht.
10. Die Partizipation Betroffener in Form von Peers und EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in der Aus- und Weiterbildung des professionellen Personals und ganz allgemein bei Gestaltung der Psychiatrielandschaft ist wichtig und dient unter anderem auch der Demokratisierung und Entstigmatisierung.
11. Der Rolle und den Erfahrungen der Angehörigen wird von professioneller Seite noch zu wenig Beachtung geschenkt. Angehörige sollten bei Entscheidungen bezüglich der Betroffenen und bei Therapieplanung und Entlassmanagement einbezogen werden.
12. Der Mangel an spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Psychiatrie hat in den letzten Jahren weiter zugenommen, dies insbesondere in ländlichen Gebieten. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, um diesen Bereich der Psychiatrie und auch der Gemeindepsychiatrie für potentiell Fachpersonal interessanter zu machen, wie es durch manche Initiativen schon geschieht (Stipendien etc.).
13. Die verstärkte Vernetzung der Ebenen und Sektoren, die vermehrte Betonung der Frühdiagnostik und Frühreintegration bzw. die Vermeidung von Exklusion psychisch kranker Menschen, dies im Zusammenspiel mit dem stationären und rehabilitativen Bereich, vorhandener und neu geschaffener sozialpsychiatrischer Strukturen sind zukünftig die vordergründigsten Aufgaben.

2 Psychosomatische, psychotherapeutische Versorgung

2.1 Allgemeines

Unter Psychosomatik wird eine Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit in der Medizin verstanden, die den Menschen als eine einzigartige geistig-seelisch-sozial-körperliche Einheit versteht und sich mit den somato-psychischen und psycho-somatischen Interaktionen beschäftigt. Dieses Fachgebiet wird im anglo-amerikanischen Sprachraum häufig als „Medical Psychiatry“ bezeichnet. Die Psychosomatik betont beim Vorliegen von körperlichen Störungen die Berücksichtigung von geistig-seelischen und sozialen Faktoren für das Verständnis von Krankheitsentwicklung und Heilung und geht bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell aus. Dieses Bio-Psycho-Soziale Modell war in den 60er Jahren von dem amerikanischen Internisten George L. Engel das Modell entwickelt worden, es beschreibt die komplexen psychischen und körperlichen Interaktionen des Individuums in seinem sozialen Umfeld, so beispielsweise die Verbindungen zwischen der subjektiven Bedeutung von Belastungen und den sich körperlich und psychisch manifestierenden Stressreaktionen. Die Weiterentwicklung der Psychosomatischen Medizin wurde nachhaltig durch Denkansätze der positiven Psychologie, Psychoneuroimmunologie, der Stress- und Coping- bzw. Resilienzforschung beeinflusst. Die Beforschung dieser biopsychosozialen Wech-

selwirkungen führte unter anderem zu einer stärkeren Fokussierung auf die salutogenetischen/gesundheitsfördernden, ressourcenorientierten Eigenschaften von Menschen und relativierte hiermit das bisher dominierende pathogenetische, krankmachende Aspekte betonendes Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Gesundsein.

Die tradierte Zweiteilung in Krankheit und Gesundheit als zwei gegensätzliche und sich ausschließende Zustände wird heutzutage in der Psychosomatik (als auch in der Psychiatrie) als überholt angesehen. Gesundheit und Krankheit stehen in enger dynamischer Wechselwirkung zueinander. Die Psychosomatik kann somit als eine medizinisch-psychologische Krankheitslehre verstanden werden, welche psychische Prozesse und psychosoziale Einflüsse bei der Entstehung und Heilung körperlicher Leiden für wesentlich hält, aber umgekehrt auch körperliche Faktoren für die Entstehung psychischer Störungen mitverantwortlich macht.

Historisch wurden unter psychosomatischen Störungen somatische (körperliche) Erkrankungen und Beschwerden verstanden, welche durch psychische und psychosoziale Belastungen hervorgerufen, verstärkt oder aufrechterhalten werden. Diese Erkrankungen wurden dabei als Ausdruck einer individuellen konflikthafter oder traumatisch-situationsbezogenen Erlebnisverarbeitung gesehen, wobei sich die dabei auftretenden Gefühle wie Ängste, Ärger oder Hilflosigkeit in körperlichen Zuständen manifestierten. Nach Freud war es dabei sogar möglich, von den körperlichen Missempfindungen direkt auf die dahinterliegenden psychischen Konflikte zu schließen, wie es in der Theorie der „Konversionsstörung“ nachzulesen ist. Demnach ist die Verschiebung der Gefühle auf körperliche Symptome als Abwehrmechanismus zu verstehen, der den Umgang mit den schwierigen Lebenssituationen verbessern soll.

Durch die Einführung des biopsychosozialen Krankheitsmodells, das sowohl auf organische Krankheiten als auch auf psychische Störungen angewendet wird, ist eine Trennung in psychosomatische und rein psychische oder somatische Erkrankungen jedoch nicht mehr haltbar und eine Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen letztlich nicht möglich. Es ist erwiesen, dass sowohl bei körperlichen Erkrankungen die Psyche einen Einfluss hat, als auch umgekehrt der Zustand des Körpers psychische Störungen mit beeinflusst.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nach der empirisch-naturwissenschaftlichen Perspektive Gesundheit und Krankheit keine zwei voneinander trennbaren Begriffe sind, sondern eine Gesamtheit bilden, welche intensiv miteinander wechselwirken. Somit steht Psychosomatik heute als ein Ausdruck einer biopsychosozialen Sichtweise und wird durch das dazugehörige Krankheitsmodell beschrieben.

2.2 Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Baden-Württemberg

Anfänge an Universitätsklinika und regionalen Krankenhäusern

In Baden-Württemberg liegen die Wurzeln der psychosomatischen, später psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin für den ganzen deutschsprachigen Raum. Mit Ursprüngen in der „Heidelberger Schule der Psychosomatik“ entwickelten die Internisten Rudolf Siebeck und Viktor von Weizsäcker – beide Oberärzte von Ludolf Krehl (1861 – 1932) 1946 die „Allgemeine Klinische Medizin“, ein erster Ansatz, der Krankheit und Person der Patientin bzw. des Patienten in einer umfassenden Diagnostik und Behandlung berücksichtigte. Viktor von Weizsäcker hatte schon in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts erste theoretische und klinische Beiträge zur sich entwickelnden Psychosomatik geliefert. Weizäckers psychoanalytisch ausgebildeter Oberarzt Alexander Mitscherlich begründete dann 1950 die erste „Psychosomatische Klinik“ in Heidelberg, die in veränderter Form bis heute besteht. Es folgten weitere Neugründungen an

Universitätsklinik, beispielhaft in Freiburg (1949) durch Johannes Cremerius und in Ulm (1966) durch Thure von Uexküll. Auch an Allgemeinkrankenhäusern etablierten sich psychosomatische Abteilungen, wie z.B. 1987 am Krankenhaus Bietigheim. Es kam zu einem rasanten Aufschwung der Psychosomatik insbesondere im Rehabilitationsbereich bei gleichzeitiger Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten auch akut und wohnortnah, sowie durch Ärztinnen und Ärzte mit hoher Qualifikation im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich zu behandeln.

Das „Janssen-Gutachten“ zur Versorgungslage

1979 bis 1994 hatte die von Heinz Häfner et al. erstellte „Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen“ einen hohen Versorgungsbedarf für psychosomatisch erkrankte Patientinnen und Patienten beschrieben. Diese Ergebnisse und aktuelle Notwendigkeiten, die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg neu zu konzipieren, veranlassten die Landesregierung dazu, ein Gutachten in Auftrag zu geben, in dem konkrete Parameter wie Inzidenz, Behandlungsbedürftigkeit, Chronizität, Verweildauer und Bettennutzungsgrad sowie Motivierbarkeit zusammen mit Daten der Bevölkerungsentwicklung als Grundlage für Planzahlen für den Versorgungsbereich der Psychosomatik und Psychotherapie erstellt werden sollten. Dieses Gutachten wurde 1995 von Prof. Paul Janssen vorgelegt und dient bis heute mit einigen Ergänzungen und Aktualisierungen als substantielle Grundlage für alle Planungen im Fachbereich der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin in Baden-Württemberg.

Begründung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gestärkt wurde diese Entwicklung durch den Beschluss des Deutschen Ärztetages von 1992, der erstmalig die Einrichtung eines eigenen „Facharztes für Psychotherapeutische Medizin“ ermöglichte, der 2003 in den „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ weiterentwickelt wurde. 2006 war das Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ Teil des Medizinstudiums geworden. Lernziele und Curricula werden auch unter maßgeblicher Beteiligung der medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg ständig unter Berücksichtigung neuer Lernformen und durch wissenschaftlichen Fortschritt veränderter Inhalte weiterentwickelt.

2.3 Bedarfsplanung und Versorgungssituation

Stationäre und teilstationäre Behandlung

Baden-Württemberg war mit Bayern das erste Bundesland, das 1999 einen eigenen Landesbettenplan für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 1.720 zu errichtenden Betten erstellte.

Die Landesregierung hat am 15. September 2015 die Fortschreibung der Krankenhausfachplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschlossen und damit die seitherige aus dem Jahr 2008 ersetzt, die weitgehend umgesetzt wurde. Grundlage für die Fortschreibung war eine vom damaligen Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren durchgeführte Evaluation der teilstationären und vollstationären Versorgungslage in Baden-Württemberg (Evaluationsbericht zur Krankenhausfachplanung Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie in Baden-Württemberg vom 5. November 2014). Ergebnis der Evaluation war u.a., dass die Bedarfsermittlung entgegen der Fachplanung aus dem Jahr 2008 nicht mehr für jede einzelne Region, sondern landesweit erfolgen soll. Mit der bisherigen regionalen Planung sollte eine flächendeckende Versorgung erreicht werden. Dieses Ziel wurde zumindest in der vollstationären Versorgung weitgehend erreicht, und es hatten sich bereits auch Tageskliniken mit einem Anteil von 16 % an allen Behandlungseinheiten etabliert.

Der Bedarf wird unter Berücksichtigung der aktuellen und zukünftigen Bevölkerungsentwicklung, dem zunehmenden Umfang städtischer Verdichtungszone und dem Ziel, den Anteil der Tageskliniken auf 20 % der Gesamtkapazität zu erhöhen, festgelegt.

Die Bedarfsplanungsparameter wurden wie folgt festgelegt:

• Inzidenz für den Verdichtungsraum	3,4 Prozent
• Inzidenz für den ländlichen Raum	2,4 Prozent
• davon stationär behandlungsbedürftig	14,1 Prozent
• davon motivierbar	31,5 Prozent
• Zuschlag für chronisch kranke Menschen	12,5 Prozent
• Durchschnittliche Verweildauer	44 Tage
• Bettennutzungsgrad	90,0 Prozent

Im Rahmen einer vorzunehmenden Trendextrapolation wurden zwei Faktoren berücksichtigt. Zum einen die Verweildauer und zum anderen die vom Statistischen Landesamt berechnete Bevölkerungszahl für das Jahr 2020. Es ist davon auszugehen, dass die Verweildauer von bisher 45 auf 44 Tage sinken wird, da sich gezeigt hat, dass seit der letzten Fortschreibung der Fachplanung im Jahr 2008 die Verweildauer um rd. 1,5 Tage zurückgegangen ist.

• Bevölkerung ab 18 Jahre im Jahr 2020:	9.115.857
• Davon im Verdichtungsraum:	6.084.386
• Davon im ländlichen Raum:	3.031.471

Unter Anwendung der Bedarfsplanungsparameter ergibt sich ein landesweiter Bedarf von 1.871 vollstationären Betten und teilstationären Plätzen. Diese Kapazitäten sind krankenhaushausplanerisch fast vollständig ausgewiesen. Derzeit werden von 53 Krankenhäusern 1.479 Betten und 334 Plätze an 60 Standorten betrieben. Die übrigen Kapazitäten werden in Betrieb gehen, wenn die baulichen Voraussetzungen geschaffen wurden. Mit der Umsetzung der Fachplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie besteht in Baden-Württemberg eine weitgehend flächendeckende und bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre Versorgung.

Die Fachplanung geht davon aus, dass für eine moderne medizinische Versorgung eine gestufte Behandlungskette (möglichst unmittelbarer Übergang von stationärer zu teilstationärer Behandlung bei gewährleisteteter Behandlungskontinuität) erstrebenswert ist. Ein gestuftes Behandlungskonzept kann sowohl durch eine zum Krankenhaus gehörende, doch baulich abgegrenzte Tagesklinik (eigenständige Tagesklinik) gewährleistet werden als auch durch tagesklinische Plätze, die konzeptionell und räumlich in eine bestehende vollstationäre Einheit integriert sind (integrierte Tagesklinik). Bei dieser Form der tagesklinischen Behandlung müssen Patientinnen und Patienten nach vollstationärer Behandlung – nach ausreichender psychischer Stabilisierung – nicht mehr direkt in eine ambulante Behandlung entlassen werden. Mit solchen Versorgungsformen können Patientinnen und Patienten im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gut weiterbehandelt werden, bei denen die therapeutisch erreichte Stabilisierung zwar im vollstationären Setting ausreichend ist, aber nicht ausreicht, um mit den Anforderungen im häuslichen sowie beruflichen Umfeld umgehen zu können. Hier ist nachweisbar eine Behandlungs-Zwischenstufe, der so genannte STEP-DOWN-Ansatz – zwischen vollstationär und ambulant – sinnvoll. Deshalb wurden nach dem Beschluss der neuen Fachplanung ausschließlich tagesklinische Plätze ausgewiesen. Bei der Vergabe der zusätzlichen Kapazitäten wurden insbesondere folgende Punkte berücksichtigt:

- Neue Tageskliniken werden nur bei gleichzeitiger Vorhaltung von vollstationären Betten ausgewiesen.

- Sind in der Raumschaft bereits psychosomatische Kapazitäten krankenhauserplanerisch ausgewiesen: Berücksichtigung teilstationärer Plätze, die in der jeweiligen Raumschaft bereits krankenhauserplanerisch ausgewiesen sind.
- Das Vorliegen einer somatischen Anbindung.
- Eine erkennbare Abgrenzung zur Psychiatrie.

Gemeindenähe und Spezialstationen

Die in den jeweiligen Landesbettenplänen geforderte Gemeindenähe, sowie enge Verknüpfung mit den anderen medizinischen Fächern konnte durch Einrichtung vieler psychosomatischer Abteilungen an Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung umgesetzt werden. Gleichzeitig haben sich an Kliniken mit größeren psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen, insbesondere Universitäts- und Fachklinika, Spezialstationen (z.B. für Internistische Psychosomatik, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Kinder- und Jugend-Psychosomatik, Trauma-Folgestörungen und Alters-Psychosomatik) gebildet. Diese ergänzen sinnvoll die gemeindenähe Psychosomatik.

Psychosomatische Grundversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Durch das große Interesse von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten an der Psychosomatik, sowie das 2006 in die Facharztausbildung aufgenommene Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“, das aktuell 20 Stunden Theorie, 30 Stunden verbale Interventionen und 30 Stunden Selbsterfahrung vorsieht, konnte die psychosomatische Versorgung im Primärbereich erheblich gestärkt und der Austausch zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Fachärztinnen bzw. Fachärzten intensiviert und qualifiziert werden. Mehr als 30 Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Baden-Württemberg bieten regelmäßig die Ausbildung in „Psychosomatischer Grundversorgung“ an. Das Curriculum ist weiterhin verpflichtender Bestandteil des Facharztes für Innere Medizin und des Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Sehr dynamisch entwickelt sich bis heute die psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung im Bereich der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Aktuell sind dort in Baden-Württemberg rund 900 Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie tätig. Die psychosomatische Erst- und Grundversorgung wurde in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) mit Inkrafttreten am 1. April 2017 durch die Einrichtung eines „Psychotherapie-Sprechstundenmodells“ und dem Ausbau psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Akutversorgung gestärkt.

Die psychotherapeutische Versorgung teilen sich die Fachärztinnen und Fachärzte in Baden-Württemberg mit 2133 niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Konsil- und Liaisondienste und Kooperationen

Konsiliardienst bedeutet die Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten auf allgemeinen (nichtpsychiatrischen/psychosomatischen) Stationen eines Krankenhauses durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie. Unter Liaisondienst wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb eines Teams aus verschiedenen Ärztinnen und Ärzten inkl. einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie verstanden.

Der Konsiliar- und Liaisondienst im Bereich der Psychosomatik befasst sich einerseits mit körperlich erkrankten Patientinnen und Patienten, bei denen eine zusätzliche psychiatri-

sche/psychosoziale Problematik aufgetreten ist und andererseits mit körperlich erkrankten Menschen, die von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung profitieren. Die relevantesten Gebiete sind derzeit die Psycho-Onkologie, die interdisziplinäre Schmerzbehandlung, sowie die Schlaf- und Fertilitätsmedizin.

In Baden-Württemberg gibt es ein sich ständig weiter differenzierendes, fast flächendeckendes und Patientinnen und Patienten in allen Krankenhaus-Formen zu Gute kommendes Angebot an psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsil- und Liaisondiensten, die Beratung, Behandlung und Supervision anbieten. Liaisondienste gibt es in vielen medizin-spezifischen Bereichen, z.B. Innerer Medizin, Schmerztherapie, Psychiatrie, Geriatrie, Onkologie, Palliativmedizin, Humangenetik, Transplantationsmedizin, Gynäkologie und Pädiatrie. Fachärztinnen und -ärzte arbeiten mit oder kooperieren in Ethik-Konsilen, Beratungsstellen und kommunalen Arbeitskreisen und sind als Dozentinnen und Dozenten in der universitären Ausbildung, an Ausbildungsstätten für Psychotherapie und an Krankenpflege- und Physiotherapie-Schulen tätig.

2.4 Zukunftsweisende Weiterentwicklungen

2.4.1 Die Psychosomatische Institutsambulanz

2016 ist in § 118 Absatz 3 SGB V die Einrichtung Psychosomatischer Institutsambulanzen ermöglicht worden, deren konkrete Indikationsbereiche in 2017 noch zwischen den Vertragspartnern, d.h. der DKG für die Krankenhäuser, der GKV für die gesetzlichen Krankenkassen und der KBV für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verhandelt wird, die analog zur PIA-Rahmenvereinbarung das Leistungsangebot, die Diagnosengruppen und den Zugang zu den Psychosomatischen Institutsambulanzen regeln sollen. Hier ergibt sich zukunftsweisend die Möglichkeit, unterversorgten Psychosomatik-Patientinnen und -Patienten eine Behandlungsmöglichkeit ohne Klinikaufnahme anzubieten. Indikationsgruppen sind z.B. somatoforme Patientinnen und Patienten, chronische Anorexie-Patientinnen und Patienten, komplex-traumatisierte Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten mit chronifizierter Depression bei internistischen Leiden sowie junge Erwachsene mit chronifizierten Angsterkrankungen und internistischen Komorbiditäten.

2.4.2 Weiterentwicklungen der tagesklinischen und stationären Versorgung: Modellprojekte in Baden-Württemberg

Tageskliniken

An der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg entstand 2017 eine integriert somatisch-psychosomatische Tagesklinik mit acht Behandlungsplätzen. In enger Kooperation mit den Konsil- und Liaisondiensten des Universitätsklinikums Freiburg werden Patientinnen und Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen wie z.B. onkologische Erkrankungen, Diabetes, entzündliche Darmerkrankungen, neurologische Erkrankungen, Herzinfarkt und Koronare Herzerkrankung, die zusätzlich an einer psychischen Belastung wie z.B. Anpassungsstörung, Depression, Angsterkrankung, somatoforme Störung leiden, rechtzeitig einer psychosomatischen Diagnostik zugeführt und angemessen behandelt.

Internistische stationäre Psychosomatik

Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg betreibt seit 2004 die Station von Weizsäcker, eine integriert somatisch-psychosomatische Behandlungsstation mit 18 Behandlungsplätzen, die aus den Konsil- und Liaisondiensten des Universitätsklinikums Heidelberg, aus der eigenen psychosomatischen Ambulanz, aber auch in Verlegung aus anderen Kliniken und mit Direkt-Zuweisung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte belegt wird. Die Therapie wird von Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin und Fachärztinnen und -ärzten für Psychosomatische Medizin gleichermaßen oberärztlich geleitet und hält Diagnostik (Simultandiagnostik) und Behandlungsmöglichkeiten der Medizinischen Klinik neben psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsformen (individuelle Ausrichtung) vor. Dort werden jährlich ca. 200 Patientinnen und Patienten behandelt.

Geronto-Psychosomatik

Am Ostalbklinikum Aalen wurde das Projekt „60 Plus – Psychosomatik und Psychotherapie für Patienten des dritten Lebensabschnittes“ ins Leben gerufen. Konzeptionell wird ein „Gerontopsychosomatischer Konsildienst“ für das Ostalb-Klinikum eng mit einem störungsspezifischen Behandlungsangebot im stationären und teilstationären Bereich verknüpft. Die Notfall- und Behandlungsangebote fokussieren auf spezifische Anforderungen von Patientinnen und Patienten höheren Lebensalters, wie unverarbeitete Verlusterlebnisse, starke Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Arbeitswelt, soziale Umgebung, Kontakt zur nachfolgenden Generation), unerwartete Belastungen (Krankheiten, Naturkatastrophen, Unfälle, symptomatische Manifestationen zurückliegender Traumatisierungen wie z.B. Krieg, Verfolgung) und Familienkonflikte und Belastungen durch Veränderungen der familiären Situation bei Bestehen von hiermit in Zusammenhang zu bringenden somatischen Beschwerden.

2.4.3 Weiterentwicklungen der sektorenübergreifenden Versorgung

Die Trauma-Ambulanz

2014 hat das Land Baden-Württemberg sechs „Modell-OEG-Trauma-Ambulanzen“ eingerichtet, die auch von Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Standorten Aalen, Esslingen, Ravensburg, Reutlingen und Schwetzingen vorgehalten werden. Im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) bieten sie eine kurzfristige und unbürokratische Erstversorgung an, die Diagnostik, Beratung und Psychotherapie (zunächst über fünf Termine) einschließt. Es besteht eine enge Vernetzung mit der Polizei, dem Weißen Ring und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Wissenschaftlich wird das Projekt durch die Universität Ulm begleitet, bis jetzt konnten in die Untersuchung 130 Patientinnen und Patienten an sechs Standorten eingeschlossen werden.

Das Essstörungenetzwerk

Die „Integrierte Versorgung im Netzwerk Essstörungen des Ostalbkreises NEO“ verknüpft seit 2002 Institutionen, die Beratungs- und Behandlungsangebote für essgestörte Jugendliche und Erwachsene vorhalten. In einer monatlich stattfindenden Fallkonferenz mit Hausärztinnen bzw. Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie beratenden Psychologinnen bzw. Psychologen und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern werden folgende Fragen zu Indikation und Behandlung geklärt: Aufnahme in die integrierte Versorgung, Übergang von einer in die nächste Behandlungsform, Mitbehandlung vorhandener Komorbiditäten, ggf. psychopharmakologische Behandlung, Einsatz ergänzender Therapiever-

fahren wie Kunst-Körper-Musiktherapie, Paar- und Familiengespräche, Verlegung in stationäre oder teilstationäre Behandlung.

Die interdisziplinäre Schmerztherapie

Als Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie der Rechbergklinik Bretten mit zwölf Behandlungsplätzen erhalten alle Patientinnen und Patienten einen Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungseinheiten. Hauptziel ist die Verbesserung der Schmerzverarbeitung. Durch einen 2015 dort installierten psychosomatischen Konsildienst können Komorbiditäten diagnostiziert, die Patientinnen und Patienten dazu beraten und in Zusammenarbeit mit der Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal bei Indikation auch teilstationär oder stationär psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden.

Die psychosomatische Reha-Versorgung in Baden-Württemberg

Die Deutsche Rentenversicherung belegt in Baden-Württemberg 2017 25 Kliniken mit 2.743 Betten für psychosomatische Reha-Behandlungen, noch in der Erprobung sind zwei weitere ambulant-teilstationäre Behandlungsangebote. Überrasgendes Ziel der Behandlungen ist die Wiedergewinnung der Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer Erwerbstätigkeit. Der Qualitätssicherungsbericht der DRV Bund von 2015 weist aus, dass eine Auswertung aller 191 psychosomatischen Kliniken der DRV ergab, dass 48 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sofort im Anschluss an die psychosomatische Reha-Maßnahme arbeitsfähig waren. 89 % waren voll leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 78 % auch für den zuletzt ausgeübten Beruf.

Die DRV bietet inzwischen eine stabilisierende Begleitung nach psychosomatischer Reha-Behandlung (BETSI = Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) bis zu sechs Monaten Dauer an. Verbindungen zwischen Akut- und Reha-Behandlungen werden in beide Richtungen ausgebaut. Immer häufiger werden auch Patientinnen und Patienten aus wohnortfernen psychosomatischen Reha-Kliniken wohnortnah tagesklinisch weiterbehandelt. Inhaltlich ergänzen die Reha-Kliniken ihre Programme zielgruppenorientiert vermehrt um berufsspezifische Trainingsprogramme, aber auch ressourcenorientierte Programme für andere Zielgruppen wie Mütter, ältere Patientinnen und Patienten, Migrantinnen und Migranten sowie Patientinnen und Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen, die ebenfalls die Teilhabe im jeweiligen Funktionsbereich verbessern sollen.

Das Adoleszentenzentrum des ZI Mannheim

Das Adoleszentenzentrum des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim ist eine gemeinsame Behandlungseinheit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin sowie des Instituts für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie und verfügt aktuell über 15 stationäre Betten und zwölf teilstationäre Plätze. Durch die enge Zusammenarbeit dieser drei Abteilungen finden Patientinnen und Patienten hier erstmals in Deutschland ein störungsspezifisches und kontinuierliches Behandlungsangebot über die komplette Phase der Adoleszenz.

Das „Track-Konzept“ sieht vor, die Patientinnen und Patienten von einem konstanten Behandlungsteam durch wichtige Lebensphasen wie Schul- und Ausbildungsabschluss, Partnerschaft und selbständiges Wohnen zu begleiten und zu unterstützen. Im Zentrum entsteht ein langfristig angelegtes ambulantes Behandlungsangebot, ergänzt durch stationäre und teilstationäre Therapie. Dies ermöglicht eine flexible Anpassung an die jeweilige Patientensituation und verbessert dadurch die soziale Integration von Patientinnen und Patienten durch Verminderung von Lücken in Schul- und Ausbildungszeiten.

2.5 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Mit der Umsetzung der Fachplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie besteht in Baden-Württemberg eine weitgehend flächendeckende und bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre Versorgung.
2. Sehr dynamisch entwickelt sich bis heute die psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung im Bereich der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Derzeit sind in Baden-Württemberg rund 900 Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie tätig, zahlreiche niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben das Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ absolviert.
3. Im Bereich Psychosomatischer Institutsambulanzen ergibt sich zukunftsweisend die Möglichkeit, bisher nicht ausreichend versorgten Psychosomatik-Patientinnen und -Patienten eine Behandlungsmöglichkeit anzubieten.
4. Modellprojekte wie das Projekt „60 Plus - Psychosomatik und Psychotherapie für Patienten des dritten Lebensabschnittes“, die „Integrierte Versorgung im Netzwerk Essstörungen des Ostalbkreises NEO“ oder die an sechs Standorten eingerichteten „Modell-OEG-Trauma-Ambulanzen“ bieten eine kurzfristige und unbürokratische Erstversorgung an, die Diagnostik, Beratung und Psychotherapie einschließt. Weitere fachübergreifende Kooperationen, beispielsweise im Bereich Schmerzstörungen oder kulturspezifische Somatisierungen sind sinnvoll und sollten forciert werden.
5. Eine Stärkung der Konzil- und Liaisondienste durch fachspezifische Vernetzung ist wünschenswert.

3 Versorgung suchtkranker Menschen

3.1 Allgemeines

Im Land Baden-Württemberg besteht für Menschen mit Suchtmittelgefährdung und Suchterkrankungen ein gut ausdifferenziertes Hilfe-, Versorgungs- und Behandlungssystem, das mit Hilfe und Unterstützung des Ministeriums für Soziales und Integration in den letzten Jahren schrittweise weiter ausgebaut, qualifiziert und insbesondere vernetzt wurde. Obwohl viele verschiedene Träger, Selbsthilfegruppen und Kostenträger in diesem Feld zusammenarbeiten, hat sich über die Bildung der Kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe ein guter Austausch und eine sachgerechte Steuerung der Hilfen und Behandlungen etabliert, sodass Betroffenen rasch und niederschwellig Hilfe angeboten werden kann.

Durch die qualifizierte Berichterstattung in Presse, Funk und Fernsehen trauen sich Betroffene zunehmend eher aus der durch Suchtmittelkonsum entstandenen Isolierung heraus und wenden sich an eine der dafür zuständigen Stellen mit der Bitte um Hilfe und Behandlung. Trotz dieser positiven Entwicklung werden aber immer noch ca. 65 % der Betroffenen nicht erreicht und ist das sonstige medizinische Versorgungssystem mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Allgemeinkrankenhäusern zumeist nicht gut genug angebunden. Auch wird die als wirksamste Behandlungsform bekannte medizinische Rehabilitationsbehandlung suchtkranker Menschen zunehmend weniger nachgefragt. Eine ebenfalls wirksame Behandlungsform, die

ärztlich geleitete Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige, leidet an Überalterung der handelnden Ärztinnen und Ärzten und fehlendem Nachwuchs aus dem ärztlichen Bereich.

3.2 Prävention und Früherkennung

Die Kommunalen Suchtbeauftragten/Beauftragten für Suchtprophylaxe (KSB/BfS) der Stadt- und Landkreise vernetzen alle Akteure der Suchtprävention und Suchthilfe auf Stadt- bzw. Landkreisebene. Auf diese Weise koordinieren und organisieren sie die Angebotsvielfalt in allen Präventionsbereichen (universelle, selektive und indizierte Prävention/Verhältnisprävention) und für alle Präventionsthemen. Darüber hinaus wird dadurch die Struktur der Hilfsangebote in der Suchthilfe, spezifisch ausgerichtet auf die Bedürfnisse des jeweiligen Stadt- oder Landkreises, gestaltet.

Zu den Mitwirkenden in dieser Vernetzungsarbeit gehören auch die Präventionsfachkräfte der Beratungsstellen und die Präventionsfachkräfte der Polizei. In der Regel wird die Prävention an Schulen, in Jugendgruppen, in Kommunen, in Vereinen etc. von Fachkräften oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt. Sie richtet sich an alle Altersgruppen.

Mit der wohnortnahen Versorgung und Inklusion von Menschen mit Behinderung wird es durch vermehrte Kontakte zu Risikopopulationen und Suchtmitteln auch in dieser Bevölkerungsgruppe zunehmend zu Suchtmittelkonsum kommen. Hier sind geeignete Präventions- und Behandlungsprogramme zu entwickeln. Dies gilt auch für Menschen, die in sensiblen Phasen wie der Adoleszenz oder in Umbruchssituationen, z.B. am Arbeitsplatz, suchtspezifisch auffällig werden. In großen Firmen bestehen bereits vielfach Präventionsprogramme, in mittelständischen Betrieben sind diese gerade erst im Entstehen. Für diese ist ein flächendeckendes Qualifizierungs- und Beratungsangebot zu entwickeln. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten Prävention und Früherkennung von Missbrauch bzw. Suchtverhalten gezielt Platz finden.

3.3 Ambulante Versorgung

3.3.1 Angebot der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Hausärztliche Versorgung

Trotz aller Bemühungen um Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen tun sich Betroffene weiterhin schwer, fachspezifische Beratung und Behandlung direkt aufzusuchen. Die hausärztliche Praxis ist die erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. Dort werden Suchterkrankungen zwar häufig erkannt, jedoch kommt es nicht immer so rasch wie notwendig zu einer Zuweisung zu einer suchtspezifischen Behandlung.

Im medizinischen Primärversorgungssystem vergeht immer noch zu viel Zeit bis von den Betroffenen qualifizierte Hilfe in Anspruch genommen wird. Die Behandlungen sind häufig nicht ausreichend strukturiert, zu wenig zielgerichtet und dadurch zu wenig nachhaltig.

Bausteine der Suchtmedizin in Studium und Fortbildung der niedergelassenen Ärzteschaft und Bausteine der psychosomatischen Grundversorgung stellen Fortschritte dar, reichen jedoch

nicht aus. Trotz bestehenden Bedarfs werden vorhandene Ressourcen für entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft. Zur Optimierung wäre ein mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgestimmtes Vorgehen geeignet. Die novellierten Psychotherapie-Richtlinien sehen einen Behandlungsumfang von zehn Stunden im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie vor, innerhalb dessen allerdings Suchtmittelabstinenz erreicht worden sein müsste. Angesichts der hohen Zahl mehrfach psychiatrisch komorbider abhängiger Menschen und dem bekannten Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen wäre diese Vorgabe revisionsbedürftig und erneut im Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen.

Fachärztinnen und -ärzte sowie und Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen oder Suchtmittelgebrauch in ambulante Psychotherapie zu nehmen, wird bisher noch zu selten genutzt, weder im fachärztlichen Bereich noch bei psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, obwohl hier aufgrund häufiger Komorbiditäten ein großer Behandlungsbedarf besteht. Auch hier wäre ein mit der KV abgestimmtes Vorgehen sinnvoll, um psychotherapeutische Ressourcen für suchtkranke Menschen besser erreichbar zu machen.

3.3.2 Psychiatrische Institutsambulanzen Sucht (PIA Sucht)

Die PIA Sucht behandelt Patientinnen und Patienten mit besonderer Schwere und Dauer einer Suchterkrankung. Bei anderen, nicht stoffgebundenen Abhängigkeitsarten sind die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses jedoch nicht zielführend.

Gerade bei noch nicht langjährig suchtkranken Menschen könnten ambulante oder teilstationäre qualifizierte Entzugsbehandlungen sinnvoll sein. Diese sind jedoch bisher nach dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgeschlossen, wären aber gerade in den PIA Sucht mit der Option eines 24-Stunden-Krisendienstes sinnvoll und, wie Modellprojekte zeigen, auch erfolgreich. Diese könnten auch als Vorbereitung für therapeutische Programme bei anderen Abhängigkeiten sinnvoll sein.

3.3.3 Stationsäquivalente Behandlung

Stationsäquivalente Behandlung nach § 115 d SGB V oder andere aufsuchende Therapieangebote bei z.B. kurzzeitig rückfälligen Personen und zur Stabilisierung bei Krisen sind eine sinnvolle Ergänzung des schon bestehenden therapeutischen Angebotes: einerseits zur Verhinderung vollstationärer Aufnahmen, andererseits als nachstationäre Maßnahme bei chronischem Verlauf, bei komorbiden und besonders rückfallgefährdeten Patientinnen und Patienten. Diese Behandlung kann im häuslichen Umfeld ein abstinentes Leben zu trainieren helfen, wie es im Krankenhaus nicht möglich ist. Diese Maßnahmen können einen Verlust der Einbindung in die sozialen Strukturen verhindern helfen und die soziale Reintegration erleichtern.

Solche Angebote erhöhen auch die Akzeptanz der Behandlung suchtkranker Menschen in der Gesellschaft. Durch frühzeitiges Erreichen und gute Betreuung können gesundheitliche und soziale Folgeschäden deutlich verringert werden. Hinsichtlich der grundsätzlich möglichen Einbindung der Beratungsstellen und der Selbsthilfe sowie der entsprechenden Vergütung besteht noch Klärungsbedarf.

3.3.4 Substitution

Die ärztliche Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist primäres Aufgabengebiet der kasernenärztlichen Versorgung und wird in der Regel von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Diese Behandlungsform ist sinnvoll und erfolgreich. Es fehlen aber zunehmend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, diese Behandlung durchzuführen, wodurch es zunehmend zu Versorgungsdefiziten im Land kommt.

Die bisher modellhaft an sehr wenigen Standorten erfolgten Ermächtigungen sind erfolgreich umgesetzt worden. Sie führten dort zu einer teilhabeorientierten und interdisziplinär durch institutionalisierte Einbindung der Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) arbeitenden Substitutionsbehandlung und psychosozialen Begleitung. Weitere Modelle werden mit Fördermitteln des Landes unterstützt (Projekt VV-Sub). So könnte auch in Zukunft ein flächendeckendes wohnortnahes Netz an substituierenden Praxen und psychosozialer Begleitung sichergestellt werden, in dem für die Betroffenen eine teilhabeorientierte Behandlung ermöglicht wird. Im Rahmen der Arbeitsgruppe Substitution werden die Möglichkeiten zur Verbesserung des Behandlungsangebots diskutiert. Auch die Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) kann sich positiv auf die Versorgungssituation auswirken. In diesem Zusammenhang ist erfreulich, dass der Bewertungsausschuss in seiner Sitzung im Juni 2017 zwei neue Gebührenordnungspositionen zur Substitutionsbehandlung beschlossen hat. Damit wird der aktuellen Weiterentwicklung der BtMVV Rechnung getragen. Seit 1. Oktober 2017 gelten demnach eigene Ziffern für einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ziffern) zur Abrechnung des Prüf- und Beratungsaufwandes bei der Verschreibung von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme ("Take-Home-Vergabe") sowie für die konsiliarische Untersuchung durch qualifizierte Suchtmedizinerinnen und Suchtmediziner. Darüber hinaus kann die Substitutionsbehandlung künftig im Hausbesuch erfolgen, wenn eine Patientin oder ein Patient wegen einer anderen Krankheit nicht in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen oder pflegebedürftig ist.

3.3.5 Psychosoziale Beratungsstellen, kommunale Suchtbeauftragte, Netzwerke

Psychosoziale Beratungsstellen und Kontaktläden (PSB/KL) sowie kommunale Suchtbeauftragte (BfS/KSB) sind in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg etabliert und werden in Höhe von insgesamt über 9 Mio. Euro jährlich unter Kofinanzierung durch die Kreise vom Land gefördert. Bei zunehmendem Bedarf und steigenden Kosten ist eine entsprechend ausreichende Finanzierung dieser Stellen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sicherzustellen.

PSB/KL sind zumeist niedrigschwellig arbeitende Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige. Neben dieser primären Tätigkeit und dazugehörigen Vernetzungsaufgaben werden weitere Aufgaben wie Trainingsprogramme für Mitarbeitende von Spielhallen, ambulante Reha, gesondert finanzierte Modellprojekte usw. wahrgenommen. Durch Teilnahme z.B. an Hometreatment-Angeboten von Suchtkranken würde den Beratungsstellenmitarbeitenden die Möglichkeit geboten, aufsuchend tätig werden zu können.

Die Koordinierung der Hilfeangebote durch die Stadt- und Landkreise ist über die Kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe fachspezifisch gegeben. Die vorhandene Expertise ist verstärkt in politische Entscheidungsprozesse (Finanzierung der kommunalen Daseinsvorsorge, betreute Wohnform etc.) einzubeziehen.

Eine Ablösung der bisherigen Strukturen ausschließlich unter dem Dach des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) würde die Arbeitsbeziehungen durch Themen- und Akteursvielfalt

erschweren und erfolgreich arbeitende Netzwerke deutlich zeitaufwändiger machen, was zur weiteren Reduzierung der primären Beratung führen könnte. Langfristig sollte ein Zusammenwachsen von Beratungs- und Behandlungsstrukturen unter Beibehaltung ihrer unterschiedlichen Finanzierung im Sinne einer Anlaufstelle an einem Standort für Betroffene geprüft werden.

Eine enge Zusammenarbeit und ein Austausch der Kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe mit den GPV sind zu fördern, um suchtkranken Menschen, die Hilfe aus beiden Bereichen benötigen (Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen und/oder chronischen Verläufen), angemessen zu versorgen.

3.3.6 Selbsthilfe

Eine eigene Säule des Hilfesystems stellt die ehrenamtliche Suchtselbsthilfe dar. Ihr Ziel ist, Möglichkeiten für eine zufriedene und suchtmittelfreie Lebensgestaltung aufzuzeigen. Im Verbund der Suchtkrankenhilfe übernimmt sie die wichtige Aufgabe der Nachsorge und der Krisenarbeit für suchtkranke Menschen und ihren Angehörigen und stabilisiert so die Behandlungserfolge von Suchtberatungsstellen und Fachkliniken.

Betroffene und Angehörige sind über ihre Selbsthilfeverbände Sucht in die Kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe integriert. Trotz dieser Einbindung in bestehende Strukturen ist die Einbindung in einzelnen Bereichen noch verbesserbar.

Auch die Beschäftigung von Ex-Usern und abstinenten Alkohol- und Medikamentenabhängigen in allen Bereichen der Suchthilfe (s. auch Nr. 4.6 VwV-PSB/KL) wäre eine Kompetenzerweiterung und würde für einen Abbau von Zugangsschwellen sorgen. Die als wirksam gut evaluierte Organisationsform Betroffener wird in den suchtmmedizinischen Einheiten der psychiatrischen Kliniken als Beratungs- und Kontaktangebot in den qualifizierten Entzug eingebunden. Eine Einbindung Betroffener als professionelle Mitarbeitende ist hingegen noch nicht systematisiert erfolgt.

3.4 Krisen- und Notfalldienst

Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Hausärztinnen und Hausärzte und PIA Sucht stehen bei Krisen als Anlaufstellen zur Verfügung und bilden so ein zumeist gut erreichbares ambulantes Netz. Ein Ruf- oder Krisendienst steht in der Regel allerdings nicht rund um die Uhr zur Verfügung. Von einzelnen Gruppen Betroffener, wie z.B. chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranken, Wohnsitzlosen und Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankung und Psychosen, werden sie häufig aber nicht in Krisen aufgesucht. Für diese Menschen besteht, weil Angehörige, die sonst auch eine wichtige Unterstützung darstellen, hier nicht vorhanden sind, ein erhebliches Risiko für Notfälle und Suizidalität. Gerade diese Menschen bedürfen der nachgehenden ambulanten Arbeit und eines fachspezifischen Krisendienstes rund um die Uhr jenseits des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Notfälle, die durch erhebliche Intoxikationen, Fremd- und Selbstgefährdung sowie lebensbedrohliche Suchtfolge- und Begleiterkrankungen entstehen, werden vom KV-Notdienst, der Polizei und dem notärztlichen Dienst zumeist in Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Fachkliniken oder psychiatrische Abteilungen zur stationären Behandlung gebracht, um Krisen rechtzeitig abzufangen und Notfälle zu behandeln.

3.5 Voll- und teilstationäre Versorgung

3.5.1 Psychiatrische Kliniken

Die bisherige gute Differenzierung von stationären Behandlungsangeboten für suchtkranke Menschen in den psychiatrischen Kliniken hat sich bewährt und diese Behandlungsangebote werden auch weiterhin erforderlich sein. Gerade für die Behandlung akuter psychischer Krisen, chronifizierter Verläufe und komorbider Erkrankungen sind sie alternativlos. Eine Weiterentwicklung der Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung, Psychosen (primär oder sekundär als Suchtmittelfolge), aber auch allen anderen psychischen Störungen ist erforderlich. Dabei sollte diese in Kooperation mit den anderen Behandlungsbereichen (der Akut- und Gerontopsychiatrie und insbesondere der psychosomatischen Medizin) erfolgen.

Veränderung von Verhalten benötigt Zeit. Eine weitere Verkürzung von Behandlungszeiten wird, unabhängig vom Setting (ambulant, teilstationär, stationär, Reha), die bisherigen guten Behandlungserfolge gefährden und Chronifizierungen und sozialem Ausstieg Vorschub leisten. Je mehr längere Abstinenzzeiten durch Behandlung zu erreichen sind, desto besser die Prognose des suchtkranken Menschen.

3.5.2 Allgemeinkrankenhäuser

Nur wenige Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nutzten die im DRG-System mögliche qualifizierte Entzugsbehandlung als Regelform für suchtkranke Menschen. Im Rahmen eines wohnortnahen qualifizierten stationären Versorgungsangebotes ist eine Etablierung von qualifizierten Entzugsbehandlungen an Allgemeinkrankenhäusern anzustreben, möglichst in Kooperation mit dem psychiatrischen Suchthilfesystem.

Bei dieser Arbeit sollten auch die Beratungsstellen vor Ort eingebunden werden. Sollte eine solche Kooperation nicht möglich sein, wäre ein fester Konsiliar- und Liaisondienst eine gute Alternative.

3.5.3 Akut-Sucht-Tageskliniken (TK Sucht)

Suchtmedizinische Tageskliniken sind flächendeckend im Land etabliert. Sie leisten gerade bei Krisen gute suchtmedizinische Arbeit, sind in der Regel mit den örtlichen Beratungsstellen vernetzt und gewährleisten ggf. eine Vermittlung in ambulante Gruppen und Reha-Maßnahmen. Sie können einen vollstationären Aufenthalt verkürzen oder vermeiden und sind unverzichtbar, um eine wohnort- und lebensnahe, auf Reintegration ausgerichtete Suchttherapie zu gewährleisten. Sie werden leider in ihrer Leistungsfähigkeit vom medizinischen Primärversorgungssystem häufig unterschätzt und sollten zunehmend auch in der Funktion als erster Behandlungsstelle und für ein evtl. notwendiges weitergehendes Case Management zunehmend in den Fokus genommen werden.

3.6 Rehabilitation

Die Reha suchtkranker Menschen ist ein wesentlicher Baustein suchtspezifischer Behandlung. Von daher ist die Initiative der DRV zum nahtlosen Übergang von Entzugsbehandlungen in die Rehabilitation Sucht ein wesentlicher Schritt, um die bisherige Schnittstellenproblematik zu beenden.

Bisherige Rehastandorte liegen oft sehr wohnortfern. Dadurch ist die Reintegration in Arbeit und in die sozialen Beziehungen erschwert. Hier wäre langfristig eine wohnortnähere Behandlung wünschenswert. Das würde auch eine Zusammenarbeit mit den suchtherapeutischen Entzugsbehandlungseinheiten fördern. Eine Weiterentwicklung der Rehabehandlung sollte auch die zunehmende Kostenträgerschaft der GKV, deren Ziel mehr die Gesunderhaltung der Versicherten ist, berücksichtigen. Verschiedene Modelle zur Verbindung von Suchtreha und Wiedereingliederung in Arbeit werden von der DRV, dem Ministerium für Soziales und Integration, dem Wirtschaftsministerium und der Arbeitsagentur unterstützt (z.B. „NaWiSu“ steht für die „Förderung der nachhaltigen Wiedereingliederung langzeitarbeitsloser Abhängigkeitskranker in den Arbeitsmarkt nach der Rahmenkonzeption der Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg“).

3.7 Wohnformen

Wohnformen mit Unterstützung für suchtkranke Menschen haben sich konzeptionell sowie bezüglich rechtlicher Rahmenbedingungen erfreulich weiterentwickelt und als durchlässig erwiesen.

So wird, finanziert durch die Stadt- und Landkreise im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Ambulant Betreutes Wohnen zur Nachsorge für suchtkranke Menschen angeboten. Dieses ist an die Fachkliniken angebunden mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation, der Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe und der beruflichen Wiedereingliederung. Für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen werden im Rahmen der Eingliederungshilfe Heime, Außenwohngruppen und Betreutes Wohnen vorgehalten, die gleichzeitig eine adäquate Beschäftigung (allgemeiner Arbeitsmarkt, Integrationsprojekte, Werkstätten für behinderte Menschen) ermöglichen. Zielgruppe sind suchtkranke Menschen mit weitergehendem Kontrollverlust beim Umgang mit Suchtmitteln, mit schweren somatischen und neurologischen Störungen sowie mit psychischen Beeinträchtigungen (psychiatrische Krankheitsformen).

Eine erfolgreiche Vermittlung in diese Angebote z.B. aus Reha und stationärem Entzug setzt jedoch zeitnahe Bearbeitungszeiten der Kommunen sowie Flexibilität bei Zusagen zu Spezialangeboten außerhalb des Landkreises voraus. Die Kommunen benötigen deshalb ausreichend Ressourcen für eine rasche und sachgerechte Bearbeitung, Betroffene benötigen ein auch fachlich abgestimmtes Vorgehen bei der Vermittlung in wohnortfernere Spezialangebote.

3.8 Spezielle Angebote

Versorgung der suchtkranken älteren Menschen

Bei der Behandlung der Klientel älterer Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist auf Stadt- und Landkreisebene eine Zusammenarbeit internistischer und psychiatrischer Behandlungsan-

gebote erforderlich. Geriatrische und gerontopsychiatrische Fachabteilungen sind aufgefordert, Präventions- und angemessene Therapieangebote zu entwickeln.

Menschen mit nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten

Diese Zielgruppe bedarf ebenfalls eines qualifizierten Angebots. Da diese Behandlungen vorwiegend ambulant, teilstationär oder als Reha erfolgen und erfolgreich sind, ist ein Ausbau und hier ggf. eine Weiterentwicklung anzustreben.

Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchtete

Für Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchtete besteht durch die veränderten Lebensumstände und Brüche im kulturellen Kontext ein erhöhtes Risiko, Suchtmittel zu konsumieren und nicht stoffgebundene Süchte zu entwickeln. Auch mangelnde Tagesstruktur und fehlende Sprachkenntnisse erhöhen das Risiko. Daneben erreichen das Suchthilfesystem aber auch Menschen, die in ihren Heimatländern bereits suchtmittelabhängig waren. Dieser Menschen nimmt sich das Suchthilfesystem an, stößt aber an die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten durch sprachliche Barrieren, aber auch durch finanzielle Begrenzungen durch die Kostenträger mit langen Beantragungszeiten und restriktiven Kostenübernahmen. Nach einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz 2017 soll die Datenlage verbessert und Informationsmaterial erarbeitet sowie die Arbeit von Flüchtlings- und Suchthilfe stärker verzahnt werden.

3.9 Forschung

Es bestehen seit einigen Jahren Behandlungsleitlinien für suchtkranke Menschen für alle Behandlungsformen, die mit Abstrichen weitestgehend in der Versorgung umgesetzt sind. Dabei gibt es gute Evaluationsdaten in der Outcome-Forschung, ohne dass aber die Relevanz einzelner Bausteine und ihre Wirksamkeit differenziert werden konnten. Die Grundlagen- und klinische Suchtforschung ist insofern weiter zu stärken. Auch Konzepte zur Versorgung komorbider Störungen sind bisher nur unzulänglich evaluiert. Hier bedarf es weiterer fachspezifischer Therapie- und Versorgungsforschung, um die eingesetzten Mittel im Sinne der Betroffenen erfolgreich zu verwenden. Eine Kooperation mit universitären Einrichtungen ist dabei wünschenswert.

3.10 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Es existieren vielfältige Angebote, trotzdem ist es wünschenswert, dass die Vernetzung der Beratungs- und Behandlungsangebote verbessert wird.
2. Gruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko wie Migrantinnen und Migranten oder Menschen in sensiblen Phasen wie der Adoleszenz oder in Umbruchssituationen, z.B. am Arbeitsplatz, benötigen ein flächendeckendes Präventions- und Beratungsangebot, auch im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
3. Trotz bestehenden Bedarfs werden vorhandene Ressourcen für entsprechende suchtmizinische Qualifizierungsmaßnahmen in der niedergelassenen Ärzteschaft sowie bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft. Zur Optimierung wäre ein mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgestimmtes Vorgehen geeignet.

4. Sowohl die stationsäquivalente Behandlung und andere aufsuchende Therapieangebote als auch die PIA Sucht mit der Option eines 24-Stunden-Krisendienstes sind bei z.B. kurzzeitig rückfälligen Personen und zur Stabilisierung bei Krisen eine sinnvolle Ergänzung des schon bestehenden therapeutischen Angebotes und sollten weiter ausgebaut werden.
5. Von einzelnen Gruppen Betroffener, wie z.B. chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranken, Wohnsitzlose und Patientinnen bzw. Patienten mit Suchterkrankung und Psychosen, werden suchtmmedizinische Beratungs- und Versorgungseinrichtungen in Krisen häufig nicht aufgesucht. Für diese Menschen besteht, auch aufgrund eines fehlenden sozialen Netzes, ein erhebliches Risiko für Notfälle und Suizidalität. Gerade diese Menschen bedürfen der nachgehenden ambulanten Arbeit und eines fachspezifischen Krisendienstes rund um die Uhr jenseits des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.
6. Die ärztliche Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist sinnvoll und erfolgreich. Es fehlen aber zunehmend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, diese Behandlung durchzuführen, wodurch es weiter zu erheblichen Versorgungsdefiziten im Land kommen wird. Ermächtigungen könnten zu einer teilhabeorientierten und interdisziplinär durch institutionalisierte Einbindung der PSB arbeitenden Substitutionsbehandlung und psychosozialen Begleitung führen und eine flächendeckende Versorgung ermöglichen.
7. Bisherige Reha-Standorte liegen oft sehr wohnortfern, was die Reintegration in Arbeit und soziale Beziehungen erschwert. Hier wäre langfristig eine wohnortnähere Behandlung wünschenswert.
8. Weitere Zielgruppen benötigen ein qualifiziertes Angebot, so suchtkranke ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchtete und die ebenfalls zunehmende Gruppe von Betroffenen mit nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten.

4 Gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Versorgung

4.1 Allgemeines

4.1.1 Definition „gerontopsychiatrische Patientin“ und „gerontopsychiatrischer Patient“

Die Altersgrenze, ab der üblicherweise die Zuständigkeit der Gerontopsychiatrie¹⁰ gegeben ist, liegt bei 65 Jahren. Ergänzend zu einer durch das Lebensalter festgelegten Zuordnung sind bei der Definition „gerontopsychiatrische Patientin“ bzw. „gerontopsychiatrischer Patient“ folgende Aspekte von Belang:

¹⁰ Wegen der besseren Lesbarkeit wird hier von „Gerontopsychiatrie“ gesprochen, wobei darunter auch Gerontopsychotherapie und -psychosomatik subsumiert werden.

- das Bestehen geriatritypischer Multimorbidität, wobei den sog. geriatrischen Syndromen eine besondere Bedeutung zukommt (Mobilitätseinschränkung, Inkontinenz, Gebrechlichkeit [„Frailty“] etc.),
- das Vorliegen alterstypischer, für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen häufig bedeutsamer psychosozialer Faktoren (Ausscheiden aus dem Berufsleben, Verlust der Partnerin bzw. des Partners, Vereinsamung etc.),
- die mit steigendem Lebensalter zunehmende Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer stärkergradigen kognitiven Störung im Sinne einer „major neurocognitive disorder“ nach DSM-5, dem aktuellen US-amerikanischen Diagnosesystem; in der Nomenklatur der ICD-10 handelt es sich dabei neben den Demenzerkrankungen im Wesentlichen um das Delir. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der vorliegenden epidemiologischen Daten bis in die neunte und zehnte Lebensdekade die Mehrzahl der Menschen **nicht** von den genannten kognitiven Störungen betroffen sind und somit bei einem sehr hohen Anteil gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten keine demenzielle Erkrankung vorliegt.

Entlang der Reifung und Alterung werden im Lebenslauf des Menschen grob unterteilt drei Lebensphasen unterschieden, Kindheit und Jugend (bis 18. Lebensjahr), Erwachsenenphase und Phase des jüngeren (ab dem 65. Lebensjahr) und hohen Alters (ab dem 80. Lebensjahr). Ab dem 65. Lebensjahr haben sowohl biologische (Veränderungen im Stoffwechsel aufgrund der Organalterungen), psychische (Altersentwicklungspsychologie) als auch soziale (Lebenszeit nach der Erwerbstätigkeit) Veränderungen zur Herausbildung der spezialisierten Altersmedizin beigetragen. Insbesondere die alterstypischen Komorbiditäten müssen von allen altersmedizinisch Tätigen im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes miterfasst werden. Die Risiken für Krankheitsbilder wie Demenzen und Verwirrheitszustände (Delire) nehmen mit dem Alter stark zu. Aber auch Depressionen treten häufig im Alter als erstmalige oder aber auch wiederholte Erkrankungsepisode auf.

Aus diesen Kriterien kann abgeleitet werden, dass eine altersassoziiert erhöhte Vulnerabilität dafür wesentlich ist, dass ältere Menschen mit einer psychischen Störung gerontopsychiatrisch qualifizierter Versorgungsangebote bedürfen. Da die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Leben krankheitsbedingt bei vielen Betroffenen eingeschränkt oder gar aufgehoben ist, müssen in diesen Fällen Angehörige und/oder gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter in den Behandlungsprozess angemessen einbezogen werden.

Erfahrungen aus den letzten Jahren haben gezeigt, dass spezielle Patientengruppen, die besondere Anforderungen an die versorgenden Dienste stellen, von ihrer Zahl her an Bedeutung gewinnen. Damit angesprochen sind u.a. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, bei denen häufig die Sprachbarriere besonders hoch ist, älter gewordene suchtkranke Menschen (insb. bei Abhängigkeit von illegalen Drogen) und Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung (z.B. mit Down-Syndrom).

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass palliativmedizinische Versorgung zunehmend auch für die Gerontopsychiatrie ein Thema wird. Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen im Alter, wobei demenzerkrankte Menschen seltener in Kliniken und häufiger in Pflegeheimen versterben als andere Patientinnen und Patienten. Eine Stärkung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung sowie Schulung von Pflegeheimen im Umgang mit sterbenden Demenzpatientinnen und -patienten hat zu diesem Umstand mit beigetragen und sollte weiter unterstützt werden.

4.1.2 Krankheitsbilder

Zwar kommt bei den im Alter erstmals auftretenden Erkrankungen den schweren kognitiven Störungen eine besonders hohe Bedeutung zu. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass sich z.B. auch Depressionen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen mit substanzieller Häufigkeit im Alter neu manifestieren. Sehr oft handelt es sich dabei um ältere Menschen, die von den genannten oder anderen als „nicht organisch“ verstandenen psychischen Störungen und gleichzeitig von körperlichen Leiden betroffen sind, die ihre Alltagsfähigkeiten einschränken, während sie kognitiv nicht oder nur wenig beeinträchtigt sind (Beispiel: Depression bei geriatrischer Multimorbidität).

4.1.3 Zugang für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten zu Angeboten für jüngere Menschen

Ein signifikanter Anteil der Betroffenen ist aufgrund seiner psychischen bzw. kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen nicht in der Lage, die Angebote vieler nicht auf Seniorinnen und Senioren abgestimmter Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, wie z.B. der Zugang zu nicht barrierefreien Arztpraxen. Versorgungsangebote, die sich primär an jüngere Patientinnen und Patienten richten, müssen sich angesichts des demografischen Wandels der Frage stellen, inwieweit es sinnvoll und möglich ist, dass sie auch älteren Menschen mit psychischen Störungen einen Zugang eröffnen (wobei die Überwindung physischer Barrieren nur einen Aspekt darstellt).

4.1.4 Prävention

In Bezug auf psychische Störungen des höheren Lebensalters existieren über die Suizidprävention hinaus vielfältige präventive Strategien, die sowohl die Primär-, als auch die Sekundär- und Tertiärprävention betreffen (s. hierzu auch Teil B Ziff. 4.2.1). Auf die folgenden Aspekte sei speziell hingewiesen:

- aufgrund der engen Wechselwirkungen zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit sind allgemein gesundheitsfördernde Maßnahmen (s. auch Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014) auch für die seelische Gesundheit im Alter von wesentlicher Bedeutung,
- der Kenntnisstand zur Prävention organisch psychischer Störungen ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen; sowohl für Demenzerkrankungen als auch für das Delir beim älteren Menschen liegen mittlerweile fundierte Erkenntnisse über vorbeugende Strategien vor, die alle Ebenen der Prävention betreffen und von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen bis hin zu auf die Gesellschaft bezogene Interventionen reichen,
- angesichts einer wachsenden Zahl älterer Menschen mit psychischen Störungen, von denen viele alleine leben, gewinnen Aktivitäten auf gesellschaftlicher Ebene an Bedeutung; exemplarisch seien vielfältige Formen bürgerschaftlichen Engagements erwähnt (z.B. „Demenzpaten“, „Demenzpartner“) bzw. Initiativen im kommunalpolitischen Raum (Stichwort „demenzfreundliche Kommune“).

4.2 Außerklinische Versorgungsstrukturen

Wie in allen anderen Bereichen der psychiatrischen Versorgung sind außerklinische, gemeindefnahe Angebote für die Gerontopsychiatrie essentiell bedeutsam, und zwar nicht nur unter kurativer sondern auch unter präventiver Zielsetzung. Die nachfolgend genannten Strukturen sind grundsätzlich altersübergreifend relevant. Bei bestimmten für jüngere Menschen etablierten Angeboten ist jedoch zu empfehlen, auch Menschen im Alter über 65 Jahren einen Zugang zu eröffnen. Es versteht sich, dass dabei Doppelstrukturen, z.B. mit Angeboten der Altenhilfe, vermieden werden müssen.

4.2.1 Selbsthilfegruppen, Kontaktclubs

Selbsthilfegruppen, z.B. für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder Depressionen, spielen für viele Betroffene eine wertvolle unterstützende Rolle, und zwar altersübergreifend. Gruppen, die sich an ältere Menschen wenden, können jedoch das Angebot bereichern, da die für die Teilnehmenden bedeutsamen Themen ebenso wie die bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen häufig in den verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich sind.

Eine besonders wichtige Rolle für Menschen mit Demenz spielt die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, die landesweit die Vertretung der Interessen von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen wahrnimmt. Da die Betroffenen ihre Interessen bestenfalls sehr eingeschränkt vertreten können, liegt es in der Natur der Sache, dass die Vertretung hier von Angehörigen, engagierten Ehrenamtlichen und engagierten Professionellen getragen wird.

4.2.2 Beratungsstellen

Mancherorts – z.B. dort, wo gerontopsychiatrische Zentren gemäß der Empfehlung der Expertenkommission von 1988¹¹ etabliert wurden – existieren Beratungsstellen speziell für psychisch kranke ältere Menschen. Diese haben sich als sehr hilfreich für die Betroffenen und ihre Angehörigen erwiesen, so dass eine Ausweitung dieses Angebots grundsätzlich empfohlen werden kann.

Eine wichtige Funktion haben auch die in den zurückliegenden Jahren auf Kreisebene eingerichteten Pflegestützpunkte, die bei der Vermittlung ambulanter und stationärer Pflege wertvolle Unterstützung leisten.

Die Dienstleistungen von Patientenfürsprecherinnen bzw. Patientenfürsprechern sowie der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen sollen zukünftig auch für Menschen über 65 Jahren vorgehalten werden (s. auch Teil C Ziff. 4.1.3).

¹¹ Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich hat im November 1988 ihre Empfehlungen vorgelegt. Sie basieren auf den Ergebnissen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung und dem Wissen und den Erfahrungen der in die Kommission berufenen Expertinnen und Experten.

4.2.3 Gemeindepsychiatrische Versorgung

Im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Zentren werden entsprechende Angebote teilweise schon vorgehalten. Gerade die sozialpsychiatrischen Dienste haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten als unverzichtbares Element der psychiatrischen Versorgung erwiesen, wobei gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten in der Praxis bisher nicht eingeschlossen sind. Eine Angliederung gerontopsychiatrischer Dienste an die Gemeindepsychiatrischen Zentren ist daher sinnvoll. Die damit einhergehenden erforderlichen Kapazitätserweiterungen bedürfen allerdings zusätzlicher Mittel.

Krisen- und Notfalldienste

Dort wo spezialisierte Krisen- und Notfalldienste existieren, ist zu prüfen, ob diese einer Stärkung ihrer Kompetenz auf gerontopsychiatrischem Gebiet bedürfen. Ansonsten sollte der Schwerpunkt darauf liegen, die Vielfalt der vorhandenen Angebote, die für die Krisen- und Notfallversorgung bedeutsam sind, besser zu vernetzen und z.B. durch Fort- und Weiterbildung die dort Tätigen auf die besonderen Herausforderungen, die sich bei der Krisen- und Notfallversorgung älterer Menschen ergeben, bestmöglich vorzubereiten (s. auch Teil C Ziff. 4.3.3 sowie Teil B Ziff. 4.3.1.10).

Tagesstrukturierende Angebote, Tagespflege

Tagesstrukturierende Angebote für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten existieren bisher kaum, obwohl sie insb. für viele chronisch kranke Menschen eine wichtige Rolle spielen (s. hierzu auch Teil B Ziff. 4.3.1.3). Die an ihrer Stelle oft in Anspruch genommenen Tagespflegeeinrichtungen können tagesstrukturierende Angebote jedoch nicht ersetzen. Angesichts einer wachsenden Zahl Betroffener (u.a. alleinlebende ältere Menschen mit affektiven Angst- oder leichteren kognitiven Störungen) stellt der Auf- bzw. Ausbau entsprechend ausgerichteter tagesstrukturierender Angebote eine wichtige Aufgabe für die kommenden Jahre dar.

4.2.4 Pflegedienste und Sozialstationen

Die Angebote der ambulanten Pflege durch Pflegedienste und die Angebote der Sozialstationen sind sowohl hinsichtlich medizinisch-pflegerischer Maßnahmen als auch in Bezug auf die Alltagsbewältigung (z.B. Bereitstellung von Hilfen bei der Haushaltsführung) unverzichtbar für die Aufrechterhaltung eines selbständigen Lebens für viele psychisch kranke ältere Menschen und stellen somit eine der besonders wichtigen Säulen der außerklinischen Versorgung dar. Eine besondere Herausforderung für Sozialstationen besteht in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aus der stationären Behandlung entlassen werden und von denen viele einen hohen Versorgungsbedarf sowohl allgemeinmedizinisch als auch psychosozial aufweisen (s. dazu auch Teil C Ziff. 4.6.2).

4.2.5 Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen (inkl. Familienpflege)

Angesichts des empirisch gesicherten Befundes, dass ältere Menschen möglichst lange bzw. bis zu ihrem Tod in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben möchten, wird die vielerorts übliche Praxis, bei diesen Angeboten ältere Patientinnen und Patienten nicht einzubeziehen, heutigen Erfordernissen nicht mehr gerecht. Daher sollte ein ausreichendes Angebot zur Verfügung gestellt werden. Dies sollte auch ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere psychisch

ranke Menschen mit einschließen. Dem Bedürfnis von volljährigen Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen nach Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe trägt das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg (WTPG) aus dem Jahr 2014 ebenso Rechnung wie die 2017 gestartete Landesstrategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“.

Die Regelungen des WTPG ermöglichen eine Vielfalt von Konzepten in Angeboten der Eingliederungshilfe und Pflege. So sind auch vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften und ambulant betreute Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg anerkannte und gesetzlich geregelte Wohn- und Versorgungsformen für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf und für volljährige Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen. Die genannten Wohngemeinschaften bieten wohnortnahe und in Anlehnung an die Häuslichkeit konzipierte Unterbringung und Versorgung. Das WTPG hat einen deutlichen Impuls zur Initiierung ambulant betreuter Wohngemeinschaften gesetzt. Seit seinem Inkrafttreten wurden bereits zahlreiche ambulant betreute Wohngemeinschaften eingerichtet und viele befinden sich derzeit in der Planungsphase.

Die mit dem WTPG geschaffenen alternativen Wohnformen sind damit ein wichtiger Pfeiler gelingender Quartiersentwicklung vor Ort, weil sie auch unterstützungsbedürftigen Bürgerinnen und Bürgern ein Leben im vertrauten Quartier ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist, dass die jeweilige Wohnform – ob stationär oder ambulant – in das Quartier eingebunden ist, den betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht und die Beziehung zwischen den in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft lebenden Menschen und den Bewohnerinnen und Bewohnern des Quartiers sicherstellt. Hierzu bedarf es der Mitwirkung der Kommunen, die als „Motor im Sozialraum“ zusammen mit ambulanten und stationären Einrichtungen, weiteren im Quartier verorteten Akteuren des Gesundheitswesens, der Freien Wohlfahrtspflege, den Kirchen und anderen Partnern bedarfs- und passgenaue Quartiersansätze entwickeln und umsetzen. Bei der Etablierung von alters- und generationengerechten Quartieren erhalten die Kommunen Unterstützung durch die im Jahr 2017 gestartete Landesstrategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Im Jahr 2016 wurden in Baden-Württemberg ca. 100.000 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen vorgehalten. Ausweislich zahlreicher epidemiologischer Studien sind weit über 50 % der in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen psychisch erkrankt. Das bedeutet, dass neben den 5.000 unter 65-jährigen psychisch kranken Personen zusätzlich mindestens 50.000 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Pflegeheimen leben. Deshalb gehört die Gewährleistung einer heutigen Erkenntnissen entsprechenden (geronto) psychiatrischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu den besonders wichtigen Themen bei der Weiterentwicklung unseres Versorgungssystems.

Ob stationäre Pflegeeinrichtungen üblichen Zuschnitts – vor allem bei wohnortferner bzw. geschlossener Unterbringung – dem Versorgungsbedarf jüngerer psychisch kranker Menschen gerecht werden, wird kritisch diskutiert. Diese Überlegungen gelten grundsätzlich auch für einen wesentlichen Teil der über 65-jährigen Betroffenen. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen für sehr viele psychisch kranke und somatisch pflegebedürftige ältere Menschen – viele von ihnen ohne Angehörige – eine äußerst hilfreiche bzw. unverzichtbare Institution darstellen. Ferner ist zu bedenken, dass bei fortschreitenden Leiden, also v.a. Demenzerkrankungen, ab einem gewissen Schweregrad in der Mehrzahl der Fälle eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung schwerlich vermieden werden kann,

auch unter dem Aspekt der Gesundheitsfürsorge für die pflegenden Angehörigen. Um die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben dennoch zu gewährleisten, ist eine quartiersorientierte Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen bzw. die Weiterentwicklung der stationären Infrastruktur durch wohnortnahe, gemeinde- und stadtteilbezogene Angebote, wie etwa kulturelle Veranstaltungen oder einen Quartier-Mittagstisch, erforderlich.

Die Frage, ob Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen eine angemessene Versorgung erfahren, ist immer wieder Gegenstand öffentlicher Diskussion, welche zunehmend regelmäßig in den Medien geführt wird. In diesem Kontext wird häufig die Aussage getroffen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen Psychopharmaka in deutlich zu hoher Frequenz und Dosierung verordnet würden. Dabei handelt es sich sehr häufig um eine pauschalisierende, der Komplexität der Materie nicht gerecht werdende Kritik. Es muss jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass eine Reihe von Studien Daten vorgelegt haben, die nahelegen, dass Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nicht selten übermediziert sind.

Dies betrifft in besonderem Maße Menschen mit Demenz, bei denen entsprechend der S3-Leitlinie von 2016 Psychopharmaka eher restriktiv verordnet werden sollten. Gleichzeitig misst diese Leitlinie nichtpharmakologischen (psychosozialen) Maßnahmen einen hohen Stellenwert bei. Deren Umsetzung erfordert jedoch neben bestimmten organisatorisch-baulichen Voraussetzungen (die z.B. die Betreuung der Pflegebedürftigen in kleineren Gruppen) eine bessere personelle Ausstattung, als sie gegenwärtig vorgehalten werden kann. Deshalb sollte an Stelle einer pauschalen Kritik, die nicht selten mit einer Abwertung der in stationären Pflegeeinrichtungen Arbeitenden verbunden ist, eine versorgungspolitische und allgemein gesellschaftliche Diskussion geführt werden, welche Voraussetzungen erforderlich sind, um eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen. Ein wichtiger Schritt ist die Kooperationsvereinbarung zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Nervenärztinnen bzw. Nervenärzten bei der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern. Wegen der seit Jahren rückläufigen stationären Verweildauern in Krankenhäusern hat die Zahl der Patientinnen und Patienten, die in einem noch stark beeinträchtigten Zustand in stationäre Pflege entlassen werden, zugenommen. Exemplarisch seien Patientinnen und Patienten mit einem noch nicht komplett remittierten Delir genannt, die einer umfassenden Versorgung bedürfen (Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie), die in vielen stationären Pflegeeinrichtungen nicht geleistet werden kann, so dass verbesserte Versorgungskonzepte gerade auch in diesem Bereich erforderlich sind (s. dazu auch Teil C Ziff. 4.6.2.).

4.2.6 Arbeit

Aus demografischen Gründen ist zu erwarten, dass der Anteil über 65-jähriger Menschen, der am Erwerbsleben teilnimmt, steigen wird. Vor allem unter präventiven Aspekten wird damit der Bereich „Arbeit“ auch im Kontext der psychischen Störungen im höheren Lebensalter an Bedeutung gewinnen.

4.3 Außerklinische ambulante gerontopsychiatrische und - psychotherapeutische Versorgung

4.3.1 Hausärztliche Versorgung

Die große Mehrzahl älterer Menschen hat Kontakt zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt, häufig besteht ein über Jahrzehnte gewachsenes Vertrauensverhältnis. Deshalb und wegen der somatischen Komorbiditäten, die in der Regel bei psychisch kranken älteren Menschen vorliegen, kommt der Vernetzung von psychiatrischer und hausärztlicher Versorgung gerade in der Gerontopsychiatrie eine besonders große Bedeutung zu. Entsprechend ausgerichtete Versorgungsmodelle lassen erhoffen, dass z.B. bei der Behandlung der Altersdepression bessere Ergebnisse erzielt werden können, und zwar ohne Überbeanspruchung der knappen Zeitressourcen sowohl der Haus- als auch der Fachärztinnen und -ärzte.

Allerdings ist zu beachten, dass es einen kleinen Anteil gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten gibt, die in Verbindung mit ihrer psychopathologischen Symptomatik jegliche ärztliche Kontakte vermeiden und somit auch nicht über Hausärztinnen und Hausärzte erreicht werden. Weiterhin sind die bekannten allgemeinen Entwicklungen auf dem Gebiet der ärztlichen Versorgung zu beachten, die erwarten lassen, dass vor allem im ländlichen Raum die Dichte der hausärztlichen Versorgung abnehmen wird.

4.3.2 Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Der Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (v. a. für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird auch zukünftig eine zentrale Rolle für die Gerontopsychiatrie spielen. Dies gilt nicht zuletzt für mancherorts existierende geronto-neuropsychiatrische Schwerpunktpraxen. Aus Kapazitätsgründen können allerdings niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte – v. a. außerhalb von Ballungsgebieten – vielerorts eine flächendeckende Versorgung nicht sichern. Der Kooperation insbesondere mit Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Psychiatrischen Institutsambulanzen kommt ein hoher Stellenwert zu.

In den letzten 20 Jahren wurde gezeigt, dass für die Anwendung wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Verfahren im höheren Lebensalter grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie bei jüngeren Menschen gelten. Bei einer steigenden Zahl älterer Menschen, die psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen möchten, ist deshalb von einem wachsenden Bedarf auf diesem Gebiet auszugehen. Auch wenn die Zahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ältere Patientinnen und Patienten annehmen, gewachsen ist, gelingt es in der Versorgungspraxis in der Mehrzahl der Fälle nicht, einen Psychotherapieplatz innerhalb einer angemessenen Zeitspanne zu vermitteln. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen. Zu beachten ist auch die fehlende Barrierefreiheit vieler Praxen.

Die Berücksichtigung alterspsychologischer Aspekte in der Ausbildung sowie die Erfahrung mit älteren Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung müssen noch als unzureichend angesehen werden. Die in diesem Abschnitt in Bezug auf die ärztliche Psychotherapie getroffenen Aussagen gelten im Weiteren gleichermaßen auch für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

4.3.3 Krisen- und Notfallintervention

Der Krisen- und Notfallintervention kommt in der Gerontopsychiatrie eine hohe Priorität zu. Das Spektrum psychiatrischer Krisen und Notfälle im Alter reicht von der ganzen Bandbreite klassisch psychiatrischer Notfälle (Erregungszustände, psychotische Dekompensationen, Suizidalität etc.) über Zustandsbilder, bei denen somatische Faktoren eine wesentliche bzw. dominierende Rolle spielen (paradigmatisch sei hier das Delir genannt) bis hin zu Situationen, die durch Wechselwirkungen von krankheitsbedingten Einschränkungen und bestimmten psychosozialen Konstellationen bestimmt sind (z.B. akuter Hilfebedarf bei einem demenzkranken älteren Menschen, dessen pflegende Ehepartnerin oder pflegender Ehepartner durch Krankheit oder Tod plötzlich nicht mehr zur Verfügung steht). Akuter Handlungsbedarf entsteht nicht selten auch durch Krisen in Verbindung mit Überforderung oder Erschöpfung pflegender Angehöriger.

Die Vielfalt der ursächlichen Faktoren erfordert ein entsprechend differenziertes Angebot an Interventionen. Diese werden u.U. von unterschiedlichen Professionen und Institutionen erbracht (psychiatrische Dienste, Hausärztinnen und -ärzte, Allgemeinkrankenhäuser, soziale Dienste etc.). Dabei ist zu beachten, dass ein Interventionsbedarf auf mehreren Ebenen eher die Regel als die Ausnahme darstellt (Beispiel: multimorbider Alterspatient nach einem schweren Suizidversuch, der in der Regel einer somatischen Akutversorgung ebenso bedarf wie pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung, häufig aber auf Maßnahmen angewiesen ist, die seine soziale Situation betreffen). Bezüglich psychotherapeutischer Kriseninterventionen sei auf die seit dem 1. April 2017 geltenden Psychotherapie-Richtlinien hingewiesen, die eine Verbesserung der Versorgung auf diesem Gebiet bewirken sollen.

4.3.4 Sonstige außerklinische therapeutische Versorgungsstrukturen

Gedächtnisambulanzen („Memory Clinics“) bestehen an zahlreichen Standorten, häufig getragen von (geronto) psychiatrischen Kliniken, mancherorts aber auch als Spezialisierung innerhalb neurologischer Kliniken oder geriatrischer Einrichtungen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Diagnostik kognitiver Störungen mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Frühdiagnostik, daneben nehmen sie meist auch die Aufgabe der längerfristigen therapeutischen Begleitung demenziell erkrankter Menschen wahr, einschließlich der damit verbundenen Aufgaben auf psychosozialem Gebiet.

Über die genannten Professionen hinaus stellen Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie unverzichtbare Bestandteile eines umfassenden Versorgungskonzepts dar. Exemplarisch erwähnt sei die Ergotherapie im häuslichen Umfeld, die bei Menschen mit Demenz nachgewiesene Effekte im Sinne einer Verzögerung der Progredienz demenzbedingter Einbußen in den Alltagsaktivitäten hat. Damit ist das Potenzial ambulanter rehabilitativer Angebote angesprochen, das nicht nur, aber gerade auch für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen an Bedeutung gewinnt.

4.4 Klinische ambulante gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Versorgung

Institutsambulanzen

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) stehen grundsätzlich flächendeckend im ganzen Bundesland zur Verfügung. Sie erfüllen eine unverzichtbare Funktion für die gerontopsychiatrische Versorgung, indem sie Patientinnen und Patienten fachärztlich behandeln, die von anderen Angeboten nicht erreicht werden, aber auch indem sie dort tätig werden, wo die Kapazität niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte nicht ausreicht. Insbesondere die Versorgung von multimorbiden älteren psychisch kranken Menschen in Pflegeheimen wird durch die Kontinuität der stattfindenden Einweisung des Pflegepersonals und die kontinuierliche Erreichbarkeit einer PIA verbessert. Hinzu kommt, dass sie durch ihre multiprofessionelle Besetzung ein erweitertes therapeutisches Spektrum anbieten.

4.5 Teilstationäre Versorgung

Tagesklinische Versorgung

Wie bereits im Bericht der Expertenkommission von 1988 gefordert, stellt tagesklinische Behandlung auch für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen ein unverzichtbares Element in der Behandlungskette dar, v.a. unter dem Aspekt, dass auf diesem Wege häufig am besten zum Erhalt der Alltagskompetenz im gewohnten Lebensumfeld beigetragen werden kann. Grundsätzlich können Patientinnen und Patienten aller Diagnosegruppen einbezogen werden, sofern die Voraussetzungen für tagesklinische Behandlung erfüllt sind. Diese betreffen insbesondere den Schweregrad der Erkrankung sowie die Gewährleistung einer adäquaten Versorgung außerhalb der Therapiezeiten. Bei der Mehrzahl der Alterspatientinnen und -patienten ist ein selbständiges Aufsuchen der Tagesklinik nicht möglich. Dies muss vor allem in ländlichen Regionen bei der Umsetzung tagesklinischer Behandlung immer beachtet werden. Da bisher tagesklinische Angebote für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten noch nicht flächendeckend existieren, sollte die Verbesserung der Infrastruktur auf diesem Gebiet in einer Agenda für die zukünftige gerontopsychiatrische Versorgung mit hoher Priorität beachtet werden (hinsichtlich der Zahl der erforderlichen Behandlungsplätze s. Teil C Ziff. 4.6.2).

4.6 Stationäre Versorgung

Menschen mit psychischen Alterserkrankungen werden im Vergleich zu Nichtbetroffenen gehäuft in Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen; so ist aufgrund epidemiologischer Untersuchungen davon auszugehen, dass sich die Prävalenz der häufigsten Störungsbilder – Depression, Delir und Demenz – bei über 65-Jährigen in Allgemeinkrankenhäusern in einer Größenordnung von 20 bis 30 % bewegt. Die kürzlich in Süddeutschland durchgeführte „General Hospital Study“ hat für kognitive Störungen, also insbesondere Demenz und Delir, Prävalenzen in einer vergleichbaren Größenordnung ermittelt. Eine wesentliche Versorgung findet in den psychiatrischen Kliniken statt.

Bei den erwähnten (und anderen) psychischen Störungen handelt es sich in Allgemeinkrankenhäusern in der Regel zwar um sog. „Nebendiagnosen“, gleichwohl bestimmen sie aber oft Faktoren wie Krankenhausaufnahme, Verweildauer oder Entlassung in ein Pflegeheim entscheidend mit und verdienen angemessen beachtet zu werden, da:

- die betroffenen Patientinnen und Patienten in Folge ihrer erhöhten Vulnerabilität erhöhten Risiken im Rahmen der akutmedizinischen somatischen Behandlung ausgesetzt sind (z.B. deutlich erhöhtes Risiko eines Delirs bei Demenzkranken) und
- die fachgerechte Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Kontext der all-gemeinklinischen Behandlung auch für den somatischen Verlauf günstige Effekte erwarten lässt.

Über die etablierte konsiliarpsychiatrische Versorgung hinaus sollten Liaisonmodelle, wie sie z.B. mancherorts in Zentren für Alterstraumatologie existieren, evaluiert und bei nachgewiesener Effektivität auch implementiert werden, wobei möglichst ein multiprofessioneller Ansatz mit Einbeziehung z.B. von Pflegekräften und Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten realisiert werden sollte.

Das Angebot stationärer Rehabilitationseinrichtungen, also der in Baden-Württemberg flächen-deckend zur Verfügung stehenden geriatrischen Reha-Kliniken, bezieht sich in erster Linie auf alterstypische somatische Beeinträchtigungen (nach Schlaganfall, Frakturen etc.). Wegen der engen Wechselbeziehungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit sind diese Kliniken auch für die Versorgung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten von wesentlicher Bedeutung. Gerade auch Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz profitieren von geriatrischen Reha-Behandlungen und dürfen deshalb von diesen nicht ausgeschlossen werden.

4.6.1 Stationsäquivalente Versorgung

Dieser Behandlungsform wird in der aktuellen versorgungspolitischen Diskussion ein hoher Stellenwert eingeräumt. Bisher wurden Erfahrungen überwiegend in der Allgemeinpsychiatrie gesammelt. Die Überlegungen, die für die stationsäquivalente Versorgung ins Feld geführt werden, können so auch für psychisch kranke ältere Menschen geltend gemacht werden. Deshalb sollten entsprechende Angebote nach der erforderlichen Evaluation in der Gerontopsychiatrie aufgebaut werden. Die stationsäquivalente Versorgung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten ist im PsychVVG vorgegeben. Sie wird eine Verbesserung des Angebotes darstellen und die insbesondere für ältere Menschen und deren Angehörige belastende stationäre Behandlungsnotwendigkeit reduzieren.

4.6.2 Gerontopsychiatrische Krankenhausplanung, Fachkrankenhaus und Fachabteilung, Dezentralisierung und Regionalisierung

Die gesundheitspolitische Entwicklung geht seit Jahren nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ in die Richtung einer Verlagerung möglichst vieler Versorgungselemente in den ambulanten Bereich. Dies ist im alterspsychiatrischen Bereich in den letzten Jahrzehnten gut gelungen, womit eine Steigerung der Anzahl alterspsychiatrischer Betten trotz Zuwachses der Zahl der älteren Menschen vermieden wurde. Gleichwohl sind dieser Entwicklung in der Gerontopsychiatrie Grenzen gesetzt. Durch den wachsenden Anteil hochaltriger, multimorbider sowie alleinlebender Menschen wird der steigende Bedarf für stationäre gerontopsychiatrische Behandlung kaum mehr durch weitere Anpassungen im ambulanten Bereich abfangbar sein. Wegen der demografischen Entwicklung ist sogar damit zu rechnen, dass eine moderate Erhöhung der Behandlungskapazitäten erforderlich werden wird und damit der relative Anteil gerontopsychiatrischer Behandlungsplätze im Gesamtkontingent psychiatrischer Betten zunehmen wird.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, eine sukzessive Steigerung der Kapazitäten auf mindestens 0,25 gerontopsychiatrische Betten bzw. Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohner bis zum Jahr 2030 zu fordern. Dies würde den Empfehlungen verschiedener Expertenkommissionen entsprechen, wobei etwa 20 % dieser Kapazität im tagesklinischen Bereich angesiedelt sein sollte.

Eine seit vielen Jahren immer wieder geführte Diskussion betrifft die Frage, ob stationäre Behandlung von Alterspatientinnen und -patienten altersgruppenübergreifend oder in spezialisierten Bereichen für ältere Menschen erfolgen sollte. Aus gerontopsychiatrischer Sicht sprechen gewichtige Argumente, die auch empirisch belegt sind, für die letztgenannte Variante. Diese betreffen vor allem die Qualifikation des Personals in Bezug auf die besonderen Merkmale gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten (s. Teil C Ziff. 4.1.1), daneben aber auch die Gewährleistung einer seniorenrechtlichen Gestaltung des stationären Umfelds („gerontopsychiatrisches Milieu“).

Wie in allen psychiatrischen Versorgungsbereichen kommt der Multiprofessionalität auch in der stationären Gerontopsychiatrie ein hoher Stellenwert zu. Für Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegekräfte ist dabei ein Mindestmaß an Kompetenz auf somatischem Gebiet unverzichtbar. Da gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten – vor allem wenn sie notfallmäßig zur Aufnahme kommen – häufig auch von akuten, oft bis dato nicht erkannten somatischen Erkrankungen betroffen sind, muss darüber hinaus der zeitnahe Zugang zu apparativer somatischer Diagnostik gewährleistet sein (Labor, EKG, Bildgebung etc.).

Aus weiter oben schon genannten Gründen ist aber auch eine Qualifizierung des Personals auf psychotherapeutischem Gebiet gefordert, ebenso gehören andere nichtpharmakologische therapeutische Angebote zum Spektrum der Kernkompetenzen in der stationären Gerontopsychiatrie. Exemplarisch sei auf die Evidenzen verwiesen, die bezüglich der Behandlung der Demenzen mit sog. psychosozialen Interventionen vorliegen (S3-Leitlinie „Demenzen“ 2016).

Die Umsetzung der skizzierten Desiderate für die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung wird wesentlich dadurch beeinflusst, ob die regionale Versorgung durch eine, meist mit einer geringeren Bettenzahl ausgestattete psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus oder durch eine gerontopsychiatrische Einheit an einem Fachkrankenhaus wahrgenommen wird, wobei letztere aufgrund ihrer Größe die Möglichkeit einer Binnendifferenzierung hat. Vorteil der erstgenannten Variante ist, dass sie häufiger eine wohnortnahe Versorgung anbieten kann, während die zweite Variante bessere Möglichkeiten einer Spezialisierung bietet. Wie die Versorgung in den einzelnen Regionen organisiert wird, muss vor Ort entschieden werden unter Berücksichtigung der dort gewachsenen Strukturen. Bezüglich der Aspekte Wohnortnähe und Spezialisierung sollten möglichst gut abgewogene Entscheidungen getroffen werden. Aus Sicht der gerontopsychiatrischen Fachvertreter und -verbände ist es wünschenswert, dass spezialisierte Konzepte bzw. Bereiche zumindest für Alterspatientinnen und -patienten mit mittelschwerer bis schwerer kognitiver Beeinträchtigung (Definition nach den entsprechenden Schweregraden der Demenz) und mit affektiven Störungen existieren. Weitere Spezialisierungen bzgl. Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, beides zusammen oft mit Tablettenabhängigkeit oder Spezialisierungen für Wahnerkrankungen im Alter, sollten an größeren Zentren vorgehalten werden.

Hinsichtlich der Notwendigkeit einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Vernetzung und der damit verbundenen Konsequenzen insbesondere für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement bestehen in der Gerontopsychiatrie keine grundsätzlichen Abweichungen zu an-

deren Versorgungsbereichen. Aufgrund der bei Alterspatientinnen und -patienten verbreiteten somatischen Komorbiditäten bis hin zu ausgeprägtester Multimorbidität kommt der Schnittstelle zur somatischen Medizin (Hausärztinnen und Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser, ambulante/stationäre Pflege etc.) allerdings besondere Bedeutung zu. Angesichts der häufig sowohl in somatischer wie in psychiatrischer Hinsicht sehr komplexen Krankheitsbilder, die in der klinischen Gerontopsychiatrie zu behandeln sind, könnten gerontopsychiatrisch-geriatriisch ausgerichtete interdisziplinäre Stationen zukünftig an Bedeutung gewinnen.

4.7 Ausblick

Ebenso wie in den anderen Versorgungsbereichen besteht auch für die Gerontopsychiatrie eine wichtige Aufgabe darin, neue Versorgungsmodelle hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit zu evaluieren und da, wo diese gegeben ist, in die Routineversorgung zu integrieren. Über die vorangehend bereits erwähnten seien ohne Anspruch auf Vollständigkeit die folgenden Ansätze genannt:

- bei der Behandlung depressiver Erkrankungen verbesserte Abstimmung zwischen allgemeinärztlicher und fachärztlicher Versorgung sowie den therapeutischen Angeboten anderer Berufsgruppen unter Einschaltung von Case Managern,
- Stärkung aufsuchender Angebote unter Einschluss telemedizinischer Technologie, speziell im Hinblick auf die Bedarfslage älterer Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind,
- Auf- und Ausbau von lokalen Unterstützungsnetzwerken, die die von der Mehrheit der Betroffenen gewünschte Vermeidung einer Institutionalisierung erleichtern können.

Diese und andere neue Modelle zu realisieren erfordert neben Kreativität und Flexibilität der Akteure und entsprechendem qualifiziertem Personal naturgemäß eine realistische Kalkulation der ökonomischen Rahmenbedingungen.

4.8 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Altersassoziierte erhöhte Vulnerabilität für psychische und körperliche Komorbidität bedarf zukünftig vermehrter gerontopsychiatrisch qualifizierter Versorgungsangebote.
2. Da die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Leben krankheitsbedingt bei vielen Betroffenen eingeschränkt oder gar aufgehoben ist, müssen in diesen Fällen Angehörige und/oder gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter in den Behandlungsprozess angemessen einbezogen werden.
3. Spezielle Patientengruppen, die besondere Anforderungen an die versorgenden Dienste stellen, werden an Bedeutung gewinnen, u.a. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren, alt gewordene suchtkranke Menschen und alt gewordene Menschen mit geistiger Behinderung.
4. Betroffene können aufgrund psychischer bzw. kognitiver und/oder körperlicher Beeinträchtigungen viele Angebote nicht in Anspruch nehmen (nicht barrierefreie Arztpraxen, kleine Schrift etc.). Versorgungsangebote, die sich primär an jüngere Patientinnen und Patienten richten, müssen auch älteren Menschen mit psychischen Störungen einen Zugang eröffnen.

5. Der Prävention wird eine zunehmend bedeutendere Rolle zukommen, sowohl in Form von allgemein gesundheitsfördernden Maßnahmen als auch spezifische Maßnahmen im Bereich Demenz und Delir.
6. Angesichts einer wachsenden Zahl älterer Menschen mit psychischen Störungen, von denen viele alleine leben, gewinnen Aktivitäten auf sozialräumlicher Ebene an Bedeutung.
7. Eine wichtige Rolle für die gerontopsychiatrische Versorgung spielen die Alzheimer Gesellschaften, die flächendeckend die Vertretung der Interessen von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen wahrnehmen.
8. Eine wichtige Funktion haben auch auf Kreisebene eingerichtete Pflegestützpunkte, die bei der Vermittlung ambulanter und stationärer Pflege wertvolle Unterstützung leisten sowie Beratungsstellen speziell für psychisch kranke ältere Menschen.
9. Die sozialpsychiatrischen Dienste sind gegenwärtig explizit nicht für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten zuständig. Eine Kapazitätserweiterung ist sinnvoll, allerdings nur unter Berücksichtigung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel.
10. Tagesstätten für Betroffene existieren bisher kaum, der Auf- bzw. Ausbau entsprechend ausgerichteter Tagesstätten bzw. die Öffnung bereits bestehender Begegnungsstätten stellt eine wichtige Aufgabe für die kommenden Jahre dar.
11. Eine besondere Herausforderung für Pflegedienste und Sozialstationen besteht in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aus der stationären Behandlung entlassen werden und von denen viele einen hohen Versorgungsbedarf sowohl allgemeinmedizinisch als auch psychosozial aufweisen, hier sollten mehr Ressourcen alloziert werden. Hometreatment-Angebote könnten ebenso zur Entlastung beitragen wie lokale Unterstützungsnetzwerke und telemedizinische Angebote.
12. Ein ausreichendes Angebot des ambulant betreuten Wohnens (inkl. Familienpflege) ist erforderlich, dies sollte auch ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere psychisch kranke Menschen mit erhöhtem Versorgungsbedarf mit einschließen. Dem Bedürfnis von volljährigen Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen nach Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe trägt das WTPG aus dem Jahr 2014 ebenso Rechnung wie die 2017 gestartete Landesstrategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“.
13. Durch den wachsenden Anteil hochaltriger, multimorbider sowie alleinlebender Menschen wird der steigende Bedarf für stationäre gerontopsychiatrische Behandlung kaum mehr durch weitere Anpassungen im ambulanten Bereich abfangbar sein, eine sukzessive Steigerung der Bettenkapazitäten auf mindestens 0,25 gerontopsychiatrische Betten bzw. Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohner bis zum Jahre 2030 ist zu fordern.
14. Die Erfahrung im Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten sowie die Berücksichtigung alterspsychologischer Aspekte im Rahmen der ärztlichen, sozialpädagogischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Ausbildung müssen noch als unzureichend angesehen werden und bedürfen einer nachhaltigen Verbesserung.
15. Die allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgung sowie die therapeutischen Angebote anderer Berufsgruppen könnte zukünftig durch Einschaltung von Case Managern verbessert werden.

5 Kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung

5.1 Außerklinische Versorgungsstrukturen

Grundsätzlich ist die außerklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen getrennt von der Versorgung für Erwachsene strukturiert. Insbesondere die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe spielen hierbei eine zentrale Rolle und es bestehen in der Regel enge, meist auch vertraglich geregelte Kooperationen zwischen klinischen und außerklinischen Versorgern im Bereich der Jugendhilfe.

Das für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche von der Jugendhilfe zur Verfügung gestellte außerklinische Angebot ist in Baden-Württemberg breit gefächert und vor allem durch den Aufbau sehr differenzierter Jugendhilfestrukturen recht flexibel. Es kann somit von den strukturellen Voraussetzungen her dem individuellen Bedarf gut angepasst werden. Auf lokaler Ebene funktioniert die Kooperation zwischen außerklinischen und klinischen Versorgungsangeboten, teils mit evaluierten Verträgen, meist sehr gut. Da allerdings Baden-Württemberg unter einem Mangel an vollstationären Behandlungsplätzen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie leidet und Hilfen zur Krisenintervention aus Sicht der Jugendhilfe gelegentlich nur eingeschränkt zur Verfügung gestellt werden können, besteht dringender Hilfebedarf.

5.1.1 Beratungsstellen

Erziehungs- und Familienberatungsstellen stehen flächendeckend in Baden-Württemberg in ausreichender Zahl zur Verfügung. Träger sind teilweise die Landkreise, die in Beratungszentren oder in eigenen Beratungsstellen Beratung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und deren Familien zur Verfügung stellen. Daneben gibt es auch Erziehungs- und Familienberatungsstellen von freien Trägern. Umfangreiche Beratungsleistungen werden auch im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen (Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe) zur Verfügung gestellt. Schulpsychologische Beratungsstellen, Schulpsychologinnen bzw. -psychologen und Schulsozialpädagoginnen bzw. Schulsozialpädagogen ergänzen das Angebot im schulischen Kontext. Außerdem gibt es eine Reihe von speziellen Beratungsangeboten vor allem im Hinblick auf sexuellen Missbrauch.

5.1.2 Betreuungsdienste, Gemeindepsychiatrische Zentren, Sozialstationen

Die sozialpsychiatrischen Dienste, die Gemeindepsychiatrischen Zentren, insbesondere die Tagesstätten und die Sozialstationen spielen in der Versorgung von psychisch kranken Jugendlichen erst beim Übergang ins Erwachsenenalter eine Rolle. Sozialpsychiatrische Dienste und Gemeindepsychiatrische Zentren sind primär auf die Betreuung von Erwachsenen ausgerichtet. Diese Versorgungsleistungen sind im Rahmen der Jugendhilfe zu organisieren und in diesem Kontext auch flächendeckend bereitgestellt.

5.1.3 Wohnen

Im Rahmen der Jugendhilfe steht ein differenziertes Angebot an vollstationären Wohngruppenplätzen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Dort werden bei Bedarf auch Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen aufgenommen. Überwiegend werden diese von freien Trägern der Jugendhilfe betrieben. Das Angebot umfasst Wohngruppen mit meist sechs bis acht Kindern oder Jugendlichen, betreutes Einzelwohnen oder besondere Formen wie z.B. die sozialpädagogische Vollzeitpflege. Überwiegend werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen im engeren Sinne in Wohngruppen aufgenommen, in denen auch Kinder und Jugendliche mit Erziehungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen betreut werden. Spezifisch für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen gibt es nur wenige Wohngruppen, insbesondere einige wenige für Kinder und Jugendliche mit schweren, zum Teil bereits in diesem Alter chronifizierten psychischen Erkrankungen. Grundsätzlich ist die Integration von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in Regelwohngruppen fachlich angemessen und im Sinne des Inklusionsgedankens zu begrüßen. Allerdings bedarf es bei mittelschweren Störungen einer spezifischen Professionalisierung, die vielerorts kontinuierlich stattfindet. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die mittlerweile weit etablierte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeträgern und kinder-/jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bzw. niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sowie psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne einer Versorgung vor Ort sehr hilfreich.

Recht umfassend ist auch das Angebot vollstationärer Wohngruppen, die eng mit allgemeinen Schulen oder einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) kooperieren bzw. ein solches Schulangebot selbst vorhalten (Schule am Heim). Je nach Standort reicht das Spektrum des Bildungsangebots vom Förderschwerpunkt Lernen bis zum Bildungsgang Realschule und damit zum mittleren Bildungsabschluss. Einige Träger sind spezifisch im Bereich beruflicher Eingliederung aktiv.

Problematisch ist nach wie vor die Versorgung mit stationären medizinischen Rehabilitationsangeboten – nach Akutbehandlung – und anschließenden Wohngruppenplätzen für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Hier stehen in Baden-Württemberg nur wenige spezialisierte Einrichtungen zur Verfügung, die vollkommen ausgelastet sind und häufig auch längere Wartezeiten haben. Angesichts der Zunahme an schweren psychischen Erkrankungen mit erheblicher Teilhabebeeinträchtigung und der Notwendigkeit einer intensiven, professionellen schulisch-beruflichen Rehabilitation und Integration für diese besonders hilfebedürftige Gruppe ist der Ausbau eines entsprechenden Angebotes in Baden-Württemberg dringend erforderlich.

Neben den intensiven Betreuungsangeboten in Wohngruppen stehen im Rahmen der Jugendhilfe auch Angebote zum betreuten Wohnen mit geringerer Betreuungsdichte zur Verfügung. Diese haben sich, insbesondere im Anschluss an einen Aufenthalt in einer intensiver betreuten Wohngruppe, vor allem bei älteren Jugendlichen im Sinne einer Hilfe zur Verselbständigung sehr bewährt.

Spezifische Versorgungsangebote gibt es in allen Regionen auch für die sogenannte Inobhutnahme bzw. Notfall- und Krisenaufnahme von Kindern und Jugendlichen (§ 42 SGB VIII). Diese wird in den ländlicheren Regionen in der Regel über spezielle zusätzliche Plätze in regulären Wohngruppen oder über Bereitschaftspflegefamilien gewährleistet, in Ballungsregionen stehen hierfür zum Teil auch spezielle Einrichtungen zur Verfügung. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung

ist regelmäßig, bei Kindeswohlgefährdung gelegentlich vorher eine kinder-/jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich.

Problematisch ist die Frage einer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen außerklinischer Versorgungsstrukturen, also im Rahmen der Jugendhilfe. Zur Verfügung stehen in Baden-Württemberg zwei Einrichtungen für Mädchen (St. Franziskusheim Rheinmünster, Niefernburg Niefern), zwei Einrichtungen für Jungen (Schloss Stutensee und LBZ St. Anton Riegel) sowie eine teilgeschlossene Einrichtung für Jungen (Scout Stuttgart). Aus Sicht der Kliniken kommt es zu erheblichen Engpässen, wenn Unterbringungen für erforderlich gehalten werden. Vielfach entsteht in diesem Zusammenhang ein erheblicher Druck in Richtung stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder und Jugendliche, die nicht stationär psychiatrisch behandlungsbedürftig sind, jedoch einen sehr hohen Erziehungsbedarf aufweisen, in den Kliniken aufzunehmen und geschlossen zu führen. Alternativenangebote sind mancherorts in Entwicklung. Wünschenswert ist es, diese weiter auszubauen.

Psychiatrische Grundstörungen bei dieser sehr von sozialer Exklusion bedrohten Gruppe Jugendlicher sind häufig. Aus Sicht der Jugendhilfe hingegen stellt die Übergabe noch nicht ausreichend medizinisch rehabilitierter Jugendlicher das eigentliche Kernproblem dar, das die Jugendhilfeeinrichtungen mit ihren Möglichkeiten häufig überfordert. Erforderlich ist aus Sicht der Jugendhilfe ein strukturiertes Übergangsmanagement, das sich primär am Bedarf des Jugendlichen orientiert.

5.1.4 Schule, berufliche Förderung

Die schulische Bildung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher stellt die Schulen, insbesondere bei schwereren Erkrankungen und Beeinträchtigungen, vor erhebliche Herausforderungen. Während in der Vergangenheit Kinder und Jugendliche mit leichteren und internalisierenden Erkrankungen in der Regel in allgemeinen Schulen unterrichtet wurden, wies man Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen und vor allem mit expansivem Verhalten und hohem Erziehungsbedarf eher den SBBZ zu, welche über eine besondere Expertise in der schulischen Förderung beeinträchtigter junger Menschen verfügen. Mit den Veränderungen der letzten Jahre in Richtung einer starken Akzentsetzung auf möglichst weitgehende schulische Inklusion entstanden neue Herausforderungen für die Schulen. Häufig kommt es dabei aber auch zur Überforderung der allgemeinen Schulen und der betreffenden Kinder und Jugendlichen. Nachdem aber gleichzeitig eine Zunahme von Schülerinnen und Schülern mit psychischer Erkrankung zu verzeichnen ist, steht die erforderliche spezifische Expertise nicht an jedem Standort in ausreichendem Maße zur Verfügung.

In diesem sich noch in der Entwicklung befindlichen Bereich, sind grundsätzliche konzeptionelle Überlegungen und konkret auch zusätzliche Ressourcen dringend erforderlich, um Kindern und Jugendlichen mit psychischer Erkrankung in SBBZ und in inklusiven Bildungsangeboten bestmögliche Bildungschancen zu eröffnen. Projekte wie stundenweise Schulbegleitung durch psychiatrisch erfahrene Fachkräfte sind dabei wünschenswert. Im Rahmen dieser Überlegungen sind auch Entwicklungen in Richtung einer Integration kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsangebote denkbar, in denen eine ambulante Behandlungsmöglichkeit in der Schule gestellt wird. Dies kann zur Entstigmatisierung psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung beitragen und durch das lokal vorhandene Angebot die Schwellen zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe senken. Während vergleichbare Kon-

zepte in anderen Ländern bereits länger existieren, finden sich solche Ansätze in Baden-Württemberg bislang nur auf Projektebene.

Neben der Integration in die Regelschule gibt es weiterhin für bestimmte Gruppen spezifische Bildungsangebote, entweder niederschwelliger Art bei Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungsproblemen oder sehr spezifischer Art bei schweren chronifizierten psychischen Erkrankungen. Wünschenswert ist, dass in Einzelfällen Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen auch über das Ende des stationären Klinikaufenthaltes hinaus in den jeweiligen SBBZ der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (SBBZ mit Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung) für eine gewisse Zeit weiter beschult werden. Hier existiert eine herausragende Expertise in der schulischen Bildung und Erziehung psychisch kranker Kinder.

Die beruflichen Reha-Angebote für Kinder und Jugendliche sind in Baden-Württemberg nicht ausreichend. Im Übergangsbereich zwischen Schule und Berufstätigkeit sind unter Berücksichtigung der Kostenübernahme mehr Angebote zu schaffen. Die Jugendhilfeträger sind daran interessiert, sehr unterschiedliche, oft auf den Einzelfall zugeschnittene Lösungen, häufig in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Regelangeboten zu entwickeln, was durchaus deutliche Vorteile vor allem im Hinblick auf die Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen und die soziale Integration hat, wenngleich in Einzelfällen eine Überforderung eintreten kann.

5.2 Außerklinische ambulante kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung

5.2.1 Kinder- und jugendärztliche sowie hausärztliche Versorgung

Vor allem den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, die überwiegend die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen übernehmen, kommt zentrale Bedeutung für das Erkennen von psychischen Erkrankungen und familiären Belastungen bei Kindern und Jugendlichen zu. Sie kennen in der Regel den familiären Hintergrund und haben auch Einblick in die familiäre Dynamik. Dabei rückt zunehmend in den Fokus des Interesses, dass sehr viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen Eltern haben, die selbst psychisch erkrankt sind und nur zum Teil Behandlungsangebote erhalten bzw. wahrnehmen. Im Hinblick darauf sind derzeit in Baden-Württemberg Bestrebungen im Gang, zu einer besseren Vernetzung und damit Versorgung der psychisch kranken Eltern und damit indirekt auch zu einer besseren Versorgung psychisch erkrankter und belasteter Kinder zu kommen. Ein 2017 neu vereinbarter Selektivvertrag zur Sicherstellung einer gewissen Anzahl von diagnostischen/therapeutischen Sitzungen ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Ergänzend zur hausärztlichen Versorgung gibt es an den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sozialpädiatrische Zentren, die vor allem für die Versorgung behinderter und entwicklungsretardierter Kinder zuständig sind. Sie stellen in Ermangelung fachspezifischer kinder- und jugendpsychiatrischer ambulanter Angebote insbesondere im Kleinkindesalter, zumindest bei leichteren Fällen, kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen zur Verfügung.

5.2.2 Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater deckt in Baden-Württemberg nicht den tatsächlichen Bedarf. Dabei gibt es speziell in Baden-Württemberg sehr große regionale Unterschiede. So ist z.B. der Großraum Stuttgart mit insgesamt neun niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern für eine Bevölkerung von mehr als zwei Millionen Einwohnern extrem unterversorgt, so dass ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen keinen Zugang zu adäquater Diagnostik und Behandlung hat. In Städten mit vergleichbarer Größe sind in der Regel 40 bis 60 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater niedergelassen, um die Versorgung sicher zu stellen. Ähnlich stellt sich dies auch in vielen ländlichen Regionen dar. Zwar hat sich durch die Einführung der Sprechstundenregelung gemäß der neuen Psychotherapie-Richtlinie der Erstkontakt erleichtert, hierdurch ist es jedoch für Betroffene und ihre Familien noch nicht einfacher geworden, einen Therapieplatz zu finden.

Angesichts der geringen Zahl an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater kann eine psychotherapeutische ärztliche Versorgung nicht flächendeckend erfolgen. Die Wartezeiten sowohl für Vorstellungen zur Diagnostik, als auch insbesondere zu Behandlungsangeboten sind je nach Region extrem lang, teilweise muss bis zu ein Jahr auf eine Vorstellung zur Diagnostik gewartet werden.

5.2.3 Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

In Baden-Württemberg ist eine nahezu flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gewährleistet, mit ebenfalls regional stark unterschiedlicher Verteilung. Vom Grundberuf haben die meisten von ihnen ein pädagogisches Studium absolviert, ein geringer Teil sind Psychologinnen und Psychologen, anders als in der Behandlung von Erwachsenen.

Nahezu überall kommt es mit wenigen Ausnahmen aufgrund der langjährigen Zunahme psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs in der Bevölkerung häufig zu erheblichen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz. Dies ist bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Entwicklungsdynamik als besonders schwerwiegend anzusehen.

5.3 Klinische ambulante kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskliniken unterhalten Institutsambulanzen, die für die ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in den schwereren Fällen zur Verfügung stehen. Auch sind sie geeignet, stationäre und teilstationäre Aufnahmen vorzubereiten und nach einer stationären oder teilstationären Behandlung zumindest überbrückend die ambulante Stabilisierung und Behandlung fortzusetzen. Insoweit besteht eine flächendeckende Versorgung, zumal psychiatrische Institutsambulanzen regelmäßig auch an Au-

ßenstandorten mit tagesklinischem Angebot vorgehalten werden. Zu wünschen wäre eine enge Verzahnung zwischen PIA und Niedergelassenen.

Jüngst wurden mit dem PsychVVG die gesetzlichen Voraussetzungen für stationsäquivalente Behandlung (StäB) geschaffen. Ein Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld eignet sich für einen gewissen Teil der Patientinnen und Patienten (rund 20 %) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ganz besonders dann, wenn familiäre Problemlagen unmittelbar im sozialen Feld verändert werden können. Allerdings wird nach wie vor die überwiegende Zahl der bisher stationären Behandlungen auch weiterhin stationär durchgeführt werden müssen. Eine Überführung in eine stationsäquivalente Behandlung ist in einigen Fällen wünschenswert und seit 1. Januar 2017 in § 115 d SGB V gesetzlich fixiert. Dies gilt für die große Zahl der Notfall- und Kriseninterventionsbehandlungen, aber auch für viele Fälle, in denen eine Trennung aus den extrem verflochtenen und für alle Beteiligten entwicklungsbehindernden Beziehungen notwendig ist. Viele Kliniken sind interessiert, ihr Angebot in diese Richtung auszubauen, wobei dessen genaue Ausgestaltung noch nicht konsentiert ist.

5.4 Teilstationäre und stationäre Versorgung

Bis zum Jahr 2018 wurde der Bedarf an vollstationären Betten und teilstationären Plätzen entsprechend der Fachplanung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ermittelt. Die KJP Fachplanung aus dem Jahr 2008, die im Jahr 2013 evaluiert und fortgeschrieben wurde, orientierte sich an dem Gutachten „Psychiatrische Versorgung in Hessen“.

Das ursprüngliche Ziel der Fachplanung Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine weitgehende flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist erreicht. In Baden-Württemberg erbringen künftig 23 Krankenhäuser an 36 Standorten Leistungen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

- 15 Standorte sowohl vollstationär als auch teilstationär,
- 15 Standorte nur teilstationär,
- 6 Standorte nur vollstationär.

Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation wurde besonderen Wert auf den Ausbau tagesklinischer Plätze gelegt, da ein Ausbau tagesklinischer Plätze den Druck auf den vollstationären Bereich mildern und zu einer verbesserten flächendeckenden Versorgung beitragen kann. Bei der Bemessung der zusätzlichen tagesklinischen Plätze hat man sich an der durchschnittlichen bundesweiten Platzzahl orientiert, jedoch berücksichtigt, dass die Krankenhaushäufigkeit in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern geringer ist und auch die Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen künftig weiter abnehmen wird. Deshalb wurde ein entsprechender Abschlag vorgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass landesweit 85 zusätzliche Plätze bedarfsgerecht sind. Des Weiteren werden zehn zusätzliche vollstationäre Betten als bedarfsgerecht angesehen, um die Kapazitätsengpässe der Krankenhäuser, die durch die Notfallversorgung besonders belastet sind, zu mindern. Im Übrigen sind für den Bereich der Sonderversorgung, insbesondere für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche, 16 zusätzliche tagesklinische Plätze vorgesehen.

Bei der Fortschreibung der Fachplanung KJP im Jahr 2013 wurde vereinbart, dass diese, insbesondere die Bedarfsberechnung, nach drei bis vier Jahren überprüft werden soll. Zur Analyse der aktuellen Versorgungssituation hat das Ministerium für Soziales und Integration alle Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie befragt.

Die wesentlichen Ergebnisse:

- Seit dem Jahr 2013 ist die Anzahl der stationären Fälle um 12 % angestiegen.
- Die Anzahl der Berechnungstage ist um rund 6 % gestiegen.
- Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der teilstationären Fälle um rund 27 % und die Anzahl der Berechnungstage ebenfalls um rund 27 % gestiegen.
- Die Anzahl der Notfälle bewegt sich in einem Korridor von 25 bis 75 %.
- Zunehmend suizidale und gewaltbereite Kinder und Jugendliche werden in den Notfallaufnahmen aufgenommen.
- Die Krankenhäuser versorgen überwiegend den eigenen Stadt- oder Landkreis und die angrenzenden Stadt- oder Landkreise.
- Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser mit hoher Notfallquote geringere Verweildauern verzeichnen, da die Patientinnen und Patienten nach einer relativ kurzen Behandlungsdauer wieder entlassen werden können. Gleichzeitig können jedoch elektive Patientinnen und Patienten nicht aufgenommen werden, da Notfälle die vorhandenen Kapazitäten binden.
- Lücken in der Versorgungskette werden insbesondere durch fehlende stationäre Betten sowie fehlende niedergelassene KJP-Ärztinnen und -Ärzte gesehen.
- Überwiegend werden die Vernetzungen und Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Jugendhilfeeinrichtungen als gut bezeichnet.

Es wurde festgestellt, dass die Bedarfsdeterminanten, die der Fachplanung zu Grunde liegen, nicht mehr zeitgemäß sind und nicht mehr zur Bedarfsermittlung herangezogen werden sollten. Mit Beschluss der Landesregierung vom 16. Januar 2018 wurde die Fachplanung aufgehoben. Der Bedarf im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird, wie in der Erwachsenenpsychiatrie, entsprechend des nachgewiesenen Bedarfs unter Anwendung der Burton-Hill-Formel berechnet.

Vollstationäre Betten:

$$Planbetten = \frac{\text{Berechnungstage}}{365 \text{ Tage} \times 90 \% \text{ Bettennutzungsgrad}}$$

Teilstationäre Plätze:

$$Planplätze = \frac{\text{Berechnungstage}}{250 \text{ Tage} \times 90 \% \text{ Bettennutzungsgrad}}$$

Derzeit werden 631 vollstationäre Betten und 351 teilstationäre Betten von 24 Krankenhäusern an 32 Standorten betrieben. Weitere 14 vollstationäre Betten und 26 teilstationäre Plätze wer-

den nach Vorliegen der baulichen Voraussetzungen noch in Betrieb genommen, es werden dann an 36 Standorten Betten bzw. Plätze betrieben.

Fazit: Mit der krankenhauserplanerischen Ausweisung zusätzlicher Kapazitäten, insbesondere tagesklinischer Plätze, sind bedarfsgerechte Strukturen geschaffen worden. Die Bedarfe der einzelnen Krankenhäuser werden künftig entsprechend der Inanspruchnahme angepasst.

5.4.1 Teilstationäre Versorgung

Die kinder- und jugendpsychiatrische teilstationäre Versorgung in Baden-Württemberg ist mittlerweile flächendeckend vorhanden und nur an wenigen Standorten noch nicht umgesetzt. Teilweise werden die teilstationären Angebote am Standort der jeweiligen Klinik, teilweise auch als Außenstellen der vollstationären Versorgungskliniken betrieben. In der Regel ist durch die Sektorisierung der Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Baden-Württemberg die Zuständigkeit für sämtliche Versorgungsangebote bei einer Klinik, so dass Versorgungsketten lückenlos angeboten werden können. Nach wie vor existiert in Baden-Württemberg trotz des Ausbaus in den letzten Jahren regional unterschiedlich ein gewisser Bedarf an zusätzlichen teilstationären Plätzen, zumal es Regionen ohne teilstationäres Angebot gibt.

5.4.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg ist mittlerweile flächendeckend vorhanden. Allerdings ergeben sich durch die geringere Zahl behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher im Vergleich zu Erwachsenen territorial größere Versorgungsgebiete, was für Teile der Bevölkerung zu weiten Anfahrtswegen, von im Extremfall mehr als 1,5 Stunden führt. Auf der anderen Seite wäre eine noch stärkere Streuung in die Fläche ungünstig, da dadurch zu kleine Einheiten entstünden, die weder fachlich noch wirtschaftlich sinnvoll zu betreiben wären. Hinzu kommt ein allgemeiner Mangel an Ärztinnen bzw. Ärzten und insbesondere Fachärztinnen und -ärzten, der in kleineren Einheiten noch mehr Probleme schafft, als dies in größeren Einheiten bereits der Fall ist. In der Regel arbeiten die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit altersstratifizierten Stationen, auf denen Kinder mit unterschiedlichen Erkrankungen aufgenommen werden. Parallel zu störungsspezifischen Behandlungskonzepten hat die Gestaltung eines therapeutischen Milieus mit entwicklungsfördernden, sozialintegrativen, Peergroup-bezogenen und pädagogischen Elementen in den meisten Kliniken einen hohen Stellenwert. Zentrale Bedeutung kommt auch einer adäquaten Beschulung in den SBBZ mit Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung an den Kliniken zu.

Hinsichtlich der Differenzierung in Regel- und Spezialversorgung ist der baden-württembergische Sonderweg der von der Regelversorgung getrennten Versorgung von Suchtpatientinnen und -patienten und intelligenzgeminderten Patientinnen und Patienten mit innovativen Konzepten zu befürworten. Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist die postakute/rehabilitative Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und -patienten, die für einige ebenfalls erforderlich ist, für die es jedoch an Plätzen und verbindlichen Finanzierungsregeln mangelt. Die Träger der medizinischen Rehabilitation haben hier bisher nicht ausreichende Kapazitäten bereitgestellt, was dazu führt, dass diese Jugendlichen in der Regel nach der Akutbehandlung ohne die vorher nötige medizinische Rehabilitation in Jugendhilfeeinrichtungen unter-

gebracht werden. Diese Einrichtungen sind angesichts der vielfältigen Problemlagen dieser jungen Menschen, die offensichtlich noch nicht ausreichend therapiert wurden, häufig überfordert. Hier besteht entsprechender Handlungsbedarf.

In zwei kinder- und jugendpsychiatrischen/psychosomatischen Kliniken in Baden-Württemberg werden im Bereich der Adoleszenzpsychiatrie Behandlungsangebote vorgehalten, in denen unter kooperativer Führung gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik eine stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene im Transitionsalter ermöglicht wird. Ein Ausbau derartiger Angebote ist zu befürworten. Bei der Behandlung von Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen in erwachsenenpsychosomatischen Abteilungen müssen eine angemessene Gestaltung eines entwicklungsfördernden Milieus sowie die spezifischen Erfordernisse der Behandlung jugendlicher Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

5.5 Kinder- und Jugendpsychosomatik

Die Kinder- und Jugendpsychosomatik ist anders als im Erwachsenenbereich gemäß der WBO Teil des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Teil der Kinder- und Jugendmedizin. Die stationäre psychosomatische Versorgung erfolgt in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken entweder integriert auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen oder auch auf gesonderten Stationen für die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. In Baden-Württemberg wurde in den letzten Jahren ein Sonderweg beschritten und psychosomatische Stationen wurden an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin eingerichtet; sie haben teilweise eine kinderpsychiatrische Leitung, was auch bundesweit für erforderlich gehalten wird.

5.6 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Das von der Jugendhilfe zur Verfügung gestellte außerklinische Angebot ist breit gefächert und durch den Aufbau sehr differenzierter Jugendhilfestrukturen recht flexibel. Die Kooperation zwischen außerklinischen und klinischen Versorgungsangeboten leidet allerdings unter einem deutlichen Mangel an vollstationären Behandlungsplätzen, was im Rahmen der Krisenintervention zu Versorgungsproblemen führt.
2. Im Rahmen der Jugendhilfe findet eine professionelle und effiziente Unterstützung statt. Auch ist die etablierte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeträgern und kinder-/jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bzw. niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sehr hilfreich.
3. Problematisch ist nach wie vor die Versorgung mit Wohngruppenplätzen für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Die vorhandenen Einrichtungen sind vollkommen ausgelastet. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer intensiven professionellen schulisch-beruflichen Rehabilitation und Integration für dieses Klientel ist aus Sicht der Kliniken der Ausbau eines entsprechenden Angebotes dringend erforderlich.
4. Aus Sicht der Jugendhilfe sind dringend stationäre Plätze zur medizinischen Rehabilitation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nach der Akutbehandlung –

insbesondere auch für suchtkranke Jugendliche – zu schaffen. Das Fehlen derartiger Hilfen kann die Jugendhilfe mit ihren Mitteln und Angeboten nicht kompensieren.

5. Die Frage einer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen außerklinischer Versorgungsstrukturen (Jugendhilfe) ist eine fachliche Herausforderung, die mit neuen Konzepten angegangen werden muss. Teilgeschlossene oder niederschwellige Alternativangebote sind mancherorts in Entwicklung und weiter zu beobachten.
6. Mit Veränderungen hin zu möglichst weitgehender schulischer Inklusion entstanden neue Herausforderungen für die Schulen bei Kindern und Jugendlichen mit leichteren und internalisierenden Erkrankungen. Hilfreich sind oftmals Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter. In diesem ganzen, sehr in der Entwicklung befindlichen Bereich, wären dringend grundsätzliche konzeptionelle Überlegungen (inkl. z.B. ambulante Behandlungsmöglichkeit in der Schule) und konkret auch zusätzliche Ressourcen erforderlich, um Betroffene unter den Rahmenbedingungen einer möglichst umfassenden Inklusion angemessene Bildungschancen zu eröffnen.
7. Zahlreiche Kinder und Jugendliche mit (oder ohne) psychischen Erkrankungen haben Eltern, die selbst psychisch erkrankt sind und nur zum Teil Behandlungsangebote erhalten bzw. wahrnehmen. Eine bessere Vernetzung und damit Versorgung der psychisch kranken Eltern und damit indirekt auch eine bessere Versorgung der (psychisch erkrankten) und belasteten Kinder ist dringend notwendig. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder müssen bei allen Beteiligten verstärkt in den Fokus rücken (bspw. die angemessene Versorgung der Kinder bei stationärem Aufenthalt der Eltern, Stärkung der Eltern-Kind-Bindung durch gemeinsamen stationären Aufenthalt). Erste Schritte in die richtige Richtung wurden schon gemacht (Aktion Kinder psychisch erkrankter Eltern, Landesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern Baden-Württemberg).
8. Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater deckt nicht den tatsächlichen Bedarf. Eine psychotherapeutische ärztliche Versorgung erfolgt nicht flächendeckend. Dies ist bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Entwicklungsdynamik als besonders schwerwiegend anzusehen. Eine gewisse Reduktion der Wartezeiten zumindest für Diagnose und Beratung bzw. Indikationsklärung ist durch die Einführung der Sprechstundenregelung gemäß der neuen Psychotherapie-Richtlinie zu erhoffen.
9. Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist die postakute/rehabilitative Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und -patienten. Hier mangelt es an Plätzen und verbindlichen Finanzierungsregeln.
10. In zwei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken werden im Bereich der Adoleszenzpsychiatrie Behandlungsangebote vorgehalten. Ein Ausbau derartiger Angebote ist dringend erforderlich.
11. Erforderlich wäre auch der Ausbau zusätzlicher kinder- und jugendpsychosomatischer Betten in Baden-Württemberg.

6 Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen

6.1 Außerklinische Versorgungsstrukturen

Es bestehen Einrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen, die sich i.S. eines sozialtherapeutischen Angebotes sowohl an Kinder und Jugendliche, wie auch an erwachsene Menschen mit Doppeldiagnosen (Intelligenzminderung und psychischen Störungen) mit ihrem Angebot richten. Diese therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG) werden in Baden-Württemberg in der Regel von den großen Eingliederungshilfeträgern der Behindertenhilfe zur Verfügung gestellt. In der Regel stehen hier therapeutische Angebote unter Leitung von spezialisierten fachkundigen Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen oder pädagogischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung. Diese supervidieren üblicherweise die betreuenden pflegerisch-pädagogischen Teams. Ziel einer sozialtherapeutischen Wohngruppe ist in der Regel eine Reintegration und Inklusion der Betroffenen in niederschwellige Angebote der Behindertenhilfe. Die übliche Verweildauer in einem sozialtherapeutischen Wohngruppenangebot liegt in der Regel bei zwei (und individuell nachverhandelbar bis zu maximal fünf) Jahren.

Darüber hinaus bieten viele Einrichtungsträger der Behindertenhilfe das sogenannte „Längerfristig Intensiv betreute Wohnen“ (LIBW) an. Hier geht es weniger um therapeutische Entwicklungen sondern stärker um Anpassung und Gestaltung des umgebenden Milieus und der betreuenden Mitarbeitenden an die Schwierigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Menschen. Das Leben in einer LIBW-Gruppe ist in der Regel längerfristig, dient der Stabilisierung und möglichen (Re)Integration und soll dem betroffenen Menschen neben einem passenden Wohnangebot auch einen individuell auf seine Situation ausgerichteten Arbeitsplatz zur Verfügung stellen.

6.1.1 Beratungsstellen

Spezielle Beratungsstellen für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen stehen in Baden-Württemberg derzeit nicht zur Verfügung. Im Rahmen der bestehenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden über die dortigen Sozialdienste in der Regel gute Beratungsangebote an Betroffene und deren Angehörige gemacht.

Daneben bestehen in Baden-Württemberg einige Psychiatrische Institutsambulanzen (sonderversorgende PIA) mit dem Schwerpunkt für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen. Diese bestehen i.d.R. an den Kliniken, die auch stationär für diesen Personenkreis mit Doppeldiagnosen ein Angebot zur Verfügung stellen. An diesen können ebenfalls spezifische Beratungsangebote für betroffene Menschen und deren Angehörige gemacht werden. Das Angebot an sonderversorgenden PIA ist noch bei weitem nicht flächendeckend gegeben. Hier sollten dringend zusätzliche ambulante Angebote, insbesondere in städtischen Ballungsräumen wie z.B. in Stuttgart, geplant werden.

In vielen sozialpädiatrischen Zentren, die in Baden-Württemberg weitgehend flächendeckend in den Landkreisen etabliert sind, wird Beratung für Kinder und Jugendliche mit Doppeldiagnosen und deren Eltern oder andere Bezugspersonen angeboten.

Zukünftig werden an neu gegründeten medizinischen Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZEB) Angebote in Beratung von Betroffenen mit Doppeldiagnosen und deren Angehö-

rigen etabliert werden. Eine Behandlung ist dort nicht primär vorgesehen. Derzeit sind in Baden-Württemberg sechs derartige MZEB genehmigt und im Aufbau vorgesehen.

In § 32 SGB IX ist zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen die Förderung von unabhängigen und ergänzenden Beratungsstellen durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorgesehen. Das Beratungsangebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger und erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX. Die Förderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales folgt dem Prinzip „eine für alle“, sodass auch Menschen mit psychischer Behinderung grundsätzlich alle ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen in Anspruch nehmen können.

6.1.2 Gemeindepsychiatrische Versorgung

Grundsätzlich können auch Angebote in Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Zentren von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Anspruch genommen werden, bislang gibt es jedoch keine spezifischen Gemeindepsychiatrische Zentren mit einem Schwerpunkt in der Sondereversorgung für diese Menschen. Allerdings steht im Bereich der Behindertenhilfe ein ausdifferenziertes Hilfesystem zur Verfügung. Sofern die Ausprägung der Behinderung die Inklusion der betroffenen Menschen in die bestehenden Gemeindepsychiatrischen Zentren der Regelversorgung zulässt, werden die betroffenen Menschen dort therapeutisch betreut und begleitet. Auch hier können jedoch schwerer betroffene Menschen mit komplexerer Behinderung in das bestehende Angebot kaum oder gar nicht integriert werden.

6.1.3 Krankenpflegedienste

Spezielle Krankenpflegedienste, die insbesondere in der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen geschult und ausgebildet sind, stehen nicht zur Verfügung. Menschen mit Doppeldiagnosen, sofern das Störungsbild eine allgemeine Versorgung zulässt, werden von den regionalen, ambulanten Krankenpflegedienste mit übernommen. Auch hier besteht aber für schwerer betroffene Menschen mit komplexerer Behinderung und einer psychischen Störung kaum ein oder kein Angebot.

6.1.4 Stationsäquivalente Behandlung

Ein spezielles Angebot für eine stationsäquivalente Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen ist bislang nicht aufgebaut. Es besteht jedoch ein großes Interesse der derzeitigen Anbieter der Sondereversorgung in der Psychiatrie, ein solches Angebot für diesen Personenkreis zukünftig zu etablieren. Insbesondere schwer behinderte Menschen mit Doppeldiagnose könnten hierdurch vermutlich in bester Weise ohne Herauslösung aus dem ihnen vertrauten Umfeld behandelt und betreut werden. Gerade diese Menschen haben eine sehr geringe Anpassungsleistung, sodass insbesondere auch die stationäre Behandlung für diesen Personenkreis oft eine zusätzliche Belastung darstellt. Dementsprechend bestehen Bestrebungen, genau dieses Angebot für genau diesen Personenkreis zukünftig zu nützen.

6.1.5 Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen (AbW)

Sowohl im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens wie auch in der Familienpflege werden zunehmend Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen betreut und begleitet. Hierbei benötigen die Mitarbeitenden des AbW wie auch die Familien eine fachkundige Supervision durch spezielle Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Ärztinnen bzw. Ärzte. Dies ist jedoch nicht flächendeckend möglich, daher können diese Angebote auch nur regional unterschiedlich angeboten werden.

Wohnheime, Altenheime, Wohngemeinschaften

Es werden in vielen Einrichtungen der Eingliederungshilfe Menschen mit Behinderungen und psychischen Störungen selbstverständlich betreut. In diesen Einrichtungen bestehen aber in der Regel keine wesentlichen medizinischen oder therapeutischen Ressourcen, um in Krisenzeiten diesen Menschen Stabilität und Halt zu bieten oder nur unzureichende Erfahrungen im Gestalten der Umgebungsvariablen, um ein Setting zu bieten, in dem auch Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten langfristig gut beheimatet sind. Dies führt immer wieder zu prekären Situationen, oft auch zum Ausschluss der betroffenen Personen aus den (Betreuungs-) Angeboten der Einrichtung.

Wie bereits erwähnt (s. Teil C Ziff. 6.1), gibt es sogenannte „sozialtherapeutische Einrichtungen“, die mit dem Schwerpunkt der therapeutischen Begleitung über einen längeren Zeitraum (TWG) und die länger- bis langfristige Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen (LIBW) beauftragt sind.

Zumeist ist die Versorgung von älteren Menschen mit Intelligenzminderungen in Wohnheimen der Behindertenhilfe wie in Pflegeheimen der Altenhilfe möglich und wird auch derart praktiziert. Es gibt jedoch besonders komplex pflegeaufwändige, in ihrem Verhalten abweichende ältere Menschen mit Intelligenzminderungen, die in bislang nur vereinzelt angebotenen Einrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderung ein gutes Versorgungsangebot erhalten (z.B. Diakonie der Johannes Anstalten Mosbach, Ziegler'sche Behindertenhilfe Wilhelmsdorf). Dort werden über in der Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung erfahrene Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Pflegefachkräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner konsiliarisch (geronto-) psychiatrisch betreut und die dort tätigen Mitarbeitenden supervidierend beraten.

6.1.6 Schule, berufliche Förderung, Arbeit

In den verschiedenen sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren (SBBZ) erhalten Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen ein schulisches Bildungsangebot. Der überwiegende Teil der Schülerinnen und Schüler besucht ein SBBZ mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, bei einer weiteren Behinderung ggf. auch ein SBBZ mit einem den jeweiligen Voraussetzungen entsprechenden Förderschwerpunkt – dort aber dann im Bildungsgang geistige Entwicklung. Ein SBBZ mit Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung kann Kinder und Jugendliche mit leichter Intelligenzminderung aufnehmen, sofern der Bildungsgang Lernen dort eingerichtet ist. Die SBBZ verfügen in diesem komplexen Aufgabenfeld jedoch nicht an allen Standorten über eine den Erfordernissen entsprechende sonderpädagogische Kompetenz. Daher führt das Kultusministerium Baden-Württemberg gemeinsam mit der Schulverwaltung und fünf Projektschulen (SBBZ in privater Trägerschaft mit Förderschwerpunkt bzw. dem Bildungsgang geistige Entwicklung) ein Projekt zur Weiterent-

wicklung pädagogischer Konzepte der Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose durch, das auch wissenschaftlich begleitet wird. Das Projekt wird im Sommer 2018 abgeschlossen.

Um der Pflicht zum Besuch einer Schule Rechnung tragen zu können und eine Teilnahme am Unterricht zu ermöglichen, kann es im Einzelfall erforderlich sein, zusätzlich eine Schulbegleitung einzusetzen. Die pädagogische Verantwortung für die Bildung und Erziehung dieser Schülerinnen und Schüler liegt dabei weiterhin bei der zuständigen Lehrkraft. Die Bewilligung und Finanzierung von Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern erfolgt auf der Basis der dafür geltenden Sozialgesetze; der jeweilige Leistungsträger entscheidet darüber im Einzelfall in eigener Verantwortung. Die Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter bringen in der Regel für ihre Aufgabe sehr unterschiedliche Voraussetzungen mit. Ihr Aufgabenfeld und die dafür erforderlichen Qualifikationen sind nicht einheitlich definiert. Vergleichbar gilt dies auch für die organisatorische Zuordnung. Die Baden-Württemberg Stiftung hat zwischen 2013 und 2017 gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm ein Curriculum zur Fortbildung von Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern entwickelt. Mit dem dreitägigen, modular aufgebauten Fortbildungsangebot soll gezielt auf den Schulungsbedarf eingegangen und es sollen verlässliche Strukturen für ein kontinuierliches Fortbildungsangebot mit einheitlichen Standards in Baden-Württemberg geschaffen werden.

Für Menschen mit Doppeldiagnosen kann an den bestehenden Berufsbildungswerken auch für den schwierigen Personenkreis von Jugendlichen mit Doppeldiagnosen ein berufliches Ausbildungsangebot gemacht werden. Hier bestehen in der Regel neben den beruflichen Qualifikationsmöglichkeiten auch therapeutische Angebote, um für diesen Personenkreis ein Ausbildungsangebot aufrechtzuerhalten.

Für einen nicht unerheblichen Anteil der betroffenen Menschen mit Doppeldiagnosen und schwerwiegenderen, komplexeren Behinderungen, bestehen jedoch keine wirklichen Ausbildungsmöglichkeiten. Hier sind dann eher die berufliche Rehabilitation im Bereich von sogenannten Förder- und Betreuungsangeboten (FuB) zu sehen. Diese sind oft an die bestehenden Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) angegliedert. Zum Teil bestehen auch im Rahmen der sozialtherapeutischen Einrichtungen separate FuB-Angebote für besonders schwer betroffene Menschen.

Klinische Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen

Spezifische klinische Rehabilitationsangebote für Menschen mit Doppeldiagnosen bestehen derzeit nicht. Das derzeitige klinische Angebot der Rehabilitation ist für Menschen mit Intelligenzminderung nur bedingt oder gar nicht nutzbar. Viele der Angebote in Reha-Kliniken sind als Gruppenangebote konzipiert, daher erfordert es einerseits ein gutes kognitives Verständnis für die jeweiligen Anforderungen, andererseits auch eine gute Anpassungsleistung der Betroffenen an die Gruppen, um sinnvoll an diesen Angeboten teilzuhaben. Hier sollte ein spezifisches Angebot geschaffen werden.

Auch für Menschen mit Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten ist ein klinisches, somatisches und psychotherapeutisches Reha-Angebot mit Schwerpunkten wie Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS) u.a. sinnvoll und notwendig. Dies könnte gegebenenfalls an bestehenden Reha-Kliniken prototypisch eingeführt. Alternativ könnte – aufgrund der dort bereits vorhandenen Fachlichkeit – von Einrichtungen mit bereits bestehenden psychiatrischen oder somatischen sonderversorgenden Angeboten, ein entsprechendes Angebot etabliert werden.

6.2 Außerklinische ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Die hausärztliche und fachärztliche Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen findet in der Regel in den allgemeinen hausärztlichen und fachärztlichen Praxen der Regelversorgung statt. Darüber hinaus können die Hausärztinnen und Hausärzte im Kinder- und Jugendbereich auf die sogenannten SPZ, im Erwachsenenbereich zukünftig auf mehrere im Bundesland angebotene MZEB, zurückgreifen. Hier ist nach bisherigem Stand der Dinge jedoch eher eine fundierte Diagnostik, weniger eine Behandlung zu erwarten. Die Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen durch niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. In einigen Regionen gibt es sogenannte Qualitätszirkel, in denen sich niedergelassene Psychiaterinnen bzw. Psychiater und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten hinsichtlich der ambulanten Versorgung für Menschen mit Doppeldiagnosen mit einem gewissen Expertenstandard abgleichen. Dieses Angebot existiert jedoch nur in einzelnen Regionen, es gibt umgekehrt viele Regionen in Baden-Württemberg, in denen keine adäquate, psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung für Menschen mit Doppeldiagnosen anzutreffen ist.

6.3 Klinische ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

6.3.1 Krisen- und Notfalldienste

Spezielle Krisen- und Notfalldienste für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen werden gegebenenfalls über die sonderversorgenden Kliniken für diesen Personenkreis in Baden-Württemberg angeboten. Insbesondere die sonderversorgenden Psychiatrischen Institutsambulanzen (sonderversorgende PIA) an einigen spezialisierten Fachabteilungen und Fachkliniken (ZfP Winnenden, ZfP Zwiefalten, Diakonie Mosbach, Fachkrankenhaus St. Lukas-Klinik Meckenbeuren, nur für Kinder und Jugendliche noch Fachkrankenhaus Mariaberg, Gammertingen) bieten Krisen- und Notfallinterventionen an. Diese sind regional unterschiedlich ausgebaut und es kann dementsprechend nur in einzelnen Regionen und nicht flächendeckend als gutes Angebot interpretiert werden. Darüber hinaus werden von den allgemein versorgenden Kliniken Kriseninterventionen und Notfalldienste für diesen Personenkreis angeboten. Da hier jedoch meist nur wenig spezifische Erfahrungen und auch kaum ein günstiges Behandlungssetting vorliegen, können, insbesondere für schwer-mehrfachbehinderte Menschen, kaum oft notwendige längerfristige therapeutische Angebote angeboten werden.

6.3.2 Institutsambulanzen

An einigen psychiatrischen Fachkliniken und Zentren für Psychiatrie bestehen Institutsambulanzen mit sonderversorgendem Charakter. Hier werden speziell mit diesem Patientenkontext erfahrene Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten therapeutischen Arbeit mit den betroffenen Menschen eingesetzt. Dieses Angebot kann nur in wenigen Regionen als gut betrachtet werden, zum Teil sind für die betroffenen Menschen noch erhebliche Fahrtwege notwendig, um ein adäquates Angebot zu erhalten. Dementsprechend sollten dringend die bestehenden sonderversorgenden Institutsambulanzen, zumindest als „Zweigstellen“ der aktuell bestehenden PIAs, räumlich ausgeweitet werden.

6.3.3 Tagesklinische Versorgung

Eine teilstationäre Versorgung für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen existiert bislang nur im Kinder- und Jugendbereich. Hier gibt es bereits eine seit zehn Jahren etablierte Tagesklinik in Stuttgart (Tagesklinik Bernsteinstrasse, Träger: Gesellschaft für Entwicklungspsychiatrie und Integration gGmbH). Darüber hinaus wurde 2016 beschlossen, dass weitere tagesklinische Behandlungsplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Meckenbeuren (Liebenau-Kliniken gGmbH) und Freiburg (Universitätsklinik in Verbindung mit den Fachkliniken der Diakonie Marienberg) für diesen Personenkreis angeboten werden sollen. Die Aufnahme des Betriebs dieser Einrichtungen sollte nach Möglichkeit zeitnah erfolgen.

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie besteht bislang kein teilstationäres Behandlungsangebot für Menschen mit Doppeldiagnosen, sollte aber an den bestehenden sonderversorgenden Fachkliniken oder Abteilungen unbedingt etabliert werden, um auch dort sektorenübergreifende Angebote umsetzen zu können.

6.3.4 Vollstationäre Versorgung

Die psychiatrische Krankenhausplanung sieht in Baden-Württemberg mehrere Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser für die Sonderversorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen vor. Kinder- und jugendpsychiatrisch bestehen derzeit drei Kliniken in Baden-Württemberg (Johannesdiakonie Mosbach; Fachklinik Marienberg, Gammertingen; St. Lukas-Klinik, Meckenbeuren), die ein solches Angebot vorhalten, darüber hinaus das bereits erwähnte tagesklinische Angebot in Stuttgart (s. Teil C Ziff. 6.3.3).

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie werden an zwei Fachkliniken (Liebenau Kliniken Meckenbeuren und Johannesanstalten Mosbach) sowie in jeweils einem Zentrum für Psychiatrie in Nord- und Südwürttemberg (Zwiefalten und Winnenden) sonderversorgende Stationen betrieben.

6.4 Dezentralisierung und Regionalisierung

Die Dezentralisierung und Regionalisierung in der Behindertenhilfe dient der Stärkung des in der UN-Behindertenrechtskonvention verankerten Wunsch- und Wahlrechts von Menschen mit Behinderungen und führt unter anderem dazu, dass zunehmend in kleinen regionalen Einheiten Menschen mit Behinderungen betreut und versorgt werden. Für Menschen mit Doppeldiagnosen sind diese Angebote jedoch potentiell eine Herausforderung. In kleinen Einrichtungen sind oft weder strukturelle noch personelle Ressourcen für die Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen gegeben. Auch für diese Menschen sind dezentrale Strukturen jedoch wünschenswert. Hier sind aber spezifischere Angebote notwendig. Insbesondere sind auch die fachärztlich-therapeutische Behandlung der betroffenen Personen vor Ort und eine kompetente Supervision der mit diesen Personen arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine elementare Voraussetzung für das Gelingen. Hier fehlen flächendeckend noch deutlich die Ressourcen. Einzelne, prototypische, dezentrale Wohnheimstrukturen für Menschen mit Doppeldiagnosen sind bereits gebildet. Es handelt sich hierbei um sozialtherapeutische Wohnheime oder auch sozialtherapeutisch gestützte Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Neben den obligatorischen, fachärztlich und psychotherapeutisch konsiliarischen Angeboten vor Ort ist eine we-

sentliche Besonderheit gegenüber konventionellen Wohnheimen die Notwendigkeit, nicht nur Wohnheimplätze sondern auch Förder- und Betreuungsangebote integriert anzubieten. Eine bereits langfristig bestehende prototypische Einrichtung dieser Art ist das Wohnheim St. Damiano in Stuttgart (Träger: Liebenau therapeutische Einrichtungen gGmbH). Ein zweites Wohnheim des gleichen Trägers (St. Damiano II) wird derzeit in Stuttgart errichtet. Es sollten zukünftig mehr Einrichtungen dieser Art vorhanden sein, um den Menschen mit Doppeldiagnosen eine inklusive und dezentrale Versorgung zu ermöglichen.

6.5 Weiterbildung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

In diesem Zusammenhang ist auf die Weiterbildung von Fachärztinnen bzw. Fachärzten und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten hinzuweisen. Bislang kommen in der psychiatrisch fachärztlichen Weiterbildung, in der psychotherapeutischen Weiterbildung und in der Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals die theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte zu kurz. Es besteht ein Curriculum, welches für Ärztinnen und Ärzte eine Einführung in die medizinischen Versorgungsbesonderheiten für Menschen mit Behinderungen anbietet. In Baden-Württemberg wird seitens der Psychotherapeutenkammer ein Curriculum für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten angeboten. Für eine flächendeckende gute Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen ist dieses Angebot nicht ausreichend und sollte in die allgemeine Facharztausbildung/ Psychotherapeutenausbildung insbesondere auch mit Praktika in den sonderversorgenden Kliniken eingeführt werden.

6.6 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Baden-Württemberg im Gegensatz zu anderen Bundesländern ein klinisches Angebot für Menschen mit Doppeldiagnosen vorhält. Dieses ist jedoch nach wie vor regional sehr unterschiedlich aufgebaut und mit zu wenig fachlicher und struktureller Ressource versehen. Gerade im Hinblick auf Inklusion wäre eine dezentralere und regionalere Versorgung wünschenswert, langfristig werden Kompetenzzentren zur Versorgung besonders betroffener Menschen notwendig bleiben.

Für eine flächendeckende gute Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen ist dieses Angebot noch nicht ausreichend und sollte in die allgemeine Facharztausbildung/Psychotherapeutenausbildung insbesondere auch mit Praktika in den sonderversorgenden Kliniken eingeführt werden.

6.7 Zusammenfassende Empfehlungen

1. Einige wenige Psychiatrische Institutsambulanzen (sonderversorgende PIA) mit dem Schwerpunkt für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen bestehen i.d.R. an den Kliniken, die auch stationär für diesen Personenkreis mit Doppeldiagnosen ein Angebot zur Verfügung stellen. Dieses Angebot kann nur in wenigen Regionen als gut betrachtet werden, zum Teil sind für die betroffenen Menschen noch erhebliche Fahrwege notwendig, um ein adäquates Angebot zu erhalten. Dementsprechend sollten die bestehenden sonderversorgenden Institutsambulanzen, zumindest als „Zweigstellen“ der aktuell bestehenden PIAs, räumlich ausgeweitet werden.

2. Spezielle sozialpsychiatrische Dienste für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen stehen derzeit in Baden-Württemberg nicht zur Verfügung. Zukünftig werden an medizinischen Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZEB) Angebote in Behandlung von Betroffenen mit Doppeldiagnosen und deren Angehörigen etabliert werden. Ein entsprechender Ausbau ist aufgrund der dort vorgehaltenen Expertise sinnvoll.
3. Bislang bestehen weder spezifische Gemeindepsychiatrische Zentren mit einem Schwerpunkt in der Sondernversorgung für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen noch spezielle Krankenpflegedienste, die insbesondere in der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen geschult und ausgebildet sind. Nur bei entsprechendem Fachwissen und personellen Ressourcen könnten schwerer betroffene Menschen mit komplexerer Behinderung in das bestehende Angebot integriert werden.
4. Das Versorgungsangebot sollte sämtliche Angebotsmöglichkeiten umfassen und insbesondere im ambulanten, teilstationären und Rehabilitationssektor noch weiter ausgebaut werden. Im klinischen stationären Setting wäre eine stationsäquivalente Behandlungsform sinnvoll und, entsprechend Personal vorausgesetzt, zeitnah zu etablieren.
5. Bezüglich der stationären Angebote für Menschen mit komplexen Behinderungen und Doppeldiagnosen sind auch verbesserte wohnortnahe Wohn- und Betreuungsangebote wünschenswert. Die jetzige Versorgungsstruktur nach der neuen Landesheimbauverordnung stellt eine Herausforderung dar.
6. Sowohl im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens wie auch in der Familienpflege werden zunehmend Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen betreut und begleitet. Hierbei benötigen die Mitarbeitenden des AbW wie auch die Familien eine fachkundige Supervision durch spezielle Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte. Dies ist gegenwärtig aufgrund fehlender Fachleute nicht flächendeckend möglich, daher können diese Angebote auch nur regional unterschiedlich angeboten werden.
7. Spezifische klinische Rehabilitationsangebote für Menschen mit Doppeldiagnosen bestehen derzeit nicht. Das derzeitige klinische Angebot der Rehabilitation ist für Menschen mit Intelligenzminderung nur bedingt oder gar nicht nutzbar. Hier könnte und sollte ein spezifisches Angebot geschaffen werden.
8. Im Hinblick auf Ausbildung von psychiatrischen, internistischen und psychotherapeutischen Professionen wäre eine deutliche Ausweitung gegenüber dem bisherigen Ausbildungsstandard im Umgang mit Menschen mit Behinderungen sinnvoll und notwendig.

7 Forensische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

7.1 Übersicht

In Zusammenhang mit psychischen Störungen bzw. Krankheiten können sich vielfältige rechtliche Fragestellungen ergeben. Die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie hat sich als Spezialgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt und befasst sich mit fachspezifischen Begutachtungsfragen sowie der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher. Wesentliche Aufgabe des Landes ist dabei der Vollzug der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung gemäß §§ 63, 64 StGB in den insgesamt acht Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie.

Begutachtungen zu rechtlichen Fragen (z.B. Einwilligungsfähigkeit, öffentlich-rechtliche Unterbringungsvoraussetzungen, Geschäfts- und Testierfähigkeit, sozialrechtliche Fragen, Schuldfähigkeit) werden von niedergelassenen und in Kliniken ärztlich oder psychologisch Tätigen erstellt, sowohl an den allgemein- oder forensisch-psychiatrischen sowie psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen, an Universitäten, dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim, auch in freien Begutachtungspraxen.

Ein deliktpräventives Behandlungsangebot (beispielsweise „Kein Täter werden“ an der Universität Ulm) steht Menschen zur Verfügung, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und therapeutische Hilfe suchen.

Selbsthilfeangebote haben sich im Land insbesondere als Initiativen von Angehörigen für Angehörige von Unterbrachten im Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB entwickelt, auch in Form einer regionalen Gruppe der bundesweiten, unabhängigen Initiative Forensik der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie.

Patientenfürsprecherinnen bzw. Patientenfürsprecher, Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen, Besuchskommissionen und die Ombudsstelle gemäß § 10 PsychKHG, zu deren Aufgaben die zentrale Erfassung von Zwangsmaßnahmen im Land gehört, sind auch für forensisch untergebrachte Personen zuständig.

Nach Entlassung aus der Maßregelunterbringung erfolgt die spezifische Nachsorge durch Forensische Ambulanzen und die Bewährungshilfe, wesentlich beteiligt ist jedoch das gesamte allgemeine Hilfesystem mit seinen qualifizierten Angeboten.

7.2 Gesetzlicher Doppelauftrag der Besserung und Sicherung

Landesaufgabe im Bereich der gerichtlichen Psychiatrie ist insbesondere die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) sowie § 66 StGB (Sicherungsverwahrung). Die Maßregeln werden in einem durch die Strafprozessordnung vorgegebenen Verfahren durch die Strafgerichte verhängt, wenn eine Straftat im Zusammenhang mit einer psychischen Störung oder einer Suchtmittelabhängigkeit verübt wurde und aufgrund dessen auch in Zukunft mit weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten gerechnet werden muss. Für die

Einweisung in die Maßregel gemäß § 63 StGB muss zudem eine erheblich verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit festgestellt worden sein.

Die vom einweisenden Gericht angeordnete Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB erfolgt zum Zweck der Besserung und der Sicherung. Dieser gesetzliche Doppelauftrag hat teilweise gegensätzlichen Erfordernissen zu genügen, was im Einzelfall mit Zielkonflikten einhergehen kann. Die für die Tat ursächliche psychische Erkrankung oder Suchterkrankung soll so behandelt werden, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit zukünftig nicht mehr befürchtet werden muss.

Hauptbehandlungsziel des Maßregelvollzuges ist daher ein straffreies Leben außerhalb der Forensischen Klinik. Der Vollzug hat auf eine selbständige Lebensführung vorzubereiten, persönliche familiäre und soziale Kontakte sollen gefördert und aufrechterhalten, auf eine berufliche Eingliederung soll hingearbeitet werden. Die Gestaltung des Vollzuges hat den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich zu entsprechen. Schädlichen Folgen der Freiheitseinschränkung ist entgegenzuwirken. Auch sollen die Vollzugsziele in möglichst kurzer Zeit erreicht werden (§ 33 PsychKHG). Hierfür werden integrativ medizinische, psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische, milieutherapeutische, (heil)pädagogische und rehabilitative Behandlungsansätze nach aktuellem fachlichen Stand eingesetzt.

Bei der Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung gemäß §§ 63, 64 StGB messen alle Beteiligten dem Sicherheitsauftrag besondere Bedeutung zu. Der Schutz der Bevölkerung, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen hat dabei höchste Priorität. Diese Sicherheit wird durch baulich-technische, organisatorische und personelle Maßnahmen erreicht, die einer ständigen Kontrolle unterliegen. Eine erfolgreiche Therapie bietet den besten Schutz vor erneuter Straffälligkeit.

Die gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzuges gemäß §§ 63, 64 StGB ist in Baden-Württemberg den Zentren für Psychiatrie (ZfP) übertragen. Die ZfP sind mehrheitlich auch Träger der Forensischen Ambulanzen im Land. Planungen in diesem Bereich werden wesentlich durch gesetzliche Rahmenbedingungen geprägt und in ihrer Ausgestaltung durch verschiedene Faktoren beeinflusst, zu denen die wissenschaftliche Entwicklung, auch von Behandlungsmöglichkeiten, -standards und -leitlinien, Entwicklungen in der Sicherheitstechnik, ökonomische Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Diskurse zum Umgang mit psychisch kranken oder suchtmittelabhängigen Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrechern und die Verfügbarkeit und Qualifikation von Mitarbeitenden gehören.

Eingangs-, Verlaufs- und Entlassungsdiagnostik erfolgen unter Verwendung standardisierter allgemeiner, klinischer, apparativ-technischer und spezieller forensischer Test-Verfahren und dienen der Erfassung von Fähigkeiten und Defiziten, der Delinquenzanalyse mit Klärung der Tatdynamik, der Erstellung eines Behandlungsplanes sowie einer qualifizierten Einschätzung der Gefährlichkeitsprognose.

Auf Grundlage der diagnostischen Feststellungen wird patientenbezogen eine Behandlungsplanung mit verschiedenen Therapie-Elementen erstellt. Die Behandlungsangebote in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie umfassen insbesondere die medizinisch-medikamentöse Behandlung, Bezugspflege, psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppentherapien, sowie indikative Gruppentherapien, etwa bei Suchterkrankung, bei Persönlichkeitsstörungen, bei sexueller Devianz, bei Intelligenzminderung oder bei schizophrenen Psychosen. Daneben gehören Psychoedukation, soziales Kompetenztraining, Ergo- und Arbeitstherapie, PC-, Büro- und Bewerbertraining, kreative Therapien, Sporttherapie, pädagogische Unterrichtsangebote bis hin zu Schulabschlüssen und lebenspraktischem Training zur

Verbesserung der Selbständigkeit und Alltagsbewältigung zum Behandlungsangebot. Auch das Absolvieren von Ausbildungen wird in geeigneten Fällen unterstützt. Strukturierte Freizeitangebote dienen der Förderung von Interessen und sozialen Kontakten. Angehörigenarbeit hat ebenfalls einen wichtigen Stellenwert, sie sollte von den Kliniken angeboten und gefördert und auch in der Weiterbildung Berücksichtigung finden.

Für die Umsetzung des psychiatriepolitischen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ war angesichts des Sicherungsauftrags des Maßregelvollzugs und der gerichtlichen Anordnung eines stationär vollzogenen Freiheitsentzugs bislang wenig Spielraum gesehen worden. Mit der Institutionalisierung einer forensischen Nachsorge bzw. der Einführung von Forensisch-Psychiatrischen Ambulanzen an mindestens acht Standorten in Baden-Württemberg im Jahr 2010 hat sich gezeigt, dass Bedarf an spezifisch forensisch-psychiatrischen Kenntnissen auch im ambulanten Sektor besteht. Teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten sind im Maßregelvollzug in begrenztem Umfang etabliert.

7.3 Belegungsentwicklung

In Baden-Württemberg war im Maßregelvollzug (MRV) nach § 63 StGB in den letzten zwei Jahrzehnten ein deutlicher, im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung aber nur moderater Anstieg der Belegung zu verzeichnen. Der Anteil jener Patientinnen und Patienten, die vor der MRV-Unterbringung nach § 63 StGB bereits allgemeinpsychiatrisch behandelt wurden, liegt bei drei Viertel. Dies verweist auf den wachsenden Anteil an Untergebrachten mit Psychose-Diagnosen. Der Anstieg hat eine Diskussion zu Optimierungsmöglichkeiten der sozialpsychiatrischen Angebote angestoßen, um vermehrte Einweisungen chronisch psychisch kranker Menschen, aber auch deren Aufenthaltsdauer in forensischer Unterbringung zu begrenzen.

Vom Bundesgesetzgeber wurde auf die steigende Zahl und Dauer der Unterbringungen mit der Novellierung des Rechts zur Unterbringung gemäß § 63 StGB reagiert, die zum 1. August 2016 in Kraft trat und eine Erhöhung der Eingangsschwelle, die zeitliche Befristung der Unterbringungsdauer bei bestimmten Fallkonstellationen und eine höherfrequente Beurteilung des Behandlungsverlaufs durch externe Gutachten verbunden mit der Verpflichtung der Strafvollstreckungskammern zum Wechsel der beauftragten externen Gutachterinnen bzw. Gutachtern umfasst.

Im Bereich der Unterbringung nach § 64 StGB hat sich in Baden-Württemberg zwischen 2000 und 2015 die Belegung in etwa verdoppelt, was sich im Bundesvergleich ebenfalls als moderate Entwicklung zeigt. Mögliche Gründe für den Belegungsanstieg sind steigende Einweisungszahlen bei ausschließlichen BtMG-Delikten, eine zurückhaltendere Anwendung anderer rechtlicher Möglichkeiten (z.B. § 35 BtMG) und die vermehrte Zuweisung von dissozial geprägten Straffälligen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch. In der Entziehungsanstalt stieg der Anteil drogenabhängiger Patientinnen und Patienten an der Gesamtbelegung zuletzt stark an und erreichte 2015 70 %. Der Anteil von voll schuldfähigen Patientinnen und Patienten mit (langen) parallelen Haftstrafen nahm stark zu. Die Abbruchquote ist seit längerem rückläufig und hat im Jahr 2015 mit 38 % seit 2001 einen Tiefststand erreicht.

Insgesamt verzeichnet Baden-Württemberg im Ländervergleich bezogen auf die Bevölkerung den niedrigsten Bettenbedarf für den Vollzug der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB. So waren ausweislich der Zahlen des Konstanzer Inventar Sanktionsforschung zum Stichtag 31. März 2012 je 100.000 der strafmündigen Wohnbevölkerung insgesamt 11,6 Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer Entziehungsanstalt oder in Sicherungsverwahrung aufgrund

strafrichterlicher Anordnung untergebracht (§ 63 StGB: 7,6; § 64 StGB: 3,2; § 66 StGB (Sicherungsverwahrung): 0,8).

7.4 Besondere Personengruppen im Maßregelvollzug

Entsprechend der demografischen Entwicklung zeichnet sich ein allmählicher Anstieg des Durchschnittsalters bei den im Maßregelvollzug untergebrachten Personen ab. Auch die Einzelfälle von betagten Menschen mit erstmaliger Delinquenz in Zusammenhang mit hirnorganischen Abbauprozessen steigen.

Kontrovers geführt wird die Diskussion, ob eigene Forensische Kliniken für die Unterbringung und Behandlung minderjähriger und heranwachsender Rechtsbrechender benötigt werden, es also jugendpsychiatrischer forensischer Kliniken bedarf. Während die meisten Bundesländer entsprechende Angebote vorhalten und von kinder- und jugendpsychiatrischer Seite auf die eigenständige Fachlichkeit hingewiesen wird, verzichtet bisher ein anderer Teil der Bundesländer auf entsprechende Spezialeinrichtungen mit Verweis darauf, dass die Schwelle für die Anordnung eines unbefristeten Freiheitsentzuges in dieser Altersgruppe ausdrücklich hoch angesiedelt bleiben sollte, die Zuweisung durch eigene Bettenkapazitäten gefördert werde und entsprechende Sondereinrichtungen in Flächenstaaten nur um den Preis einer hohen Angehörigen- und Gemeindeferne zu realisieren seien. Fachlich ist unstrittig, dass die besonderen Rechte und Bedürfnisse jugendlicher Untergebrachter (z.B. Unterbringung im jugendgerechten Milieu, Erziehungsanspruch, Recht auf Schule und Ausbildung, Recht auf Behandlung durch „Kinderspezialisten“, Besonderheiten der Arbeit mit Angehörigen und der Entlassvorbereitung) zu berücksichtigen sind, auch darf die Qualität der Behandlung für Jugendliche im Maßregelvollzug den Standard der sonstigen jugendpsychiatrischen Behandlung nicht unterschreiten.

Der Migrantenanteil im MRV Baden-Württemberg nahm in den vergangenen Jahren zu. Er liegt mit 40 % im Jahr 2015 über demjenigen in der Allgemeinbevölkerung (in Baden-Württemberg ca. 25 %). In der Entziehungsanstalt spielen Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten eine wichtige Rolle, im psychiatrischen Krankenhaus türkischstämmige Migrantinnen und Migranten.

Primär persönlichkeitsgestörte Patientinnen und Patienten haben neben Personen, die Sexualdelikte begangen haben und/oder intelligenzgemindert sind, schlechte Entlasschancen. Diese beiden Personengruppen weisen damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Langzeit-Hospitalisierung im Maßregelvollzug auf.

7.5 Forensisch-Psychiatrische Ambulanzen

Die Nachbetreuung entlassener Patientinnen und Patienten in speziellen forensisch-psychiatrischen Ambulanzen wurde in Baden-Württemberg mit der Verwaltungsvorschrift (VwV) Forensische Ambulanzen institutionalisiert. Ziel ambulanter forensischer Arbeit ist es, den Transfer institutionell erreichter Therapiefortschritte beim Übergang in die Gesellschaft sicherzustellen. Gut belegt ist, dass sich hierdurch das Risiko erneuter Straffälligkeit deutlich reduzieren lässt. §§ 68 a und 68 b StGB definieren die Aufgaben von Forensischen Ambulanzen, nämlich „Betreuung und Behandlung“ einerseits, aber auch „Überwachung des Verhaltens und der

Erfüllung von Weisungen“ mit dem Ziel, einer erneuten Straffälligkeit der Patientin bzw. des Patienten vorzubeugen. Wesentliche Gesichtspunkte forensisch-psychiatrischer Nachsorge sind eine kontinuierliche Risiko- und Prognoseeinschätzung im konkreten Lebensumfeld sowie die Etablierung eines individuellen Risikomanagements. Dieses beinhaltet in der Regel eine aufsuchende Betreuung und eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen der Patientin bzw. des Patienten, mit komplementären Einrichtungen und Diensten, wie auch mit der Bewährungshilfe und der Justiz. An allen Standorten der ZfP-Gruppe, an denen nach § 63 StGB untergebrachte Patientinnen und Patienten behandelt werden, sind forensisch-psychiatrische Nachsorgeambulanzen eingerichtet.

Nach § 64 StGB untergebrachte suchtkranke Straftäterinnen und Straftäter können nach ihrer Entlassung nur ausnahmsweise in den Forensischen Ambulanzen behandelt werden, wenn neben der Suchtproblematik ein gravierendes psychiatrisches Störungsbild besteht. Mittelfristig ist zu prüfen, ob das Angebot der Forensischen Ambulanzen auch auf diesen Personenkreis ausgeweitet werden kann.

Neben den forensisch-psychiatrischen Ambulanzen der Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg gibt es die Ambulanz der Bewährungshilfe e.V. in Stuttgart sowie in Nordbaden die Ambulanz der Behandlungsinitiative Opferschutz mit Sitz in Karlsruhe, die an diversen weiteren Standorten in Baden Behandlungsstützpunkte vorhält. Dort werden schwerpunktmäßig Führungsaufsichts-, aber auch Bewährungsfälle, sowie noch im Vollzug befindliche Probandinnen und Probanden im Sinne einer Deliktprophylaxe behandelt, bei denen keine Maßregelunterbringung gemäß §§ 63, 64 StGB angeordnet wurde. In begrenztem Umfang werden insbesondere dort, wo keine Versorgung durch die beiden oben genannten Institutionen möglich ist, in den Ambulanzen der ZfP-Gruppe entsprechende Führungsaufsichts-, sowie gemäß der Neufassung der VwV Forensische Ambulanzen vom 1. Juli 2017 auch Bewährungsfälle behandelt, soweit deren Behandlungsbedarf zu der für diese Personengruppe geschaffenen Finanzierungsregelung passt.

7.6 Versorgungsforschung

Ein wichtiger Bestandteil des baden-württembergischen Maßregelvollzuges ist die versorgungsepidemiologische und psychotherapeutische Begleitforschung in Zusammenarbeit mit den Universitäten Konstanz und Ulm. In Baden-Württemberg erfolgt seit 2009 als einzigem Bundesland eine Vollerfassung aller aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit einer an die psychiatrische Basisdokumentation (BADO) angelehnten Forensik-Dokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa). Neben der regelmäßigen Aufarbeitung eines Datensatzes mit patientenbezogenen Kennzahlen zur Qualitätssicherung waren besondere Schwerpunkte der Auswertungen bisher Übersichten über Indikationen und Verläufe von Behandlungen in den Entziehungsanstalten sowie zu Migrantinnen bzw. Migranten und Langzeitpatientinnen bzw. -patienten. Weitere Forschung zu forensisch-psychiatrischen und -psychologischen Themen erfolgt an den Universitäten des Landes sowie am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim.

7.7 Fazit und Perspektiven

Entsprechend der geschilderten Entwicklungstendenzen sind Versorgungs- bzw. Behandlungskonzepte im Maßregelvollzug fortzuentwickeln, die den veränderten Anforderungen gerecht werden und auf die spezifischen Behandlungsbedürfnisse und -notwendigkeiten bei Jugendlichen und Heranwachsenden, älteren untergebrachten Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Intelligenzminderung und für die kleine Gruppe der längerfristig nicht entlassbaren Patientinnen und Patienten differenziert eingehen. In wechselseitiger Absprache ist an einzelnen MRV-Kliniken die Schwerpunktbildung für besondere Patientengruppen (beispielsweise weibliche Untergebrachte, Jugendliche u.a.) möglich. Speziell hinsichtlich jugendforensischer Unterbringung wird in Baden-Württemberg ein Modell angestrebt, bei dem kleine, flexible und abtrennbare Untereinheiten von maximal je fünf Betten an zwei bis drei bestehenden forensischen Kliniken gemäß § 63 StGB geschaffen werden, die fachlich kinder- und jugendpsychiatrisch geleitet werden und deren Personalbemessung und -struktur die Psychiatrie-Personalverordnung (KJ-Bereich) zugrunde liegt. Mit Blick auf Artikel 12 Absatz 1 der Richtlinie (EU) 2016/800 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2016 über Verfahrensgarantien in Strafverfahren für Kinder, die Verdächtige oder beschuldigte Personen in Strafverfahren sind, und Artikel 37 c Satz 2 der UN Kinderrechtskonvention besteht derzeit die Überlegung, im Rahmen eines Pilotprojekts zunächst ein entsprechendes Angebot an einem Standort zu realisieren, an welchem sowohl forensische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenzen vorhanden sind.

Von großer Bedeutung ist für forensische Patientinnen und Patienten die Möglichkeit schulischer und beruflicher Qualifikationen. Die entsprechenden Angebote werden in den Kliniken ausgebaut und müssen auch in Zukunft noch weiter differenziert und weiterentwickelt werden.

Für schwer entlassbare Langzeitpatientinnen und -patienten sind spezifische intensive Angebote zur Enthospitalisierungsförderung zu entwickeln. Sofern Entlassungshindernisse aus dem Maßregelvollzug im Zusammenhang stehen mit dem unzureichenden Ausbau geeigneter Einrichtungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund, ist auf eine Strukturentwicklung in den jeweiligen Landkreisen hinzuwirken. Erforderlichenfalls soll die Aufnahmebereitschaft und Kompetenz bei externen Trägern gefördert werden, sinnvoll ist die Schaffung von unterbringungspräventiven Angeboten. Dies gilt auch für den Bereich der Behindertenhilfe bei der Gruppe der Menschen mit Intelligenzminderung.

Aufgabe der Zentren für Psychiatrie ist es, den forensischen Unterbringungsauftrag unter Wahrung der Patientenrechte zu erfüllen. Regelmäßige Evaluation der Zahl der Zwangsmaßnahmen mit Vergleich zwischen den forensischen Kliniken erfolgt ebenso wie die Beachtung laufender Rechtsprechung in diesem Bereich und verfassungsgerichtliche Entscheidungen. Die baulichen, organisatorischen und personellen Sicherheitsstandards werden fortlaufend überprüft und, wo erforderlich, angepasst. Anregungen von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern, Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen und Besuchskommissionen werden entsprechend aufgegriffen.

Das Angebot einer langfristigen medikamentösen Substitutionsbehandlung für gemäß § 64 StGB untergebrachte Personen wird fachlich unterschiedlich diskutiert. Für Baden-Württemberg wird eine leitliniengerechte medikamentöse Substitution für eine Minderheit der nach § 64 StGB Behandelten als Option nicht ausgeschlossen. Mit Blick auf geltende Substitutions-Richtlinien

wird sie bei häufig multimorbiden und dissozial mitgeprägten Untergebrachten allerdings eine seltene Ausnahme darstellen.

Das Patientenrechtegesetz gilt in weiten Teilen (Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, Akteneinsichtsrecht usw.) auch für den Maßregelvollzug und ist entsprechend umzusetzen. In die Behandlungsplanung sind die Patientinnen und Patienten mit einzubinden. Patientenbeteiligung an der Gestaltung organisatorischer Abläufe ist auf Stationsebene in Form gewählter Patientensprecherinnen und -sprecher überwiegend umgesetzt. Es ist zu prüfen, ob eine Beteiligung auch auf Organisationsbesprechungen auf Klinikebene ausgeweitet werden kann.

Bauliche Weiterentwicklung: Strafgefangene haben zumindest während der Ruhezeiten einen Anspruch auf Einzelunterbringung. Die Vorschläge einer europäischen Expertenkommission zu „Rahmenbedingungen und Struktur einer neuen Maßregelvollzugseinrichtung“ empfahlen bereits 1996 die überwiegende Bereitstellung von Einzelzimmern für die Untergebrachten. Bis 2025 soll in Baden-Württemberg angestrebt werden, dass im MRV nur noch Ein- und Zweibettzimmer mit integrierter Nasszelle vorgehalten und damit die Empfehlungen der europäischen Expertenkommission umgesetzt werden.

Die forensischen Stationen bzw. Behandlungseinheiten sollten entsprechend der Empfehlungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) maximal 18, besser 15 (siehe Psych-PV MRV, II. Grundlagen a) stationäre Plätze vorhalten.

Die internen Abläufe der Forensischen Kliniken unterliegen einem fortlaufend weiterentwickelten Qualitätsmanagement, das extern zertifiziert wird.

Die Sicherungs- und Lockerungsstandards sind kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit der Forensischen Kliniken ist das Gewinnen und Halten qualifizierten Personals. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Situation im ärztlichen Bereich dar. Hier besteht bereits jetzt ein Mangel, dem durch attraktive Angebote begegnet werden muss. Auf die Vorzüge forensischen Arbeitens (z.B. langfristige Beziehungsarbeit, die Möglichkeit intensiven psychotherapeutischen Arbeitens oder die Möglichkeit der Gutachtenerstellung) soll verstärkt hingewiesen werden. Hilfreich in diesem Zusammenhang ist sicherlich die Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie, die eine spezifische Qualifikation ermöglicht. Hierfür bieten die Forensischen Kliniken Weiterbildungsangebote.

Auch im Bereich der Pflege zeichnet sich bei den Bewerbungen ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften ab. Hier gilt, dass forensisches Arbeiten attraktiver gestaltet werden muss, um psychiatrisch erfahrene Mitarbeitende zu gewinnen und zu halten. Dazu sollen Pflegefachkräfte verstärkt in die therapeutische Arbeit eingebunden werden. Gezielte Weiterbildungsangebote, wie beispielsweise die Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege oder Angebote in Gesprächsführung, Deeskalation oder Erlebnispädagogik können hier Anreize schaffen.

Eine wichtige Voraussetzung stellt darüber hinaus ein – gerade im Kontext forensisch psychiatrischen Arbeitens – ausgewogenes Verhältnis von weiblichen und männlichen Beschäftigten dar. Hier gilt es vor allem dem Mangel an männlichen Pflegekräften entgegenzuwirken.

Insbesondere die beschränkten Personalressourcen im ärztlichen und pflegerischen Bereich müssen dazu führen, dass Teile der Tätigkeiten dieser Berufsgruppen zukünftig durch andere Berufsgruppen mit übernommen werden. Auch hier sind in allen Kliniken entsprechende Prozesse im Gang, die weiter konsequent verfolgt werden müssen. Zugleich ist zur Begrenzung

von Qualitätsabstrichen eine langfristig auskömmliche Finanzierung des Maßregelvollzugs bedeutsam.

Jede forensische Klinik soll über eine spezifische Weiterbildungs- und Fortbildungskonzeption verfügen bspw. zu Fachweiterbildung, Deeskalationsmanagement, qualifizierter Begutachtung. Ein Coaching- und Supervisionskonzept für die einzelnen Stationen ist vorzuhalten.

Eine volle Besetzung der Stellen ist über alle Berufsgruppen und an allen Standorten anzustreben. Eine Erhöhung des Anteils von Mitarbeitenden mit spezifisch forensischen Qualifikationen (wie Fachweiterbildung, Schwerpunktbezeichnung der Ärztekammer, DGPPN-Zertifikat) und von in Deeskalationstechniken ausgebildeten Mitarbeitenden wird angestrebt.

Der Maßregelvollzug arbeitet nach ökonomischen Grundsätzen und Prinzipien, um den Versorgungsauftrag effizient zu erfüllen und einen größtmöglichen Nutzen sowohl für die untergebrachten Personen wie für die Öffentlichkeit zu erreichen. Mit der Psychiatrie-Personalverordnung Maßregelvollzug (Psych-PV MRV) steht in Baden-Württemberg ein bewährtes Instrument zur Personalbemessung für die Forensischen Kliniken zur Verfügung. Baden-Württemberg wendet konstant seit vielen Jahren bundesweit den niedrigsten Betrag pro Einwohner für den Maßregelvollzug auf. Der rechnerische Tagessatz liegt teilweise deutlich unter denjenigen anderen westeuropäischen Ländern. Dies sind Hinweise darauf, dass bereits jetzt ein hoher Effizienzgrad erreicht ist. Um die Leistungsfähigkeit der Kliniken für die Zukunft zu sichern, ist ein Psych-PV-Erfüllungsgrad von 100 % anzustreben.

Die Forensischen Kliniken betreiben eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Diese richtet sich zum einen an Fachöffentlichkeit in Justiz, Polizei, Medizin und Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie und Kriminologie. Die allgemeine Öffentlichkeit wird bei besonderen Vorkommnissen sachgerecht informiert. Mit regionalen Medien wird mit Blick auf die Akzeptanz der Forensischen Kliniken in der Region eng zusammengearbeitet. Für eine anlassunabhängige Öffentlichkeitsarbeit beteiligen sich die ZfP am Arbeitskreis Forensik transparent. Insgesamt pflegt der Maßregelvollzug einen professionellen Umgang mit den Medien, initiiert vertrauensbildende Maßnahmen und steht sachlichen Anfragen grundsätzlich offen gegenüber.

Es sollen Konsil- und Liaisondienste für alltagspsychiatrische Kliniken angestrebt werden zur Erweiterung der dortigen Kompetenzen im Umgang mit aggressiven und deliktgefährdeten Personen. Die Einbringung von kriminalprognostischem Fachwissen kann zu einer Reduktion forensischer Unterbringungen beitragen.

Bei geeigneten Themen findet eine gegenseitige Kooperation bzw. Unterstützung zwischen Maßregelvollzugseinrichtungen und Justizvollzugsanstalten statt.

Forensische Kliniken sind Kompetenzzentren für Begutachtungsfragen und stellen eine wichtige Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Justiz dar. Anstehende Gesetzesnovellen lassen zukünftig einen Anstieg von Begutachtungsaufträgen erwarten, die einer qualifizierten Bearbeitung bedürfen. Die Übernahme entsprechender Aufträge durch die ZfP bzw. die MRV-Kliniken dient auch der Vermeidung von Fehleinweisungen in den Maßregelvollzug. Ziel ist daher, dass jede Forensische Klinik ein Supervisions-, Ausbildungs- und Interventionskonzept für Begutachtungen vorhält. Wünschenswert sind Kooperationen mit Universitätskliniken. Aufgrund der besonderen Expertise bei den Forensischen Kliniken wird für Begutachtungen mit strafrechtlichen Fragestellungen ein dienstliches Interesse anerkannt. Die strafrechtliche Begutachtung Jugendlicher fällt in die Fachlichkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, was bei der Beauftragung der Gutachten zu berücksichtigen ist.

Der Maßregelvollzug kooperiert eng mit Einrichtungen und Diensten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der Kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe, klinischen Einrichtungen, universitären forensischen Abteilungen und der regionalen Verwaltung. Ebenso bestehen enge Kontakte zu Staatsanwaltschaften, Gerichten, Bewährungshilfen und Vollzugsanstalten.

Nach § 36 Absatz 4 PsychKHG sollen zur Förderung von Behandlung, Betreuung und Eingliederung die MRV-Einrichtungen mit geeigneten Personen, Organisationen, Behörden und Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung zusammenarbeiten. Die forensischen Kliniken entwickeln daher die bereits bestehenden Kooperationen mit Hochschuleinrichtungen weiter. Wünschenswert ist insbesondere der Ausbau der Zusammenarbeit mit psychiatrischen, psychologischen und juristischen Fachbereichen weiterer baden-württembergischer Universitäten.

Der FoDoBa-Datensatz (s. Teil C Ziff. 7.6) wird unter Federführung der Reichenauer Forschungsgruppe ausgewertet, speziell hinsichtlich relevanter versorgungsepidemiologischer Fragestellungen. Qualifikationsarbeiten an den Universitäten Konstanz und Ulm sind hierbei hilfreich, die Ergebnisse werden auf Kongressen national und international vorgestellt und in Fachzeitschriften publiziert. Der Langzeitverlauf von in der Erwachsenenpsychiatrie in Baden-Württemberg untergebrachten Jugendlichen im Vergleich mit Jugendlichen aus der Jugendforensik in Rheinland-Pfalz inklusive der Legalbewährung wird im Rahmen einer Dissertation untersucht.

Die Koordinierung dieser Entwicklungsaufgaben erfolgt in Form einer Facharbeitsgruppe Maßregelvollzug, in der die dualen, ärztlich-therapeutischen und pflegerischen Leitungen der MRV-Kliniken im Land zusammenarbeiten.

7.8 Zusammenfassende Empfehlungen

1. In wechselseitiger Absprache ist an einzelnen MRV-Kliniken die Schwerpunktbildung für besondere Patientengruppen möglich.
2. Von großer Bedeutung ist für forensische Patientinnen und Patienten die Möglichkeit schulischer und beruflicher Qualifikationen. Die entsprechenden Angebote werden in den Kliniken ausgebaut und müssen auch in Zukunft noch weiter differenziert und weiterentwickelt werden.
3. Für schwer entlassbare Langzeitpatientinnen und -patienten sind spezifische intensive Angebote zur Enthospitalisierungsförderung zu entwickeln. Sofern Entlassungshindernisse aus dem Maßregelvollzug im Zusammenhang mit dem unzureichenden Ausbau geeigneter Einrichtungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund stehen, ist auf eine Strukturentwicklung in den jeweiligen Landkreisen hinzuwirken. Erforderlichenfalls soll die Aufnahmebereitschaft bei externen Trägern gefördert werden. Dies gilt auch für den Bereich der Behindertenhilfe bei der Gruppe der Menschen mit Intelligenzmindering.
4. Durch das PsychKHG sind die regelmäßige Erfassung der Zahl der Zwangsmaßnahmen sowie die Überprüfung baulicher, organisatorischer und personeller Sicherheitsstandards vorgeschrieben. Anregungen von Patientenfürsprecherinnen und -für-

sprechern, Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen und Besuchskommissionen sollten zeitnah aufgegriffen werden.

5. Bis 2025 soll in Baden-Württemberg angestrebt werden, dass im MRV nur noch Ein- und Zweibettzimmer mit integrierter Nasszelle vorgehalten und damit die Empfehlungen der europäischen Expertenkommission umgesetzt werden.
6. Speziell hinsichtlich jugendforensischer Unterbringung wird ein Modell angestrebt, bei dem kleine, flexible und abtrennbare Untereinheiten von zwei bis vier Betten an bis zu drei bestehenden forensischen Kliniken gemäß § 63 StGB geschaffen werden, die ein spezifisch jugendpsychiatrisches Angebot vorhalten. Derzeit besteht die Überlegung, im Rahmen eines Pilotprojekts zunächst ein entsprechendes Angebot an einem Standort zu realisieren, an welchem sowohl forensische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenzen vorhanden sind.
7. Eine besondere Herausforderung stellt das Gewinnen und Halten qualifizierten Personals insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich dar. Hilfreich in diesem Zusammenhang ist sicherlich die Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie, die eine spezifische Qualifikation ermöglicht. Jede forensische Klinik sollte über eine spezifische Weiterbildungs- und Fortbildungskonzeption verfügen bspw. zu Fachweiterbildung, Deeskalationsmanagement, qualifizierter Begutachtung. Ein Coaching- und Supervisionskonzept für die einzelnen Stationen ist vorzuhalten.
8. Um die Leistungsfähigkeit der Kliniken für die Zukunft zu sichern, ist ein Psych-PV-Erfüllungsgrad von 100 % anzustreben.
9. Konsil- und Liaisondienste für allgemeinpsychiatrische Kliniken sind wichtig zur Erweiterung der dortigen Kompetenzen im Umgang mit aggressiven und deliktgefährdeten Personen. Die Einbringung von kriminalprognostischem Fachwissen kann zu einer Reduktion forensischer Unterbringungen beitragen.
10. Gewaltprävention und damit zugleich auch Unterbringungsprävention sollten als gemeinsame Aufgabe von Allgemeinpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie formuliert werden, eine enge Kooperation von Allgemeinpsychiatrischen und Forensischen Ambulanzen ist deshalb sinnvoll.
11. Wünschenswert ist insbesondere der Ausbau der Zusammenarbeit der Einrichtungen des MRV mit psychiatrischen, psychologischen und juristischen Fachbereichen weiterer baden-württembergischer Universitäten.

8 Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen

8.1 Allgemeines

Definitionen und Eingrenzung

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) definiert Migration wie folgt: "Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht". Eine Migrantin

oder ein Migrant ist im Prinzip jede bzw. jeder, die oder der an einen anderen Ort zieht, innerhalb eines Landes oder über Staatsgrenzen hinweg. Die Motive für diese Migration sind unterschiedlich. Eine Migration kann freiwillig oder erzwungen sein und unterschiedlichen Zielen dienen. Unter den Begriff Migrantinnen und Migranten fallen beispielsweise auch freizügigkeitsberechtigte EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die in Deutschland arbeiten oder studieren und keinerlei Fluchthintergrund haben.

Der umgangssprachlich genutzte Begriff Geflüchtete umfasst insbesondere folgende Personengruppen:

- Asylbewerberinnen und Asylbewerber
- Asylberechtigte nach Artikel 16 a GG
- Flüchtlinge nach § 3 AsylG
- Subsidiär Schutzberechtigte nach § 4 AsylG
- Ausländerinnen und Ausländer, bei denen ein nationales Abschiebungsverbot nach § 60 Absatz 5 oder 7 AufenthG festgestellt wurde.

Asylrechtlich werden auf Basis der Genfer Flüchtlingskonvention Menschen als Flüchtlinge definiert, die „sich aus begründeter Furcht vor Verfolgung von staatlichen oder nichtstaatlichen Akteuren aufgrund ihrer Rasse, Nationalität, politischen Überzeugung, religiösen Grundentscheidung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe außerhalb ihres Herkunftslands befinden und den Schutz ihres Herkunftslands nicht in Anspruch nehmen können oder aufgrund der begründeten Furcht nicht in Anspruch nehmen wollen“.

Der Begriff „Flüchtling“ umfasst im Verständnis des Asylrechts damit ausschließlich anerkannte Flüchtlinge nach der Genfer Flüchtlingskonvention, d.h. Personen, die nach Abschluss des Asylverfahrens bei begründeter Furcht vor individueller Verfolgung den Flüchtlingsschutz nach § 3 AsylG erhalten.

Die Genfer Flüchtlingskonvention, das wichtigste Instrument des internationalen Flüchtlingsrechts, bezieht sich nicht explizit auf Menschen, die vor Konflikten fliehen, obwohl in den letzten Jahren große Flüchtlingsbewegungen durch Bürgerkriege ausgelöst wurden, in denen religiöse, ethnische, politische oder soziale Konflikte eskalierten. Hierfür besteht jedoch das Instrument des subsidiären Schutzes, das eingreift, wenn weder der Flüchtlingsschutz noch die Asylberechtigung gewährt werden können und im Herkunftsland ernsthafter Schaden droht. Subsidiär schutzberechtigt sind Menschen, die stichhaltige Gründe dafür vorbringen, dass ihnen in ihrem Herkunftsland etwa aufgrund allgemeiner Kriegs- und Bürgerkriegsgefahren ein ernsthafter Schaden droht und sie den Schutz ihres Herkunftslands nicht in Anspruch nehmen können oder wegen der Bedrohung nicht in Anspruch nehmen wollen. Ein ernsthafter Schaden kann sowohl von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind Personen, die in einem Territorium oder einem Staat, dessen Staatsangehörigkeit sie nicht besitzen, Asyl, also Aufnahme und Schutz vor politischer, religiöser oder sonstiger Verfolgung suchen. Das Recht auf Asyl ist in Artikel 16 a des Grundgesetzes geregelt. Asylberechtigt sind Personen, die politisch verfolgt werden. Das bedeutet, dass sie im Falle der Rückkehr in ihr Herkunftsland einer schwerwiegenden Menschenrechtsverletzung ausgesetzt sein werden aufgrund ihrer Rasse, Nationalität, politischen Überzeugung, religiösen Grundentscheidung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, ohne eine Fluchtalternative innerhalb des Herkunftslandes oder anderweitigen Schutz vor Verfolgung zu haben. Allgemeine Notsituationen wie Armut oder Bürgerkrieg berechtigen hingegen nicht zu Asyl. Personen, die als asylberechtigt anerkannt werden, erhalten eine Aufenthaltserlaubnis.

Wer keine Aufenthaltserlaubnis bekommt, wem also kein Asyl gewährt wird, der muss das Land wieder verlassen. Ihm droht die Abschiebung. Kann ein Mensch aber gerade nicht abgeschoben werden, weil Abschiebungshindernisse bestehen (dies kann beispielsweise bei fehlenden Reisedokumenten oder Krankheit der Fall sein), kann nach § 60 a AufenthG eine Duldung erteilt werden. Dies gilt auch für unbegleitete Minderjährige.

Im Rahmen dieses Teils des Landespsychiatrieplans wird von Geflüchteten und freiwillig Migrierten gesprochen, wobei die Bezeichnung „Geflüchtete bzw. Geflüchteter“ keinen rechtlichen Begriff darstellt, sondern die anfangs dargestellten heterogenen Personengruppen umfasst. Geflüchtete und freiwillig Migrierte unterscheiden sich zwar bezüglich des Migrationsgrundes, sollen aber hier zusammengefasst werden, sofern sie aufgrund der stattgefundenen Migration bzw. vorbestehenden Bedingungen der psychosozialen oder psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung bedürfen.

Die Migration von Geflüchteten nach Deutschland hat auch Folgen für die allgemeine psychosoziale und psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Land.

Migration kann freiwillig oder unfreiwillig als Reaktion auf Krisen oder in Form von Zwangs- und Gewaltmigration erfolgen. Migration muss nicht zwingend mit psychischer Belastung verbunden sein oder per se psychische Störungen auslösen, allerdings ist Migration häufig mit einem erhöhten Morbiditäts- und Gesundheitsrisiko verknüpft. Einer psychosozialen Unterstützung bedürfen Menschen, welche sich in einer Notsituation beispielsweise im Rahmen einer oder als Folge von forcierter Migration oder Flucht befinden. Die akuten und/oder chronischen Stressreaktionen der Betroffenen auf die für sie fremden Umgebungsbedingungen sind primär natürlich und physiologisch, sie werden erst im Verlauf – bei Fortbestehen entsprechend eingegrenzter Handlungsspielräume, von Zukunftsängsten etc. – zu pathologischen Reaktionen und entsprechendem Verhalten führen. Somit handelt es sich bei der psychosozialen Unterstützung um eine Unterstützung von im Allgemeinen psychisch gesunden Geflüchteten bzw. forciert oder nicht forciert (also freiwillig) Migrierten, und nicht um eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung von psychiatrisch auffälligen oder kranken Menschen. Dass die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht/Migration zu vermehrten psychischen Störungen führen können, bzw. vorbestehende Störungen sich verschlimmern können, ist bekannt, so ist die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Geflüchteten und (forciert) Migrierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung je nach Studienlage um das bis zu zehnfache erhöht. Allerdings wird meist keine Unterscheidung vorgenommen zwischen Menschen, die aufgrund von direkter oder instrumenteller Gewalt ihr Land verlassen mussten und Menschen, welche aufgrund von wirtschaftlicher Not eher freiwillig migriert sind und während der Migration traumatische Erfahrungen gemacht haben.

Auch steigt die Häufigkeit psychischer Störungen sowie körperlicher Gesundheitsprobleme je länger ein Asylverfahren dauert. Männliche wie weibliche Asylsuchende begehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Suizidversuche, wobei sich Männer häufiger suizidieren.

Vor diesem Hintergrund soll sich dieser Teil schwerpunktmäßig mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Situation und Versorgung von Geflüchteten beschäftigen.

8.2 Situation in Deutschland

Die Zahl derer, die in Europa und insbesondere in Deutschland Schutz suchen, hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Insbesondere im Jahr 2015 war mit dem hohen Zugang von Asylbegehrenden eine Sondersituation gegeben. Als Folge wurden im Jahr 2016 in Deutsch-

land insgesamt 745.545 Erst- und Folgeanträge auf Asyl gestellt, davon allein 86.899 (84.610 Erstanträge und 2.289 Folgeanträge) in Baden-Württemberg. Die Antragstellenden kamen vor allem aus Syrien, Afghanistan und Irak. Unter den Antragstellenden im Jahr 2016 waren rund 66 % männlich und rund 34 % weiblich. Von diesen waren knapp 74 % jünger als 30 Jahre alt. Bei Kindern bis 15 Jahren, die etwa 30 % der Asylbewerbenden ausmachen, war das Verhältnis bei Jungen und Mädchen fast gleich. Nur wenige (etwas mehr als 1 %) der Asylbewerbenden sind älter als 60 Jahre.

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Großteil der seit 2010 nach Deutschland migrierten Menschen der Anlass für ihre Flucht/Migration nicht menschenwürdige Lebensbedingungen und häufig auch als traumatisch wahrgenommene und im Gedächtnis abgespeicherte Erfahrungen gewesen sind. Und es ist sicher richtig, dass die Flucht – beispielsweise in Booten über das Mittelmeer – häufig mit zusätzlichen schweren psychischen Belastungen verbunden gewesen ist. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Nahrung, Sicherheit, Unterkunft, Gesundheit, Bildung etc. stellt die Transit- oder Aufnahmeländer vor schwierige Aufgaben, eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft des Aufnahmelandes macht jedoch die Berücksichtigung dieser Bedürfnisse zwingend notwendig. Allerdings ist die Förderung derselben nicht nur Pflicht des Aufnahmelandes, auch die Geflüchteten sind gefordert, sich mit der Kultur des Aufnahmelandes auseinanderzusetzen und selbst, sofern sie in der Lage dazu sind, aktiv an der Integration mitzuarbeiten. Integration ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, dessen Gelingen von der Mitwirkung aller Menschen abhängt¹².

Hierfür ist es notwendig, dass Geflüchtete nicht nur als Opfer, sondern auch als Menschen gesehen werden, die eine soziobiografische Geschichte haben, welche beispielsweise Sprach- und sonstige Kenntnisse wie Berufserfahrungen beinhaltet, die der Integration dienen können. Sprachprobleme, Unkenntnis über die Angebote und kulturelle Unterschiede können Ursachen dafür sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht in gleichem Maße von der Gesundheitsversorgung profitieren wie die übrige Bevölkerung. Studien weisen darauf hin, dass sie weniger gut über Früherkennungsuntersuchungen informiert sind, seltener Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen und sich in geringerem Maße körperlich betätigen. Die Folge ist ein vergleichsweise schlechterer gesundheitlicher Allgemeinzustand.

8.3 Herausforderungen für das psychosoziale Hilfesystem

Rechtliche Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf die Praxis

Die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 regelt, dass die Mitgliedstaaten während des Asylverfahrens dafür Sorge tragen, „dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, die Behandlung – insbesondere Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung und Betreuung – erhalten, die für den Schaden, welcher ihnen durch derartige Handlungen zugefügt wurde, erforderlich ist“. Das Land Baden-Württemberg hat sich mit dem Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen (§ 5 des FlÜAG vom 19. Dezember 2013) verpflichtet, die besonderen Belange schutzbedürftiger Personen im Sinne des Artikels 21 der Richtlinie 2013/33/EU zu berücksichtigen.

Die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten findet in einem speziellen aufenthaltsrechtlichen Kontext statt. Eine Erkrankung hat dabei rechtliche Implikationen für den Aufenthalt. Eine Erkrankung oder Gesundheitsgefährdung kann ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis oder inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis sein. Ersteres liegt vor,

¹² Vgl. Partizipations- und Integrationsgesetz für Baden Württemberg (PartIntG BW).

wenn im Zielstaat für die Betroffene bzw. den Betroffenen eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht – in diesem Fall soll von einer Abschiebung in diesen Staat abgesehen werden (§ 60 Absatz 7 AufenthG), ein inlandbezogenes Vollstreckungshindernis ist u.a. gegeben, wenn der Vollzug der Abschiebung einen Grundrechtseingriff darstellt, zum Beispiel weil eine Reiseunfähigkeit im engeren und weiteren Sinne vorliegt. Die Feststellung von zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen fällt in die Zuständigkeit des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF), während für inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse die Ausländerbehörden zuständig sind. Nach geltendem Recht ist die oder der Betroffene dafür verantwortlich, bestehende Erkrankungen, welche zu einem Abschiebungsverbot führen könnten, zur Überzeugung der zuständigen Behörde zu belegen.

Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind die rechtlichen Grundlagen häufig nicht bekannt, zudem fehlen oft Zeit, Vergütung, gegebenenfalls Kenntnisse oder die Bereitschaft, die erforderlichen Atteste nach den Vorgaben der jeweiligen Verwaltungsgerichte in aufenthaltsrechtlichen Verfahren auszustellen. Anzustreben wäre hier, ein gerichtlich beauftragtes Sachverständigengutachten einzuholen.

Der ungeklärte Aufenthaltsstatus ist ein nachvollziehbarer möglicher Post-Migrations-Stressor, welcher zum einen zu einer Chronifizierung psychischer Störungen führen kann, zum anderen die Integration im Aufenthaltsland sowie eine mögliche psychotherapeutische Bearbeitung stattgehabter Traumata erschwert oder sogar verunmöglicht.

Nach dem am 11. April 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (Asylpaket II), welches versucht, Abschiebungshindernisse aus vermeintlich gesundheitlichen Gründen zu reduzieren, sind nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, relevante zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse. Das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung zählt ausweislich der Gesetzesbegründung (s. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/7538, S. 18) regelmäßig nicht zu diesen schwerwiegenden Erkrankungen.

Im Vorfeld aufenthaltsbeendender Maßnahmen sind ärztliche Untersuchungen zur Reisefähigkeit unerlässlich, sofern der Abschiebung entgegenstehende Erkrankungen durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft gemacht werden. Da ein erheblicher Teil ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer psychische Probleme geltend macht, ist ein entsprechender Bedarf an untersuchenden Einrichtungen mit ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten gegeben. Dieser kann durch die Gesundheitsämter nicht abgedeckt werden. Es wäre daher dringend angezeigt, landesweit mehrere Einrichtungen (zum Beispiel die Zentren für Psychiatrie) zu etablieren, die bei psychischen Erkrankungen ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer deren Untersuchung durchführen, die Reisefähigkeit beurteilen und ggf. Maßnahmen zur Herstellung der Reisefähigkeit aufzeigen.

Finanzierung

Während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland erhalten Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sogenannte Grundleistungen. Während dieser Zeit haben die Leistungsberechtigten Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände; darüber hinaus können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§§ 4 und 6 AsylbLG). In diesem Rahmen kann auch psychotherapeutische Behandlung gewährt werden. Die Entscheidung über die Leistungsgewährung trifft die zuständige Leistungsbehörde im Einzelfall. Nach Ablauf von 15 Monaten erhalten die Leistungsberechtigten grundsätzlich Gesundheitsleistungen auf GKV-Niveau mit Ausgabe einer Gesundheitskarte.

Das GKV-System ist aber, was die psychosoziale Versorgung anbelangt, teilweise enger als das Asylbewerberleistungsgesetz. So können die Krankenkassen eine Erstattung der Therapie in den Psychosozialen Zentren zu Recht ablehnen, da es an einer Kassenzulassung fehlt. Die

Möglichkeit beispielsweise für Psychosoziale Zentren zur Behandlung von Traumaopfern eine Zulassung nach dem SGB V zu bekommen, besteht nach derzeitiger Rechtslage nicht. Im Übrigen muss man genau unterscheiden zwischen der Psychotherapie als Heilbehandlung im engeren Sinne und den weiteren umfassenden psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten für Geflüchtete. Die Angebote der Zentren gehen hier über das hinaus, was das SGB V in Verbindung mit der sog. Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich als erstattungsfähig vorsieht.

Behörden und Kommunen

Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung stellen die Regierungspräsidien als zuständige Leistungsbehörden die medizinische Versorgung für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sicher. In diesen Einrichtungen des Landes gibt es Krankenstationen, die mit Ärztinnen und Ärzten bzw. medizinischem Fachpersonal besetzt sind und in denen die Leistungsberechtigten bei Bedarf betreut werden können. Sofern notwendig, z.B. bei schwerwiegenden Erkrankungen, erfolgt die Gesundheitsversorgung in den regulären ambulanten/stationären medizinischen Versorgungsstrukturen.

Nach Beendigung der Erstaufnahme obliegt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG den unteren Aufnahmebehörden (Landratsämter in den Landkreisen und Stadtverwaltungen in den Stadtkreisen). Überwiegend erfolgt hier die Versorgung in den medizinischen Regelstrukturen, d.h. über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Krankenhäuser.

Psychisch belastete Migrantinnen und Migranten finden sich im ambulanten und teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich unter- und im Akut-, geschlossenen und forensischen Bereich überrepräsentiert.

Für das Gelingen von Integrationsprozessen sind deutsche Sprachkenntnisse, Schul- und berufliche Bildung, der Zugang zu Ausbildung und Beschäftigung, die Kenntnis von Angeboten wie z.B. der Regeldienste sowie integrationsfördernde Strukturen vor Ort von zentraler Bedeutung. Hier setzen Maßnahmen des Ministeriums für Soziales und Integration an. Flüchtlingen in der Anschlussunterbringung eine soziale Betreuung und Beratung über Strukturen und Angebote der Integration und Teilhabe zu verschaffen, ist das Ziel des vom Ministerium für Soziales und Integration initiierten Integrationsmanagements (VwV Integrationsmanagement). In Ergänzung des Gesamtprogramms Sprache des Bundes wird auch der Erwerb von Deutschkenntnissen nach der Verwaltungsvorschrift Deutsch des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert. Zuwendungsfähig sind Alphabetisierungs-, Grund- und Aufbaukurse. Hinzukommen sollen weitere spezielle Angebote für Eltern und Frauen sowie berufsbegleitende Sprachkurse.

8.4 Dolmetschende sowie Sprachmittlerinnen und Sprachmittler

Der Zugang zum Gesundheitssystem wird durch sprachliche Verständigungsprobleme erschwert. Insbesondere im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist Sprache ein unabdingbares Instrument und ein wichtiger Wirkfaktor. Nicht jeder professionelle Dolmetschende oder nebenberuflich oder ehrenamtlich agierende Sprachmittlende (oftmals Geflüchtete oder andere Menschen mit Migrationshintergrund, die sowohl Deutsch als auch eine weitere Sprache beherrschen) ist für die Thematiken einer Psychotherapie-Sitzung, speziell beispielsweise einer Traumaprechstunde geeignet.

Studien weisen darauf hin, dass auch eine psychosoziale Betreuung ohne Dolmetschende oder Sprachmittlende möglich ist. Eine für alle Beteiligten gemeinsame Kommunikationsebene durch den Einsatz von dolmetschenden Dritten ist von Vorteil, wenn gewisse Regeln eingehalten wer-

den: Schweigepflicht, Übersetzungen in der Ich-Form, alles im Raum Gesprochene muss übersetzt werden, kein Kontakt mit Patientinnen oder Patienten außerhalb des Therapiesettings etc. Diese Regeln werden in den professionellen Dolmetscherausbildungen und in den Qualifizierungen für Ehrenamtliche als Basisrüstzeug vermittelt. Fachliche Kenntnisse (z.B. medizinisch-psychiatrische Terminologie, Kenntnisse in psychotherapeutischer Gesprächsführung und im Umgang mit möglicherweise traumatisierten Migrantinnen und Migranten) können in der Regel nur bei spezialisierten Dolmetschenden vorausgesetzt werden, die im Rahmen ihres Studiums neben der Ausbildung in Dolmetschertechniken als Zweitfach den Bereich Medizin belegt oder sich anderweit in diese Richtung weitergebildet haben. Ggf. können Angehörige von Gesundheitsberufen, die eine nachgefragte zweite Sprache beherrschen, geschult werden, um die Aufgaben eines Sprachmittelnden zu übernehmen.

Bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG kommt eine Übernahme von Dolmetscherkosten regelmäßig nur in den ersten 15 Monaten nach der Einreise nach Deutschland in Betracht. Die Übernahme der Dolmetscherkosten sollte bei der zuständigen Leistungsbehörde beantragt werden.

8.5 Kulturelle Herausforderungen

Kulturelle und psychosoziale Faktoren beeinflussen die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Ärztin oder den Arzt, die Behandlungsmotivation und die Compliance bezüglich therapeutischer Maßnahmen und die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten. Eine erfolgreiche Behandlung basiert auf einer stabilen Therapeuten-Patienten-Beziehung, spezifische soziale bzw. kulturelle Besonderheiten der Betroffenen müssen berücksichtigt werden (z.B. Behandlung von Männern durch Therapeutinnen etc.). Die Notwendigkeit einer Psychopharmaka-Behandlung hängt meist vom Schweregrad der Symptome ab. Psychotherapie wird als wirkungsvoll wahrgenommen, allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass viele Menschen, welche als Geflüchtete nach Deutschland gekommen sind, mit dieser Art von sprechender Therapie keine Erfahrung haben und es diesbezüglich seitens der Betroffenen Vorbehalte geben kann.

Auch die Gesundheitsberufe selbst haben eine oft unbewusste Tradition von Einstellungen und Haltungen entwickelt, deshalb ist es wichtig, Fachkräfte in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften sowie im Gesundheitssystem per se hinsichtlich kultursensibler Aspekte der Pflege und medizinischen Versorgung zu schulen. Infotexte in den relevanten Sprachen der Herkunftsländer über psychische Erkrankungen und ihre Behandlung sowie das psychiatrische Versorgungssystem, aber auch diagnostische und therapeutische Manuale sollten als Handout und im Internet zur Verfügung stehen.

8.6 Aus- und Weiterbildung von Professionellen und Laienhelferinnen und -helfern

Die meisten Menschen, die sich um die soziale, psychische und medizinische Betreuung und Versorgung von Geflüchteten kümmern, sind entweder professionelle Helferinnen und Helfer, welche teilweise erstmalig in größerem Umfang mit Menschen aus anderen Kulturen zu tun haben, oder aber es handelt sich um Laienhelfende.

Bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken Geflüchteten werden sowohl Laienhelfende als auch Therapeutinnen und Therapeuten auch mit

dem Asylrecht konfrontiert. Es fehlen gegenwärtig institutionsübergreifende Leitlinien zum Umgang mit abschiebegefährdeten Patientinnen und Patienten.

Diese Punkte machen vielfach die Schulung von primären Kontaktpersonen (Laien helfende, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen etc.) hinsichtlich psychischer Symptome und rechtlicher Fragestellungen und der Weiterleitung in das Versorgungssystem empfehlenswert.

8.7 Versorgung

8.7.1 Diagnostik und Behandlung

Prävention und Früherkennung sowie eine zielgruppengemäße und möglichst frühe Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen sind sinnvoll und sollten standardisiert durchgeführt werden.

Sollten akut behandlungsbedürftige Störungen identifiziert werden, muss zeitnah ein Erstgespräch mit einer Fachärztin oder einem Facharzt stattfinden, in welchem je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und/oder die Weiterleitung der Patientin oder des Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können. Um die Durchführung eines zeitnahen Erstgesprächs sicherzustellen, können Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte Vereinbarungen mit den pflichtversorgenden Fachabteilungen bzw. –krankenhäusern und dem sozialpsychiatrischen Dienst schließen. Die akute Behandlung bzw. Krisenintervention erfolgt in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, hier vor allem in den Rettungsstellen der Krankenhäuser und insbesondere den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Eine qualifizierte Behandlung kann auch in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) des Landes erfolgen, was die Anwesenheit zugelassener Therapeutinnen und Therapeuten voraussetzt. Die Abrechnung dieser Leistungen gestaltet sich aufgrund der langen Bearbeitungszeit nicht selten schwierig und muss erleichtert werden. Bei weitergehendem Behandlungsbedarf sollten die Betroffenen in das regionale psychiatrische Versorgungsnetz überführt werden. Bei komplexem Bedarf können die Psychiatrischen Institutsambulanzen Leistungen übernehmen. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Rahmen der kassenärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung in die Behandlung einzubeziehen. Grundsätzlich ist anzustreben, durch eine gute Vernetzung in der Versorgung langfristige Beziehungen zu den Betroffenen aufzubauen, da sich Beziehungsabbrüche nachteilig auf die Genesung auswirken. Denn neben psychiatrischen Erkrankungen, welche nicht im Zusammenhang mit der Flucht oder Migration stehen (beispielsweise Schizophrenie oder manisch-depressive Erkrankungen), sind psychosoziale Probleme (beispielsweise Konflikte in der Familie oder der Partnerschaft) der Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Zentren.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Grundvoraussetzung einer erfolgreichen psychotherapeutischen Intervention darin besteht, dass zum einen der Therapiewille der bzw. des Betroffenen, zum anderen eine entsprechend ausreichend Kommunikationsmöglichkeit zwischen Therapeutin oder Therapeut und Betroffenen vorliegen muss. Des Weiteren ist eine über reine supportiv-psychoedukative Maßnahmen hinausgehende psychotherapeutische Behandlung kaum möglich, solange sich die oder der Betroffene Sorgen um ihren bzw. seinen Aufenthaltsstatus machen muss. Auch muss eine kontinuierliche Kostenübernahme sichergestellt sein. Wünschenswert wäre eine rasche Bearbeitung von Asylverfahren, um den Betroffenen zeitnah das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Die Behandlung von traumatisierten Geflüchteten sollte idealerweise im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungskonzeptes erfolgen. Bestehende konventionelle Versorgungsmodelle (zum Beispiel in Psychosozialen Zentren, in psychiatrischen Ambulanzen oder in psychotherapeutischen Praxen) haben weder die notwendigen personellen noch zeitlichen Ressourcen, um diese Dienstleistungen zeitnah und passgenau bereitzustellen.

Die Studienlage legt nahe, dass Trauma-fokussierte psychotherapeutische Interventionen primär stabilisierenden Interventionen überlegen sind. Therapeutische Angebote für traumatisierte Geflüchtete können im Einzel- oder Gruppensetting angeboten werden, Gruppenangebote sind häufig niederschwelliger und dienen auch dem Austausch über alltägliche migrationspezifische Belastungen. Eine spezifisch psychopharmakologische Behandlung für Geflüchtete mit PTBS kann nach aktueller Datenlage gegenwärtig nicht empfohlen werden. Inwieweit internetbasierte Kurzzeitinterventionen für klar definierte psychische Störungsbilder, die von muttersprachlichen psychosozialen Professionellen ortsunabhängig durchgeführt werden können, eine sinnvolle Ergänzung zu direkten psychotherapeutischen/psychosozialen Maßnahmen darstellen, muss sich zeigen. Erste Studien zur Wirksamkeit dieses Ansatzes für Menschen mit Traumafolgestörung aus dem arabischen Sprachraum liegen vor.

8.7.2 Von der Nothilfe zur Selbsthilfe

Geflüchtete benötigen nicht selten Hilfe in verschiedenen Lebensbereichen. Dies soll allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger bis zu ihrer Flucht und auch noch während ihrer Migration meist kompetent selbstbestimmt gehandelt haben, wenngleich sie aufgrund der Umgebungsbedingungen zu einem bestimmten Handeln gezwungen waren. Selbst-Bestimmtheit ist mit die wichtigste Quelle für Selbst-Identität und somit sollte allen Helfenden daran gelegen sein, den Betroffenen möglichst rasch dazu zu verhelfen, ihre Selbstidentität wieder zu stabilisieren. Die WHO hat bezüglich der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung ein Stufenmodell der Hilfsleistungen und Interventionen vorgeschlagen (sog. Interventionskaskade). An dessen Basis stehen die Betroffenen, welche mit der Unterstützung von geschulten Hilfskräften lernen sollen, sich gegenseitig psychosoziale Selbsthilfe zu leisten – die sogenannte psychologische erste Hilfe (PFA - psychological first aid) – ähnlich der medizinischen Ersten Hilfe. Die nächste Stufe umfasst die Dienstleistungen von Laienhelfenden, welche häufig einen sozialen, pflegerischen oder psychiatrischen Ausbildungshintergrund haben, sowie von Professionellen wie beispielsweise Sozialarbeiterinnen und -arbeitern oder Seelsorgerinnen und Seelsorgern, die auch beim Kontakt mit Behörden, bei aufenthaltsrechtlichen Fragen etc. Hilfestellung leisten. Sie sollen auch gravierendere psychische Probleme erkennen (bspw. Suizidalität, erhöhtes Gewaltpotenzial, sozialer Rückzug als Symptom für eine Depression oder eine PTBS etc.) und den Kontakt zu einer therapeutischen Einrichtung (niedergelassene Allgemeinärztin oder niedergelassener Allgemeinarzt, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut oder psychiatrische Klinik, aber auch (transkonfessionelle) Seelsorgerinnen und Seelsorger) herstellen. An der Spitze der Interventionspyramide stehen dann die psychiatrischen und psychotherapeutischen Spezialistinnen und Spezialisten bzw. die entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen.

Ziel einer psychosozialen Unterstützung von Migrantinnen und Migranten ist es, u.a. unter Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Verfassung der Betroffenen, diese möglichst rasch und gleichzeitig nachhaltig in die Lage zu versetzen, ihr Leben wieder eigenverantwortlich zu gestalten (Stichwort „Hilfe zur Selbsthilfe“). Die zunehmend eigenverantwortliche Übernahme von Aufgaben und Beteiligung an Entscheidungsprozessen und deren Umsetzung sind ein wichtiger Schritt zur Integration.

8.8 Kinder und Jugendliche

Die UNICEF und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) haben im Jahr 2016 eine Kooperation vereinbart, die als allgemeinen Mindeststandard vorsieht, Personal in Einrichtungen für Geflüchtete in Fragen des Kinderschutzes zu schulen und für Fälle sexueller Gewalt zu sensibilisieren.

Kinder und Jugendliche, die nach Deutschland kommen, haben nach Artikel 19 der UN-Kinderrechtskonvention sowie über das Grundgesetz und das deutsche Kinder- und Jugendhilferecht (§ 1 Absatz 2 SGB VIII) das Recht auf ein gewaltfreies Aufwachsen. Derzeit besteht allerdings ein Spannungsverhältnis zwischen dem deutschen Asylrecht und dem Schutz begleitet eingereister Flüchtlingskinder. Auch der Schutz von Frauen in Flüchtlingsunterkünften ist besonders in den Blick zu nehmen.

Hierfür als erforderlich angesehen werden insbesondere:

- eine kindgerechte Ausstattung der Erstaufnahmeeinrichtungen
- Orte für Rückzug und Privatsphäre
- ein Zugang für Kinder und Jugendliche zu Spiel- und Lernangeboten sowie zu medizinischer Versorgung
- eine niedrigschwellige psychosoziale Hilfe und Betreuung von aufgenommenen Personen, die belastende Erfahrungen gemacht haben
- ein in Kinderschutzfragen geschultes Personal, das in den Einrichtungen rechtzeitig Risiken erkennt und die gebotenen Schutzmaßnahmen ergreift
- die Etablierung einer vertraulichen, unabhängigen Beschwerdestelle
- Standardisierte Verfahrensweise bei Verdacht auf Gewalt/Kindeswohlgefährdung (§ 8 a SGB VIII)

Die Erstaufnahmeeinrichtungen in Baden-Württemberg erfüllen diese Standards; zusätzlich wird ein Gewaltschutzkonzept für die Erstaufnahmeeinrichtungen erarbeitet, welches die bereits ergriffenen Maßnahmen aufgreifen und fortentwickeln soll.

Eine besonders schutzbedürftige Gruppe sind die unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländer (UMA). Für UMA und junge Volljährige mit entsprechendem Hilfebedarf (ehemalige UMA) gilt das Primat der Kinder- und Jugendhilfe. Sie werden nach den Vorgaben im SGB VIII von den Jugendämtern betreut, untergebracht und versorgt.

Die Zahl der UMA in Deutschland ist im Kontext des allgemeinen Flüchtlingsgeschehens erheblich angestiegen. Am 29. Dezember 2017 haben die Jugendämter bundesweit rund 30.320 UMA sowie rund 24.410 junge Volljährige (ehemalige UMA) betreut, untergebracht und versorgt. Auf die Jugendämter in Baden-Württemberg entfielen hiervon 3.599 UMA und 3.647 junge Volljährige (ehemalige UMA).

Im Herkunftsland und während der Fluchtphase haben Kinder und Jugendliche oftmals erfahren und internalisiert, dass Kontakte mit staatlichen Organen wie Polizei und Behörden, aber auch Vertreterinnen und Vertretern spezifischer Berufsgruppen wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten von Bevormundung oder mehr oder weniger eindeutig willkürlichen Entscheidungen geprägt waren. Freundliche Beamtinnen und Beamte, hilfsbereite Erwachsene, Ärztinnen und Ärzte, die Fragen stellen nach dem Befinden, all dies ist für diese Kinder und Jugendliche ungewohnt, und wird nicht selten – insbesondere was das konfrontationsvermeidende Auftreten von Ordnungskräften gegenüber Aggressoren angeht – als Schwäche interpretiert. Dies stellt an die sozialpädagogische und therapeutische Tätigkeit hohe Anforderungen.

8.9 Aktuelle Situation in Baden-Württemberg und geplante Maßnahmen

2015 wurde vom Ministerium für Soziales und Integration eine Arbeitsgruppe „Zentren für Psychiatrie und Versorgung von Flüchtlingen“ eingerichtet, welche sich in regelmäßigen Treffen mit den Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg über die allgemeine Situation vor Ort und die Behandlung von Geflüchteten austauscht und Aktivitäten abstimmt.

Die längerfristige ambulante psychotherapeutische Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich der niedergelassenen Nervenärztinnen bzw. Nervenärzte und psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Bei vorliegender Notwendigkeit einer stationären Versorgung von Geflüchteten mit psychischen Traumata erfolgt eine Behandlung in den psychiatrischen Kliniken des Landes. Gegenwärtig fehlen noch Versorgungsstudien bezüglich der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienstleistungen durch Migrantinnen und Migranten.

8.9.1 Beispiele

Als Beispiele für eine erfolgreiche kommunale Versorgung psychisch kranker Geflüchteter sollen exemplarisch das ZfP Weissenau sowie die Landratsämter Ravensburg und Friedrichshafen genannt werden.

Zuweisung, „Gate keeping“

Für die Untersuchung/Behandlung in der (Psychiatrischen Institutsambulanz) PIA benötigt es einen Überweisungsschein. Mit dem Überweisungsschein kann die PIA-Pauschale durch die PIA-Dokumentationsvereinbarung mit den Landratsämtern abgerechnet werden. Weiterer Schriftverkehr, Kostenübernahmeerklärung etc. mit dem Landratsamt sind in Routinefällen nicht erforderlich. Die PIAs können und sollen daher Geflüchtete behandeln wie andere Patientinnen und Patienten auch (Ausnahme allerdings: Es gelten nicht die diagnostischen Ausschlusskriterien des PIA-Rahmenvertrags).

Leistung der PIA

PIA-Leistungen sind wie bei anderen PIA-Patientinnen und -Patienten auch, d.h. Komplexleistung, ggf. auch aufsuchend, unter Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen. Nach einer Erstzuweisung per Überweisungsschein muss dann ein Arztbrief (an den Zuweisenden, nicht an das Landratsamt) erstellt werden, in dem zur diagnostischen Einschätzung und zum Therapiebedarf qualifiziert Stellung genommen wird (keine psychische Erkrankung/Versorgung bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt oder niedergelassenen Fachärztin oder Facharzt/Versorgung in der PIA/Psychotherapie im engeren Sinne).

Psychotherapie

Wenn eine Psychotherapie indiziert ist, wird dies von den Landratsämtern im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften finanziert, sofern es von der PIA bescheinigt wird. Die Landratsämter möchten andere Zugangswege zur Psychotherapie (insbesondere von Anbietern selbst indizierte) ausschließen, d.h. der Weg über die PIA des ZfP ist in diesem Fall zwingend. In diesem Fall genügt eine einfache Bescheinigung der PIA-Ärztin oder des PIA-Arztes an das Landratsamt mit der Bestätigung, dass eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist (ohne Stundenfestlegung und Diagnose, keine Begründung erforderlich). Eine Psychotherapie kann in geringem Umfang im MVZ, ansonsten aber bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt werden. Dem Argument, dass Geflüchtete möglicherweise schlechtere

Chancen auf einen Platz auf dem „freien Markt“ haben, ist entgegenzuhalten, dass sie dafür eine Finanzierungsgarantie mitbringen, was die Therapeutin oder den Therapeuten von den Mühen der Antragstellung und Gutachterverfahren weitgehend enthebt. Es werden zunächst fünf probatorische Sitzungen genehmigt; wenn die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut weiteren Bedarf bescheinigt, soll dies laut den Landratsämtern unbürokratisch bewilligt werden.

Dolmetscherin oder Dolmetscher

Falls von vornherein klar ist, dass eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher benötigt wird, sorgt das Landratsamt bereits beim Erstkontakt dafür. Ansonsten ist in vielen Fällen die Sprachkompetenz von vornherein schwer abschätzbar. Ggf. soll ein Erstkontakt in der PIA mit Hilfe mitgebrachter Kontaktpersonen oder in englischer oder französischer Sprache (in denen die Sprachkompetenz der Geflüchteten erfahrungsgemäß sehr unterschiedlich gut ausgeprägt ist) stattfinden. Wenn dies nicht ausreichend gelingt, kann die PIA-Ärztin oder der PIA-Arzt dies dem Landratsamt rückmelden und das Landratsamt stellt für den nächsten Termin ggf. einen vereidigten Dolmetschenden.

8.9.2 Psychosoziale Zentren für Traumaopfer

Um dem komplexen Hilfebedarf traumatisierter Geflüchteter gerecht zu werden, entstanden seit 2010 auf Initiative von engagierten Bürgerinnen und Bürgern sowie Fachkreisen im Land fünf Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ)¹³. Die PSZ wurden in Form von Nichtregierungsorganisationen etabliert und wirken als spezialisierte ambulante Einrichtungen zur dolmetschergestützten psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von geflüchteten Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und unbegleiteten Minderjährigen (UMA) mit Traumafolgestörungen. Auch durch ihre ausgeprägte Vernetzung u.a. mit Kliniken (voll- und teilstationär), niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, Beratungsstellen, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Jugendhilfeeinrichtungen für UMA, Sozialämtern, Behörden sowie ehrenamtlichen Flüchtlingshilfsorganisationen und den Landesverbänden etc. sind sie zwischenzeitlich zu einem nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil der Versorgungslandschaft geworden. Die PSZ haben sich in der Landesarbeitsgemeinschaft „Flucht und Trauma“ der Psychosozialen Zentren Baden-Württemberg zusammengeschlossen.

Die PSZ haben ihre Arbeit vor dem hohen Zugang von Geflüchteten der letzten Jahre aufgenommen, sie leisten bei der Betreuung von Folteropfern seit vielen Jahren wertvolle psychotherapeutische und gleichzeitig sozial-integrative Arbeit und versuchen hierdurch, den Geflüchteten den Zugang zu bedarfsgerechten Leistungsangeboten und zu einem Leben in der Zivilgesellschaft zu erleichtern. Eine Förderung dieser Einrichtungen ist und bleibt sinnvoll, deshalb ist es notwendig, die Finanzierung der Zentren bei der Bedarfsplanung – ggf. über die Ausweisung von Sonderbedarfen – zu berücksichtigen.

Weitere Zentren, welche gegenwärtig im Entstehen sind, würden sich, eine entsprechende Förderung vorausgesetzt, ebenfalls um die Betreuung schwer traumatisierter Menschen kümmern.

¹³ Dies sind: Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU); refugio stuttgart e.v. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge und ihre Angehörigen in Stuttgart und Tübingen; Refugio Villingen-Schwenningen e.V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge; Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) in Stuttgart; Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. in Karlsruhe.

Unklar ist hierbei, ob noch näher zu definierende psychotherapeutische/psychoedukative Standards erfüllt werden. Gegenwärtig ist die Evaluierung eines mehrstufigen Versorgungsplanes in der Diskussion. Hierdurch soll nicht nur in den Traumazentren, sondern auch in der Fläche psychologische Ersthilfe für Flüchtlinge angeboten und die Identifizierung von Traumaopfern einfacher gestaltet werden, um diesen zeitnah Hilfe zukommen zu lassen. Geplant ist außerdem eine stärkere finanzielle Unterstützung von Folteropferzentren seitens des Bundesfamilienministeriums, damit Flüchtlingsfrauen, die Gewalt erfahren haben, besser betreut werden können – etwa durch eine zusätzliche Fachkraft für die Behandlung solcher Frauen. Hierfür werden vom Bund vier Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

Die Krankenkassen können eine Erstattung der Therapie in den Psychosozialen Zentren ablehnen, da es an einer Kassenzulassung fehlt. Die Möglichkeit beispielsweise für Psychosoziale Zentren zur Behandlung von Traumaopfern, eine Zulassung nach dem SGB V zu erhalten, besteht nach derzeitiger Rechtslage nicht. Im Übrigen muss zwischen Psychotherapie als Heilbehandlung im engeren Sinne und den weiteren umfassenden psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten für Geflüchtete unterschieden werden. Die Angebote der Zentren gehen hier über das hinaus, was das SGB V in Verbindung mit der sog. Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich als erstattungsfähig vorsieht.

Neben den PSZ sowie dem Kompetenzzentrum Psychotraumatologie am Zentrum für Psychiatrie Reichenau unter der Leitung der Universität Konstanz, die sich auf die psychotherapeutische Beratung und Betreuung traumatisierter Geflüchteter spezialisiert haben, gibt es eine spezialisierte Ambulanz für Traumaopfer am Zentrum für Psychiatrie in Zwiefalten. Um die bestehenden Versorgungsbarrieren zu überwinden, hat das ZfP Südwürttemberg das Zentrum für Migrationspsychiatrie in Reutlingen aufgebaut. In einer psychiatrischen Tagesklinik sowie einer Psychiatrischen Institutsambulanz werden fremdsprachige Patientinnen und Patienten mit sämtlichen psychiatrischen Erkrankungen unter Berücksichtigung ihres kulturellen Hintergrundes in ihrer Muttersprache behandelt. Auch im Maßregelvollzug werden soziokulturelle und religiöse Bedürfnisse so weit wie möglich berücksichtigt.

8.10 Sonderkontingent schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak

Kontingentflüchtlinge sind Geflüchtete aus Krisenregionen, die im Rahmen von humanitären Hilfsaktionen in Deutschland aufgenommen werden. Das Innenministerium darf anordnen, dass bestimmten Ausländergruppen in Notsituationen ohne weitere individuelle Prüfung eine Aufenthaltserlaubnis erteilt wird.

Baden-Württemberg hat auf Initiative des Ministerpräsidenten Winfried Kretschmann zwischen März 2015 und Januar 2016 über ein eigenes Sonderkontingent tausend Frauen und Mädchen aus dem Nordirak aufgenommen, die besonders schutzbedürftig sind. Viele von ihnen sind jesischen Glaubens und wurden deshalb von den Kämpfern der Terrormiliz Islamischer Staat (IS) mit brutalsten Methoden verfolgt. Sie wurden in 21 Kreisen im Land untergebracht, wo sie in Sicherheit leben können und auch therapeutisch begleitet werden.

Unter der Leitung der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Villingen-Schwenningen wurde nun mit Unterstützung des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg eine Ausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten in der baden-württembergischen Partnerprovinz Dohuk im Nordirak initiiert. Wissenschaftliche Partner sind die Duale Hochschule Baden-Württemberg und die Universität Tübingen. An der Universität Dohuk soll hierzu ab 2017 ein leistungsfähiges Institut für Psychotherapie und Psychotraumatologie aufgebaut werden. Ziel ist die Behandlung traumatisierter Geflüchteter in Kliniken, Betreu-

ungseinrichtungen und in den Flüchtlingscamps vor Ort. Es handelt sich hierbei um ein unmittelbares Folgeprojekt des baden-württembergischen Sonderkontingents der Landesregierung für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak.

8.11 Zusammenfassende Empfehlungen

Auf der Grundlage der Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland (2002) sowie den Forderungen der DGPPN werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Für die Versorgung von Migrantinnen und Migranten müssen im bestehenden System in ausreichendem Maße – das bedeutet nachhaltig und nicht lediglich im Rahmen der Krisenintervention – Mittel zur Verfügung gestellt werden.
2. Jede ärztliche Untersuchung von Migrantinnen und Migranten sollte die Erhebung einer psychosozialen Patientengeschichte beinhalten.
3. Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie in den Aufnahmeeinrichtungen sollten für die psychosoziale Situation der Geflüchteten sensibilisiert, über mögliche Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden.
4. Akut behandlungsbedürftige Erkrankungen machen ein zeitnahes Erstgespräch bei einer Fachärztin oder einem Facharzt notwendig, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung der Patientinnen und Patienten in das vernetzte Versorgungssystem u.a. in die Kliniken erfolgen können.
5. Gleichzeitig sollten aufsuchende Strukturen (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst) ausgebaut, Planungs- und Koordinierungsstellen vor Ort verstärkt und Selbsthilfegruppen unterstützt werden.
6. Bei potentiellen Trauma-Opfern und bei Kindern und Jugendlichen im Besonderen gelingt eine individuelle und gründliche Anamnese nur dann, wenn die Faktoren Zeitressourcen, Gesprächsbereitschaft (aller Beteiligten) und ein geschützter Rahmen sowie ausreichende Sprachkenntnisse bzw. eine qualifizierte Sprachmittlung vorhanden sind.
7. In Erstaufnahmeeinrichtungen sollte ausreichend Informationsmaterial über psychische Erkrankungen in den besonders nachgefragten Sprachen zur Verfügung stehen.
8. Spezialisierte Strukturen wie z.B. Psychosoziale Zentren für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen sollten gestärkt werden.
9. Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien sollte intensiviert werden.
10. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik unter Einschluss von Sprachfortbildungen wird zunehmend wichtig.
11. Dringend notwendig ist die Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrantinnen und Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Dies bedeutet nicht, dass nur Ärztinnen und Ärzte diese Aufgabe übernehmen sollen und können, sondern genauso auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

D ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

Nach Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes wurde der Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan) unter Mitwirkung aller am psychiatrischen Versorgungssystem in Baden-Württemberg Beteiligten in einem umfassenden Dialogprozess neu erarbeitet. Es handelt sich hierbei um eine Rahmenplanung für die Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind. Der Landespsychiatrieplan setzt keine förmlichen Vorgaben sondern versteht sich als Leitlinie für das Handeln der Landesregierung.

Teil B gibt einen umfassenden Überblick über die Träger und Akteure, die Steuerungsinstrumente und über die Grundsätze der Hilfen und Versorgung. Hier sind insbesondere die folgenden Aussagen festzuhalten:

1. Neuerungen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG)

Die nach Inkrafttreten des PsychKHG neu geschaffenen Strukturen tragen maßgeblich dazu bei, die Qualität psychiatrischer Versorgung einer kontinuierlichen und transparenten Überprüfung zu unterziehen und zeitnaher als es in der Vergangenheit möglich war, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung zu ergreifen.

Als Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige wurden auf Kreisebene zwischenzeitlich fast flächendeckend unabhängige Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) eingerichtet, die zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Betroffenen vermitteln, allgemeine Informationen über wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote erteilen und Anregungen und Beschwerden entgegennehmen. Um den Mitgliedern den Einstieg in die Tätigkeit zu erleichtern, werden seitens des Ministeriums für Soziales und Integration im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt, die den Teilnehmenden Basisinformationen aus den Bereichen Recht, Psychiatrie, Sozialarbeit, kommunale Versorgungsstrukturen, Kommunikation und Beratungstätigkeit vermitteln.

Auf Landesebene wurde eine unabhängige **Ombudsstelle** eingerichtet, der eine Person mit Befähigung zum Richteramt angehört. Die Ombudsstelle berät die IBB-Stellen insbesondere bei komplexen Fragestellungen und trägt dafür Sorge, dass eine landesweite zentrale Erfassung von Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen in verschlüsselter Form in einem Melderegister erfolgt, um ein hohes Transparenzniveau in Bezug auf die mit Zwangsmaßnahmen verbundenen einschneidenden Grundrechtseingriffe sicherzustellen.

Ein weiteres Gremium zur Qualitätssicherung und auch zur Kontrolle, insbesondere in den besonders grundrechtssensiblen Bereichen der öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung in stationären Einrichtungen, stellen die Besuchskommissionen dar, die sich aus professionellen Mitgliedern, Vertreterinnen und Vertretern der IBB-Stellen, der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen zusammensetzen. Die Besuchskommissionen besuchen die Einrichtungen, in denen psychisch kranke Menschen untergebracht sind, alle drei Jahre und überprüfen sie daraufhin, ob die mit der Unterbringung von psychisch kranken Menschen verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden.

2. Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen

Die Diagnosegruppe „Psychische Erkrankungen“ ist in den letzten Jahren stark angestiegen und verursacht zwischenzeitlich die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage. Psychische Erkrankungen sind ferner seit mehr als zehn Jahren die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühverrentung. Der Trend steigender Aufnahmezahlen in Krankenhäusern bei sinkenden Verweildauern ist seit Jahren ungebrochen. Nach wie vor kommen für diese massive Zunahme u.a. die steigende Zahl der älteren Menschen mit Zunahme psychischer Störungen im Alter, die Zunahme schwererer Krankheitsbilder im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und die Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen in Frage. Durch den Ausbau ambulanter bzw. außerklinischer Hilfeangebote ist die Verweildauer allerdings wesentlich verkürzt worden.

3. Ausrichtung an den spezifischen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen

Der Landespsychiatrieplan orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Gleichstellung mit körperlich kranken Menschen, Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben, gemeindenaher Versorgung, ambulanter Versorgung vor stationärer Versorgung und einer nebenwirkungs- und gewaltarmen Psychiatrie.

Der am 1. Januar 2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der eine umfassende, ressourcenorientierte und pflegefachlich fundierte Erfassung des Grades der Selbständigkeit aller Pflegebedürftigen festlegt, unabhängig davon, ob sie vorrangig körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt sind, ist ein wesentlicher Schritt hin zu einer Gleichbehandlung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen bei der Einstufung in einen Pflegegrad und der davon abhängigen Höhe des Leistungsanspruchs. Auch durch die Errichtung von eigenständigen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die Bildung von Satellitenstationen von Fachkliniken an Allgemeinkrankenhäusern konnte eine Annäherung der Versorgung psychisch kranker Menschen an die Verhältnisse somatisch erkrankter Menschen erreicht werden. Jedoch finden sich noch immer Benachteiligungen psychisch kranker Menschen im Lebensalltag, nicht zuletzt bei den Versuchen der Reintegration Betroffener ins Arbeitsleben.

4. Prävention und Früherkennung

An erster Stelle stehen die Bemühungen, die Entwicklung von psychischen Störungen durch präventive Maßnahmen generell zu reduzieren. Hier leistet das im Juli 2015 auf Bundesebene verabschiedete Präventionsgesetz (PrävG) und die in diesem Zusammenhang zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und dem Land Baden-Württemberg geschlossene Landesrahmenvereinbarung einen wesentlichen Beitrag. Der der Vereinbarung zugrundeliegende Lebenswelt-Ansatz bietet die Chance, insbesondere auch den psychischen Erkrankungen durch Gesundheitsförderung und Prävention entgegenzuwirken und die Lebenswelt gesundheitsförderlicher zu gestalten. Bereits in den Bundesrahmenempfehlungen wird auf die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen hingewiesen.

5. Therapieverfahren

Aufgrund der Fortschritte in Wissenschaft und Forschung hat das Angebot an Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und ist deutlich unübersichtlicher geworden.

Ziel einer bedarfs- und ressourcenorientierten Therapie ist die Verbesserung des behandlungsbedürftigen Zustands der Betroffenen. Hierbei sind nicht nur die krankmachenden und krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren, sondern auch die gesundheitserhaltenden Ressourcen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang gewinnt die sog. Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung, die das selbstbestimmte Wohl der Betroffenen in den Vordergrund stellt, zunehmend an Bedeutung.

Die derzeit dominierenden Behandlungsverfahren sind die Pharmakotherapie und zwischenzeitlich auch die Psychotherapie. Im Bereich der Pharmakotherapie ist die Datenlage durch entsprechende Finanzierung und bessere Standardisierbarkeit zwar umfangreicher, allerdings hat es in den letzten Jahren kaum nachhaltige Weiter- oder Neuentwicklungen im Sinne von Pharmaka mit innovativem Wirkspektrum gegeben. Es hat sich auch gezeigt, dass unterschiedliche therapeutische Verfahren ähnliche Wirkung zeigen. Somit sollte darauf geachtet werden, dass Therapieverfahren zur Anwendung kommen, die bei gleicher Wirkung die wenigsten Nebenwirkungen aufweisen. Im Übrigen geht man inzwischen eher von einem ganzheitlichen Therapiebegriff aus, der verschiedene Fachtherapien (wie Ergotherapie, Musiktherapie etc.) miteinander verbindet und individuell an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet ist. Nicht alle dieser Therapien sind ambulant verfügbar.

6. Vermeidung von Zwang

Eine akute schwere psychische Erkrankung oder Behinderung kann zu einer Eigen- oder Fremdgefährdung führen. In dieser Ausnahmesituation kann es geboten sein, die Betroffene bzw. den Betroffenen in einem Krankenhaus auch gegen den Willen unterzubringen und zu behandeln. Eine derart weit reichende Entscheidung bedarf einer gesetzlichen Grundlage und eines rechtsstaatlichen Verfahrens. Selbst wenn davon ausgegangen werden kann, dass Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken in Baden-Württemberg vergleichsweise selten vorkommen, ist doch jede einzelne Krankenhausaufnahme gegen den Willen der Patientin oder des Patienten für die betroffene Person besonders eingreifend und unter Umständen auch traumatisch. Deshalb wird es auch zukünftig das Ziel sein, die Zahl von Zwangseinweisungen und -maßnahmen weiter zu senken.

So ist es insbesondere wichtig, die Hemmschwelle für Betroffene, Angehörige oder Betreuungspersonen beim Aufsuchen von entsprechenden Hilfeeinrichtungen und bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten zu senken. Hierzu ist eine Weiterentwicklung der ambulanten Hilfesysteme nötig. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind die nach Inkrafttreten des PsychKHG auf Kreisebene etablierten IBB-Stellen.

7. Patientenorientierte Entwicklung der Versorgung

Zwei patientenorientierte Grundsätze der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sind richtungsweisend. Die Behandlung „**ambulant vor stationär**“ ist ein wesentliches Element bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung, sofern ambulant vorgehaltene Angebote eine stationäre Behandlung qualitativ in gleichem Umfang ersetzen können. Hilfeangebote vor Ort sind für eine gleichberechtigte Teilhabe am „normalen“ Leben eine wichtige Voraussetzung. Dabei bedeutet das Ziel einer **gemeindenahen Versorgung**, dass sowohl bei stationären Aufenthalten als auch bei außerklinischen Angeboten ein zum Wohnort möglichst nahe gelegenes Angebot vorhanden ist, damit familiäre und soziale Bindungen möglichst erhalten werden und zu einer rascheren Reintegration der oder des Betroffenen beitragen können.

Noch sind im Bereich der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Zwar wurde die außerklinische Versorgung durch den Ausbau von ambulanten Diensten und Einrichtungen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen) erheblich verbessert, doch ist das Ziel, allen psychisch kranken Menschen wohnortnah die Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen, um dauerhaft in ihrem Heimatkreis bzw. ihrer Heimatgemeinde innerhalb der vorhandenen familiären Anbindungen integriert leben zu können, noch nicht in allen Bereichen erreicht.

Die bisher bestehenden Schwierigkeiten bei ambulant zu erbringenden Komplexleistungen ergeben sich aus den Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger. Um aus dem Spektrum Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflegeleistung mehrere Leistungen koordiniert anbieten zu können, sind neue Formen der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Finanzierung zu entwickeln, die auch ambulant das Erbringen komplexer Leistungen erleichtern (z.B. Hometreatment, stationsäquivalente Behandlung).

Dies gilt entsprechend auch für Nachsorgeeinrichtungen wie z.B. Wohnheime für psychisch kranke Menschen. Allerdings bedeutet das nicht, dass alle Versorgungselemente und alle Angebote aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychosomatik in Wohnortnähe vorgehalten werden können. In einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg sind die Aspekte Gemeindegrenze, spezialisierte Angebote, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit nicht immer in allen Regionen gleichzeitig zu realisieren. Grenzen werden dann erreicht, wenn spezifische Behandlungsangebote aus fachlichen Gründen eine Zentralisierung erforderlich machen, um eine sinnvolle Größe therapeutischer Gruppen zu erhalten oder wenn aus Kapazitätsgründen überregional Versorgungsschwerpunkte gebildet werden müssen.

8. Vernetzung der Strukturen

Ziel ist der Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems, das allen Betroffenen den Zugang zu der von den Erfolgsaussichten und vom Kostenaufwand günstigsten Therapieform eröffnet. Die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems soll Mehrfachbetreuungen und Fehlplatzierungen vermeiden helfen und die Kontinuität der Behandlung über mehrere Institutionen hinweg gewährleisten. Die Vernetzung aller Versorgungselemente und Hilfeangebote ist angesichts dessen die vorrangige Aufgabe.

Hierfür setzt das PsychKHG wesentliche Impulse, in dem es in § 8 PsychKHG die Möglichkeit der Stadt- und Landkreise zur Bestellung einer Koordinatorin oder eines Koordinators für die Koordination der Hilfeangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich regelt, in § 7 PsychKHG den Zusammenschluss verschiedener Träger zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zum Zwecke der Kooperation vorsieht und die Einbindung der sozialpsychiatrischen Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Verbund in § 6 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 PsychKHG verbindlich vorschreibt.

Ferner ist eine gute Kooperation der einzelnen ambulanten Hilfsangebote untereinander sowie eine enge Vernetzung mit klinischen Behandlungseinrichtungen notwendig. Neben der Zusammenführung aller Beteiligten muss auch überlegt werden, wie bisher schon bestehende spezifische Angebote der Suchthilfe, Angebote im Rahmen der Altenhilfe sowie Angebote für Kinder und Jugendliche mit berücksichtigt werden können und wie eine größere Transparenz der Versorgung für deren Nutznießer herzustellen ist. Die Belange von Kindern und Jugendlichen sowie älterer Menschen mit psychischen Belastungen müssen im ambulanten Hilfe- und Versorgungssystem stärker berücksichtigt und in die Aufgabengebiete der Gemeindepsychiatrischen

Verbünde integriert werden. Auch leistungsbereichsübergreifende Finanzierungsformen (z.B. Regelungen zur Soziotherapie im SGB V) sowie kostenneutrale bzw. Ressourcen optimierende Projekte zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Hilfesystems (z.B. Hometreatment) sind verstärkt in den Blick zu nehmen.

9. Versorgungsstruktur

Ein differenziertes Behandlungssystem soll dazu beitragen, die betroffene Person im Falle einer psychischen Störung so lange wie möglich ambulant psychiatrisch sowie psychotherapeutisch zu behandeln, um sie so kurz wie nötig von Familie und Beruf zu trennen.

Die ursprünglich streng unterschiedenen Bereiche der außerklinischen ambulanten Hilfen und Versorgung einerseits und der klinischen ambulanten teilstationären und stationären Versorgung andererseits werden seit Jahren zunehmend durchlässiger.

9.1 Außerklinische Versorgung

Unter dem außerklinischen ambulanten Hilfe- und Versorgungssystem werden alle Einrichtungen und Angebote im ambulanten Sektor verstanden, die von der Prävention bis zur Nachsorge und langfristigen Begleitung reichen und nicht direkt diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Angebote von ärztlichen und psychologischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten darstellen. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären therapeutischen Einrichtungen notwendig. Das außerklinische ambulante Hilfe- und Versorgungsangebot ist ein wesentlicher Baustein im Gesamthilfe- und Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen.

Zum außerklinischen ambulanten Hilfe- und Versorgungssystem zählen:

- **Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen**
Sie sind wichtige Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige und spielen eine zentrale Rolle bei niederschweligen Präventionsangeboten. Das Land unterstützt die Selbsthilfe in der Psychiatrie über den Hilfsverein für seelische Gesundheit im Rahmen einer freiwilligen Förderung. Selbsthilfegruppen werden von dem Prinzip getragen, dass sich Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie deren Angehörige gegenseitig im Umgang mit der Erkrankung bzw. Behinderung unterstützen und dass diese Menschen ihre gemeinsamen Interessen auch nach außen hin gegenüber der Politik und der Gesellschaft vertreten.
- **Beratungsstellen nach dem PsychKHG**
Nach Inkrafttreten des PsychKHG wurden auf Kreisebene die IBB-Stellen eingerichtet, denen auch die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher angehören.
- **Gemeindepsychiatrische Zentren**
Das Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) ist eine Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle zur wohnortnahen Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. Im Gemeindepsychiatrischen Zentrum wird die ambulante psychiatrische Versorgung möglichst „unter einem Dach“ gebündelt, um die Ressourcen effektiv einzusetzen und personenbezogen auszugestalten. Den Kern der Gemeindepsychiatrischen Zentren bilden der sozialpsychiatrische Dienst (SpDi), die psychiatrische Institutsambulanz und die Tagesstätte. Soziotherapien und sonstige Gesprächsangebote

ergänzen das Angebot. Ein Teil des GPZ ist immer auch ein medizinisch Behandelnder. Darüber hinaus ist in einigen GPZ auch ambulant betreutes Wohnen angesiedelt, weitere Angebote können hinzukommen.

- **Sozialpsychiatrische Dienste**

In Baden-Württemberg besteht als ein wesentliches Element der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen ein flächendeckendes Netz von SpDi. Deren Leistungen umfassen die sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend, sowie die Vermittlung sozialer Hilfen für insbesondere chronisch psychisch kranke oder behinderte Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. SpDi ermöglichen einen schnellen und kurzfristigen Zugang zum gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem, da die Leistungen niedrigschwellig und kostenfrei sind. Durch § 6 PsychKHG werden die Angebote der SpDi auf eine rechtlich verbindliche Grundlage gestellt und die Förderung durch Landeszuschüsse seit 2015 erstmals gesetzlich geregelt. Bislang nicht zuständig sind die SpDi für den Bereich der Gerontopsychiatrie, wenngleich hier ein erheblicher Entwicklungsbedarf besteht. Der Einsatz weiterer finanzieller Ressourcen in diesem Bereich wäre auch unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung wünschenswert.

- **Tagesstätten**

Tagesstätten bieten als niederschwelliges Angebot Betroffenen – zusätzlich zur Unterstützung der Tagesstrukturierung – die Möglichkeit zum ungezwungenen, unverbindlichen und zu Beginn anonymen Aufsuchen von Gruppenangeboten wie Mittagstisch, Gesprächsgruppen etc. sowie durch Gesprächsangebote der sozialpsychiatrischen Fachkraft Integrationshilfen. Hinsichtlich der derzeitigen Finanzierungsstruktur der Tagesstätten in Baden-Württemberg, die sich hauptsächlich aus kommunalen Freiwilligenleistungen und Spenden zusammensetzt, besteht noch Verbesserungsbedarf.

- **Ambulante psychiatrische Pflege**

Die Ambulante psychiatrische Pflege (APP) ist ein gemeindeorientiertes psychiatrisches Versorgungsangebot und zählt zu den Leistungen der Krankenversicherung nach SGB V. Sie dient der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, auch der Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und sie kann gemäß § 37 SGB V als häusliche Krankenpflege bei bestimmten psychischen Störungen ärztlich verordnet werden. Die APP ist ein aufsuchendes Angebot durch psychiatrische Fach- und Gesundheitspflegerinnen und -pfleger. Sie soll das räumliche und personale Umfeld einbeziehen und die Patientin bzw. den Patienten in ihren bzw. seinen gewohnten sozialen Bezügen stärken. Die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) des Gemeinsamen Bundesausschusses schaffen seit 2005 eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Da die Richtlinien aber keine Umsetzungsbestimmungen enthalten und diese von jedem potenziellen Leistungserbringer einzeln ausgehandelt werden müssen, besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland. Auch haben die Richtlinien eine begrenzte Diagnoseliste zur Grundlage, welche die Bedarfsrealität nur unzureichend abbildet. In Baden-Württemberg bestehen zum Teil integrierte Versorgungsverträge nach §§ 140 ff. SGB V, jedoch noch nicht in einer zufriedenstellenden Anzahl. Auch sollten Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen.

- **Hometreatment**

Hometreatment (englisch für Heimbehandlung) ist eine Behandlung, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versorgt. Das Team besteht aus Fachkräften aus dem pflegerischen Bereich, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Durch das Hometreatment kann die stationäre Behandlung entweder vermieden oder zumindest die Verweildauer in der stationären Versorgung reduziert werden bei gleichzeitiger besserer Reintegration in das soziale Umfeld. Seit 1. Dezember 2016 gibt es am Klinikum Heidenheim ein Modellvorhaben nach § 64 b SGB V, das flexible Übergänge zwischen stationärer Behandlung, teilstationärer (tages- und nachtklinischer Behandlung) sowie Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz vorsieht. Ersten Ergebnissen zufolge ist Hometreatment bei den Betroffenen sehr beliebt, ersetzt bzw. verkürzt die stationären Behandlungen in der Klinik, fördert vertrauensvolle therapeutische Beziehungen und verhindert Behandlungsabbrüche.

- **Stationsäquivalente Behandlung**

Das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) definiert neben voll- und teilstationärer sowie ambulanter Behandlung die sogenannte stationsäquivalente Behandlung, welche eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfasst. Sie soll hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen und somit über das Angebot im Rahmen des Hometreatments hinausgehen. Mit der Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung wird eine neue, weitere Brücke zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im Sinne der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung angestrebt.

- **Unterstützte Wohnformen**

Aus der UN-Behindertenrechtskonvention leitet sich der Auftrag ab, Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben sowie die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem System der Sozialhilfe herausgelöst und mit dem Ziel einer personenzentrierten Leistungserbringung außerhalb von Sonderformen in das Rehabilitationsrecht des SGB IX integriert. Die Leistungen der sozialen Teilhabe werden nicht mehr für institutionelle Formen wie das ambulant oder stationäre betreute Wohnen gewährt, sondern für passgenau zugeschnittene Assistenzleistungen. Ein hoher Unterstützungsbedarf ist nicht mehr zwangsläufig mit einem Wechsel in eine Heimversorgung verbunden, sondern es besteht das Recht, die erforderlichen Leistungen in dem bestehenden Sozialraum zu erhalten.

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) ist bundesweit die bevorzugte Form der Wohnbetreuung für chronisch psychisch kranke Menschen in der Eingliederungshilfe. Seit Einführung in Baden-Württemberg wird von einem Personalschlüssel von 1:10 bis 1:12 ausgegangen. Gegenüber einem durchschnittlichen Personalschlüssel von ca. 1:2,5 in Wohnheimen der Eingliederungshilfe besteht eine eklatante Differenz, die den Übergang von stationärem in ambulant betreutes Wohnen erschwert. Die damit bestehende Zweigleisigkeit der Wohnversorgung birgt damit das Risiko, dass einerseits Betroffene in Heimen versorgt werden, bei denen dies nicht notwendig wäre und es andererseits für Betroffene kein hinreichend differenziertes Betreuungsangebot gibt. Auch psychisch

krankte Menschen mit erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung, die trotz aller therapeutischen Bemühungen nicht in den Regelangeboten des betreuten Wohnens versorgt werden können, benötigen ein bedarfsgerechtes, intensives, in die Strukturen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds eingebundenes stationäres Wohnangebot. Hier besteht noch ein erheblicher Entwicklungsbedarf.

Heime für psychisch kranke Menschen sind bis zur Gewährung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB IX (neu) im Jahr 2020 ein wichtiges Element in der Versorgung. Sie bieten eine breite Palette von Wohn- und Betreuungsangeboten für Menschen, die im Rahmen ambulanter Hilfen nicht ausreichend versorgt werden können. Zukünftig sollten differenzierte und flexible Angebote des ambulanten betreuten Wohnens es ermöglichen, die Plätze in Wohnheimen zu begrenzen oder gar überflüssig zu machen.

Eine hohe Anzahl chronisch psychisch kranker Menschen lebt derzeit in **Pflegeheimen**, teilweise fern ihres Wohnortes und ihrer Familien. Als Gründe hierfür kommen der zunehmende Entlassdruck der Kliniken oder auch fehlende geeignete und wohnortnahe Unterstützungsangebote für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und mit spezifischen Problemen in Betracht.

Ziel muss es sein, dass Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Insbesondere beim Übergang aus der klinischen in die ambulante psychiatrische Versorgung ist eine verbindliche Vorgehensweise zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren. Bei der Feststellung von Leistungen für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Gesamtplanung muss immer der vollumfängliche Rechtsanspruch auf Hilfen zur Teilhabe handlungsweisend sein. Bei pflegerischem Bedarf müssen Menschen die entsprechenden Pflegeleistungen erhalten. In der Gemeinde sind Tagesstrukturangebote vorzuhalten, dabei ist vor allem darauf zu achten, dass bereits vorhandene Angebote der Gemeinde bevorzugt genutzt werden.

Auch für psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren mit Unterbringungsbeschluss aufgrund einer Selbstgefährdung nach **§ 1906 BGB** soll eine wohnortnahe Versorgung angestrebt werden. Zur Sicherstellung einer an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Betroffenen orientierten Versorgung wird es als notwendig erachtet, dass zum einen eine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Unterbringung dahingehend erfolgt, ob eine weniger restriktive Wohnform möglich ist und zum anderen auch Empfehlungen an die betreuenden Personen ausgesprochen werden. Sozialplanung und Gemeindepsychiatrischer Verbund sollen gemeinsam bedarfsgerechte und passgenaue Angebote für diesen Personenkreis entwickeln.

- **Rehabilitation**

Die Wiedergewinnung bzw. Aufrechterhaltung sozialer Funktionen stellen zentrale Anliegen psychisch kranker Menschen dar. Die Einbindung bzw. Wiedereinbindung in die Arbeitswelt, von der soziale Integration wesentlich abhängt, ist ihnen dabei besonders wichtig. Umso beunruhigender erscheint, dass psychische Erkrankungen eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte Frühverrentung sind. Psychiatrische Rehabilitation setzt hier an und zielt auf soziale und berufliche Integration. Drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben sollen durch die frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abgewendet, beseitigt, gemildert, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden. Die Vielfalt an Rehabilitationsmöglichkeiten in unterschiedli-

chen Behandlungsangeboten auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten zuzuschneiden bereitet häufig praktische Schwierigkeiten. Insgesamt ist aus Sicht der Betroffenen festzustellen, dass das System psychiatrischer Rehabilitation oft unübersichtlich ist und zahlreiche Hürden birgt, die die Nutzung der Leistungsangebote zeitlich erheblich verzögern, erschweren oder gar unmöglich machen. Ziel ist es daher, dass sich die Rehabilitation psychischer Erkrankungen auf Personen und nicht auf Institutionen zentriert, langfristig und sektorenübergreifend angelegt ist und in einem möglichst frühen Stadium beginnt (sog. Frührehabilitation). Auch ist dem Wunsch der Betroffenen nach gesellschaftlicher Teilhabe stärker Rechnung zu tragen. Der sog. „real-life-first“-Ansatz, also das Wohnen im Bereich des allgemeinen Wohnungsmarktes bzw. Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, sollte stärker in den Blick genommen werden. Alle Beteiligten sollen sich im Rahmen ihrer Aufgaben dafür einsetzen, dass den Betroffenen die Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsträger umfassend, bedarfsgerecht, ausreichend und wohnortnah zur Verfügung stehen und präventive Maßnahmen ausgebaut werden. Die Umsetzung einer ambulanten oder mobilen Rehabilitation, die Entwicklung ambulanter Nachsorgekonzepte sowie ein individuelles, personenbezogenes „Rehabudget“ sind Überlegungen, die hier weiterhelfen können.

- **Krisen- und Notfallintervention**

Der Bedarf und die Inanspruchnahme von Krisen- und Notfalldiensten hängt von Faktoren wie dem Versorgungsangebot, der Vernetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der Angebotsstruktur und strukturellen Gegebenheiten des Versorgungsgebietes ab. Eine (allgemeine) Krisen- und Notfallversorgung ist während der täglichen Erreichbarkeiten durch Gemeindepsychiatrische Dienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und –ärzte, Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Psychiatrische Institutsambulanzen, je nach Versorgungsgebiet grundsätzlich gewährleistet. Die ambulante Versorgung im großstädtischen Raum wird im Allgemeinen durch rund um die Uhr mit Fachärztinnen und -ärzten besetzte Notfallpraxen sichergestellt. Im mittelstädtischen und ländlichen Raum kann ein psychiatrischer fachärztlicher Hintergrunddienst für den allgemeinärztlichen Notfalldienst bei Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden. Die SpDi leisten mit ihrer ambulanten, teilweise auch aufsuchenden Arbeit ebenfalls einen Beitrag im Rahmen der Krisenintervention. Für gerontopsychiatrisch und suchterkrankte Menschen bestehen bislang keine vergleichbaren ambulanten aufsuchenden Dienste, die auch zur Krisenintervention in der Lage wären. Krisen- und Notfallversorgung wird noch immer vor allem durch den allgemeinen ambulanten ärztlichen Notdienst geleistet. Unsicherheiten bei der Einschätzung psychiatrischer Krisen und Notfälle, die aus Unkenntnis der spezifischen psychiatrischen Vorgeschichte und mangelnder Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Notfällen entstehen, führen nicht selten zu kurzfristigen stationären Aufenthalten, die unter Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz in manchen Fällen vermeidbar wären. Alle stationären psychiatrischen Versorgungszentren verfügen über eine 24-Stunden-Notaufnahme bzw. sind an entsprechende Notaufnahmeeinrichtungen angegliedert, so dass meist innerhalb von ein bis zwei Stunden eine Notfallversorgung gewährleistet ist. Die Notaufnahmeeinrichtungen sind entweder fachärztlich besetzt, oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt steht in Rufbereitschaft zur Verfügung. Erleichtert werden könnte eine diesbezügliche Versorgung durch die Einrichtung sogenannter Krisen- oder Clearing-Betten.

Landesweit ist auf regionaler Ebene eine im Gemeindepsychiatrischen Verbund integrierte Krisen- und Notfallversorgung anzustreben, die aus einer Vernetzung verschiedener Leistungsmodule unterschiedlicher Leistungserbringer besteht. Bei der Umset-

zung sind insbesondere die Leistungsträger gefragt, über neue Budgetformen diesen Baustein finanziell abzusichern. Ziel ist ein Krisen- und Notfalldienst, welcher in enger Vernetzung zu den ambulanten Regeldiensten und den psychiatrischen Kliniken steht und in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden ist. Auch sollte der Dienst in der Lage sein, aufsuchend tätig zu werden.

9.2 Klinische Versorgung

Die Zentren für Psychiatrie und alle anderen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken des Landes sind gemeinsam als Anbieter im Sozial- und Gesundheitsbereich auf allen Versorgungsstufen in der Behandlung, Pflege, Betreuung, Beratung und Versorgung vorwiegend von Menschen mit psychischen Störungen tätig. Dabei können Versorgungsangebote in allen Versorgungsstufen – präventiv, kurativ, rehabilitativ jeweils ambulant, teil- und vollstationär – mit dem Ziel durchgängiger Behandlungs- und Versorgungspfade vorgehalten werden.

In den psychiatrischen Krankenhäusern ist die Planbettenzahl seit dem Jahr 2007 angestiegen. Zum Teil wurden aber auch vollstationäre Betten in teilstationäre Plätze umgewandelt. Gleichzeitig wurde das regionale Versorgungsangebot deutlich erweitert. Psychisch erkrankte Menschen haben oft einen komplexen Hilfebedarf, bei dem verschiedene Leistungsträger und Leistungserbringer betroffen sind. Die Hilfen müssen deshalb auf- und miteinander abgestimmt werden, schwellenlos aufeinander aufbauen und je nach Krankheitsphase angemessen gewechselt werden können. Die psychiatrischen Kliniken des Landes wirken am Aufbau regionaler Verbundstrukturen aktiv mit – als Partner im Gemeindepsychiatrischen Verbund und im regionalen Suchthilfenetzwerk. Die Hilfen werden ambulant zentriert und, wo möglich, sektorenübergreifend zu einem integrierten, alle notwendigen Hilfeformen umfassenden, individuellen Behandlungs- und Versorgungsplan zusammengestellt.

Ferner wurden zahlreiche psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet sowie das Angebot an **Konsiliar- und Liaison-Diensten** weiter ausgebaut, um im Bedarfsfall neben einer wohnortnahen ambulanten auch eine stationäre Behandlung zu ermöglichen. Eine weitere Stärkung der Konsil- und Liaisondienste durch fachspezifische Vernetzung ist notwendig und betrifft nicht nur die Fachrichtungen der psychiatrischen und somatischen Fächer, sondern ist auch innerhalb der psychiatrischen Subdisziplinen wie Sucht, Gerontopsychiatrie oder Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und Intelligenzminderung sowie von Migrantinnen und Migranten mit psychisch bedingten Störungen im Allgemeinen sowie bezüglich der Integration im Besonderen bedeutsam.

In den letzten Jahren sind auch zahlreiche **Satellitenkliniken** mit vollstationären Behandlungseinheiten sowie Tageskliniken in den verschiedenen Regionen des Landes, in welchen bisher keine stationäre Versorgung vorgehalten wurde, eingerichtet worden. Ergänzt wird dieses Versorgungsangebot durch zahlreiche **Institutsambulanzen**, welche eine noch gemeindenähere Versorgung ermöglichen. Mit der Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen wurde das Versorgungssystem in Baden-Württemberg um einen wichtigen Baustein erweitert. Die Kliniken haben vor Ort sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgungsketten entwickelt. In vielen Kreisen sind Gemeindepsychiatrische Zentren und medizinische Versorgungszentren entstanden, welche die Kooperation zwischen Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und den somatischen Fächern andererseits auch im ambulanten Bereich nachhaltig verbessern. Da die Behandlung psychischer Störungen meist mehr Zeit in Anspruch nimmt als der stationäre Aufenthalt andauert, ist das ambulante Versorgungs- und Hilfesystem gefordert. Ohne die Unterstützung der sozialen Umgebung des psychisch kranken Menschen und auch dessen aktive Hilfe wird eine Reintegration der bzw. des Betroffenen in ihre oder seine sozialen Strukturen inklusive Arbeitswelt nur schwer gelingen.

In den größeren psychiatrischen Kliniken des Landes, beispielsweise den Zentren für Psychiatrie, sind in den letzten Jahren **Spezialstationen** eingerichtet worden, welche auch in der Psychiatrie und Psychotherapie hochspezialisierte Behandlungsangebote bereitstellen, beispielsweise Behandlungseinheiten für Mutter und Kind, Borderline-Störungen, niederschwelliger Drogenentzug etc.

In einem Versorgungssystem, das sich aus unterschiedlichen Bausteinen und verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern zusammensetzt, sind Kooperationsabsprachen im stationären Bereich ebenso unentbehrlich wie im ambulanten Bereich. Im Zuge einer weiteren Differenzierung der Leistungsangebote sind im Interesse einer ressourcenorientierten wirtschaftlichen Nutzung und im Interesse einer reibungslosen Zusammenarbeit Kooperationen zwischen den einzelnen Anbietern zu vereinbaren.

10. Kinder psychisch kranker Eltern

In Deutschland leben rund drei Millionen Kinder, die mit einer psychischen Erkrankung bei einem oder beiden Elternteilen konfrontiert sind. Sie haben eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Hier sind präventive und niedrighschwellige Hilfeangebote, die die Kinder in ihren Kompetenzen und Bewältigungsstrategien stärken und das Erkrankungsrisiko nachhaltig senken, erforderlich. Derzeit fehlen flächendeckende regelfinanzierte präventive Unterstützungsangebote. Um die Thematik dauerhaft, grundlegend und losgelöst von sonst immer projektbezogen bleibenden Ansätzen zu lösen wird es für notwendig gehalten, eine geeignete Rechtsgrundlage auf Bundesebene zu schaffen oder die Thematik in den Präventionsleitfaden des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung mit aufzunehmen.

Teil C gibt einen umfassenden Überblick über die besonderen Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote. Hier können zunächst die folgenden **allgemeinen Aussagen** festgehalten werden:

- **Fachpersonal**

Der Mangel an spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Psychiatrie hat in den letzten Jahren weiter zugenommen, dies insbesondere in ländlichen Gebieten. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, um diesen Bereich der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung einschließlich aller assoziierten Strukturen (z.B. Reha, soziale Dienste) für potentiell Fachpersonal interessanter zu machen. Nicht nur um die Attraktivität der Psychiatrie als Arbeitsplatz zu erhöhen, sondern auch um die Leistungsfähigkeit der Kliniken für die Zukunft zu sichern, ist ein Psych-PV-Erfüllungsgrad von 100 % anzustreben.

- **Aus- und Weiterbildung**

Im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung von psychiatrischen, internistischen und psychotherapeutischen Professionen wäre eine deutliche Ausweitung gegenüber dem bisherigen Ausbildungsstandard im Bereich einzelner psychiatrischer Spezialdisziplinen wie z.B. der Forensik, Gerontopsychiatrie, transkultureller Psychiatrie, Adoleszentenpsychiatrie sowie im Umgang mit Menschen mit Behinderungen sinnvoll und notwendig. Hilfreich in diesem Zusammenhang sind spezifische Weiterbildungs- und Fortbildungskonzepte, welche auch die Vermittlung von Kenntnissen in qualifizierter Begutachtung einschließen. Zur Sicherung der Qualitätsstandards sollte ein fachliches

Coaching- und Supervisionskonzept im klinischen wie auch im ambulanten Bereich genauso vorgehalten werden, wie eine kontinuierliche und transparente Qualitätssicherung psychiatrischer und fachpflegerischer Leistung sowie von Tätigkeiten im Bereich der Sozialarbeit.

- **Frühdagnostik und Frühreintegration**

Die vermehrte Betonung der Frühdagnostik und Frühreintegration bzw. Vermeidung von Exklusion psychisch kranker Menschen, dies im Zusammenspiel mit dem stationären und rehabilitativen Bereich, vorhandener und neu geschaffener sozialpsychiatrischer Strukturen sind zukünftig wichtige Aufgaben.

- **Dezentralisierung und Regionalisierung**

Dezentralisierung und Regionalisierung sowie Spezialisierung im Sinne der Bildung von Diagnose- und Behandlungszentren für spezifische Fragestellungen, waren schon im Psychatrieplan 2000 als zukünftige Herausforderungen definiert worden. Mit der – derzeit noch vereinzelt – Implementierung stationsäquivalenter Behandlung und anderen aufsuchenden Therapieangeboten ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung unternommen worden, welcher eine sinnvolle Ergänzung des schon bestehenden therapeutischen Angebotes darstellt und der weiter ausgebaut werden sollte. Die Notwendigkeit der Ambulantisierung sollte nicht falsch verstanden werden. So wird auch zukünftig die Notwendigkeit bestehen, eine hochspezialisierte stationäre Diagnostik und Therapie von besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten mit z.B. Doppel-diagnosen, Essstörungen, therapie-resistenten Depressionen und Schizophrenien, komplexen PTBS, um exemplarisch nur einige Beispiele zu nennen, vorzuhalten. Nicht nur für diese spezifische Klientel ist eine enge Zusammenarbeit und ein wissenschaftlicher Austausch zwischen den stationären Einrichtungen, aber auch mit den psychiatrischen, psychologischen (und juristischen) Fachbereichen universitärer Institutionen wichtig.

- **Psychiatrie 4.0**

Die telemedizinische Psychiatrie eröffnet neue Möglichkeiten der Behandlung aber auch einfache Erinnerungsfunktionen oder Maßnahmen zur Kontaktstabilisierung per SMS oder E-Mail werden das bisherige Angebot ergänzen. Auch muss davon ausgegangen werden, dass die Sozialen Medien für therapeutische Zwecke zukünftig relevant werden, diese Entwicklung gilt es von fachspezifischer Seite kritisch zu begleiten und steuernd zu beeinflussen.

- **Partizipation**

Die Partizipation Betroffener in Form von Peers und EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in der Aus- und Weiterbildung des professionellen Personals und ganz allgemein bei Gestaltung der Psychiatrielandschaft ist wichtig und dient unter anderem auch der Demokratisierung und Entstigmatisierung.

Der Rolle und den Erfahrungen der Angehörigen wird von professioneller Seite noch zu wenig Beachtung geschenkt. Angehörige sollten bei Entscheidungen bezüglich Betroffener und bei Therapieplanung und Entlassmanagement einbezogen werden.

Hinsichtlich der einzelnen Versorgungsstrukturen und -angebote lassen sich die folgenden **bereichsspezifischen Aussagen** festhalten:

1. **Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie**

- Eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung kann, auch durch die limitierte Bedarfsplanung und die beschränkte Finanzierung im System der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, derzeit nicht gesichert werden. Die am 1. April 2017 in Kraft getretene neue Psychotherapie-Richtlinie macht zumindest bezüglich der ambulanten Versorgungssituation Hoffnung, da sie auf eine stärkere Beteiligung auch der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Akutversorgung psychisch kranker Menschen zielt, für den stationären Bereich ist die Lage noch unbefriedigend.
- Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen stellen mit 40 bis 60 % aller im Spektrum der Allgemeinpsychiatrie Behandelten die größte Gruppe, Tendenz weiter steigend. Eine kontinuierliche Anpassung organisatorischer Strukturen (z.B. bezüglich Vernetzung, Transparenz und Durchlässigkeit) und Aufbau weiterer spezialisierter Behandlungsangebote für diese Patientengruppe ist deshalb notwendig und sollte weiter ausgebaut werden.
- Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen mit psychotischen und affektiven Störungen ist erschwert, weil eine mehr oder weniger strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor mit unterschiedlichen Vergütungssystemen und somit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sozialgesetzbücher Schnittstellenprobleme verursacht und einer Versorgungskontinuität und Kooperation entgegensteht. Das PsychKHG leistet einen wesentlichen Beitrag zur Reduzierung dieser Schnittstellenproblematik, weil es dazu ermutigt, die etablierten Netzwerke (Gemeindepsychiatrische Verbünde und Zentren) weiterzuentwickeln und neue mögliche Vernetzungen aufzubauen.
- Ziel des Bundesteilhabegesetzes ist es, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe in allen Lebensbereichen mit hoher Lebenszufriedenheit zu ermöglichen. Versuche, über persönliche Budgets die Selbstbestimmung der Menschen zu stärken, sind noch nicht in größerem Umfang umgesetzt worden. Durch das Bundesteilhabegesetz ist hier eine verstärkte Dynamik zu erwarten.

2. **Psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung**

- Mit der Umsetzung der Fachplanung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie besteht in Baden-Württemberg eine weitgehend flächendeckende und bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre Versorgung.
- Sehr dynamisch entwickelt sich bis heute die psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung im Bereich der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit derzeit rund 900 in Baden-Württemberg tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, zahlreiche niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben das Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ absolviert.
- Im Bereich Psychosomatischer Institutsambulanzen ergibt sich zukunftsweisend die Möglichkeit, bisher nicht ausreichend versorgten Psychosomatik-Patientinnen und -Patienten eine Behandlungsmöglichkeit anzubieten.

3. Versorgung suchtkranker Menschen

- Trotz bestehenden Bedarfs werden vorhandene Ressourcen für entsprechende suchtmmedizinische Qualifizierungsmaßnahmen in der niedergelassenen Ärzteschaft sowie bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Zur Optimierung wäre ein mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgestimmtes Vorgehen geeignet.
- Von einzelnen Gruppen Betroffener, wie z.B. chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranken, Wohnsitzlose und Patientinnen bzw. Patienten mit Suchterkrankung und Psychosen, Migrantinnen und Migranten oder Menschen in sensiblen Phasen wie der Adoleszenz oder in Umbruchssituationen, z.B. am Arbeitsplatz, werden suchtmmedizinische Beratungs- und Versorgungseinrichtungen in Krisen häufig nicht aufgesucht. Für diese Menschen besteht, auch aufgrund eines fehlenden sozialen Netzes, ein erhebliches Risiko für Notfälle und Suizidalität. Gerade diese Menschen bedürfen der nachgehenden ambulanten Arbeit und eines fachspezifischen Krisendienstes. Diese und weitere Risikopopulationen wie z.B. suchtkranke ältere Menschen, und die ebenfalls zunehmende Gruppe von Betroffenen mit nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten benötigen ein flächendeckendes Präventions- und Beratungsangebot, auch im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- Die ärztliche Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist sinnvoll und erfolgreich. Es fehlen aber zunehmend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, diese Behandlung durchzuführen, wodurch es weiter zu erheblichen Versorgungsdefiziten im Land kommen wird. Ermächtigungen könnten zu einer teilhabeorientierten und interdisziplinär durch institutionalisierte Einbindung der Psychosozialen Beratungsstellen arbeitenden Substitutionsbehandlung und psychosozialen Begleitung führen und eine flächendeckende Versorgung ermöglichen.
- Bisherige Reha-Standorte liegen oft sehr wohnortfern, was die Reintegration in Arbeit und soziale Beziehungen erschwert. Hier wäre langfristig eine wohnortnähere Behandlung wünschenswert.

4. Gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Versorgung

- Durch den wachsenden Anteil älterer, multimorbider und alleinlebender Menschen wird der steigende Bedarf für stationäre gerontopsychiatrische Behandlung kaum mehr durch weitere Anpassungen im ambulanten Bereich abfangbar sein, so dass eine sukzessive Steigerung der Bettenkapazitäten notwendig sein wird.
- Spezielle Patientengruppen, die besondere Anforderungen an die versorgenden Dienste stellen, werden an Bedeutung gewinnen, u.a. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren, alt gewordene suchtkranke Menschen und alt gewordene Menschen mit geistiger Behinderung.
- Betroffene können aufgrund psychischer bzw. kognitiver und/oder körperlicher Beeinträchtigungen viele Angebote nicht in Anspruch nehmen (nicht barrierefreie Arztpraxen, kleine Schrift etc.). Versorgungsangebote, die sich primär an jüngere Patientinnen und Patienten richten, müssen auch älteren Menschen mit psychischen Störungen einen Zugang eröffnen.
- Der Prävention wird eine zunehmend bedeutendere Rolle zukommen, sowohl in Form von allgemein gesundheitsfördernden Maßnahmen als auch spezifische Maßnahmen im Bereich Demenz und Delir.

- Angesichts einer wachsenden Zahl älterer Menschen mit psychischen Störungen, von denen viele alleine leben, gewinnen Aktivitäten auf sozialräumlicher Ebene an Bedeutung. Gleiches gilt für auf Kreisebene eingerichtete Pflegestützpunkte und Beratungsstellen speziell für psychisch kranke ältere Menschen.
- Die sozialpsychiatrischen Dienste sind gegenwärtig nicht für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten zuständig. Eine Kapazitätserweiterung ist sinnvoll, allerdings nur unter Berücksichtigung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel.
- Ein ausreichendes Angebot des ambulant betreuten Wohnens (inkl. Familienpflege) ist erforderlich, dies sollte auch ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere psychisch kranke Menschen mit erhöhtem Versorgungsbedarf miteinschließen, ebenso sollten flächendeckend Tagesstätten für Betroffene eingerichtet werden.

5. Kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung

- Das von der Jugendhilfe zur Verfügung gestellte außerklinische Angebot ist breit gefächert und durch den Aufbau sehr differenzierter Jugendhilfestrukturen recht flexibel.
- Im Rahmen der Jugendhilfe findet eine professionelle und effiziente Unterstützung statt. Auch ist die etablierte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeträgern und kinder-/jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bzw. niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sehr hilfreich.
- Problematisch ist nach wie vor die Versorgung mit Wohngruppenplätzen für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer intensiven professionellen schulisch-beruflichen Rehabilitation und Integration für diese Klientel ist aus Sicht der Kliniken der Ausbau eines entsprechenden Angebotes dringend erforderlich.
- Aus Sicht der Jugendhilfe sind stationäre Plätze zur medizinischen Rehabilitation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nach der Akutbehandlung – insbesondere auch für suchtkranke Jugendliche – zu schaffen. Das Fehlen derartiger Hilfen kann die Jugendhilfe mit ihren Mitteln und Angeboten nicht kompensieren.
- Mit Veränderungen hin zu möglichst weitgehender schulischer Inklusion entstanden neue Herausforderungen für die Schulen bei Kindern und Jugendlichen mit leichteren und internalisierenden Erkrankungen. In diesem in der Entwicklung befindlichen Bereich wären grundsätzliche konzeptionelle Überlegungen (inkl. z.B. ambulante Behandlungsmöglichkeit in der Schule) und konkret auch zusätzliche Ressourcen erforderlich, um Betroffene unter den Rahmenbedingungen einer möglichst umfassenden Inklusion angemessene Bildungschancen zu eröffnen.
- Zahlreiche Kinder und Jugendliche mit (oder ohne) psychischen Erkrankungen haben Eltern, die selbst psychisch erkrankt sind und nur zum Teil Behandlungsangebote erhalten bzw. wahrnehmen. Eine bessere Vernetzung und damit Versorgung der psychisch kranken Eltern und damit indirekt auch eine bessere Versorgung der (psychisch erkrankten) und belasteten Kinder ist notwendig, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder müssen bei allen Beteiligten verstärkt in den Fokus rücken.
- Der Ausbau der Adoleszenzpsychiatrie sollte vorangetrieben werden. Eine stationsäquivalente Behandlung eignet sich für rund ein Fünftel der Patientinnen und Patienten und ist insbesondere dann sinnvoll, wenn familiäre Problemlagen unmittelbar im sozialen Feld verändert werden können.
- Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist die postakute/rehabilitative Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und -patienten. Hier mangelt es an Plätzen und verbindlichen Finanzierungsregeln.

- Die Frage einer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen außerklinischer Versorgungsstrukturen (Jugendhilfe) ist eine fachliche Herausforderung, die mit neuen Konzepten angegangen werden muss. Teilgeschlossene oder niederschwellige Alternativangebote sind mancherorts in Entwicklung und weiter zu beobachten.

6. Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen

- Einige wenige Psychiatrische Institutsambulanzen (sonderversorgende PIA) mit dem Schwerpunkt für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen bestehen i.d.R. an den Kliniken, die auch stationär für diesen Personenkreis mit Doppeldiagnosen ein Angebot zur Verfügung stellen. Dieses Angebot kann nur in wenigen Regionen als gut betrachtet werden, zum Teil sind für die betroffenen Menschen noch erhebliche Fahrtwege notwendig, um ein adäquates Angebot zu erhalten. Dementsprechend sollten die bestehenden sonderversorgenden Institutsambulanzen, zumindest als „Zweigstellen“ der aktuell bestehenden PIAs, räumlich ausgeweitet werden.
- Spezielle sozialpsychiatrische Dienste für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen stehen derzeit in Baden-Württemberg nicht zur Verfügung. Zukünftig werden an medizinischen Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZEB) Behandlungsangebote von Betroffenen mit Doppeldiagnosen und deren Angehörigen etabliert werden. Ein entsprechender Ausbau ist aufgrund der dort vorgehaltenen Expertise sinnvoll.
- Bislang bestehen weder spezifische Gemeindepsychiatrische Zentren mit einem Schwerpunkt in der Sonderversorgung für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen noch spezielle Krankenpflegedienste, die insbesondere in der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen geschult oder ausgebildet sind. Nur bei entsprechendem Fachwissen und personellen Ressourcen könnten schwerer betroffene Menschen mit komplexerer Behinderung in das bestehende Angebot integriert werden.
- Das Versorgungsangebot sollte sämtliche Angebotsmöglichkeiten umfassen und insbesondere im ambulanten, teilstationären und Rehabilitationssektor noch weiter (wenn möglich wohnortnah) ausgebaut werden. Im klinischen stationären Setting wäre eine stationsäquivalente Behandlungsform sinnvoll.

7. Forensische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

- In wechselseitiger Absprache ist an einzelnen Maßregelvollzugs-Kliniken die Schwerpunktbildung für besondere Patientengruppen möglich. Speziell hinsichtlich jugendforensischer Unterbringung wird ein Modell angestrebt mit Schaffung kleiner, flexibler und abtrennbarer Untereinheiten von zwei bis vier Betten an bis zu drei bestehenden forensischen Kliniken gemäß § 63 StGB, die ein spezifisch jugendpsychiatrisches Angebot vorhalten. Derzeit besteht die Überlegung, im Rahmen eines Pilotprojekts zunächst ein entsprechendes Angebot an einem Standort zu realisieren, an welchem sowohl forensische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenzen vorhanden sind.
- Von großer Bedeutung ist für forensische Patientinnen und Patienten die Möglichkeit schulischer und beruflicher Qualifikationen. Die entsprechenden Angebote werden in

den Kliniken ausgebaut und müssen auch in Zukunft noch weiter differenziert und weiterentwickelt werden.

- Für schwer entlassbare Langzeitpatientinnen und -patienten sind spezifische intensive Angebote zur Enthospitalisierung zu entwickeln. Sofern Entlassungshindernisse aus dem Maßregelvollzug im Zusammenhang mit dem unzureichenden Ausbau geeigneter Einrichtungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund stehen, ist auf eine Strukturentwicklung in den jeweiligen Landkreisen hinzuwirken. Erforderlichenfalls soll die Aufnahmebereitschaft bei externen Trägern gefördert werden. Dies gilt auch für den Bereich der Behindertenhilfe bei der Gruppe der Menschen mit Intelligenzminderung.
- Gewaltprävention und damit zugleich auch Unterbringungsprävention sollten als gemeinsame Aufgabe von Allgemeinpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie formuliert werden, eine enge Kooperation von allgemeinpsychiatrischen und forensischen Ambulanzen ist deshalb sinnvoll.

8. Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen

- Fachkräfte im Gesundheitswesen und in den Aufnahmeeinrichtungen sollten für die psychosoziale Situation der Geflüchteten sensibilisiert, über mögliche Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden. Gleichzeitig sollte generell Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien intensiviert werden.
- Bei potentiellen Trauma-Opfern und bei Kindern und Jugendlichen im Besonderen gelingt eine individuelle und gründliche Diagnostik und Behandlung nur dann, wenn die Faktoren Zeitressourcen, Gesprächsbereitschaft (aller Beteiligten) und ein geschützter Rahmen sowie ausreichende Sprachkenntnisse bzw. eine qualifizierte Sprachmittlung vorhanden sind.
- Spezialisierte Strukturen wie z.B. Psychosoziale Zentren für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen sollten gestärkt werden. Daneben sollten – die entsprechenden finanziellen Mittel vorausgesetzt – aufsuchende Strukturen (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst) ausgebaut, Planungs- und Koordinierungsstellen vor Ort verstärkt und Selbsthilfegruppen unterstützt werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AbW	Ambulant betreutes Wohnen
AKL	Arbeitskreise Leben
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BADO	Basisdokumentation
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BfS	Beauftragte für Suchtprophylaxe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkasse
bspw.	beispielsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BTZ	Berufliche Trainingszentren
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DDPP	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders
EBM-Ziffern	Ziffern für einen einheitlichen Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
evtl.	eventuell
Ex-IN	Experienced Involvement (Beteiligung Erfahrener)
FKH	Frauen- und Kinderschutzhaus
FlüAG	Flüchtlingsaufnahmegesetz
FoDoBa	Forensik-Dokumentation Baden-Württemberg
FuB	Förder- und Betreuungsangeboten

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GemO	Gemeindeordnung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
HKP	Häusliche Krankenpflege
HPK	Hilfeplankonferenz
i.d.R.	in der Regel
i.S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
IBB-Stellen	Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen
ICD	International Classification of Diseases
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
JPV	Jugendpsychiatrischer Verbund
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJSG	Kinder- und Jugendstärkungsgesetz
KL	Kontaktläden
KonnexAG	Konnexitätsausführungsgesetz
KSB	Kommunale Suchtbeauftragte
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales
LAG Sucht	Landesarbeitsgemeinschaft Sucht
LAK Psychiatrie	Landesarbeitskreis Psychiatrie
LIBW	Längerfristig Intensiv betreutes Wohnen
LKHA	Landeskrankenhauseausschuss
LKHG	Landeskrankenhausgesetz
LRA	Landratsamt
LVBWAPK	Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Baden-Württemberg
LVPEBW	Landesverband für Psychiatrie-Erfahrene Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst

MRV	Maßregelvollzug
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MZEB	Medizinische Zentren für erwachsene behinderte Menschen
o.ä.	oder ähnliche(s)
o.g.	oben genannt
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
PrävG	Präventionsgesetz
PSB	Psychosoziale Beratungsstellen
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PSZ	Psychosoziales Zentrum
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ROG	Raumordnungsgesetz
RPK	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen
S.	Seite
s.	siehe
SBBZ	Sonderpädagogisches Beratungs- und Bildungszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannter
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
StäB	stationsäquivalente Behandlung
StGB	Strafgesetzbuch
TWG	Therapeutischen Wohngruppen
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliche(s)
u.U.	unter Umständen
UBG	Unterbringungsgesetz
UMA	unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer

UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
VwV	Verwaltungsvorschrift
WBO	Ärztliche Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WiIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WTPG	Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz
z.B.	zum Beispiel
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
ZI	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit