

# Anhang

zum Landesplan der Hilfen  
für psychisch kranke Menschen  
in Baden-Württemberg

(Landespsychiatrieplan)



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

## **ANHANG ZUM LANDESPSYCHIATRIEPLAN**

Im Anhang sind die Texte der zur Neuarbeitung des Landespsychiatrieplans eingerichteten Arbeitsgemeinschaften in ihren Originalfassungen abgebildet. Im Hinblick auf die Aktualität der Texte ist zu berücksichtigen, dass Bearbeitungsstand der Abschluss der jeweiligen Arbeitsgruppe ist.

Jede Institution des Landesarbeitskreises Psychiatrie war mit einer Vertreterin oder einem Vertreter (der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener mit zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern) in den Arbeitsgruppen vertreten.

### **I. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Therapien für psychisch kranke Menschen Bearbeitungsstand: März 2016**

#### **Therapieverfahren**

- Unter dem Überbegriff der Inklusion und Teilhabe wird zunehmend diskutiert, wann psychische Störungen behandelt werden müssen. Die Notwendigkeit einer Behandlung einer Norm- und Normwertabweichung sollte vom Behandelnden wie Betroffenen gesehen werden, ein Konsens bezüglich Art und Umfang der therapeutischen Intervention ist anzustreben.
- Die therapeutische Vielfalt hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen, das Angebot ist allerdings sowohl bezüglich der Qualität als auch bezüglich der Verfügbarkeit, der Kostenübernahme sowie der anbietenden Therapeutinnen bzw. Therapeuten und ihrer Qualifizierung unübersichtlich.
- Gründe für die Zunahme an Therapieverfahren sind Fortschritte in den Neuro- und Sozialwissenschaften einschließlich der (funktionellen Bildgebung, wie beispielsweise die Computertomographie oder Kernspintomographie) und der Psychologie - insbesondere durch die Berücksichtigung nicht nur pathogenetischer, also krankmachender, sondern auch gesundheitserhaltender (sogenannter salutogenetischer) und vor Störung und Erkrankung schützender (sogenannter störungsprotektiver) Faktoren.
- Die psychoneuroimmunologische Forschung liefert replizierbare Hinweise für die Wechselwirkungen zwischen Körper und Geist, welche über Jahrhunderte eine künstliche, aber bezüglich der Forschung sinnvolle Trennung erfahren haben. Dem Thema der Ressourcenorientierung muss in Zukunft auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Selbstwirksamkeit noch mehr Beachtung geschenkt werden.
- Die Kriterien für Wirksamkeit von Therapien sind differenzierter geworden, sie lassen sich allerdings im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen schwieriger beweisen (validieren) als in anderen medizinischen Disziplinen.

- Einflussgrößen, welche für den Erfolg oder Misserfolg von Therapien im Allgemeinen ausschlaggebend sind, sind auch die räumliche und logistische Verfügbarkeit von Therapien, Entfernung, Kosten, Motivationslage und Willenskraft der Betroffenen bzw. des Betroffenen sowie deren bzw. dessen Krankheitsverständnis und Krankheitserleben, Prestige der einzelnen Therapieverfahren, und der Einfluss von Medikamenten.
- Ziel einer bedarfs- und ressourcenorientierten Therapie ist die Verbesserung des behandlungsbedürftigen Zustandes der Betroffenen oder des Betroffenen unter Berücksichtigung nicht nur der krankmachenden und krankheitsaufrechterhaltenden - pathogenetischen Faktoren, sondern auch der salutogenetischen Ressourcen.
- Diese Forderungen aufgreifend stellt die zunehmend an Bedeutung gewinnende sogenannte Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung die Anerkennung eines Wachstumspotenzials bei der Betroffenen bzw. beim Betroffenen in den Vordergrund. Die therapeutische Haltung bei der Recovery-orientierten psychiatrischen Behandlung ist geprägt durch Personenorientierung, Betroffeneinbezug, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und nimmt das autonom selbstbestimmte Wohl der bzw. des Betroffenen ernst.
- Die Pharmakotherapie ist neben den psychotherapeutischen Verfahren das dominierende Behandlungsverfahren, die Datenlage ist gegenüber anderen Therapieverfahren durch entsprechende Finanzierung und bessere Standardisierbarkeit der beeinflussenden Faktoren umfangreicher. Allerdings hat es in den letzten 15 Jahren kaum nachhaltige Weiter- oder Neuentwicklungen im Sinne von Pharmaka mit innovativem Wirkspektrum gegeben, das Verständnis der Botenstoffsysteme (sogenannte Neurotransmitter) ist eher einer zunehmenden Wahrnehmung der Erkenntnis gewichen, dass zahlreiche Wirkungsmechanismen und deren Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind.
- Psychotherapie wird neben der Pharmakotherapie auch in Krisensituationen als (zunehmend) gleichberechtigte therapeutische Intervention betrachtet. Im Bereich der Psychotherapien ist es zu einer Differenzierung der Verfahren gekommen, mit einer starken Ausweitung bezüglich unterschiedlicher Ansätze. Es gibt vom Gemeinsamen Bundesausschuss für den niedergelassenen Bereich zugelassene Richtlinienverfahren, die über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) finanziert werden.
- Vor dem Hintergrund, dass alle psychopathologischen Prozesse und Symptome (Depression, Angst, Halluzinationen etc.) neurobiologischen Vorgängen entsprechen, können unterschiedliche therapeutische Verfahren ähnliche Wirkung zeigen: Beispiel: bei mittelgradiger Depression sind beispielsweise Bewegungstherapie und Antidepressivagabe ähnlich wirksam. Dies gilt auch beispielsweise für die Therapie mit Neuroleptika bzw. Verhaltenstherapie bei Fremdbeeinflussungserlebnissen bezüglich der Angstsymptomatik. Somit sollte darauf geachtet werden, dass Therapieverfahren zur Anwendung kommen, welche bei gleicher Wirkung die wenigsten Nebenwirkungen aufweisen.
- Zahlreiche Fachtherapien wie Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, werden nicht mehr als lediglich zusätzliche ergänzende (sogenannte adjuvante) Angebote wahrgenommen, sondern als integrale Bestandteile einer umfassenden, ganzheitlichen Therapie angeboten und seitens der Betroffenen eingefordert. Auch ist es

anzustreben, dass das ambulante fachtherapeutische Angebot verbessert wird, um die Notwendigkeit von vollstationären oder teilstationären Behandlungen weiter zu reduzieren.

- Therapien sollten individuell sein und die Therapieplanung wenn möglich gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten oder Angehörigen oder gesetzlichen Vertretenden entwickelt werden.
- Gegenwärtig ist das ambulante Therapieangebot nicht ausreichend differenziert, im Gegensatz zum breit gefächerten Angebot an Kliniken. Ein Grund für die mangelnde ambulante Verfügbarkeit vieler Therapien ist der Umstand, dass bestimmte Therapien nicht auf Rezept verschrieben werden können.
- Bezüglich der psychiatrischen und psychosomatischen Forschung sind folgende Feststellungen zu treffen:
  - Die Wirksamkeit vieler praktizierter und verbreiteter spezifischer Therapieverfahren ist bisher selten ausreichend wissenschaftlich bezüglich begründeter Wirkungsmechanismen als auch Wirkungsnachweisen (Wirkungsevidenz) erforscht. Diesbezüglich sollten mehr Anstrengungen unternommen werden, die Wirkung von nachweislich (empirisch) wirksamen Verfahren auch gemäß wissenschaftlicher Standards zu beweisen (validieren), auch um ökonomische Verfahren (Beispiel Sporttherapie) bekannter zu machen.
  - Insbesondere im Bereich nicht-pharmakologischer Forschung sollten die Forschungsaktivitäten intensiviert werden.
  - Versorgungsforschung: Neben der klassischen wissenschaftlich-medizinischen Forschung, welche sich schwerpunktmäßig mit Therapie und Diagnose von psychischen Störungen beschäftigt, sollten Untersuchungen der Versorgungsstruktur u. a. vor dem Hintergrund sich wandelnder demografischer Verhältnisse, mehr Bedeutung beigemessen werden.
- Seit Jahren ist eine Weiterentwicklung und Integration von früher als alternativ oder komplementär bezeichneten Verfahren im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes zu beobachten (Beispiel: Traditionelle Chinesische Medizin etc.). Weiteren therapeutischen Ansätzen wird allerdings noch nicht ausreichend Beachtung geschenkt (z.B. Ernährungstherapie). Stellungnahmen zu fragwürdigen im Sinne von fraglich wirksamen oder sogar schädlichen Methoden sollten erfolgen und begründet werden.
- In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass bei allen, den etablierten wie noch unbekannteren Therapieverfahren, Nebenwirkungen möglich sind.
- Behandlungen von psychischen Störungen sollten allgemein anerkannten Qualitätsstandards entsprechen, die Fachorganisationen publizieren regelmäßig aktualisierte Leitlinien (siehe hierzu die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)).

- Behandlungen sollten trotz aller wünschenswerten Standardisierung möglichst individuell und an den Bedürfnissen der bzw. des Betroffenen ausgerichtet sein, dies gilt nicht nur für psychotherapeutische Verfahren und Fachtherapien, sondern im besonderen Maße auch für die Pharmakotherapie. Spezifische diagnostische Verfahren erlauben eine individuelle Anpassung der Therapie, hierbei wird auch zukünftig auf eine sinnvolle Kosten-Nutzen-Abwägung zu achten sein.

Wie sinnvoll die in Deutschland praktizierte Aufteilung in wissenschaftlich anerkannte und nicht anerkannte Therapieverfahren ist, gilt auch unter Expertinnen und Experten als umstritten. Befürworter argumentieren, dass die Beschränkung auf wenige „anerkannte“ Verfahren, deren Wirksamkeit durch zahlreiche Studien belegt wurde, psychisch kranke Menschen bei der Behandlung vor Missbrauch und Willkür schützt. Allerdings spielen bei der Frage, welche Verfahren als anerkannt gelten, auch historische und gesellschaftspolitische Gründe – zum Beispiel die lange Tradition der Psychoanalyse oder der Verhaltenstherapie – eine Rolle.

Auf der anderen Seite belegen umfangreiche Studien, dass die Wirkung von Psychotherapie weniger auf spezifische therapeutische „Techniken“, sondern vor allem auf so genannte „kontextuelle“ Faktoren zurückzuführen ist. Dazu gehören insbesondere die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Persönlichkeit sowie der Glaube der Therapeutin oder des Therapeuten und der Patientin oder des Patienten an die Vorgehensweise in der Therapie. Dies bedeutet, dass ganz unterschiedliche Therapieverfahren psychisch kranken Menschen wirksam helfen – vorausgesetzt, die Beziehung zwischen Therapeutin bzw. Therapeuten und Patientin bzw. Patient stimmt und beide sind überzeugt, dass die Behandlung die Probleme und Krankheitssymptome lindern wird. Die Bezeichnung „anerkannt“ soll an dieser Stelle nicht auf Therapien beschränkt verstanden werden, deren Kosten von der GKV übernommen werden, sondern auch für Verfahren gelten, welche sich in der Praxis etabliert und bewährt haben.

### **Kassenfinanzierte Psychotherapeutische Behandlungsformen**

Anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinn der Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie zeichnen sich aus durch ein umfassendes Theoriesystem und sind wissenschaftlich in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt.

Es handelt sich um die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, sowie die Verhaltenstherapie. Abrechnungstechnisch sind psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie nicht kombinierbar.

Bei den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren wird die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik in das Zentrum der Behandlung gestellt. Übende und suggestive Interventionen, auch als Kombinationsbehandlung, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

### 1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Der therapeutische Prozess wird konzentriert durch die Begrenzung des Behandlungsziels beispielsweise auf den beruflichen Bereich. Regressive Prozesse werden beschränkt, das Vorgehen ist vorwiegend konfliktzentriert.

Sonderformen sind: Kurztherapie, Fokalthherapie, Dynamische Psychotherapie, Niederfrequente Therapie im Rahmen einer Halt gewährenden, längerfristigen therapeutischen Beziehung.

### 2. Analytische Psychotherapie

Die Behandlung ist umfassend im Hinblick auf die neurotische Symptomatik, den neurotischen Konfliktstoff und die grundlegende neurotische Struktur der Patientin bzw. des Patienten. Angewandt werden Übertragungs-, Gegenübertragung- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse.

### 3. Verhaltenstherapie

Diese Behandlung beinhaltet Therapieverfahren, entwickelt auf der Basis von Lern- und Sozialpsychologie. Verhalten wird dabei definiert als beobachtbare Verhaltensweisen, sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Es wird eine Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehenes (Verhaltensanalyse) durchgeführt. Auf der Basis eines entsprechenden Störungsmodells und einer übergeordneten Behandlungsstrategie werden spezifische Interventionen eingesetzt zur Erreichung der definierten Therapieziele mit den folgenden Schwerpunkten: Stimulus-bezogene Methoden wie systematische Desensibilisierung, Response-bezogene Methoden wie operante Konditionierung oder Verhaltensübung, Methoden des mit Modell Lernens, Methoden der kognitiven Umstrukturierung wie Problemlöseverfahren oder Immunisierung gegen Stressbelastung, Selbststeuerungsmethoden wie psychologische und psychophysiologische Selbstkontrolltechniken.

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Lebenssituation werden dabei mehrere dieser Interventionen in die Behandlungsstrategie integriert.

Anwendungsformen der beschriebenen Psychotherapieverfahren:

- Einzeltherapie bei Erwachsenen
- Gruppenbehandlung von Erwachsenen wenn die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten therapeutisch erforderlich ist und gruppendynamische Prozesse genutzt werden können

Außerdem können nicht gutachterpflichtige verbale Interventionen oder übende und suggestive Interventionen als Basistherapien im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung oder psychiatrische, psychotherapeutische bzw. psychosomatische Gespräche mit Fachärztinnen und -ärzten durchgeführt werden.

## **Berufsgruppen**

### **Allgemeinärztliche Versorgung**

Die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte bilden zusammen mit den Hausärztinnen und Hausärzten als gemeindenahe Anbieter medizinischer Leistungen für psychisch kranke Menschen einen bedeutsamen Baustein in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In der Mehrzahl der Fälle ist zunächst die Hausärztin oder der Hausarzt die erste Ansprechpartnerin bzw. der erste Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere die leichteren psychischen Erkrankungen, wie z.B. leichte bis mittelgradige depressive Störungen, von Hausärztinnen und -ärzten behandelt werden. Hierzu gehören auch die älteren, vielfach multimorbiden Patientinnen und Patienten, deren psychische Erkrankung von vertrauten Hausärztinnen und -ärzten mitbehandelt wird. Weil mit Zunahme der Lebenserwartung die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen wächst, wird der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zukünftig zunehmend gerontopsychiatrisches Fachwissen abverlangt werden. Die Erkennung und Therapie psychischer Störungen gehört angesichts der hohen Prävalenz in der allgemeinmedizinischen Praxis zu den Versorgungsaufgaben der Allgemeinmedizinerin oder des Allgemeinmediziners. Hierzu muss im allgemeinmedizinischen Sektor hinlängliche Kompetenz zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen verankert werden. Bei ausreichender Kompetenz der Hausärztin oder des Hausarztes kann diese bzw. dieser bei unkomplizierten Verläufen eine ggf. mit der entsprechenden Fachärztin oder dem entsprechenden Facharzt abgestimmte Therapie in eigener Regie durchführen und die Patientin bzw. den Patienten und deren oder dessen Familie in der Erkrankung begleiten.

### **Nervenärztinnen und -ärzte (also Fachärztinnen bzw. -ärzte für Psychiatrie und Neurologie), Fachärztinnen bzw. -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen bzw. -ärzte für Psychiatrie, Fachärztinnen bzw. -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten**

In der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen werden die genannten Arztgruppen im niedergelassenen Bereich aufgrund ihrer Kompetenz und Dank der vorhandenen Versorgungsdichte auch zukünftig eine zentrale Rolle spielen. Die Bereichsbezeichnungen sind für Außenstehende oft verwirrend. Gemein ist allen, dass sie aufgrund einer fundierten Ausbildung in Psychotherapie und teilweise auch in Psychiatrie für psychische Erkrankungen die geeignete Betreuung darstellen. Die gestiegene Zahl derjenigen Patientinnen und Patienten, die von Hausärztinnen und Hausärzten an Fachärztinnen und -ärzte weiterverwiesen werden, belegt das Funktionieren der Zusammenarbeit. Dies ist auch auf eine deutliche Verbesserung der ambulanten fachärztlichen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch niedergelassene psychiatrische und psychosomatische Fachärztinnen und -ärzte sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten zurückzuführen.

Allerdings wird ein Teil der chronisch psychisch kranken Menschen aus unterschiedlichen Gründen nicht erreicht. Die Kooperation zwischen den niedergelassenen psychiatrischen und psychosomatischen Fachärztinnen und -ärzte und den anderen medizinischen Fachgruppen ist

erfahrungsgemäß gut, jedoch kann und muss die Zusammenarbeit mit den nichtmedizinischen Versorgungselementen im Gemeindepsychiatrischen Verbund in manchen Gebieten noch verbessert werden. Eine zukünftig noch wichtigere Rolle können hierbei sogenannte Genesungshelferinnen und -helfer spielen: Ehemals psychisch kranke Menschen mit entsprechender Weiterbildung („Ex-In“) helfen anderen, die seelisch erkrankt sind. Grundsätzlich ist der Bedarf an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Versorgungsbereich Psychiatrie und Psychotherapie gedeckt; manche Regionen sind als überversorgt zu betrachten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten behandeln, die eine psychiatrische Behandlung benötigen, sondern teilweise auch überwiegend Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen versorgen.

Dennoch ist heute eine Niederlassungsdichte erreicht, die eine flächendeckende ambulante ärztlich-psychiatrische bzw. psychosomatische Versorgung gewährleisten kann. Eine Verbesserung der Versorgung ist nun durch eine engere Verzahnung zwischen der Tätigkeit der Fachärztinnen und -ärzte und den außerklinischen Diensten und Hilfeangeboten sowie eine engere Kooperation zwischen Klinikärztinnen und -ärzten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu erreichen. Die Versorgung reicht gegenwärtig allerdings nicht aus, um auch innovative Modelle wie Hometreatment anbieten zu können. Engpässe gibt es auch bei der Notfall- und Krisenbehandlung.

Mit Schaffung des eigenständigen Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin (Fachärztin und -arzt für Psychosomatik und Psychotherapie) wurde der Differenzierung zwischen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen in der somatischen Medizin und der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie Rechnung getragen. Die Psychosomatische Medizin vertritt die psychosomatischen und psychotherapeutischen Aspekte in verschiedenen ärztlichen Disziplinen und diagnostiziert und behandelt in Kooperation mit den betreffenden Fachärztinnen und -ärzten.

### **Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten**

Nach dem „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (PsychThG) kann Psychotherapie auch von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten angeboten werden. Im Zusammenhang mit dem PsychThG wurde durch eine entsprechende Änderung des SGB V unter anderem auch die Zulassung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Für eine Verbesserung der Versorgung bei der Notfall- und Krisenbehandlung wäre eine Teilnahme dieser Therapeutengruppen an der Versorgung wünschenswert, um die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme zu reduzieren. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ärztinnen bzw. Ärzten und somit auch ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten besteht darin, dass nur Ärztinnen bzw. Ärzte berechtigt sind, Medikamente zu verschreiben.



## **Therapeutinnen und Therapeuten mit Erlaubnis zur Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz (HPG)**

Die oben beschriebenen Gruppen (Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten und Ärztinnen bzw. Ärzte) haben die gleiche Zulassung zum Heilberuf: die Approbation. Daneben gibt es eine weitere Erlaubnis zur Heilkunde in Deutschland, die im „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ von 1939 festgelegt ist. Mit dieser Erlaubnis ist man befugt ebenfalls heilkundlich Psychotherapie ausüben. Allerdings haben Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker keinen Versorgungsauftrag. Es lassen sich drei Gruppen unterscheiden:

- Diplom-Psychologinnen und -Psychologen mit Heilkunde-Erlaubnis
- Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie („Kleiner Heilpraktiker“)
- (Voll-) Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker (auch „Großer Heilpraktiker“)

Diesen Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist es nicht gestattet, den gesetzlich geschützten Begriff „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ zu verwenden, sie dürfen jedoch in ihrer Berufsbezeichnung das Wort „Psychotherapie“ benutzen. (z. B. Praxisschild: „Praxis für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz“). Zum Erwerb der Heilkunde-Erlaubnis wird in der Regel keine bzw. nur wenig therapeutische Qualifikation verlangt. Daher machen die meisten noch eine oder mehrere Therapieausbildungen an privaten Instituten. Diese Therapeutinnen und Therapeuten können ihre Leistungen nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, seitens mancher privater Kassen werden die Kosten dagegen übernommen.

Für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker gelten die Prinzipien der Therapiefreiheit und der Sorgfaltspflicht. Das bedeutet, dass eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker zwar frei wählen kann, welche Verfahren sie oder er anwenden möchte – dies dürfen jedoch nur Verfahren sein, die sie bzw. er auch fundiert beherrscht. Zugleich muss jede Heilpraktikerin und jeder Heilpraktiker seine therapeutischen Grenzen kennen. So muss sie bzw. er zum Beispiel eine Patientin oder einen Patienten, den sie bzw. er selbst nicht ausreichend gut behandeln kann, an einen anderen Behandelnden (z. B. eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. einen Psychologischen Psychotherapeuten) weiter verweisen.

## **Beraterinnen und Berater in spezialisierten Beratungsstellen**

In den zahlreichen Beratungsstellen in den Stadt- und Landkreisen sind speziell geschulte Beratende tätig, meist mit einem sozialwissenschaftlichen Hintergrund, häufig haben diese Sozialarbeit oder Sozialpädagogik studiert. Typische Einrichtungen dieser Art sind die sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und Suchtberatungsstellen (Psychosoziale Beratungsstellen und Kontaktläden, PsB-KI). Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Unterstützung im sozialen Umfeld - im Bereich Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Partnerschaft und Erziehung sowie in der Soziotherapie. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen und in der Klinik tätigen Therapeutinnen und Therapeuten ist meist gut, Ziel wäre eine noch bessere Kooperation und Integration der unter-

schiedlichen Angebote, die neu gemäß PsychKHG einzurichtenden Information-, Beratungs- und Beschwerdestellen können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

### **Andere Beraterinnen und Berater**

Häufig haben sich Therapeutinnen und Therapeuten, welche nicht mit der Krankenkasse oder aber nur mit Privatkassen abrechnen können, auf Bereiche spezialisiert, die von der auf Krankheiten eingeschränkten, gesetzlich geregelten Psychotherapie nicht erfasst und nicht bezahlt werden. Solange es sich ausschließlich um Beratung handelt (oft als Coaching bezeichnet), ist eine Heilkunde-Erlaubnis nicht notwendig.

Es gibt Beraterinnen bzw. Berater für bestimmte Arbeitsfelder, z.B. Eheberatung, Drogen- und Suchtberatung, Erziehungsberatung, aber auch für eher individuelle persönliche Fragestellungen wie Lebensberatung, Systemische Beratung, Coaching, Seelsorge, psychologische Beratung etc. Insbesondere bei den letztgenannten ist eine Abgrenzung zur Psychotherapie sowohl in inhaltlicher, als auch in methodischer Sicht nicht gänzlich möglich. Im Unterschied zu einer Psychotherapie dürfen bei solchen Angeboten jedoch keine psychischen Störungen mit Krankheitswert behandelt werden.

Bezeichnungen wie „Psychologische Beraterin“ bzw. „Psychologischer Berater“ oder „Psychologischer Coach“, "Systemische Beratung", "Lebensberatung" etc. sind in Deutschland nicht gesetzlich geschützt – es ist also nicht festgelegt, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit jemand diese Bezeichnungen führen darf. Häufig sind auch Diplom-Pädagoginnen und -Pädagogen, Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder Diplom-Sozialarbeiterinnen und -Sozialarbeiter auf dem Gebiet der Psychologischen Beratung tätig. Diese haben ein sozialwissenschaftliches Studium abgeschlossen, bei dem psychologische Fachkenntnisse jedoch weniger umfassend vermittelt wurden.

## **II. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Kooperation von ambulanten Hilfesystemen zur Vermeidung von Zwang**

**Bearbeitungsstand: Oktober 2015**

### **Zwangseinweisungen in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern – Hintergründe**

Zwangsmaßnahmen gehören seit jeher zu den am meisten diskutierten Vorgängen einer psychiatrischen Behandlung. In Bezug auf Zwangseinweisungen, d.h. die Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen der betroffenen Person, bestehen feste Rechtsvorschriften, die im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und für Baden-Württemberg im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) geregelt sind. Der frühere § 8 Unterbringungsgesetz (UBG) wurde im Oktober 2011 vom Bundesverfassungsgericht als nicht mehr mit dem Grundgesetz vereinbar erklärt. § 8 UBG wurde daraufhin unter Berücksichtigung der Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht zur Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung aufgestellt hat, novelliert. Die geänderte Vorschrift trat im Juli 2013 in Kraft. Das im Januar 2015 in Kraft getretene Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) ersetzt nunmehr das vorherige baden-württembergische Unterbringungsgesetz und übernimmt auch die Regelung des § 8 UBG, jetzt § 20 PsychKHG. Bereits die Neufassung der Regelung zur Zwangsbehandlung wurde, wie auch später das PsychKHG, im Dialog mit allen beteiligten Gruppierungen erstellt, um sowohl den Forderungen des Bundesverfassungsgerichts als auch den gesellschaftlichen, sozialpolitischen und wissenschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte gerecht zu werden.

Dabei ist hervorzuheben, dass die bisherige Praxis des UBG dazu geführt hat, dass Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich zu den Bundesländern mit dem geringsten Anteil an Zwangseinweisungen an allen psychiatrischen Klinikaufnahmen gehört. Diese Raten liegen hier seit vielen Jahren stabil bei etwa 3 bis 4 %, im übrigen Bundesgebiet hingegen bei mehr als 10 %, zum Teil sogar noch deutlich höher. In einer prospektiven Untersuchung (Brieger et al., Nervenarzt 2014) wurde dies im Vergleich mit psychiatrischen Krankenhäusern in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern bestätigt, wobei nicht nur der prozentuale Anteil an Klinikaufnahmen in Baden-Württemberg deutlich geringer war, sondern auch die Unterbringungsrate insgesamt bezogen auf die Einwohnerzahlen.

Als wichtiger Hintergrund hierfür wurde in der Vergangenheit eine Besonderheit des früheren UBG angesehen: im Unterschied zu anderen Bundesländern musste hier nämlich nicht bereits unmittelbar mit der Aufnahme in die Klinik eine Entscheidung zur zwangsweisen Unterbringung gefällt werden. Der Gesetzgeber forderte dies zwar auch unverzüglich bzw. zeitnah, räumte aber gleichzeitig eine Frist von 72 Stunden bis zur Entscheidung eines Gerichts ein. Die Regelung dieser so genannten „fürsorglichen Zurückhaltung“ hat das Ziel, vermeidbare Zwangseinweisungen und die damit für die Patientinnen und Patienten einhergehende Stigmatisierung zu vermeiden. In der vom Gesetzgeber eingeräumten Zeit konnte in vielen Fällen ein Dialog von Patientinnen und Patienten und Behandelnden stattfinden, der im Verlauf eine Zwangsmaßnahme überflüssig machte. Das neue PsychKHG hat dieser bewährten Regelung Rechnung getragen und sieht ebenfalls eine Fristenregelung vor, wonach im Regelfall spätestens bis zum

Ablauf des zweiten Werktages nach dem Tag der Aufnahme die Entscheidung eines Gerichts eingeholt werden muss.

Kritische Stimmen weisen darauf hin, dass in Baden-Württemberg zwar die Zahl von Zwangsunterbringungen nach dem UBG vergleichsweise niedrig sei, dass dies aber durch eine höhere Zahl von Unterbringungen nach dem BGB kompensiert würde. Belastbare statistische Daten hierzu liegen allerdings nicht vor, da Unterbringungen nach dem BGB von rechtlichen Betreuenden beantragt werden müssen. Hierunter werden aber nicht nur Krankenhauseinweisungen erfasst, sondern auch sonstige Unterbringungen z.B. in geschlossenen Alten- und Pflegeheimen. Hier kann zukünftig das anonymisierte Melderegister nach § 10 Abs. 3 PsychKHG, in dem Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen gesondert nach Rechtsgrundlagen erfasst werden, weiteren Aufschluss geben.

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 bzw. des Patienten für die betroffene Person besonders eingreifend und unter Umständen auch traumatisch. Deshalb ist es auch weiterhin das Ziel, die Zahl von Zwangsmaßnahmen weiter zu senken.

### **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch geeignete Präventionsmaßnahmen**

Die ambulanten Systeme sollten deshalb so weiterentwickelt werden, dass die Schwelle zu ihrer Inanspruchnahme für Betroffene und Angehörige gesenkt und ambulante Hilfeangebote als Anlaufstelle besser angenommen werden können. Qualifizierte Fortbildungen, Angehörigengruppen im ambulanten Setting und/oder Psychoedukation sollten angeboten werden, die helfen könnten, Betroffene und Angehörige dazu zu befähigen, eine Eskalation der Situation und Zwangsmaßnahmen im Vorfeld zu verhindern. Solche Angebote sollten in einem möglichst frühen Stadium präventiv stattfinden in Ergänzung zu den vorhandenen Krisen- und Notfalldiensten.

Psychosenpsychotherapeutische Expertise sollte auch auf den psychiatrischen Aufnahmestationen durch entsprechend psychotherapeutisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorgehalten werden, um dort akuten Eskalationen vorbeugen und weitere Behandlungsschritte einleiten zu können. Die psychosenpsychotherapeutische Behandlung soll entsprechend der jeweiligen Erkrankungsphase im Anschluss an eine ggf. notwendig gewordene stationäre Behandlung teilstationär und/oder ambulant fortgesetzt werden.

Im ambulanten Versorgungssektor erfolgt eine Weiterentwicklung entsprechend PsychKHG besonders im nicht-medizinischen Bereich. Zur Gewährleistung der Kontinuität in der psychiatrischen, speziell auch der psychosenpsychotherapeutischen Behandlung ist eine enge Vernetzung des nicht-medizinischen Bereichs sowohl mit der institutionellen medizinischen Versorgung (Kliniken, Tageskliniken, Institutsambulanzen) als auch dem ambulanten Versorgungssystem der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten weiter zu entwickeln.

Zu den präventiven Maßnahmen gehört auch eine Verbesserung des Informationsstandes der Betroffenen und ihrer Angehörigen über die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung für Menschen, die an einer psychotischen Störung leiden. Angeboten werden sollten psychoedukative Angebote für die Betroffenen und entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Angehörige.

Insgesamt ist es als ein wichtiger Fortschritt anzusehen, dass Menschen mit psychotischen Störungen (Schizophrenie und affektive psychotische Störungen) nun auch in Deutschland Anspruch auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (Richtlinienpsychotherapie) haben. Dies ist nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Oktober 2014 seit dem 30. Dezember 2014 möglich. Davor waren die Möglichkeiten für ambulante psychotherapeutische Interventionen auf die Behandlung „Psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik“ eingeschränkt und daher meist nur im stationären und teilstationären Rahmen möglich. In Deutschland besteht daher noch ein Nachholbedarf zur Weiterentwicklung der Expertise im Bereich der Psychotherapie der Psychosen bei den Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Der „Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie DDPP“ entwickelt derzeit ein auf dem aktuellen Wissensstand basierendes Fortbildungscurriculum.

## **Kooperationen**

Die gute und insbesondere sektorenübergreifende Kooperation aller ambulanten und stationären Hilfesysteme ist eine notwendige Voraussetzung für eine frühzeitige Unterstützung psychisch belasteter Menschen (Kinder, Jugendlichen, Erwachsenen) und zur Erkennung, Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Vernetzung im ambulanten Bereich über die Grenzen der Hilfesysteme hinaus und sektorenübergreifend zu den verschiedenen Angeboten im stationären Bereich ist eine notwendige Voraussetzung bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen und zur Vermeidung von Zwangseinweisungen.

Aus Sicht der Betroffenen (Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen) und ihrer Angehörigen ist eine Zusammenarbeit verschiedener Helferinnen und Helfer sowie Hilfesysteme unbedingt zu begrüßen, da mit engerer Vernetzung eine Behandlungskontinuität mit Austausch von Informationen, Abgleich von Diagnosen und Reflexion der Behandlungsmaßnahmen erreicht werden kann. Dadurch wächst bei Betroffenen und Angehörigen das für die Behandlung von psychisch belasteten und kranken Menschen unbedingt notwendige Vertrauen in ambulante und stationäre Hilfesysteme und Helfende.

Um das zu erreichen, ist ein verbessertes Schnittstellen - Management zwischen den einzelnen Behandelnden, Institutionen und Hilfesystemen und eine klarere Begleitung der Betroffenen notwendig. Voraussetzung für eine integrierte Behandlung und einen Behandlungspfad für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten ist eine bessere Kommunikation und Kooperation auf den verschiedenen Ebenen der Hilfesysteme und im Krankheitsverlauf der Betroffenen.

Aus Sicht der Helfenden und Behandelnden ist Kommunikation und Kooperation durch unterschiedliche Arbeitsbedingungen und finanzielle Voraussetzungen, z. B. im ambulanten Bereich zwischen Gesundheits- und Sozialsystem und innerhalb des Gesundheitssystems zwischen

ambulanten und stationären Hilfsangeboten, erschwert. Im Gesundheitssystem werden Kommunikations- und Kooperationsleistungen bisher nicht finanziert, was besonders für freiberuflich tätige Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen sowie Psychotherapeuten problematisch ist. Daher ist als eine Voraussetzung für ein besseres Gelingen der „Behandlung aus einer Hand“ für psychisch Betroffene und ihre Angehörigen eine angemessene Finanzierung von Kooperationsleistungen notwendig.

Zur besseren Orientierung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf ihrem Weg von der ersten Erkennung und Beratung zur ambulanten oder stationären Behandlung und zur sozialen (Re-)Integration könnte es ein zielführender Ansatz sein, fachkundige, besonders geschulte Laien und professionelle Helfende zur Begleitung von Familien und der Betroffenen als „Lotsen“ auszubilden, die eine Beratung und Begleitung als permanente Ansprechpartnerin oder als permanenter Ansprechpartner für eine Familie im gesamten Krankheitsverlauf übernehmen.

### **Beispiele für bereits gelingende Kooperationen:**

Es gibt in Baden-Württemberg schon einige positive Beispiele für kooperative und integrierte Behandlungen für Kinder und Jugendliche sowie ihrer Familien im ambulanten Bereich: z.B. in den sozialpsychiatrischen Praxen und in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), in denen von der Fachärztin bzw. vom Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die Leistungen für die Familie mit Mitarbeitenden (Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Psychologinnen und Psychologen) veranlasst und koordiniert werden. Die wirksame und von den Familien als hilfreich erlebte Arbeit in sozialpsychiatrischen Praxen wurde durch eine bundesweite Evaluation belegt.

In dem in Baden-Württemberg seit 2009 schon gut etablierten „Vertrag zur qualifizierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) bzw. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und zusätzlicher Hyperaktivität (ADHS)“, der von den Betriebskrankenkassen (BKK) und der DAK finanziert wird, sind Kooperationen und Kooperations-treffen zwischen Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiatern sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten vorgeschrieben, die Kooperationsleistungen und Treffen werden aber von den Krankenkassen nicht bezahlt. Trotzdem haben sich in den letzten Jahren bereits über 40 ADHS-Teams in Baden-Württemberg gebildet.

Zur besseren sektorenübergreifenden Kooperation gibt es in Friedrichshafen und Weil der Stadt das Pilotprojekt eine „PIA in der Praxis“, bei dem eine enge Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie deren Teams bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen erprobt wird, mit dem Ziel die Übergänge zwischen Praxis, PIA und Klinik für die Familien in enger Absprache zu gestalten.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gibt es in Baden-Württemberg keine Regelfinanzierung von Projekten zur Koordination oder Vernetzung der Hilfesysteme. Auf regionaler Ebene finden sich aber einige Beispiele für die Verknüpfung einzelner klinischer und außerklinischer Angebote. Exemplarisch kann hierfür etwa die Abteilung Gemeindepsychiatrie des Zentralinstituts für

seelische Gesundheit in Mannheim (ZI) genannt werden, die seit über 40 Jahren umfassend für die Verbindung zwischen den Klinikbereichen des ZI und den komplementären Einrichtungen und Diensten der Stadt Mannheim zuständig ist. Dies geschieht über regelmäßige, wöchentliche oder vierzehntägige Treffen, die vor Ort in den zahlreichen Institutionen erfolgen, die die außerklinische Versorgung psychisch kranker Menschen in Mannheim sicherstellen. Diese fachärztlich geführten Beratungen sind durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem ZI und den jeweiligen Trägerorganisationen geregelt. Hierüber kooperiert das ZI insgesamt mit acht Einrichtungen des stationär und ambulant betreuten Wohnens, mit vier Institutionen, die berufliche Rehabilitationsangebote vorhalten sowie dem sozialpsychiatrischen Dienst und dem Gesundheitstreffpunkt Mannheim, der regionalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Als weitere Beispiele können die Landkreise Ravensburg und Reutlingen genannt werden, die als Modell-Landkreise zur Einführung der SpDi, später der systematischen Hilfeplanung, des regionalen Budgets, der Entwicklung von Suchthilfenetzwerken sowie im Landkreis Reutlingen des alterspsychiatrischen Netzwerks fungiert haben.

### **III. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Heime**

**Bearbeitungsstand: März 2016**

#### **Bedeutung und Ausstattung der 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 und 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 Freiwilligkeitsleistungen und Spenden zusammensetzt, besteht noch Verbesserungsbedarf.

In allen Einrichtungen, in denen psychisch kranke Menschen leben, muss gewährleistet sein, dass das Personal entsprechend qualifiziert und supervidiert ist sowie sich regelmäßig fachlich weiterbildet. Dabei ist das Augenmerk darauf zu richten, dass das Personal im Umgang mit psychisch kranken Menschen geschult ist und z.B. erkennen kann, ob körperliche Symptome psychische Symptome überlagern u.ä. Außerdem muss darauf hingewirkt werden, dass das Konfliktmanagement so gestaltet wird, dass neben dem gesetzlichen Betreuenden, soweit der kranke Mensch unter gesetzlicher Betreuung steht, auch die Angehörigen in geeigneter Weise einbezogen werden.

#### **Ist-Stand**

Zum Stichtag 31. Dezember 2013 lebten in Baden-Württemberg über 5.000 psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren in Altenpflegeheimen. 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.



Angesichts der hohen Zahl an jüngeren psychisch kranken Menschen, die in Pflegeheimen betreut werden, stellt sich die Frage, wie dem Teilhabeanspruch dieses Personenkreises entsprochen wird und wieso der pflegerische Bedarf vorrangig im Vordergrund zu stehen scheint. Um diese Frage nach „Fehlplatzierung“ beantworten zu können, müsste streng genommen die Konzeption der einzelnen Pflegeheime und deren Leistungsangebot mit einer vorliegenden bzw. zu erstellenden individuellen Hilfeplanung betrachtet werden.

Die hohe Anzahl chronisch psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen kann verschiedene Gründe haben:

- **Verlegungspraxis der Kliniken**  
Psychiatrische Kliniken sind durch einen zunehmend hohen Entlassungsdruck aufgefordert, Menschen schnellstmöglich unterzubringen. Sie vermitteln häufig in eine Pflegeeinrichtung, weil dort teilweise Plätze schneller verfügbar sind und für Aufnahmen meist keine individuelle Hilfebedarfsfeststellung und Hilfeplanung gefordert wird.
- **Versorgungslücken**  
Aus der Praxis gibt es Hinweise darauf, dass Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung in Pflegeheimen leben, weil es kein fachlich geeignetes, wohnortnahes Unterstützungsangebot der Eingliederungshilfe gibt – besonders bei speziellen Betreuungsbedarfen wie z.B. herausforderndem Verhalten.  
Eine ähnliche Versorgungslücke zeichnet sich bei den Angeboten für jüngere Erwachsene mit psychosozialen Unterstützungsbedarf ab.  
Für Menschen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB gibt es zu wenige Angebote in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, so dass auch hier von einer „Fehlplatzierungsquote“ auszugehen ist.
- **Kosten**  
Die Betreuung von psychisch kranken Menschen in Eingliederungshilfeeinrichtungen ist – im Vergleich zur Betreuung in Pflegeeinrichtungen – teurer.

### **Der gesetzliche Auftrag**

Insbesondere aus der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Psychisch-Kranken-Hilfegesetz des Landes Baden-Württemberg leitet sich der gesetzliche Auftrag ab, dass alle psychisch kranken sowie seelisch behinderten Menschen personenzentrierte, gemeindenahe und sozialräumlich orientierte Unterstützungsleistungen erhalten sollen. Der Rechtsanspruch auf Teilhabe gilt uneingeschränkt auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ist im Versorgungsangebot umzusetzen.

### **Handlungsempfehlungen**

- Bei der psychiatrischen Versorgung ist der personenzentrierte und sozialraumorientierte Ansatz zu berücksichtigen.

- Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen sollen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sein. Insbesondere beim Übergang aus der klinischen in die ambulante, gemeindenahe psychiatrische Versorgung ist eine verbindliche Vorgehensweise zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren.
- Bei der „Platzierung“ von psychisch kranken Menschen muss immer der vollumfängliche Rechtsanspruch auf Hilfen zur Teilhabe handlungsweisend sein. Bei pflegerischem Bedarf müssen Menschen die entsprechenden Pflegeleistungen erhalten. Fallmanagement und Hilfeplanung und/oder Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) sind grundsätzlich am Prozess zu beteiligen.
- Der „Nahtstelle Eingliederungshilfe – Hilfe zur Pflege“ wird ein eigener multiprofessioneller Dialogprozess gewidmet. Damit soll eine Weiterentwicklung von Fachlichkeit und Qualität der beiden Hilfesysteme im Hinblick auf den gemeinsam zu versorgenden Personenkreis der psychisch kranken Menschen gefördert und die Zusammenarbeit an dieser Nahtstelle verbessert werden.
- Zwischen den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und den Pflegeeinrichtungen, die psychisch kranke Menschen versorgen, sollen verbindliche Kooperationen entwickelt werden. Dabei sollen insbesondere die Wege und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit Standards für die Aufnahmen und für die Verlegungen nach außen definiert werden.
- Versorgungsaufträge, Qualitäts- und Prüfkriterien von Pflegeheimen, die psychisch kranke Menschen versorgen, ebenso von Heimen der Eingliederungshilfe, sind zu erfüllen und umzusetzen.
- Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen in den Stadt- und Landkreisen sollen systematisch auch psychisch kranke Menschen, die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, in den Blick nehmen.
- Auch für Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB soll eine wohnortnahe Versorgung angestrebt werden. Dabei sind Tagesstrukturangebote vorzuhalten, Fallmanagement und Individuelle Hilfeplanung sollen auch hier verbindlich sein.
- Bei der Datenerhebung und -bewertung ist die vom Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg erstellte Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) eine gute Grundlage. Zukünftig soll das Angebot an schließbaren bzw. geschlossenen Plätzen für Menschen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind, im GPV-Kurzprofil erfasst werden.

Die Größe der Zielgruppe zeigt, dass die individuelle Hilfeplanung beziehungsweise die Hilfeplankonferenzen in den Stadt- und Landkreisen bei Menschen mit psychischer Erkrankung auch den Bereich Hilfe zur Pflege in den Blick nehmen sollten. Ein Blick allein auf die Eingliederungshilfe ist häufig nicht ausreichend.

## **Ideen zur besseren Betreuung psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen - Einige Grundvoraussetzungen aus Sicht der Personalvertretungen**

In vielen Pflegeeinrichtungen werden neben älteren Menschen mit altersbedingten Erkrankungen und Einschränkungen auch psychisch kranke Menschen behandelt, die teilweise schon ihr Leben lang durch ihre psychischen Erkrankungen unter ganz bestimmten Lebensverhältnissen gelebt haben. Diese Lebensverhältnisse sind oft sehr abweichend von dem „sogenannten normalen Leben“ und diese Verhältnisse müssen auch im Alter bzw. speziell auch im Pflegeheim abgebildet werden.

In der Regel ist dafür Voraussetzung, dass ältere psychisch kranke Menschen in Pflegeeinrichtungen Strukturen vorfinden, die ihnen bekannt sind bzw. zumindest Ähnlichkeiten mit ihrem bisherigen Leben aufweisen.

Die Umstellung in eine andere Lebenssituation ist schwierig, für Menschen, die fast ihr ganzes Leben in betreuten Einrichtungen verbracht haben (bei psychisch kranken Menschen nichts Seltenes) noch deutlich schwieriger.

Pflegeeinrichtungen, die psychisch kranke Menschen betreuen wollen, brauchen auch die dafür entsprechenden Voraussetzungen.

Als wichtigste Punkte sind sicher zu benennen

- Fachmedizinisch und fachpflegerische Betreuung
- Strukturierung des Tagesablaufes mit entsprechend qualifizierten Kräften
- uvm.

Diese speziellen Strukturen müssen in der Heimverordnung verankert sein und überprüft werden, sobald Heime sich in der Lage sehen psychisch kranke Menschen zu betreuen.

Es sollte gesetzlich fixiert werden, dass Einrichtungen, die bereit sind, ältere psychisch kranke Menschen zu betreuen, auf der einen Seite entsprechende Fachbereiche und Strukturen vorhalten müssen, deren Kosten auf der anderen Seite aber auch – garantiert vom Gesetzgeber – von den jeweiligen Kostenträgern übernommen werden.

So lange wir auf Pflegeeinrichtungen für die Betreuung älterer psychisch kranker Menschen angewiesen sind, weil keine anderen Strukturen in ausreichendem Maße bestehen, muss diese gesetzliche Verpflichtung der Kostenträger für spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen dringend vorhanden sein.

## **Flexibilisierung des Ambulant Betreuten Wohnens**

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 nahezu unmöglich macht. Die damit implizierte Dualität 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. Dadurch wird auch für Klientinnen und Klienten mit hohem Hilfebedarf der von der UN-Behindertenrechtskonvention formulierte Anspruch auf Unterstützung in einer eigenen Wohnung umgesetzt. Für psychisch kranke Menschen, die phasenweise nicht in der Lage sind, die Verantwortung für eine eigene Wohnung zu übernehmen, 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 stationäres Wohnangebot. Die Einbindung auch dieses Angebots in die Strukturen des GPV ist unabdingbar um die Rückkehr in die gemeindeintegrierten Einrichtung der Eingliederungshilfe sicherzustellen.

## **Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB**

### **Ist-Situation**

In Baden-Württemberg werden viele psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren und ohne Pflegebedürftigkeit, die aufgrund einer Selbstgefährdung nach § 1906 BGB geschlossen untergebracht sind, in Pflegeeinrichtungen und Eingliederungshilfeeinrichtungen auch außerhalb Baden-Württembergs betreut.

Einer der Hauptgründe dafür liegt darin, dass ein wohnortnahes, bedarfsgerechtes Eingliederungshilfeangebot für Menschen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB nicht zur Verfügung steht: So gibt es derzeit in Baden-Württemberg lediglich in neun der 44 Stadt- und Landkreise insgesamt ca. 344 schließbare Plätze in Heimen der Eingliederungshilfe. Hier erhalten psychisch kranke Menschen auf der Grundlage einer individuellen Hilfeplanung eine weit aus 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.

## **Handlungsempfehlungen**

### *Bedarfsangemessene Hilfe und Versorgung: Überwindung des „inverse care law“*

Psychisch kranke Menschen, die sich selbst gefährden, sind schwer krank. Sie benötigen i.d.R. eine intensive und individuelle Unterstützung, die sie befähigt, das selbstgefährdende Verhalten hinter sich zu lassen und in Freiheit (mit oder ohne Unterstützung) zu leben. Das „inverse care law“, nach dem diejenigen, mit dem höchsten Unterstützungsbedarf die geringste bzw. die „billigste“ Hilfe erhalten, muss überwunden werden. Damit Menschen mit Unterbringungsbeschluss die Perspektive in Freiheit zu leben eröffnet und ihr Anspruch auf Teilhabe eingelöst werden kann, braucht es entsprechende abgestufte Unterstützungsangebote in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. 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.

### *Licht in die Schattenpsychiatrie bringen.*

Über Zahl, Dauer und Situation der nach § 1906 BGB zwangsweise untergebrachten Menschen ist der (sozialpsychiatrischen Fach-) Öffentlichkeit sehr wenig bekannt (Stichwort: Schattenpsychiatrie). Es gibt keine systematische Erhebung zur Zahl der in geschlossenen Heimen untergebrachten Menschen, auch deren Verweildauer im geschlossenen Setting wird nicht in den Blick genommen, ebenso wenig die Frage, ob diese Menschen die notwendigen und individuell passenden Hilfen erhalten, die sie benötigen, um das selbstgefährdende Verhalten hinter sich zu lassen und wieder in Freiheit leben zu können. Diese Informationen sind jedoch von großer Bedeutung, wenn es darum geht, wirklich hilfreiche Betreuungssettings zu entwickeln und umzusetzen. Ferner sollten die Bemühungen innerhalb der Sozialplanung sowie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes um Transparenz, Steuerung und Kooperation im Hinblick auf geschlossene Betreuungssettings verstärkt werden.

## **IV. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Psychiatrische Rehabilitation**

**Bearbeitungsstand: April 2017**

Gliederung:

1. Zielsetzung
2. Stellenwert der psychiatrischen (sowie psychotherapeutischen und psychosomatischen) Rehabilitation
3. Strukturelle Gesichtspunkte
4. Rechtsgrundlagen und Kostenträger
5. Probleme und Empfehlungen

### **1. Zielsetzung**

Psychiatrische Rehabilitation umfasst 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.

Grundlegende Ziele stellen die Funktionsverbesserung, das Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und die weitest gehende Partizipation in allen Lebensbereichen dar. Die von psychischer Erkrankung Betroffenen sollen darin unterstützt werden, in ihrer Lebensgestaltung so frei und selbstbestimmt als möglich zu werden und ihren angemessenen Platz im gesellschaftlichen und beruflichen Leben einzunehmen. Psychiatrische Rehabilitation erfordert daher den koordinierten und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Einsatz medizinischer, psychosozialer, psychotherapeutischer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen. Sie kann auch Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld beinhalten. Rehabilitationskonzepte müssen spezifisch auf die bestehenden Störungen ausgerichtet sein, die wesentlichen Funktionen für eigenständige Teilhabe (entsprechend der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Kriterien) fördern, das vorhandene individuelle Funktionsniveau der Betroffenen und ihrer Umgebung beachten und die Entwicklungswünsche sowie das individuell erreichbare Funktionsniveau berücksichtigen.

### **2. Stellenwert der psychiatrischen (sowie psychotherapeutischen und psychosomatischen) Rehabilitation im Hilfe-, Versorgungs- und Behandlungskonzept für Menschen mit psychischen Störungen**

Abgesehen von der Demenz beginnt ein großer Teil psychischer Störungen in der Adoleszenz, einem Lebensabschnitt, in dem wesentliche soziale Weichen gestellt werden. Sie weisen Symptome auf, die die soziale Entfaltung behindern, gehen mit Stigmatisierung einher und gefährden damit die soziale Teilhabe. Auch Menschen, die mitten im Berufsleben stehen, können psy-

chisch erkranken, was mit einer (auch finanziellen) Belastung der Partnerinnen bzw. Partner und der Familien einhergeht.

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 sozialer Exklusion und Aufrechterhaltung der Erkrankung. Nicht selten kommt es deshalb zu chronischen Verläufen. Psychiatrische Rehabilitation setzt hier an und zielt auf soziale und – soweit möglich – auch berufliche Integration. Sie nimmt damit ein wesentliches Anliegen von Menschen mit psychischer Erkrankung auf und trägt zur Lösung aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen bei.

Die Rehabilitation psychisch kranker Menschen muss bereits in der Akutphase ansetzen und über die folgenden Behandlungsetappen angelegt sein. Psychische Erkrankungen haben die Besonderheit, anders als zahlreiche somatische Erkrankungen, oft keinen zeitlich abgrenzbaren Beginn zu haben, sie verlaufen auch nicht immer in abgrenzbaren Phasen. So können sich soziale Einbußen bereits vor der Erstdiagnose einstellen, Symptome, die die Prognose wesentlich bestimmen, sind in der Akutphase häufig nicht prominent und unterschiedliche Symptombdimensionen weisen unabhängige zeitliche Verläufe auf.

### **3. Strukturelle Gesichtspunkte: Welche Reha ist für welche Patientin bzw. welchen Patienten die richtige, Definition von Schnittstellen**

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.

Anzumerken ist, dass die rehabilitativen Leistungen in der Akutpsychiatrie im Rahmen der strukturellen Entwicklungen der klinischen Akutpsychiatrie der letzten beiden Jahrzehnte fast verschwunden sind. 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. 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.

Die Vielfalt an sowohl einzelnen medizinischen als auch beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten in unterschiedlichen Behandlungsangeboten (Settings) könnte auf die Bedürfnisse einzelner Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden, allerdings ist dazu eine Steuerung des Re-

habilitationsprozesses für die betroffenen Patientinnen und Patienten notwendig. Dafür existiert aktuell kein ausdrücklich benanntes Steuerungsgremium.

Die richtige Rehabilitation für eine spezifische Patientin bzw. einen spezifischen Patienten zu finden, muss deren bzw. dessen spezifischen Teilhabestörungen gerecht werden und das individuelle Funktionsniveau ebenso wie die individuellen Problembereiche erfassen. Das bedeutet, dass rehabilitative Maßnahmen sowohl bezogen auf medizinische wie auch berufliche Rehabilitation zu jedem Zeitpunkt des Erkrankungsprozesses einer Patientin bzw. eines Patienten notwendig sein können und früh genug eingeleitet werden müssen. Eine entsprechende Zuweisung ist ein komplexer psychiatrisch-psychotherapeutischer und sozialmedizinischer diagnostischer Prozess, der nicht durch Leistungsträgerinteressen zusätzlich erschwert werden sollte.

Aufgrund der obengenannten Entwicklungen wird es zunehmend notwendig, störungsspezifische Rehabilitationskonzepte und auf Funktionen und Funktionsniveaus basierende Konzeptionen (entsprechend ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO) Kriterien) in der medizinischen wie in der beruflichen Rehabilitation aufzubauen. Zudem ist es notwendig, medizinische Rehabilitationsschritte im Sinne einer Frührehabilitation während länger anhaltender ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungen in der ambulanten Regelversorgung oder in psychiatrischen Institutsambulanzen bei fortdauernden Funktions-, Fähigkeits- und Teilhabestörungen, spätestens aber im Zusammenhang mit ersten akutstationären psychiatrischen oder psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen einzuleiten. Spätestens, wenn sich eine verzögerte berufliche Integration oder längere Arbeitsunfähigkeitszeiten abzeichnen, sind je nach Zuordnung der Ursachen Maßnahmen der medizinischen, medizinisch-beruflichen bzw. beruflichen Rehabilitation anzustreben.

Die Komplexität unterschiedlicher Schnittstellen im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen sowie sozialpsychiatrischen Leistungen ergibt sich aus der Differenziertheit von Versorgungsangeboten und der maßnahmenabhängigen Zuständigkeit der Leistungsträger. Zwischen Versorgungsangeboten sind dabei ambulante und stationäre, akutmedizinische und rehabilitative, kurzfristige und längerdauernde Maßnahmen sowohl bezüglich Behandlungszielen als auch Umsetzbarkeit für die Betroffenen abzustimmen. Da gerade bei rehabilitativen psychiatrischen oder psychosomatischen Leistungen, egal welcher Zielsetzung, unterschiedliche Antragsverfahren aufeinander abzustimmen sind und auf die Fähigkeiten der Betroffenen abgestimmt werden müssen, besteht hier in der aktuellen Situation ein hoher Bedarf an Vereinbarungen.

Aus Sicht der Betroffenen muss zusammenfassend ergänzt werden, dass das System psychiatrischer Rehabilitation unübersichtlich bis verwirrend ist und zahlreiche Hürden birgt, die die Nutzung der Möglichkeiten erschweren bis verunmöglichen, in den meisten Fällen aber mindestens erhebliche zeitliche Verzögerungen zur Folge haben. Gerade für die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen fallen diese Erschwernisse besonders stark ins Gewicht.



#### **4. Rechtsgrundlagen und Kostenträger**

Ziel der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK) ist, die drohenden oder bereits bestehenden Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. In § 1 Abs. 2 SGB I ist festgehalten, dass das Sozialrecht auch dazu beitragen soll, dass die zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. RPK als medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen mit begleitenden psycho-sozialen Maßnahmen sind als Komplexleistung der Rehabilitation zu verstehen. Die Leistungen können ambulant (auch mobil aufsuchend), teilstationär und stationär erbracht werden.

Nach dem SGB IX – unbenommen von unterhaltssichernden Leistungen – sind die gesetzlichen Krankenkassen Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Bundesagentur für Arbeit Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die gesetzliche Rentenversicherung sowohl Träger der medizinischen Rehabilitation als auch der Teilhabe am Arbeitsleben. Die Träger der Jugend- und Sozialhilfe sind Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

## Übersicht der Leistungsträger:

<b>Träger der Leistungen zur Teilhabe - § 6 SGB IX</b>				
<b>Rehabilitations-träger</b>	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 5 Nr.1 SGB IX	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben § 5 Nr. 2 SGB IX	Unterhaltssi-chernde u.a. ergänzende Leistungen § 5 Nr. 3 SGB IX	Leistungen zur Teilhabe i.d. Gemeinschaft § 5 Nr.4 SGB IX
<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b>	x		x	
<b>Bundesagentur für Arbeit</b>		X	x	
<b>Träger der gesetzlichen Unfallversicherung</b>	x	X	x	x
<b>Träger der gesetzlichen Rentenversicherung</b>	x	X	x	
<b>Träger der Alterssicherung der Landwirte</b>	x		x	
<b>Träger der Kriegsopferversorgung u.- fürsorge</b>	x	X	x	x
<b>Träger der öffentlichen Jugendhilfe</b>	x	X		x
<b>Träger der Sozialhilfe</b>	x	X		x

Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, § 8 Abs. 2 SGB IX und § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI. Sie sind auch anzuwenden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (§ 4 Abs. 1 SGB IX, § 11 Abs. 2 SGB V).

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 (hier 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.

Die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) ist gegenüber allen anderen Sozialversicherungsträgern nachrangig, d.h. sie tritt immer erst dann ein, wenn der Betroffene sich nicht selbst und auch nicht durch seine unterhaltspflichtigen Angehörigen (Eltern, Kinder, Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner) helfen kann und auch kein anderer Sozialversicherungsträger (wie Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Rentenversicherung) zuständig ist und Leistungen erbringt. Der Eingliederungshilfe liegt ein zweistufiger Behinderungsbegriff zugrunde. Nach § 53 SGB XII erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs.1 Satz 1 des SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn unter Berücksichtigung des Einzelfalls die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Neben der Behinderung ist die Teilhabe einschränkung als Voraussetzung zu beachten. Die Eingliederungshilfe soll dazu beitragen, eine drohende Behinderung zu verhindern bzw. deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Sie soll Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit ermöglichen. Änderungen im Behinderungsbegriff und den Anspruchsvoraussetzungen durch das neue Bundesteilhabegesetz sind im Weiteren zu berücksichtigen.

## **Rehabilitationsleistungen**

Notwendige Rehabilitations- oder Teilhabemaßnahmen bei psychisch erkrankten Menschen, oder davon dauerhaft bedrohten Menschen, sollen unverzüglich, spätestens überschneidend mit einer Akutbehandlung (frühe Rehabilitation – Mittelvorhaltung und Ziele Psych-PV – Versorgungsmanagement; Gesamtplan) geplant, beantragt und durchgeführt werden. Ziel ist das möglichst frühzeitige Wiederherstellen bzw. der Erhalt von körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen.

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind i.d.R. Pflichtleistungen, die durch Freiwilligkeitsleistungen ergänzt werden. Dies ergibt sich aus dem SGB (insbesondere der Bücher V, VI, IX). Entsprechend der dargestellten Grundsätze und Umsetzung einer sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung sind transparente Aufgabenverteilung, Zuständigkeiten, Leistungspflichten, sowie Antrags- und Entscheidungswege, notwendig.

Die Betroffenen und ihre Bevollmächtigten haben dazu einen Anspruch auf Aufklärung, Beratung und Auskunft durch die Rehabilitationsträger über alle Rechte und Pflichten des jeweiligen Rehabilitationsträgers. Darüber hinaus sind die Gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach den Sozialgesetzbüchern Auskunft zu erteilen. Diese Auskunftstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern zusammenzuarbeiten, um eine möglichst umfassende Auskunft sicherzustellen (§ 15 SGB I). Dies schließt das Stellen von Anträgen mit ein.

Die Inanspruchnahme von Sozialleistungen bedarf eines Antrages. Rehabilitations- und Teilhabemaßnahmen sind beim zuständigen Leistungsträger zu beantragen.

Für die Patientin bzw. den Patienten ist es häufig nur schwer zu erkennen, welcher Rehabilitationsträger in welcher Phase für sie bzw. ihn zuständig ist. Daher sind die in Frage kommenden Rehabilitationsträger gesetzlich verpflichtet, Anträge unabhängig von ihrer Zuständigkeit entgegenzunehmen und zu prüfen.

Das Verfahren gestaltet sich wie folgt:

Der erstangegangene Träger prüft gem. § 14 Abs. 1 SGB IX seine Zuständigkeit. Falls er sich nicht für zuständig hält, hat er den Antrag innerhalb einer Frist an den seiner Auffassung nach zuständigen Träger unverzüglich weiterzuleiten und unvollständige Angaben bei Bedarf zu ergänzen (§ 16 SGB I). Für Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen sind hierbei gesetzliche Bearbeitungsfristen zu beachten (§ 14 SGB IX). Dieser zweitangegangene Träger muss dann grundsätzlich inhaltlich den Anspruch auf Rehabilitation prüfen und (selbst wenn auch er nicht zuständig ist) die Leistung erbringen. Zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern ist ein Erstattungsverfahren vorgesehen<sup>1</sup>.

Versicherte psychisch erkrankte oder von chronisch psychischer Erkrankung bedrohte Menschen können einen Antrag auf Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen stellen, sobald die Voraussetzungen vorliegen, wobei den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 27 SGB V). Mit Vorliegen der Voraussetzungen entsteht der Anspruch (§ 40 SGB I).

Die Verpflichtung aller Beteiligten bei Zweifeln über die Leistungspflicht sollte sich stets am Wohl des Betroffenen orientieren, so dass dieser die zustehenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen schnellstmöglich und umfassend erhält, selbst wenn die endgültige Klärung der Leistungsansprüche erst nachträglich entschieden werden kann. D.h. die Nahtlosigkeit in der Versorgung sowie die rechtzeitige Durchführung notwendiger Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter Menschen sollte vorrangig gegenüber der endgültigen Klärung der Leistungsträgerschaft sein.

---

<sup>1</sup> Näheres ergibt sich aus § 14 SGB IX sowie aus der Gemeinsamen Empfehlung der BAR zur Zuständigkeitsklärung (vgl. [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame\\_Empfehlung\\_Zustaendigkeitsklaerung.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Zustaendigkeitsklaerung.pdf)).

Auf dem Weg zu einer Rehabilitationsmaßnahme haben die Versicherten einen Anspruch gegenüber ihren behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Rehakliniken auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dieses kann im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durch ein Versorgungsmanagement in Form des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a SGB V) geschehen. Hierbei stellt das Krankenhaus die Nachversorgung sicher und stellt im Einvernehmen mit dem Rehabilitanden notwendige Anträge für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, wobei die Krankenkasse, die gegenüber dem Betroffenen auch eine eigene Beratungsverpflichtung hat, das Krankenhaus zu unterstützen hat.

Sind mehrere Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen erforderlich, hat der derzeit leistende Rehabilitationsträger – unabhängig vom Versorgungs- und Entlassmanagement – die Pflicht, in Abstimmung mit dem Rehabilitanden und den anderen Leistungsträgern einen schriftlichen Plan zu erstellen. Dieser Plan richtet sich nach dem individuellen Bedarf und den Funktionseinschränkungen des Rehabilitanden. Ein Ziel ist das nahtlose Ineinander-greifen der Leistungen (§ 10 SGB IX).

Ein sehr häufig genutztes Instrument hierfür, das Versorgungs- bzw. Entlassmanagement und die Teilhabeplanung verbindet, ist die Hilfeplankonferenz bzw. der Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan für psychisch Kranke. In Baden-Württemberg gibt es darüber hinaus ein konsentiertes Verfahren zum Case Management für psychisch Erkrankte. Rehabilitanden wenden sich am besten direkt an den derzeit leistenden Rehabilitationsträger, unterstützt durch einen Leistungserbringer (z.B. Sozialdienst der Klinik).

Bei Stellung von Reha-Anträgen (RPK) kommt es in der Praxis häufig zu Problemen: Bei den Krankenkassen als erstangegangene Reha-Träger sollte die Prüfung auch die eigene Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V umfassen. Dabei muss sich die Krankenkasse im Rahmen ihrer Zuständigkeitsprüfung konkret damit auseinandersetzen, ob sie sich auf Subsidiarität gegenüber dem Rentenversicherungsträger berufen kann oder nicht. Folglich hat sie sich implizit auch mit den Leistungsvoraussetzungen anderer Träger (hier Erwerbsprognose) auseinanderzusetzen. Stellt die Krankenkasse im Rahmen dieser Prüfung fest, dass keine positive Erwerbsprognose vorliegt und damit die Zuständigkeit der Rentenversicherung nicht gegeben ist, besteht die Möglichkeit, dass sie selbst (subsidiär) zuständig ist: Gemäß § 11 Abs. 2 SGB V haben Versicherte gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Die Rehabilitationsziele des SGB V sind insofern umfassender als die des SGB VI. In der Praxis werden Reha-Anträge in solchen Fällen oft einfach weitergereicht, ohne dass die in der Gemeinsamen Empfehlung der BAR für diesen Fall vorgesehene Begründung der Weiterleitung stattfindet. An dieser Stelle weist das Verfahren in der Praxis noch Verbesserungsbedarf auf.

### **Rehabilitative Leistungen während der Krankenhausbehandlung**

Die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dabei erfolgt eine mehrdimensionale Behandlung einschließlich Psycho-, So-

zio- und Ergotherapie mit dem Ziel, die Krankheitsfolgen zu bessern oder zu lindern, mit ihnen leben zu lernen und eine Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Hier können Abgrenzungsfragen zur akutstationären Krankenhausbehandlung entstehen. Dabei sind im Einzelfall tragfähige Lösungen im Sinne der Patientin bzw. des Patienten zu finden.

### **Deutsche Rentenversicherung:**

Ziel der Leistungen zur Teilhabe ist es, die Versicherten, die infolge von Krankheit oder Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet bzw. bereits gemindert sind, vor einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu bewahren und möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Hieraus ergibt sich für die gesetzliche Rentenversicherung (gRV) der Auftrag, den Versicherten effektive, auf die Teilhabe am Erwerbsleben besonders zentrierte und möglichst eng verknüpfte Leistungen anzubieten. Vor dem Hintergrund dieses Leitgedankens wurde in den vergangenen Jahren unter anderem die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) entwickelt, welche die therapeutische Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation in allen Phasen um berufliche Aspekte ergänzt.

Um Leistungen zur Teilhabe aus der gRV zu erhalten, müssen die hierfür erforderlichen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Versicherte der gRV haben die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI erfüllt, wenn ihre durch Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit durch eine Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt, zumindest aber eine Verschlechterung abgewendet werden kann. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen liegen nach § 11 SGB VI vor, wenn die Versicherten eine Mindestversicherungszeit – auch Wartezeit genannt - von 15 Jahren nachweisen können oder bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung beziehen. Darüber hinaus ist es möglich, über die Erfüllung weiterer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe zu erhalten. Hierzu zählt beispielsweise das Vorliegen von sechs Pflichtbeitragsmonaten in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung.

Kein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen aus der gRV besteht nach § 12 SGB VI unter anderem, wenn die betroffenen Personen

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen beispielsweise von der Unfallversicherung oder anderen Rehabilitationsträgern erhalten können,
- bereits eine Altersrente (mindestens zwei Drittel der Vollrente) beziehen oder beantragt haben,
- als Beamte, Pensionäre oder diesen gleichgestellten Personen versicherungsfrei in der gRV sind, oder
- dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Altersrentenbeginn zum Beispiel eine betriebliche Versorgungsleistung erhalten.

### **Gesetzliche Krankenversicherung:**

Nicht Erwerbstätige, Erwerbstätige ohne Rentenversicherungsansprüche und Rentnerinnen bzw. Rentner können bei ihrer Krankenkasse Rehabilitationsmaßnahmen beantragen, um dadurch die Verschlimmerung von Krankheiten zu verhüten bzw. deren Folgen zu lindern. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus (Anschlussrehabilitation) verfügen in der Regel über entsprechende Antragsformulare und kennen den Verfahrensweg. Rechtsgrundlage ist primär § 40 SGB V. Ggf. sind weitere Normen bei der Ausgestaltung dieser Antragsleistung zu berücksichtigen.

Von der medizinischen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung abzugrenzen sind zunächst Maßnahmen für potentiell Erwerbsfähige, aber auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Psychische Erkrankungen bewirken häufig Einschränkungen, die im Wesentlichen Selbstwahrnehmung und -steuerung, die Wahrnehmung anderer und der Umwelt sowie die Wirklichkeitsverarbeitung und in Folge die Gestaltung von Beziehungen im weitesten Sinne beeinträchtigen. Ähnliche Beeinträchtigungen können aber auch durch andere Faktoren als durch Krankheit verursacht oder aber den Mitteln der medizinischen Rehabilitation nicht ausreichend zugänglich sein. Dies erschwert die Abgrenzung der Sozialleistungen zueinander.

Steht nicht oder nicht mehr das Krankheitsgeschehen und seine Folgen im Mittelpunkt der Rehabilitation oder sind andere Mittel als die Krankenbehandlung<sup>2</sup> sachgerechter bzw. stehen im Vordergrund, so ist die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr gegeben.

### **Bundesagentur für Arbeit:**

Soweit kein anderer Träger leistungsverpflichtet ist, werden durch die Bundesagentur für Arbeit die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 112 ff. SGB III) an Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen<sup>3</sup> erbracht, um ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Personen erhalten, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter bzw. wieder teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur beruflichen Eingliederung benötigen. Leistungen können auch denjenigen gewährt werden, denen eine Behinderung mit den genannten beruflichen Folgen droht, d.h. konkret absehbar ist.

---

<sup>2</sup> Dies können z.B. pädagogische, heilpädagogische oder psychosoziale Maßnahmen sein.

<sup>3</sup> Maßgebend ist der Behindertenbegriff des § 19 SGB III.

Das SGB III unterscheidet zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Allgemeine Leistungen i.S.d. § 115 SGB III umfassen:

1. Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
2. Leistungen zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe und der Assistierten Ausbildung,
3. Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung,
4. Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit.

Die besonderen Leistungen (§ 117 SGB III) sind anstelle der allgemeinen Leistungen zu erbringen, wenn:

- Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
- einer sonstigen, auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen oder
- die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen.

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige im **Sinne des SGB II**, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX).

Hinsichtlich des internen Qualitätsmanagements, zu dem die Leistungserbringer der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet sind, wird darauf hingewiesen, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dazu die „Gemeinsame Empfehlung Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX als Grundlage erlassen hat (Stand 23.02.2012). Die Reha-Einrichtungen beschreiben in ihrem Qualitäts- und Leistungshandbuch, wie sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlungen konkret umsetzen.

## 5. Probleme und Empfehlungen

- Deutschland verfügt über differenzierte und qualitativ hochwertige Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, die auf erhebliche Erfolge verweisen können. Allerdings ist die psychiatrische Versorgungslandschaft gekennzeichnet durch zersplitterte Finanzierungswege und Leistungsangebote, die nicht reibungslos ineinandergreifen. Psychisch kranke Menschen sind häufig nicht in der Lage, Ansprüche auf Rehabilitation anzumelden und durchzusetzen.

Rehabilitation psychischer Erkrankungen sollte sich auf Personen und nicht auf Institutionen zentrieren. Sie sollte auch störungsspezifische Ansätze beinhalten und sich auf diejenigen Symptome und Funktionen konzentrieren, die für die soziale Prognose relevant sind, auch wenn sie eher unspektakulär und unspezifisch daherkommen und im



Allgemeinen nicht Anlass für die Akutbehandlung sind. Die Rehabilitation psychisch kranker Menschen muss langfristig angelegt sein, sich von starren sozialrechtlichen Vorgaben lösen und Sektorengrenzen überwinden.

Dem Wunsch der Betroffenen nach gesellschaftlicher Teilhabe ist in der psychiatrischen Rehabilitation in noch stärkerem Maß als bisher Rechnung zu tragen. Wohnen und Arbeiten im „realen Leben“ wird von den Betroffenen klar präferiert. Sowohl die UN-Behindertenkonvention wie auch das Bundesteilhabegesetz heben diesen Aspekt hervor. Dies bedeutet Wohnen im Bereich des allgemeinen Wohnungsmarktes und Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. In der wissenschaftlichen Literatur wird dies unter dem „real-life-first“ Ansatz beschrieben. Der Gedanke der Inklusion und Vermeidung von Exklusion durch Betreuung in spezifischen Einrichtungen über die Akutbehandlung hinaus steht hierbei im Zentrum. Der „real-life-first“ Ansatz korrespondiert mit der bei psychiatrischen Erkrankungen erforderlichen von Anfang der Behandlung an einsetzenden Rehabilitation, umgesetzt wird dies aktuell z.B. durch ambulante RPK Maßnahmen. Das bei anderen Erkrankungen erfolgreich eingesetzte Stufenmodell der Rehabilitation hat sich bei psychiatrischen Erkrankungen als nur partiell zielführend gezeigt, verbleiben doch viele Rehabilitanden in den Stufenleitern der Rehabilitation auf Dauer. Dies geschieht vor allem, weil die notwendigen „Stufenübergänge“ an sozialrechtlichen Hürden und Leistungsträger-Übergängen immer wieder scheitern. Mit dem „real-life-first“ Ansatz korrespondiert das „first place then train“ Konzept hinsichtlich Wohnen und Arbeiten. Er gibt dem bisher praktizierten von „first train then place“, also dem Stufenkonzept der psychiatrischen Rehabilitation, einen anderen, den verstärkt auf die Inklusion gerichteten Ansatz und ist sektorenübergreifend. Dieser Ansatz erfordert eine individuelle, im Umfang der Beeinträchtigung angepasste, doch dauerhafte oder zumindest sehr langfristige störungsspezifische fachliche Unterstützung der Betroffenen. Mit dem Bundesteilhabegesetz öffnet der Gesetzgeber durch § 140 SGB IX Regelungen zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, indem Leistungen bei anderen Leistungsanbietern eingeführt und das Budget für Arbeit umgesetzt wird. Diese Grundlagen unterstützen den Übergang bzw. eine vorrangige Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Der Dieser „first place then train“ Ansatz hat sich in internationalen Studien als der üblichen Behandlung überlegen erwiesen, in Deutschland wurde eine gleichwertige Wirksamkeit beider Rehabilitationsmodelle gefunden. Dieser Unterschied ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in Deutschland ein weltweit einzigartiges System an psychiatrischer Rehabilitation mit differenzierten Ansätzen existiert und Mischformen der beiden Ansätze bestehen. Ein Ausbau von „first place then train“-Angeboten wie z.B. die bereits vorhandene „Unterstützte Beschäftigung“ als weiteren ergänzenden Baustein in der Arbeitsrehabilitation ist daher sinnvoll, um für die jeweils individuellen Bedarfe die jeweils passenden Angebote vorzuhalten. So ist z.B. bei psychotisch Ersterkrankten im Sinne der Sekundärprävention von der Vorrangigkeit des Supported Employment (first place then train) auszugehen. Erforderlich zum Gelingen psychiatrischer Rehabilitation ist ein hohes Maß an Bereitschaft und Mitarbeit der an diesen Prozessen Beteiligten. Es bedarf hierzu weiterer und strukturierter Gespräche auf Seiten der Arbeitgeber, der Kostenträger und weiterer an den Prozessen Beteiligter. Ziel

sollte sein, für den „real-life-first“ Ansatz bei den Kostenträgern die Gleichrangigkeit in der Finanzierung zu erreichen. Der „real-life-first“ Ansatz steht nicht im Gegensatz zu den bisherigen Strukturen der psychiatrischen Rehabilitation, er ergänzt sie vielmehr um wichtige Aspekte und favorisiert klarer die Inklusion als Schwerpunktsetzung. Zentrales Ziel aller Maßnahmen psychiatrischer Rehabilitation und aller am Prozess Beteiligten muss es sein, die bestehenden Angebote weiter zu entwickeln, um für die Betroffenen den individuell besten Weg bereit zu halten und dann auch einzuschlagen.

- Alle Beteiligten im Land sollen sich im Rahmen ihrer Aufgaben dafür einsetzen, dass dem Personenkreis des RPK-Rehabilitanden der Leistungskatalog und die Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsträger umfassend, bedarfsgerecht und ausreichend zur Verfügung stehen und präventive Maßnahmen in den SGB II, III, V, VI und IX ausgebaut werden.
- Aus Sicht der BWKG, des Ärztlichen Verbands Krankenhauspsychiatrie in Baden-Württemberg, der Landesarbeitsgemeinschaft RPK und der Landesärztekammer erscheint es besonders wichtig, die Rehabilitation psychisch kranker Menschen bereits während der Phase akutstationären Behandlungsbedarfs im Rahmen einer sog. Frührehabilitation anzusetzen. Dies dürfe durch eine weitere Verkürzung der Verweildauern, auch im Rahmen der Einführung eines neuen Entgeltsystems, nicht konterkariert werden. Die Psychiatrie-Personalverordnung sieht vor, dass die rehabilitative Behandlung im Krankenhaus stattfindet und ein Bessern und Lindern der Krankheitsfolgen, mit diesen leben lernen, eine Enthospitalisierung sowie eine Wiedereingliederung umfasst. An dieser grundsätzlichen Entscheidung solle festgehalten werden. Bezüglich eintretender längerer Verweildauern von Patientinnen und Patienten müssen im Einzelfall tragfähige Lösungen gefunden werden. Daneben muss auch für den weiteren Ausbau der vorhandenen Versorgungsstruktur gesorgt werden, um den Patientinnen und Patienten nach Ende der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit eine möglichst wohnortnahe rehabilitative Weiterbehandlung zu ermöglichen. Im Fokus stehen dabei Reha-Angebote für Patientinnen und Patienten, die (noch) nicht in der Lage sind, eine RPK-Maßnahme durchzuführen.
- Hinsichtlich privatversicherter Patientinnen und Patienten ist darauf hinzuweisen, dass eine medizinische Rehabilitation je nach Vertragsgestaltung häufig ausgeschlossen und die oder der Betroffene im Reha-Fall daher nicht anspruchsberechtigt ist bzw. auf eine Selbstbeteiligung verwiesen wird. Die örtliche Kommune muss dann nicht automatisch für die Kosten aufkommen, es bleibt die Einzelfallprüfung.
- Mit Blick auf die Finanzierung medizinischer Reha-Angebote für psychisch kranke Menschen gestaltet es sich als problematisch, dass die Anbieter von medizinischen Reha-Leistungen letztlich keine effektiven Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Vergütungsansprüche gegenüber den Kostenträgern haben. Der Koalitionsvertrag der Landesregierung sieht daher vor, für die Verankerung eines Rechtsanspruchs der Reha-Einrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und IX, die die Investitionskosten zeitgemäßer Rehabilitationsmedizin (technische und räumliche Ausstattung)

sowie die Qualitätsvorgaben und Personal- und Sachkostensteigerungen abdeckt, eine Bundesratsinitiative zu starten.

- Zu empfehlen wäre ferner die flächendeckende Einführung einer der Aufnahme in eine RPK-Maßnahme vorgeschalteten „Klinischen Belastungsprüfung“, u.a. mit dem Ziel, eine konkrete und differenzierte Rehabilitationsplanung vornehmen zu können und die Kosten und Abbrecherquoten der RPK-Maßnahmen zu senken.
- Aufgrund drastisch gesunkener akutpsychiatrischer Verweildauern und Strukturwandel der Akutpsychiatrie sind die in der Psych-PV verankerten rehabilitativen Leistungen in der Akutpsychiatrie fast vollständig aus der Versorgungslandschaft verschwunden. Die entstandene Versorgungslücke führt dazu, dass die Eignungsvoraussetzungen für eine RPK-Behandlung für die Bewerberinnen und Bewerber zu hoch sind. Gleichzeitig ist die vorgeschriebene Personalintensität für frühe psychiatrische Rehabilitationsphasen deutlich zu niedrig. Zur Evaluierung funktionsfähiger Ansätze wird daher ein Forschungsprojekt zu einer intensivierten medizinischen Eingangsphase der RPK- Komplexbehandlung vorgeschlagen, um eine zeitgemäße Adaptation des seit Mitte der 80er Jahre bestehenden RPK-Modells zu leisten.

Das Modellprojekt soll für Bewerberinnen und Bewerber mit großer Symptom- oder Krankheitsfolgenbelastung und dadurch erhöhtem Betreuungsbedarf offen stehen und folgende Fragen operationalisieren und prüfen:

1. Wie kann die Personengruppe psychopathologisch und ICF-konform beschrieben werden?
2. Kann eine dem medizinischen Teil der RPK vorgeschaltete intensive Therapiephase mit zusätzlichen therapeutischen Leistungen aller im multiprofessionellen Team vertretenen Berufsgruppen zu einem gleichwertigen Outcome führen wie dies in der regulären RPK-Komplexbehandlung dokumentiert werden kann (bei Entlassung und im 1-Jahres-Katamnese-Zeitraum)?
3. Wie hoch ist der Zeitbedarf für die medizinische Eingangs-Rehabilitationsphase bis zur Erreichung von RPK-Fähigkeit für das bestehende RPK-Konzept?
4. Kann eine solche vorgeschaltete Intensivbehandlungsphase neben der Vorbereitung für die RPK-Behandlung evtl. auch als Vorbereitung auf andere berufliche Reha-Maßnahmen, bspw. im BTZ dienen?
5. Welche spezifischen Therapieelemente tragen nach retrospektiver Bewertung durch Therapeutinnen/Therapeuten und Rehabilitandinnen/Rehabilitanden zur Verbesserung des Outcomes bei welchen Patientinnen/Patienten bei?
6. Welche Patientengruppen profitieren insbesondere von der frühen psychiatrischen Rehabilitationsphase?

Das Modellprojekt bedarf finanzieller Förderung für den erhöhten Personalbedarf und die wissenschaftliche Begleitung.

- In den RPK-Empfehlungsvereinbarungen werden ausdrücklich möglichst wohnortnahe und vernetzte Angebote der Rehabilitation gefordert. Die Rehabilitation soll das berufliche sowie persönliche Lebensfeld einbeziehen und ein Training der Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung beinhalten. Des Weiteren wird die Sicherstellung der

Einbindung in die regionale Versorgung für unerlässlich gehalten. Diese Arbeitsweise ist nur im unmittelbaren Kontext des Rehabilitanden, also dessen Lebensumfeld möglich. 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 der Rehabilitand in seinem gewohnten Wohnumfeld verbleiben kann. 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.

- Einen Ansatzpunkt für die berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bietet das Modellprojekt „Supported Employment“, das seit Juli 2015 im Zentrum für Psychiatrie Reichenau angeboten wird. Hierbei handelt es sich um einen Teil einer aus drei Komponenten bestehenden präventiven Psychosebehandlung (Früherkennung, Frühbehandlung und Job-Coaching), der zur Verhinderung von gravierenden Krankheitsfolgen insbesondere bei jungen Psychose-Ersterkrankten eingesetzt wird. Ein Job Coach hilft unter anderem bei der Suche nach einem passgenauen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt und begleitet die Klientin bzw. den Klienten dort fortlaufend und ohne zeitliche Befristung. Das Angebot ist in die Gemeinde integriert und bedarf einer weiteren Evaluation.
- Die Sozialgesetzgebung definiert den Grundsatz ambulant vor stationär. Unter diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen ist die Umsetzung einer ambulanten oder mobilen Rehabilitation zielführend. Der Vorteil einer mobilen Rehabilitation liegt darin, dass diese nicht an lange Wartezeiten und ausschließlich an eine institutionelle Verortung gebunden sind, sondern den Rehabilitanden zeitnah, zügig und im Lebensfeld erreicht. Die bestehenden Ressourcen können genutzt oder erschlossen werden. Mit Beteiligung der Leistungsberechtigten wird über ein Case-Management der Rehabilitationsplan erstellt. Die mobile Rehabilitation sollte als Baustein im Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt werden, sie arbeitet aufsuchend. Eine modellhafte Erprobung mobiler Rehabilitationsteams in Baden-Württemberg wird in Betracht gezogen. Für die Kostentragung gibt es in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern Vertragsgrundlagen. Die ambulanten Leistungen werden wohnortnah als Komplexleistung erbracht (Ergotherapie, Belastungserprobung, Arbeitsgelegenheiten, Job Coaching etc.). Bei erfolgreicher ambulanter/mobiler Rehabilitation kann eine stationäre Rehabilitation vermieden oder verkürzt werden. Der besondere Vorteil der ambulanten/mobilen Rehabilitation liegt darin, dass sie eine Vernetzung der Reha-Einrichtung mit dem Versicherten und seinem Arbeitsplatz auf örtlicher Ebene ermöglicht. Dies ist im Hinblick auf die berufliche (Wieder-) Eingliederung des Leistungsberechtigten von spezieller Relevanz.
- Hinsichtlich einer langfristigen Sicherung einer erfolgreichen medizinischen und beruflichen und sozialen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen ist es notwendig, dass ambulante Nachsorgekonzepte entwickelt werden. Psychisch kranke Menschen

haben häufig einen Hilfebedarf in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen und Gesundheit und es fällt ihnen zeitweise schwer, selbst für die Koordination der Hilfen zu sorgen. Nachhaltige Rehabilitationserfolge werden durch eine kontinuierliche Unterstützung des Rehabilitanden im Lebensumfeld gesichert und setzt ein mit dem Rehabilitanden gemeinsam erstellten Behandlungs- und Rehabilitationsplan bzw. Nachsorgeplan voraus. Mit dessen Umsetzung sollte ein vom Rehabilitanden ausgewählter Fallmanager bzw. Lotse im Sinne der koordinierenden Bezugsperson aus den Verbundstrukturen des GPV bzw. GPZ betraut werden. Hierzu regen wir ein Modellprojekt unter wissenschaftlicher Begleitung an.

- Vor dem Hintergrund, den richtigen Rehabilitationsweg für jeden einzelnen zu finden, kann ein individuelles, personenbezogenes Budget die Finanzierung unterschiedlicher Reha-Angebote über individuell notwendige und sinnvolle Zeiträume hinweg erlauben. Ein „Rehabudget“ könnte ein Perspektivenwechsel weg von „Maßnahme-“ oder „Leistungsträger-“ perspektive hin zur „Betroffenenperspektive“ ermöglichen. Der Übergang zwischen unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär, stationär) bis hin zur Nachsorge und betrieblichen Unterstützung während und nach Eingliederungsmaßnahmen könnte personenbezogen dem individuellen Funktionsniveau angepasst und deutlich effektiver gestaltet werden.

Als Voraussetzung müsste ein Finanzierungsrahmen entworfen werden, der eine Beantragung nicht einzelner Reha-Maßnahmen, sondern eines individuellen Rehabudgets inklusive früher rehabilitativer Angebote ermöglicht. Dies würde eine Sozialgesetzbuch übergreifende Abstimmung der Leistungsträger erfordern, mit dem Ziel, dass sich alle Leistungsträger mit finanziellen Beiträgen am „Rehabudget“ beteiligen.

Um die Leistung personenbezogen und effektiv zu gestalten bietet sich an, den Betroffenen einen „Lotsen“ im Sinne eines Case-Managers zur Seite zu stellen, der bereits im Antragsverfahren psychisch kranke Menschen unterstützt und ihnen über die gesamte Reha-Dauer zur Seite steht. Sinnvoll könnte hier die Erarbeitung eines „Lotsenpools“ sein, der in bestehenden Strukturen von Leistungsträgern oder Leistungserbringern (ähnlich der gemeinsamen Reha-Servicestellen) oder in einer neu zu schaffenden Struktur von Leistungsträgern und Leistungserbringern, z.B. organisiert durch eine gemeinsame Konferenz, gegründet wird. Sinnvoll wäre auch, die Lotsen entsprechend zu qualifizieren, damit diese den Überblick über Reha-Angebote und Rahmenrecht für die einzelnen Klienten nutzbar machen können.

## **V. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Krisen- und Notfallintervention:**

**Bearbeitungsstand: September 2015**

### **1. Zielformulierung**

Seelische Erkrankungen können sich krisenhaft zu Notfällen zuspitzen. Dann werden Betroffene und ihre Angehörigen neben dem Leid durch die Erkrankung an sich mit Angst, Ratlosigkeit und Kontrollverlust konfrontiert. Auf Seiten der professionell involvierten Personen stellt sich zusätzlich die Abwägung zwischen Sicherheit, Hilfe und Macht im Einsatz der therapeutisch verfügbaren Mittel auf dem Boden der gesetzlichen, berufsständischen und ethischen Abwägungen.

Eine optimale Hilfe im psychiatrischen Notfall zielt ab auf:

- Linderung des subjektiven Leidens,
- Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Hilfesuchenden, Begleitung in der Krise, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Autonomie und Selbstbestimmung,
- Einsatz möglichst milder Mittel,
- Gezielte Indikationsstellung für stationäre Aufnahmen,
- Vermeidung des Einsatzes freiheitsentziehender Maßnahmen.

### **2. Klärung der Begrifflichkeiten**

Die Begriffe Krisenbehandlung und Notfallbehandlung sind nicht völlig trennscharf. In beiden Fällen geht es um eine Behandlung, die in der Regel ärztlich verantwortet sein muss und in den Strukturen des SGB V vergütet wird.

Eine Krisen- und Notfallbehandlung kann grundsätzlich ambulant, tagesklinisch oder vollstationär durchgeführt werden. Dies hängt von der Intensität der Krise oder des Notfalles und von den zur Verfügung stehenden psychosozialen Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten, der persönlichen Lebenssituation sowie dem Behandlungswunsch ab.

Bei einer Krise handelt es sich in der Regel um eine sich langsam oder akut entwickelnde Zuspitzung einer vorbestehenden Erkrankung oder psychischen Situation, die ggf. im Verlauf der Entwicklung durch relativ geringfügige Interventionen, so diese verfügbar sind, beendet oder modifiziert werden kann. Eine Zuspitzung einer krisenhaften Entwicklung oder eine sehr rasche Entstehung einer Krise mündet in der Regel in einen Notfall, der dann sehr rasch behandelt werden muss. Im Gesprächskontakt mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. vertrauter Personen sind die Möglichkeiten psychotherapeutischer Deeskalation und Hilfe sehr groß. Dies kann auch von approbierten psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleistet werden. Je nach Akuität, Komplexität und ggf. Gefährdungspotential der Patientin bzw. des Patienten bedarf es jedoch zuweilen einer stationären Behandlung.

Zu trennen von der Krisen- und Notfallbehandlung ist die Krisenintervention. Beide Bereiche sollten niederschwellig erreichbar sein und in jedem Landkreis sehr zeitnah zur Verfügung stehen.

### 3 Darstellung der bestehenden Strukturen

- Versorgung durch die Hausärztinnen und Hausärzte

Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) versorgt der hausärztliche Bereich gemeinsam mit dem hausärztlich tätigen Internistinnen bzw. Internisten ca. 70 % aller psychischen Erkrankungen. Der Anteil der hausärztlichen Versorgung war schon immer sehr hoch und dem wurde auch in der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin Rechnung getragen. Zum einen geschieht dies dadurch, dass in der Definition zum Fachgebiet Allgemeinmedizin explizit festgehalten ist: „...hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdung und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall...“. Als Weiterbildungsinhalt ist explizit auch genannt „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in „...psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen, einschließlich der Krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranke...“.

Diesen Fortbildungsinhalten wird auch über einen 80 Stunden-Kurs Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 der Weiterbildungsordnung (WBO) für Allgemeinmedizin in der sogenannten Psychosomatischen Grundversorgung Rechnung getragen. Dieser Kurs beinhaltet u.a. die Schulung in Gesprächsführung bei entsprechenden psychiatrischen und psychosomatischen Problemstellungen.

Zu den Aufgaben im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung gehören dabei die differentialdiagnostische Abschätzung psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen, grundlegende therapeutische Leistungen, vor allem Beratung und Unterstützung, die angemessene Vorbereitung (Aufklärung und Motivation) und Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten, die spezielle psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfe brauchen.

Mit dem allgemeinen ärztlichen Examen sind eingehende Kenntnisse neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen nachgewiesen, so dass diese selbstverständlich auch in der hausärztlichen Versorgung vorausgesetzt werden können. In dieser Entwicklung fällt der hausärztlichen Kompetenz zur Erkennung und Behandlung psychischer Krankheitsbilder eine große Bedeutung zu. Der hohe Versorgungsgrad von psychischen Erkrankungen im hausärztlichen sowie hausärztlich-internistischen Bereich belegt auch die genannte Bedeutung eines niederschweligen Zugangs zum therapeutischen System und der Rolle der Hausärztin bzw. des Hausarztes als Vertrauensperson bei diesen Störungsbildern. Es unterstreicht aber auch die

Notwendigkeit einer fachgerechten Fortbildung auf der Grundlage der beruflich vorgegebenen Weiterbildungen.

Vor dem Hintergrund der Zunahme psychischer Störungen, dem zunehmenden Nachwuchsmangel im ärztlich-niedergelassenen Bereich sowie der demografischen Entwicklung wird es nachvollziehbar, dass die Krisen- und Notfallversorgung zukünftig trotz deren sehr wichtiger „Gate-Keeper“-Funktion nicht überwiegend durch die Hausärztinnen und Hausärzte geleistet werden kann, sondern der nachhaltigen Unterstützung ergänzender Versorgungsangebote bedarf.

Ungünstig wirken sich unter anderem folgende, über die Landesgesetzgebung hinausgehende Umstände aus:

- Fragmentierung der Leistungen nach SGB aus der individuellen Patientensicht
- Strukturelle Fehlanreize für die niedergelassene, nervenärztliche Therapie (Schwerpunktsetzung in der Richtlinienpsychotherapie mit erheblicher Abnahme der behandelbaren Patientinnen und Patienten pro Therapeutin bzw. Therapeuten und Zeit)
- Lediglich finanzielle Teilnahme niedergelassener psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung von Notfällen ohne direkte Patientenversorgung als Therapeutin bzw. Therapeuten (vor allem nachts und am Wochenende)

Es ist geplant, dass sich auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung psychiatrischer Notfälle (vor allem nachts und am Wochenende) durch Vergabe kurzfristiger Krisentermine beteiligen.

- Versorgung durch die Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenärztinnen und -ärzte

Sowohl die Hausärztin bzw. der Hausarzt als auch die Fachärztin oder der Facharzt kann Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten mit neu auftretenden psychischen Problemen sein, in der Praxis ist es zumeist die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder hausärztlich tätige Internistin oder Internist, welche bzw. welcher konsultiert wird. Betroffene mit bekannten psychischen Störungen werden auch im Krisenfall versuchen ihre Fachärztin bzw. ihren Facharzt aufzusuchen, wenn dies nicht möglich ist, wenden sie sich an den ärztlichen Notdienst. Es muss davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig der ärztliche Notdienst den Großteil aller Notfälle aus dem Bereich Psychiatrie und Psychosomatik als Erstkontakt zu versorgen hat.

- Vorstationäre Versorgung an Kliniken

Patientinnen und Patienten, welche sich mit ihren psychischen und ggf. körperlichen Beschwerden direkt an eine Klinik wenden, können dort, bei fehlender Indikation einer ambulanten Weiterbehandlung im Rahmen einer psychiatrischen Institutsambulanz, vorstationär diagnostiziert und ggf. therapiert werden. Häufig schließt sich eine Überweisung an eine geeignete Einrichtung (somatische Fachklinik) oder einen ambulanten Behandler einer anderen Fachrichtung an.



- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)

### **Ist-Versorgung:**

Patientinnen und Patienten, die bei einem Klinikträger als PIA-Patientinnen und PIA-Patienten geführt werden, haben einen Anspruch auf eine 24-Stunden Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit. Während der regulären Arbeitszeiten der PIA wird dieser Auftrag i.d.R. von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Institutsambulanz gewährleistet. Bei Nacht, am Wochenende und am Feiertag ist die bzw. der ärztliche Diensthabende der betreffenden Psychiatrischen Klinik zuständig.

Auf diese Weise ist eine ambulante Behandlung einer sich entwickelnden Krise ebenso möglich wie eine ggf. notwendige rasche und niederschwellige teilstationäre oder stationäre Aufnahme.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die bei niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten in Behandlung sind, wird theoretisch vom allgemeinen ambulanten ärztlichen Notdienst übernommen. Hierbei ist es wichtig, dass die Behandlung auf der Grundlage der berufsrechtlichen Fortbildung gemäß den entsprechenden Leitlinien (wie z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)) erfolgt.

Eine Krisenintervention für diejenigen psychisch kranken Personen, die ein Angebot des betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, sollte, je nach Intensität der Wohnbetreuung, von der betreuenden Einrichtung geleistet werden können. Auch hier sind Anspruch und Realität oft weit auseinander.

- Tagesklinische und vollstationäre Versorgung

Zuweisende zu den stationären psychiatrischen Notdiensten sind meist niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Behörden, zahlreiche Patientinnen und Patienten kommen jedoch auf eigenen Antrieb oder werden durch Angehörige gebracht. Die stationäre Versorgung gliedert sich in einen teilstationären, einen tagesklinischen, und einen vollstationären Bereich. Vereinzelt ist es möglich, notfallmäßig in sogenannten Akut-Tageskliniken aufgenommen zu werden. Diese zeichnen sich durch ein gegenüber der normalen Tagesklinik erweitertes Angebot aus, welches beispielsweise nicht nur eine Öffnung der Einrichtung an den Werktagen (Montag bis Freitag), sondern auch an den Wochenenden vorsieht, sowie die Möglichkeit der tagesklinischen Krisen- und Notfallbehandlung bzw. -intervention.

Alle stationären psychiatrischen Versorgungszentren verfügen über eine 24-Stunden-Notaufnahme, bzw. sind – beispielsweise bei Satellitenkliniken – 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 als Hintergrundärztin bzw. -arzt in Rufbereitschaft zur Verfügung. Somit kann hier sowohl eine qualifizierte Krisenintervention stattfinden, als auch eine Notfallbehandlung durchgeführt werden. Im Rahmen des Erstgespräches wird dann – möglichst gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten – entschieden, welche Art von Weiterbehandlung sinnvoll erscheint. Dies kann nach Krisenintervention eine ambulante Weiterbe-

handlung (PIA oder bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, oder bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt) oder eine teilstationäre (tagesklinische oder akuttagesklinische) oder vollstationäre Behandlung sein.

- Modelle

### **Der Krisen- und Notfalldienst Stuttgart (KND)**

Der KND ist der einzige bestehende Dienst unter anderem für die Zielgruppe von Menschen in psychiatrischen Krisen in Baden-Württemberg und blickt zwischenzeitlich auf eine 30-jährige Geschichte zurück. Im Jahr 1985 als sozialpsychiatrischer Notfalldienst am Wochenende begonnen, bietet der KND seit 2001 in (Tages-) Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Stuttgart zielgruppenübergreifend telefonische, persönliche und aufsuchende Hilfen für Menschen in Krisen an 365 Tagen im Jahr in der Zeit von 9.00 bis 24.00 Uhr werktags und am Wochenende von 12.00 bis 24.00 Uhr an.

In der Vergangenheit konnte der Krisen- und Notfalldienst fachärztlich-psychiatrische Kompetenz bei Bedarf über eine verbindliche Kooperation hinzuziehen und es fanden nach Abklärung gemeinsame Hausbesuche mit der diensthabenden Fachärztin bzw. dem diensthabenden Facharzt statt. Von 2001 bis 2013 bestand eine enge Kooperation zu der am selben Standort (Furtbachkrankenhaus) angesiedelten psychiatrischen Notfallpraxis (NFP) der Stuttgarter Ärzteschaft, die mit einer Neuorganisation – Facharzt auf Rufbereitschaft – und Umzug der NFP in den Standort Marienhospital eingestellt werden musste.

Eine Krisen- und Notfallversorgung ist während der täglichen Erreichbarkeiten durch Gemeindep psychiatrische Dienste, Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychiatrischen Institutsambulanzen, je nach Versorgungsgebiet grundsätzlich gewährleistet. Allerdings bieten die sozialpsychiatrischen Dienste eine ambulant aufsuchende Hilfe nur für einen Teil des Personenkreises, der vom PsychKHG betroffen ist. Für gerontopsychiatrisch und suchterkrankte Menschen bestehen bislang keine ambulant aufsuchenden Dienste, die zur Krisenintervention in der Lage wären.

In den Abend- und Nachtstunden und an den Wochenenden besteht für Menschen in psychischen Krisen und chronisch psychisch Erkrankten, ein deutlich erschwerter Zugang zur Krisen- und Notfallversorgung. In den meisten Regionen – außer der Stadt Stuttgart – wird in dieser Zeit eine Krisenversorgung nur aufsuchend vom allgemeinärztlichen Notdienst oder in den Notfallpraxen wahrgenommen, eine telefonische Beratung können in diesen Zeiten oft nur die Telefonseelsorgen mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbieten. In der Regel sind diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für allgemeine Beratungsgespräche kompetent geschult. Bei komplizierten Sachverhalten oder psychiatrischen und psychosomatischen Krisen sind diese Beratenden auf die Unterstützung professioneller Dienste angewiesen.

Daher ist ein Krisen- und Notfalldienst, der in den Abendstunden und an den Wochenenden tätig ist, in enger Vernetzung zu den ambulanten Regeldiensten und den psychiatrischen Kliniken steht und in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden ist, ein wichtiger Baustein der

Hilfen für psychisch kranke Menschen. Durch dieses Versorgungsangebot erhalten Menschen in akuten Krisen – aber auch bereits im Vorfeld von krisenhaften Entwicklungen – die für sie geeignete Hilfe.

Eine der Zielgruppen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, die während der Öffnungszeiten der sozialpsychiatrischen Dienste tagsüber Betreuung und Beratung erhalten und /oder bereits im psychiatrischen System bekannt sind. Nach § 6 des PsychKHG leisten die sozialpsychiatrischen Dienste ambulante Hilfen im Sinne des § 5. „Die Leistungen umfassen die sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend...“.

Der Krisen- und Notfalldienst ist ebenso Erstkontaktstelle für Menschen in psycho-sozialen Krisen und psychiatrischen Krisen und deren Angehörige, die bisher noch keinen Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem haben und kann hier eine präventive, frühambulante Hilfe anbieten.

Die telefonische Beratung ist ein frühzeitiger, niederschwelliger und unbürokratischer Erstkontakt in der akuten Krise. Ebenso suchen chronisch psychisch erkrankte Menschen, ohne stützende, persönliche soziale Netzwerke, Kontakt zum Krisendienst bei Belastungssituationen im Alltag außerhalb der Öffnungszeiten der Regeldienste. Die Beratung dient der Entlastung, Stabilisierung und auch Abklärung, ob weiterführende Sofortmaßnahmen z.B. in suizidalen Krisen erforderlich sind. Durch die Interventionsformen der niederschweligen Anlaufstelle, der telefonischen und persönlichen Beratung in den Diensträumen, kann häufig ein (kurzfristiger) stationärer Aufenthalt vermieden werden. Gespräche zur Nachbetreuung nach einer akuten Krise und die Vermittlung an spezielle Fachdienste, sozialpsychiatrische Dienste, die Hinführung zu einer ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung in der Versorgungsregion gehören zu den zentralen Aufgaben eines Krisendienstes, der über genaue Kenntnis der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Helfelandschaft und Versorgungsstruktur verfügt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krisendienstes sind sozialpsychiatrisch qualifiziert und sind neben ihrer Tätigkeit im Krisen- und Notfalldienst z.T. auch in anderen psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtungen tätig. Der Krisendienst verfügt damit über ein breites Spektrum an Fachwissen, beruflicher Erfahrung und Vernetzung mit anderen Fachstellen und Einrichtungen in der Region.

Der Krisen- und Notfalldienst bietet – nach eingehender telefonischer Abklärung – aufsuchende Hilfe in Form von Hausbesuchen an. Diese Interventionsform ist dann erforderlich, wenn die oder der Hilfesuchende nicht in der Lage ist, einen Dienst oder eine Notfallpraxis persönlich aufzusuchen, die krisenhafte Entwicklung sich zuspitzt und die bzw. der Betroffene und oder die Angehörigen einen Hausbesuch wünschen.

Die Zusammenarbeit des psycho-sozialen Krisen- und Notfalldienstes mit der diensthabenden Fachärztin bzw. dem diensthabenden Facharzt des Notfalldienstes der Ärzteschaft hat sich in der Vergangenheit in Stuttgart gerade bei Hausbesuchen in einer interdisziplinären Form der Zusammenarbeit gut bewährt. Die jeweiligen Fachkompetenzen werden im Lebensfeld des psychisch erkrankten Menschen wirksam. Sozialpsychiatrische Krisenintervention und psychiatrische Behandlung können auf einander abgestimmt den Hilfesuchenden in der psychiatrischen

Krise unterstützen, die Ressourcen im Lebensfeld erkennen und stationäre Aufenthalte vermeiden.

### **Modell psychosozialer Krisendienst Trier**

Der psychosoziale Krisendienst Trier bemüht sich erfolgreich mit einem minimalen finanziellen Aufwand, einen Krisendienst mit Anlaufstelle, Krisentelefon und mobilen Krisenteams zu betreiben. Der Kreis und die Stadt teilen sich hierfür die Kosten. Einsatzzeiten des Krisendienstes bzw. der mobilen Krisenteams sind von 12.00 bis 24.00 Uhr am Wochenende und an Feiertagen. Die Einsätze werden in ehrenamtlich arbeitenden Tandems durchgeführt, wobei diese aus einer Fachkraft und einer Nichtfachkraft bestehen. In Trier sind dies Studentinnen und Studenten der sozialen Fächer und 18 Fachkräfte aus einem Mitarbeiterpool des Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Die Räume und die Dienstfahrzeuge stellt das Gesundheitsamt kostenlos zur Verfügung, da diese am Wochenende und feiertags nicht genutzt werden. Die Bezahlung erfolgt per Übungsleiterpauschale gleichermaßen an alle Mitarbeitende mit Ausnahme der Verwaltungskraft.

### **Konzept der psychiatrischen Notfallversorgung in Stuttgart im Rahmen des organisierten Notfalldienstes in Kooperation mit dem Marienhospital als beispielhaftes Modell für ein Klinikum im städtischen Raum.**

Das Sekretariat der Notfallpraxis erstellt einen Dienstplan für niedergelassene psychiatrische und psychotherapeutische, ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Diese Zeit ist wochentags von 19.00 Uhr bis 0.00 Uhr und an Wochenenden, sowie Feiertagen von 7.00 Uhr früh bis 0.00 Uhr. Danach übernimmt die diensthabende Ärztin bzw. der diensthabende Arzt im Marienhospital.

Die ärztliche Psychotherapeutin bzw. der ärztliche Psychotherapeut teilt kurz vor 19.00 Uhr die Telefonnummer mit, unter der sie bzw. er erreichbar ist und hat ab dem Zeitpunkt Rufbereitschaft. Sie bzw. er wird telefonisch in die Notfallpraxis (lokalisiert im Seitenflügel des Marienhospitals, für das keine Kosten entstehen) gerufen, sobald eine Patientin oder ein Patient mit psychischer Symptomatik in der Notfallpraxis erscheint.

Die Leistung der Ärztin oder des Arztes wird als Besuch abgerechnet mit weiteren Psychotherapie-Ziffern. Wenn direkt weitere Patientinnen oder Patienten kommen, wird insgesamt nur ein Besuch vergütet.

### **Notfall-Krisen-Team e.V. (NKT)**

Nicht nur für Betroffene und Angehörige sondern auch Einsatzkräfte von Hilfsorganisationen bietet das im Landkreis Rastatt und Stadtkreis Baden-Baden aktive Notfall-Krisen-Team e.V. (NKT), welches als erster Kriseninterventionsdienst in Baden-Württemberg seit 1995 nach schweren Unglücksfällen diese Zielgruppen psychologisch betreut. Die Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter sind rund um die Uhr einsatzbereit und können von Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei, allerdings nicht direkt von den Bürgerinnen und Bürgern alarmiert werden.

#### 4. Empfehlungen

- Ärztliche Weiterbildungen

Da im Rahmen der „primärärztlichen Versorgung“ gegenwärtig die meisten Krisen- und Notfallinterventionen stattfinden, sollten entsprechend dem Berufsrecht verpflichtende Weiterbildungsangebote die fachliche Kompetenz verbessern und sicherstellen.

- Die Realisierung von Krisenbetten/Clearingbetten

Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme kann nicht immer innerhalb eines relativ kurzen ambulanten oder vorstationären Kontaktes abgeklärt werden. Die Indikation zu einer mehrtägigen bis mehrwöchigen stationären Behandlung kann manchmal erst nach einer vertieften Diagnostik innerhalb von ein bis zwei Tagen gestellt werden.

In manchen Fällen genügt es, wenn ein akuter Konflikt entaktualisiert wird, eine Krise abgefeuert wird und dann in einem ambulanten oder teilstationären Setting weiterbehandelt wird.

Von Seiten der Psychiatrieerfahrenen wird häufig, gerade für Menschen, die schon Kontakt in dem Versorgungssystem hatten, gefordert, dass es Übernachtungsplätze oder Krisenbetten außerhalb von psychiatrischen Kliniken geben soll. Dies ist denkbar, hat dann aber nicht den Anspruch und die Intensität einer psychiatrischen Versorgung, die dem Niveau einer stationären Behandlung entspricht.

Alternativ dazu könnte in psychiatrischen Kliniken die Idee eines Krisenbettes / Clearingbettes realisiert werden.

Kennzeichen einer Aufnahme in einem Krisenbett wäre die Unterbringung in wohnlich gestalteten Räumlichkeiten, max. einem 2-Bett-Zimmer; Essen, wenn gewünscht auf dem Zimmer; definierte Bezugspflegeperson. Verbunden damit wäre eine gezielte rasche Diagnostik und Abklärung der psychosozialen Situation, die Entscheidung über eine weitere Behandlungsempfehlung (ambulant, tagesklinisch, stationär) innerhalb von 24 bis max. 48 Stunden. Dann ggf. Aufnahme auf die Normalstation mit Einbindung in das gesamte Therapieprogramm der Station.

Ziel eines solchen Krisenbettes wäre die rasche Lösung und Entspannung der krisenhaften Situation und die Anbahnung einer suffizienten Weiterbehandlung, verbunden mit der Vermeidung eines längeren stationären Aufenthaltes.

Die Aufnahme unterläge generell den Regularien einer stationären Aufnahme, auch was die Indikation betrifft. Das Konstrukt wäre jedoch reserviert für spezielle Fallkonstellationen, die eine ganz kurzfristige Lösung der Situation durch eine stationäre Aufnahme möglich erscheinen lassen.

Eine Aufnahme in ein Krisenbett / Clearingbett könnte grundsätzlich nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

- Fachärztliche Notfallpraxis

Eine psychiatrische oder nervenärztliche Notfallpraxis erscheint nur denkbar in enger Abstimmung zwischen der Klinik vor Ort, den niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten und ggf. den ambulanten Diensten (SpDi). Die Klinik könnte die nächtliche „Besetzung“ übernehmen, die anderen Dienste den Tagdienst. Hier sollten niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend einbezogen werden. Die Art der Finanzierung müsste geklärt werden.

Zentrale Aufgabe einer Notfallpraxis ist auch hier das Clearing der weiteren Behandlungsoptionen, wie z.B. die zeitnahe Vermittlung in ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungsangebote.

Die Einrichtung eines aufsuchenden Krisendienstes unter ärztlicher Beteiligung erscheint unter den derzeitigen Finanzierungsregularien nicht denkbar. Im Sinne einer möglichst wenig beeinträchtigenden, personenzentrierten Versorgung die darauf abzielt, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und Patientinnen bzw. Patienten in ihrem gewohnten Umfeld zu versorgen, wäre ein solcher allerdings wünschenswert.

- Tageskliniken

Akut-Tageskliniken – im Sinne einer 7-Tage / Woche-Aufnahmepräsenz sowie der Möglichkeit der Krisen- und Notfallbehandlung resp. -Intervention – sollten ausgebaut werden, um dem gestiegenen Bedarf an diesbezüglichen Dienstleistungen gerecht zu werden.

- Weitere Empfehlungen

### **Empfehlungen zum Aufbau von Krisendiensten in Baden Württemberg aus der Sicht psychiatrieeffahrener Menschen**

Berichte von psychiatrieeffahrenen Menschen und deren Angehörigen – teilweise auch von Psychiatrie-Fachpersonen – weisen darauf hin, dass Menschen, die in akute, seelische Krisen geraten, in Baden-Württemberg unterversorgt seien. Es gebe im psychiatrischen Hilfesystem Lücken, die geschlossen werden müssten. Der Aufbau von speziellen Krisendiensten ist hier ein vielversprechender Ansatz, das Problem in Baden-Württemberg zu lösen. Es liegt auf der Hand, dass es dafür kein allgemeingültiges Konzept gibt, da die Verhältnisse vor Ort sehr unterschiedlich sind. Sind doch zum Beispiel die Möglichkeiten im ländlichen Raum deutlich unterschiedlich zu denen in größeren Städten.

Ein Krisendienst sollte mit Anlaufstelle und Krisentelefon, mobilen Krisenteams und einer Krisenwohnung ausgestattet sein. In der Anlaufstelle sollte es die Möglichkeit geben, helfende Gespräche mit den Betroffenen zu führen. Im besten Fall kann hier auch die Verwaltung des Krisendienstes untergebracht sein. Die Krisenwohnung mit der Möglichkeit, vorübergehend das krisenfördernde Umfeld zu verlassen und in kompetenter Begleitung für einige Tage zur Ruhe zu kommen, verbessert die Wirkung des Hilfsangebots wesentlich. Es kann allerdings sinnvoll sein, dass die Krisenwohnung erst in einer zweiten Ausbaustufe realisiert wird. Die Telefon-

nummer des Krisendienstes muss in der Region weit möglichst bekannt gemacht werden. Es sollte jederzeit die Möglichkeit bestehen, über das Krisentelefon Kontakt zum Krisendienst aufzunehmen. Außeneinsätze der mobilen Teams sollten 24-stündig an 365 Tagen im Jahr vorgehalten werden. Aus ökonomischen Gründen und aufgrund der Verhältnisse vor Ort kann es sein, dass die Erreichbarkeit des Krisendienstes eingeschränkt werden muss. Auf Dienstzeiten nachts, am Wochenende und an Feiertagen sollte allerdings nicht verzichtet werden. Ebenso ist es unverzichtbar, dass es die Möglichkeit gibt aufsuchend zu arbeiten, denn Menschen, die nicht in der Lage sind die Anlaufstelle aufzusuchen, dürfen von dem Hilfsangebot nicht ausgeschlossen sein. Medizinische Kompetenz sollte dem Krisendienst zur Verfügung stehen.

In Flächenlandkreisen sind die weiten Entfernungen und die dünne Besiedlung zu berücksichtigen. Hier braucht es eventuell Satellitenlösungen, wie zum Beispiel, dass das oft gut ausgebaute Netz der Sozialstationen mit entsprechend geschultem Personal genutzt wird.

Merkmale eines Krisendienstes sollten die folgenden sein:

1. Einbindung von medizinischer Kompetenz.
2. Gute Vernetzung im GPV und darüber hinaus (z.B. Polizei und Hausärztinnen bzw. Hausärzte).
3. Verbundlösung im GPV. Entweder übernimmt ein Träger aus der Region die Verantwortung oder ein eigens gegründeter Verein bzw. eine gGmbH.
4. Mitarbeit von geeigneten Ehrenamtlichen oder EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und EX-IN-Genesungsbegleitern.
5. Der Krisendienst soll allen Bürgerinnen und Bürgern der Region kostenfrei zur Verfügung stehen. Die oder der Hilfesuchende definiert, ob eine Krise besteht.

Als Möglichkeiten der Finanzierung ist zu prüfen, inwieweit die in den §§ 64 b und 140 a SGB V genannten modellhaften Konstruktionen eine tragfähige Grundlage sein könnten. Ebenfalls wäre eine mögliche Unterstützung durch die Stadt- und Landkreise, Städte und durch Stiftungen auszuloten.

Ferner wäre es sinnvoll, vor der Realisierung eine möglichst genaue Bedarfsermittlung durchzuführen und eine wissenschaftliche Begleitung (z.B. über eine Masterarbeit) anzustreben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die offensichtliche Mangelsituation nicht über die aktuell existierenden Dienste gelöst werden kann. Eine bessere Vernetzung in der Region alleine reicht nicht aus. Es empfiehlt sich der Aufbau von psychosozialen Krisendiensten mit Einbezug medizinischer Kompetenz als gemeinsame Aufgabe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Die unterschiedlichen Gegebenheiten in der Region sind zu berücksichtigen.

### **Anforderungen an die sozialpsychiatrische und psychosoziale Krisen- und Notfallversorgung in Baden-Württemberg auf der Basis der Erfahrungen der Landeshauptstadt Stuttgart.**

Das PsychKHG sieht in § 3 vor, dass Hilfen gemeindenah vorgehalten werden sollen und eine stationäre Behandlung nur dann vermittelt wird, wenn das Ziel der Hilfen nicht auf anderem Weg erreicht werden kann.

Eine Krisen- und Notfallversorgung ist während der täglichen Erreichbarkeiten durch Gemeindep psychiatrische Dienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychiatrischen Institutsambulanzen, je nach Versorgungsgebiet grundsätzlich gewährleistet. Allerdings bieten die sozialpsychiatrischen Dienste eine ambulant aufsuchende Hilfe nur für einen Teil des Personenkreises, der vom PsychKHG betroffen ist. Für gerontopsychiatrisch und sucht-erkrankte Menschen bestehen bislang keine ambulant aufsuchenden Dienste, die zur Krisenintervention in der Lage wären.

In den Abend- und Nachtstunden und an den Wochenenden besteht für Menschen in psychischen Krisen und chronisch psychisch erkrankte Menschen ein deutlich erschwerter Zugang zur Krisen- und Notfallversorgung. In den meisten Regionen – außer der Stadt Stuttgart – wird in dieser Zeit eine Krisenversorgung nur aufsuchend vom allgemeinärztlichen Notdienst oder in den Notfallpraxen wahrgenommen, eine telefonische Beratung können in diesen Zeiten oft nur die Telefonseelsorgen mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbieten. In der Regel sind diese Personen jedoch nicht für psychiatrische Krisen ausreichend qualifiziert.

Daher ist ein Krisen- und Notfalldienst, der in den Abendstunden und an den Wochenenden tätig ist, in enger Vernetzung zu den ambulanten Regeldiensten und den psychiatrischen Kliniken steht und in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden ist, ein wichtiger Baustein der Hilfen für psychisch kranke Menschen. Durch dieses Versorgungsangebot erhalten Menschen in akuten Krisen – aber auch bereits im Vorfeld von krisenhaften Entwicklungen – die für sie geeignete Hilfe.

Eine der Zielgruppen sind chronisch psychisch erkrankte Menschen, die während der Öffnungszeiten der sozialpsychiatrischen Dienste tagsüber Betreuung und Beratung erhalten und / oder bereits im psychiatrischen System bekannt sind. Nach § 6 PsychKHG leisten die sozialpsychiatrischen Dienste ambulante Hilfen im Sinne des § 5: „Die Leistungen umfassen die sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend...“.

Der Krisen- und Notfalldienst ist ebenso Erstkontaktstelle für Menschen in psycho-sozialen Krisen und psychiatrischen Krisen und deren Angehörige, die bisher noch keinen Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem haben und kann hier eine präventive, frühambulante Hilfe anbieten.

Die telefonische Beratung ist ein frühzeitiger, niederschwelliger und unbürokratischer Erstkontakt in der akuten Krise. Ebenso suchen chronisch psychisch erkrankte Menschen ohne stützende, persönliche soziale Netzwerke Kontakt zum Krisendienst bei Belastungssituationen im Alltag außerhalb der Öffnungszeiten der Regeldienste. Die Beratung dient der Entlastung, Stabilisierung und auch Abklärung, ob weiterführende Sofortmaßnahmen z.B. in suizidalen Krisen erforderlich sind. Durch die Interventionsformen der niederschwelligen Anlaufstelle, der telefonischen und persönlichen Beratung in den Diensträumen, kann häufig ein (kurzfristiger) stationärer Aufenthalt vermieden werden. Gespräche zur Nachbetreuung nach einer akuten Krise und die Vermittlung an spezielle Fachdienste, sozialpsychiatrische Dienste, die Hinführung zu einer ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung in der Versorgungsregion gehören zu den zentralen Aufgaben eines Krisendienstes, der über genaue Kenntnis der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Hilfelandschaft und Versorgungsstruktur verfügt.



## **VI. Textbeitrag der Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern**

**Bearbeitungsstand: Januar 2016**

In Deutschland leben rund drei Million 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. Experten und Wissenschaftler verweisen daher seit Jahren auf die Notwendigkeit und Bedeutung präventiver 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 Hilfsangebote 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 psycho-sozialer Entwicklung.

In Baden-Württemberg fehlt eine flächendeckende Versorgung mit präventiven Hilfsangeboten, da es in Deutschland bislang keine gesetzliche Grundlage für die regelfinanzierte präventive Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien gibt. Versorgungsanbieter befinden sich dadurch im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und die Versorgungslandschaft zeichnet sich aus durch einen Flickenteppich vieler verschiedener und zumeist projektbezogener Hilfsangebote mit zeitlich begrenzten Finanzierungskonzepten.

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.

### **„Vergessene Kinder im Fokus“ (Feb. 2012 - Feb. 2015). Ein Projekt der Evangelischen Landeskirche in Baden**

Projektziele im 3-jährigen Projekt der Evangelischen Landeskirche in Baden waren 1) Implementierung niedrigschwelliger, präventiver Hilfsangebote für betroffene Kinder und deren Familien, 2) Vernetzung und Kooperation der Hilfsstrukturen in den Regionen, insbesondere der Jugendhilfe und Gesundheitsdienste, aber auch mit politischen und finanziellen Entscheidungsträgern, 3) Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung für das Thema, zum Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen und zur Schulung von Multiplikatoren.

Zudem war und ist die Landeskirche mit den Entscheidungsträgern im konstruktiven Dialog, um einen weiteren Schritt auf dem Weg hin zu regelfinanzierten präventiven Hilfsangeboten in Baden-Württemberg zu gehen. Die Vernetzungsarbeit an den Standorten Sinsheim, Mosbach, Lörrach und Konstanz hat Kooperationen mit einer großen Zahl an Akteuren in den Regionen erschlossen. In Zukunft wird es darum gehen, die strukturelle Zusammenarbeit weiterhin zu festigen und nachhaltig zu etablieren. Das dauerhafte Bestehen und die Weiterentwicklung von Netzwerk und interdisziplinärer Kooperation setzen jedoch voraus, dass sie strukturell angelegt und finanziell hinterlegt sind. An dieser Regelungslücke an der Schnittstelle der Hilfesysteme

von Jugendhilfe und Gesundheitsversorgungssystem sind in den letzten Jahren viele engagierte Projekte und Initiativen gescheitert. Die landesweite Vernetzung mit Akteuren, die Hilfen für betroffene Kinder bzw. Jugendliche und ihre Familien anbieten, war sehr fruchtbar und bildete den Grundstein zur Gründung einer „Landesarbeitsgemeinschaft für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Baden Württemberg“. Die Bündelung der Akteure zu einem Sprachrohr erhöht die Chancen positiver Einflussnahme auf die Landespolitik, die dafür Sorge zu tragen hat, dass die Infrastruktur zur Sicherstellung von präventiven Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern weiterentwickelt wird.

In Zusammenarbeit mit der Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, wurde ein Evaluationskonzept erarbeitet. Im Vordergrund steht und stand dabei die Überprüfung der Wirksamkeit der Hilfsangebote, d.h. inwiefern Kinder tatsächlich von den Hilfsangeboten profitieren haben. Zusammengenommen verdeutlichen die Fragebogendaten des ersten Erhebungszeitpunktes (ggf. aktualisieren), dass es sich bei den im Rahmen des Projektes erreichten Teilnehmern um Familien mit zum Teil erheblichen psychosozialen Belastungen handelt, die sich nicht nur auf die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile beschränken. Zwei Drittel der Kinder zeigten bereits selbst Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung, weshalb vor diesem Hintergrund ein deutlicher Bedarf an Unterstützung in den Familien angenommen werden kann.

Im Zusammenhang mit der Teilnahme an den verschiedenen Unterstützungsangeboten konnten die Kinder dahingehend deutlich profitieren, dass sie ihr Wissen über psychische Erkrankungen und mögliche Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten deutlich erweitern konnten. In internationalen Studien zu präventiven Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern konnte ein verbessertes Verständnis für die Erkrankung der Eltern mit positiven Effekten bei den Kindern in Zusammenhang gebracht werden. Eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung der Kinder ist deshalb zentraler Bestandteil vieler Angebote für die Zielgruppe und kann entlastend auf die Kinder wirken, indem Vorurteile und Schuldgefühle im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung angesprochen und reduziert werden können. Die Angebote im Rahmen des Projektes wurden sowohl von den Kindern, als auch von den Eltern und Projektleitern sehr gut angenommen und als positiv und hilfreich bewertet. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Familien mit psychisch erkrankten Eltern um eine Zielgruppe handelt, die oft schwer erreichbar ist für präventive Hilfen, stellt diese hohe Akzeptanz eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg entsprechender Angebote dar.

Das eigentliche Ziel des Projektes konnte jedoch nicht erreicht werden, nämlich eine dauerhafte Grundlage für präventive Hilfen zu schaffen. Weder Krankenkassen noch Politik gaben eine Zusage, die begonnene Arbeit fortführen und unterstützen zu wollen, und dies obwohl bekanntlich die Therapie eines Erkrankten deutlich teurer ist als präventive Hilfsangebote und ungeachtet des Umstandes, dass die Zahl der psychisch kranken Erwachsenen zunimmt, und damit auch das Risiko, dass auch deren Kinder erkranken.

Die Landeskirche und Diakonie in Baden haben 2015 eine Landesarbeitsgemeinschaft gegründet, um allen Hilfsangeboten eine Stimme zu geben, und um gegebenenfalls auf politischer Ebene etwas bewegen zu können.