



Psychiatrie in Deutschland

Strukturen

Leistungen

Perspektiven



Arbeitsgruppe Psychiatrie
der Obersten Landesgesundheitsbehörden



IMPRESSUM

Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven

erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003)

Herausgeberin	Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 Vorsitzende: Dr. Monika Stolz, Baden-Württemberg
Ansprechpartner	Psychiatriereferentinnen und Psychiatriereferenten der Bundesländer
Stand	Februar 2007
Auflage	1. Auflage, 2007

Inhalt, Layout und Gestaltung des Berichts insgesamt sowie einzelne Elemente sind urheberrechtlich geschützt. Veränderungen daran dürfen nicht vorgenommen werden. Eine öffentliche Verwendung darf nur mit vollständiger Zitierung erfolgen.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung / Vorwort	1
2	Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung	4
2.1	Das Thema „psychische Gesundheit“ gewinnt an Bedeutung.....	4
2.2	Internationale Impulse	4
2.2.1	Die WHO „Deklaration von Helsinki“.....	4
2.2.2	Grünbuch der EU-Kommission	5
2.3	Aktivitäten in Deutschland	7
2.4	Beteiligung psychisch kranker Menschen – Selbsthilfe, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch kranker Menschen	10
2.4.1	Selbsthilfe.....	11
2.4.2	Psychiatrie-Erfahrene	12
2.4.3	Angehörige psychisch kranker Menschen	12
2.5	Stigmatisierung psychisch kranker Menschen	12
2.6	Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung.....	15
2.6.1	Berücksichtigung frauenspezifischer Lebensrealitäten	16
2.6.2	Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze	16
2.6.3	Handlungsempfehlungen für geschlechtssensible Hilfen.....	17
2.7	Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	18
2.7.1	Psychische Störungen und Migration.....	19
2.7.2	Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung	19
2.7.3	Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen	20
3	Strukturelle Weiterentwicklung psychiatrischer Leistungsangebote	22
3.1	Stadt-Land-Unterschiede	22
3.2	Allgemeinpsychiatrische Versorgung	24
3.2.1	Stationäre Versorgung erwachsener Menschen in der Allgemeinpsychiatrie	24
3.2.2	Ambulante psychiatrische Versorgung.....	27
3.3	Psychosomatik und Psychotherapie	29
3.3.1	Entwicklung der psychosomatischen Fachabteilungen und Kliniken.....	30
3.3.2	Ambulante Psychotherapie (vertragsärztliche Versorgung SGB V)	31
3.3.3	Exkurs: Besondere Probleme der Psychotherapie.....	33
3.4	Integrierte Versorgungsformen	35
3.4.1	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	35
3.4.2	Integrierte Versorgung.....	36
3.5	Zusammenfassung, Interpretation und Empfehlungen für eine strukturelle Weiterentwicklung der psychiatrischen und der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung	36
3.6	Gestaltung des Alltags und soziale Wiedereingliederung	41
3.6.1	Wohnen.....	42
3.6.2	Alltagsgestaltung	42
3.6.3	Fazit.....	43
3.6.4	Paradigmenwechsel	43
3.7	Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke und behinderte Menschen	45
3.7.1	Bedeutung der Arbeit, der beruflichen Rehabilitation und der (Wieder-) Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung.....	45
3.7.2	Überblick und Kurzanalyse von Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung	46
3.7.3	Grundsätze und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.....	48
3.8	Vernetzung, Qualität, Effizienz.....	50
4	Forensische Psychiatrie / Maßregelvollzug	52
4.1	Die Kapazitätsentwicklung in der forensischen Psychiatrie.....	53
4.2	Dauer der Unterbringung	56

4.2.1	Dauer der Unterbringung nach § 63 StGB	56
4.2.2	Dauer der Unterbringung nach § 64 StGB	58
4.3	Kosten der Unterbringung	59
4.4	Zusammenfassung und Ausblick	61
5	Einzelne Fachgebiete.....	63
5.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP).....	63
5.1.1	Angebote der KJPP.....	64
5.1.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) und Jugendhilfe.....	68
5.1.3	Handlungsempfehlungen	71
5.2	Gerontopsychiatrie	73
5.2.1	Zusammenwirken der Gerontopsychiatrie mit anderen medizinischen Fächern	73
5.2.2	Versorgungslage	74
5.2.3	Hilfen im Bereich der Pflege und Betreuung.....	76
5.2.4	Rahmenbedingungen.....	76
5.2.5	Versorgungsforschung	77
5.2.6	Handlungsempfehlungen	78
5.3	Strukturelle Weiterentwicklung und Perspektiven des Suchtpräventions- und Suchtkrankenhilfesystems.....	78
5.3.1	Einleitung	78
5.3.2	Ausgangssituation und grundsätzliche Herausforderungen für die Entwicklung der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe	80
5.3.3	Suchtprävention	83
5.3.4	Sucht- und Drogenberatung	85
5.3.5	Komplementäre Versorgung	86
5.3.6	Behandlung.....	87
5.3.7	Suchtforschung und Qualitätssicherung.....	92
5.3.8	Selbsthilfe	93
5.3.9	Handlungsempfehlungen	93
6	Handlungsempfehlungen und Strategien zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems	94
7	Anhang: Rechtliche Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung 2000 bis 2005.....	104
7.1	Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Betreuungsgesetz.....	104
7.2	Sozialgesetzbuch	104
7.2.1	Grundsicherung für Arbeitssuchende - Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)	104
7.2.2	Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).....	105
7.2.3	Kinder und Jugendhilfe - Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII).....	106
7.2.4	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)	106
7.2.5	Sozialhilfe - Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	107
7.3	Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG).....	107
7.4	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz.....	107
7.5	Strafgesetzbuch / Strafprozessordnung	108
7.5.1	Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung	108
7.6	Gesetzesvorhaben	108
7.6.1	Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt.....	108
7.6.2	Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht	108
7.7	Ländergesetze	108
	Tabellenanhang	109

1 Vorbemerkung / Vorwort

Der Vorläufer des vorliegenden Berichts entstand im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und wurde 2003 veröffentlicht¹. Er enthielt eine Bestandsaufnahme der Entwicklungen psychiatrischer Versorgung der zurückliegenden 25 Jahre und zeigte die aufgrund der Psychiatrie-Enquête aus dem Jahr 1975 eingetretenen Veränderungen auf. Diese beruhten insbesondere auf einem grundlegenden Umbau der Versorgung schwerst chronisch psychisch kranker Menschen, die bis dahin überwiegend in Großkrankenhäusern und Heimen „hospitalisiert“, häufig wohnortfern behandelt und versorgt wurden. Der GMK-Bericht Psychiatrie 2003 dokumentierte aber auch den Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen mit klinischer und ambulanter Behandlung und Therapie, Angebotsformen in den Bereichen Wohnen, Alltagsgestaltung, Arbeit und Beschäftigung ebenso wie die vielfältigen Anstrengungen der Länder und Kommunen zur Ausgestaltung und Steuerung der Versorgungssysteme. Gefördert wurde dieser Prozess durch verschiedene Änderungen in den einschlägigen Sozialgesetzen und den länderspezifischen Gesetzgebungen (z.B. den Psychiatriegesetzen) sowie ein umfangreiches Förderprogramm des Bundes.

Mit der Verabschiedung des GMK-Berichts 2003 erteilte die Gesundheitsministerkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) den Auftrag, zielgerichtete Vorschläge und Strategien zur strukturellen Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems vorzulegen und den Bericht in regelmäßigen 5-jährigen Abständen fortzuschreiben.

Die AOLG leitete diesen Auftrag an die AG Psychiatrie weiter.

Der vorliegende Bericht erfüllt diesen Auftrag der GMK. Er greift dabei die Schwerpunkte des GMK-Berichts 2003 auf und beschreibt die jetzt bestehenden Strukturen. Damit verbunden sah sich die AG Psychiatrie wiederum in der Verpflichtung, eine umfangreiche und alleinig zu diesem Zweck von den Psychiatriereferentinnen und –referenten konzipierte Datenerhebung in allen Bundesländern durchzuführen. Ausgehend von der These, dass es möglicherweise eine eher ländlich und eine eher städtisch geprägte Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen gibt, wurden ergänzend Daten in ausgewählten Großstädten und Ballungsräumen erhoben.

Mit dem gewonnenen „Kerndatensatz des psychiatrischen Versorgungssystems“ besteht erstmals die Möglichkeit, die komplexen Strukturen in den psychiatrischen Versorgungssystemen der Länder transparent zu machen. In der Erarbeitung des Berichts hat sich gezeigt, wie sinnvoll ein solcher Kerndatensatz für die Beantwortung vergleichender Fragestellungen ist. Jedoch wurden auch die methodischen Grenzen dieser Erhebung deutlich. Die weitere Steigerung der

¹ „Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren“ durch die Gesundheitsministerkonferenz am 2./3. Juli 2003 in Chemnitz beschlossen (**GMK-Bericht Psychiatrie 2003**)

Validität der erhobenen Daten und somit der verlässlichen Interpretationsfähigkeit ist nur unter Einbezug externer Kompetenz und Leistung machbar.

Die erhobenen Daten ermöglichen die Darstellung gleichartiger, aber auch unterschiedlicher Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Daten eine 100%ige Vergleichbarkeit ermöglichen, da trotz eines einheitlichen Erhebungsmusters gleiche Benennungen einzelner Hilfen in der Realität voneinander abweichende Angebote beinhalten können. Hier ist es erforderlich, darauf hinzuwirken, dass Begrifflichkeiten und Inhalte bundesweit einheitlicher gestaltet werden.

Um die Lesbarkeit des Berichts zu erhalten, werden nur wenige Daten im Textteil dargestellt. Für eine vertiefende Datenanalyse steht der umfangreiche Tabellenanhang zur Verfügung.

Im Kapitel „Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung“ wird neben internationalen und nationalen Erklärungen und Untersuchungen zur Relevanz psychischer Erkrankungen die Bedeutung der Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen wie auch der Selbsthilfe als wichtiger Baustein psychiatrischer Versorgung betont. Weitere Schwerpunkte dieses Kapitels sind der Problematik der Diskriminierung/Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, der Bedeutung von Gender Mainstreaming und der sich aus der Migration ergebenden Probleme gewidmet. Damit werden überwiegend Themen aufgegriffen, die der vorangegangene Bericht noch nicht beschrieben hat.

In der „Strukturellen Weiterentwicklung psychiatrischer Leistungsangebote“ werden die klinische und ambulante ärztliche Versorgung ausführlich beschrieben. Stadt-Land-Unterschiede werden exemplarisch herausgearbeitet. Weitere Schwerpunkte nehmen die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung und die Bereiche Wohnen, Alltagsgestaltung sowie Arbeit und Beschäftigung ein.

Im Anschluss werden einzelne psychiatrische Fachgebiete thematisiert. Hierzu zählen die Forensische Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und die Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe.

Jedes dieser Kapitel enthält zielgerichtete Handlungsvorschläge und Perspektiven. Zum Ende des Berichts werden diese zu Handlungsempfehlungen für eine strukturierte Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems gebündelt, deren Umsetzung im nächsten Bericht hinterfragt werden wird. Ein Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter wie z.B. der Sozialleistungsträger mit Rentenversicherungsträgern und Arbeitsagenturen im Bereich Beschäftigung oder zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule.

Nicht alle Themen konnten in der gleichen Tiefenschärfe behandelt werden. Dies gilt z.B. für die Gerontopsychiatrie. Da aufgrund der demografischen Entwicklung diesem Teilgebiet psychiatrischer Versorgung jedoch eine stark zunehmende Bedeutung zukommt, wird ein folgender Bericht einen diesbezüglichen Schwerpunkt enthalten.

Die einzelnen Kapitel dieses Berichtes weichen in der Form der Darstellung teilweise von einander ab, da sie von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren der AG Psychiatrie erarbeitet wurden. Deshalb ließen sich nicht in jedem Falle Redundanzen vermeiden. Das Kapitel „Suchtprävention und Suchtkrankenhilfesystem“ ist ein eigenständiger Beitrag der AG Suchthilfe der AOLG.

Um den gegenwärtigen Stand der Hilfen in den Ländern zu beschreiben, wurden die einzelnen Angebote im Sinne eines Benchmarking für das Jahr 2005 - bezogen auf die Einwohnerzahl des jeweiligen Landes - dargestellt.

Entsprechend des Auftrags wird neben positiven Entwicklungen auch auf vorhandene Defizite und Schwierigkeiten hingewiesen, und es werden Perspektiven der Weiterentwicklung aufgezeigt. Dabei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Im Anhang wird die „Rechtliche Weiterentwicklung“ beschrieben, insbesondere werden die Änderungen in den Sozialgesetzbüchern, zum Betreuungsgesetz, Behindertengleichstellungsgesetz und zur Strafgesetzgebung erläutert.

Zusammenfassend kann für diesen Bericht festgehalten werden, dass die großen Umbrüche im System der psychiatrischen Versorgung, wie sie im GMK-Bericht 2003 für den Zeitraum 1975 bis 2000 dargestellt wurden, der Vergangenheit angehören. Im Vordergrund stehen jetzt vermehrt Anstrengungen, die entwickelten Leistungsbausteine nach fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung der jeweils zugrunde liegenden Finanzierung aufeinander zu beziehen und im Sinne regionaler Verbundstrukturen weiterzuentwickeln. Aus Sicht der Psychiatriereferentinnen und Psychiatriereferenten liegt hier eines der Hauptaufgabenfelder für die Länder und Kommunen in den nächsten Jahren.

2 Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung

Der vorliegende Bericht über die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems in Deutschland befasst sich mit strukturellen und fachlichen Fragen der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. In diesem Zusammenhang sind einige Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung. Sie werden hier vorangestellt, da sie in den nachfolgenden Kapiteln für alle Bereiche eine mehr oder weniger große Rolle spielen, ohne im Einzelnen immer wieder angesprochen zu werden.

2.1 Das Thema „psychische Gesundheit“ gewinnt an Bedeutung

Seit der Verabschiedung des GMK-Berichts 2003 hat das Thema psychische Gesundheit in der öffentlichen Diskussion und in der politischen Debatte nachhaltig an Bedeutung gewonnen.

In der Öffentlichkeit haben verschiedene Erklärungen, Studien und Reporte zu einer stärkeren Aufmerksamkeit gegenüber psychisch kranken Menschen beigetragen. Sie zeigen auch weiterhin Handlungsbedarfe auf. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist inzwischen eine Zielsetzung vielfältiger gesundheitspolitischer Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, von Verbänden und Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Zusätzliche Aufmerksamkeit und gesundheitspolitische Relevanz hat das Thema psychische Gesundheit durch Initiativen auf europäischer Ebene gewonnen, zumal wesentliche Aussagen zur Entwicklung psychischer Störungen und Belastungen in den Ländern der EU mit Erkenntnissen übereinstimmen, die über die gesundheitliche Situation in Deutschland gewonnen wurden.

2.2 Internationale Impulse

2.2.1 Die WHO „Deklaration von Helsinki“

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO haben sich im Januar 2005 in Helsinki auf einer Konferenz über psychische Gesundheit darauf verständigt, der Zunahme psychischer Erkrankungen in den Regionen gezielt entgegenzuwirken. Die europäischen Staaten rücken damit psychische Gesundheit aus dem Schatten von Stigma und Diskriminierung in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten. Durch die Annahme einer Erklärung und eines Aktionsplans² zum Thema psychische Gesundheit gingen sie eine politische Selbstverpflichtung für die kommenden fünf bis zehn Jahre ein. Die Mitgliedstaaten arbeiten daran, die Prinzipien aus der Erklärung zu verwirklichen und die Ziele der im Aktionsplan genannten und nachfolgend aufgeführten Arbeitsbereiche zu erreichen:

² Aktionsplan und Erklärung sind im Internet abrufbar unter:
www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/MNHCONF/press/20050114_1?language=German

1. Psychisches Wohlbefinden fördern
2. Zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen
3. Gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen
4. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern
5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten
6. Gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme sichern
7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen
8. Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten
9. Ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen
10. Verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern
11. Faire und angemessene Finanzierung bereit stellen
12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen

2.2.2 Grünbuch der EU-Kommission

In einem ersten Schritt zur Umsetzung der „Deklaration von Helsinki“ hat die Europäische Kommission Ende 2005 das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“³ vorgestellt. Ziele sind die Schaffung von Rahmenbedingungen für Austausch und Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten, das Zusammenwirken von Aktionen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors in den Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene zu steigern und viele Interessenvertreter in die Lösungsfindung einzubeziehen.

Im Grünbuch der EU-Kommission wird die psychische Gesundheit der Bevölkerung als wichtige Ressource für langfristigen wirtschaftlichen Wohlstand, Solidarität und soziale Gerechtigkeit in den Mitgliedstaaten hervorgehoben. Die gegenwärtige gesundheitliche Situation in der Europäischen Union wird sehr kritisch bewertet: "Die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung ist stark verbesserungsbedürftig."

Zur Dimension psychischer Erkrankungen in der EU führt das Grünbuch aus, dass Schätzungen zufolge mehr als 27% der erwachsenen Europäerinnen und Europäer mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen leiden. Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise 3 - 4% des Bruttoinlandsprodukts. Zudem zählen psychische Störungen zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit in den Mitgliedstaaten der EU.

³ Das Grünbuch ist im Internet abrufbar unter:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf

Die am weitesten verbreiteten Störungen in der EU sind Angst und Depressionen. Es wird damit gerechnet, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden. Z. Zt. sterben in der EU etwa 58.000 Personen jährlich durch Selbsttötung⁴. Das Grünbuch beschreibt weiterhin eine enge Wechselwirkung zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Nach allgemeiner Einschätzung besteht eine der höchsten Prioritäten darin, allen psychisch kranken Menschen zugängliche wirksame und qualitativ hochwertige psychische Behandlung und Unterstützung bereitzustellen.

Deshalb wird ein umfassender Ansatz als erforderlich angesehen, der zum einen die Behandlung und Pflege von Einzelpersonen umfasst, sich zum anderen aber auch in dem Bestreben an die Gesamtbevölkerung richtet, die psychische Gesundheit zu fördern, psychische Erkrankungen zu verhüten und gegen Stigmatisierung und Verletzungen der Menschenrechte anzugehen. Patientenorganisationen und die Zivilgesellschaft sollten dabei in der Lösungsfindung eine Vorreiterrolle spielen.

Nach den Vorstellungen der Kommission könnte eine EU-Strategie folgende Schwerpunkte setzen:

1. Generelle Förderung der psychischen Gesundheit
2. Prävention psychischer Erkrankungen
3. Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und Menschenwürde.
4. Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU

Die AG Psychiatrie hat zum Grünbuch der EU-Kommission eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, die von den Ländern im Bundesrat beschlossen und vom BMG gegenüber der EU-Kommission vertreten wurde. Insgesamt sind aus Deutschland 49 Stellungnahmen gegenüber der EU-Kommission abgegeben worden. Die Chance, psychische Gesundheit/Psychiatrie öffentlich breiter zu diskutieren, ist somit genutzt worden. Es gilt nun diese Chance auch zu nutzen, um konkrete Defizite zu definieren und Strategien zu ihrer Beseitigung zu entwickeln. Die EU-Kommission hat angekündigt, im Frühjahr 2007 ein Weißbuch zur psychischen Gesundheit vorzulegen, das die bisherigen Überlegungen konkretisiert und in das die Positionen der Mitgliedstaaten einfließen werden.

⁴ Dies variiert von 3,6 pro 100.000 in Griechenland bis 44 pro 100.000 in Litauen, das zugleich die höchste Rate weltweit aufweist; Deutschland liegt mit einer Rate von 11,5 im unteren Feld.

2.3 Aktivitäten in Deutschland

Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Robert-Koch-Institutes

In dem vom Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Bericht "Gesundheit in Deutschland"⁵ wird eingeschätzt, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen wegen eines Mangels an verlässlichen Daten lange Zeit unterschätzt wurde. Häufigkeit und Auswirkungen von psychischen Leiden sowie die medizinische Versorgungslage seien in Deutschland erstmals im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 mit dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ detailliert erhoben worden. Der im Juli 2006 vorgelegte Bericht befasst sich unter verschiedenen Gesichtspunkten mit psychischen Erkrankungen (z. B: „Krankheitslast“, „Soziale Lage und Gesundheit“, „psychischen Erkrankungen“, „Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen“) und bezieht auch neuere Studien ein.

Im Ergebnis wird in Bezug auf die Entwicklung psychischer Krankheiten in Deutschland ein ähnliches Bild gezeichnet, wie es im Grünbuch für die europäische Situation aufgezeigt wird: „Depressionen und Angststörungen gewinnen an Bedeutung und spielen bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und Frühberentungen bereits jetzt eine führende Rolle“.

Reporte gesetzlicher Krankenversicherungen

Reporte verschiedener Krankenkassen haben in den letzten Jahren eine sehr deutliche Erhöhung von Krankheitsfällen und Krankheitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen festgestellt. In der öffentlichen Darstellung wurden die Auswertungen der Krankenkassen undifferenziert mit einem rasanten Anstieg psychischer Erkrankungen gleichgesetzt. Ohne die Relevanz dieser Erhebungen zu schmälern, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Untersuchungen der Kassen sich lediglich auf Diagnosestellungen und Krankheitsstände bzw. Fehlzeiten der jeweiligen Versichertengemeinschaft beziehen. Es ist jedoch verkürzt und wissenschaftlich unzulässig, dies mit dem Anstieg psychischer Erkrankungen gleichzusetzen. Die Untersuchungen setzen sich nicht mit der Tatsache auseinander, dass allein durch den Anstieg der niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutinnen/-therapeuten ein Anstieg einschlägiger Diagnosestellungen fast zwangsläufig ist. Es wird mit Recht festgestellt, dass eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen stattgefunden hat und auch Hausärzte häufiger psychiatrische Diagnosen stellen. Es wird aber nicht hinterfragt, ob Krankheitszustände, die früher unter anderen Diagnosen erfasst wurden, heute eher als psychische Störung oder psychische Erkrankung diagnostiziert werden. Um dazu fundierte Aussagen zu erhalten, wäre die Durchführung epidemiologischer Studien notwendig.

⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg) 2006. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S. 19 ff; http://www.rki.de/cln_011/nn_227198/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/GesInDtId_node.html_nnn=true

Im Zusammenhang mit der Frage des Anstiegs psychischer Erkrankungen ist zu erwähnen, dass allerdings aufgrund der demographischen Entwicklung häufiger altersassoziierte psychische Störungen bzw. Erkrankungen auftreten müssen. Diese Entwicklung kann sich jedoch nicht in den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Kassen widerspiegeln.

In den Reporten wird ein Zusammenhang zwischen ungünstigen Arbeitsbedingungen und –belastungen und dem Anstieg psychischer Störungen hergestellt. Die Vermutung erscheint einleuchtend, ein solcher Zusammenhang ist jedoch nicht belegt und bedarf entsprechender wissenschaftlicher Untersuchungen.

Arzneimittelatlas 2006

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass nach den Daten des Arzneimittelatlases 2006⁶ die Verordnungen von ausgewählten Medikamenten (angstlösende Arzneien und Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Psychosen sowie Antidepressiva), die bei psychischen Krankheiten indiziert sind, in den Jahren 2003 bis 2005 in der Summe tendenziell etwa gleich geblieben sind (-0,15%), wenn es auch in den einzelnen Gruppen unterschiedliche Entwicklungen gab. So haben in diesem Zeitraum die Verordnungen von angstlösenden Arzneien und Beruhigungsmitteln um ca. 15% abgenommen, gleichzeitig stiegen aber die Verordnungen von Antidepressiva um 7%. Aus dem Verbrauch an Psychopharmaka bei GKV-Patienten lässt sich nicht auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen schließen, wie die Krankenkassen es aufgrund der Krankschreibungen zu sehen glauben. Leider gibt es keine vergleichbaren Zahlen über die Durchführung von Psychotherapien, die die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen bzw. Schlussfolgerungen aus beiden Untersuchungen erhellen könnten.

Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen verhindern

Der im Februar 2006 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte Arbeitsbericht zum "6. Nationalen Gesundheitsziel - Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln"⁷ greift Erkenntnisse aus zahlreichen Studien auf und beschreibt eine weite Verbreitung von depressiven Störungsbildern in der Bevölkerung. Dabei wird auf einen engen Zusammenhang von (schwerer) Depression und Suizidalität hingewiesen.

Des Weiteren wird festgestellt, dass suizidales Verhalten bei Depressionen erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede zeigt: "Vor dem Hintergrund der Veränderungen der Alterspyramide und der sich in den letzten Jahren geänderten Epidemiologie der Suizidalität zeigt sich, dass Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter zu einer besonderen Risiko- und damit Zielgruppe der Suizidprävention werden." Auch für die Prävention von psychischen Erkrankungen,

⁶ Urban & Vogel GmbH, Arzneimittelatlas 2006 Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV, München 2007

⁷ im Internet abrufbar unter www.gesundheitsziele.de

vor allem bei berufstätigen Frauen, wird eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise gefordert.

Im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ wird auf neuere Erhebungen verwiesen, wonach in Deutschland 15% der Frauen und 8% der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase durchleben.

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

Im September 2006 wurden in einem öffentlichen Symposium die ersten Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)⁸ vorgestellt. Die vom Robert-Koch-Institut von Mai 2003 bis Mai 2006 durchgeführte bundesweite Studie hatte zum Ziel, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren zu erheben - darunter zum Thema „Essstörungen“ und „psychische Gesundheit“.

Ergebnis zu Essstörungen

"Insgesamt 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen wurden als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens identifiziert (Mädchen: 28,9%, Jungen: 15,2%). Der Anteil der Auffälligen mit niedrigem sozioökonomischem Status war mit 27,6% fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5%). Die als auffällig Klassifizierten weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung auf. Sie sind weniger zufrieden mit ihrem Körperselbstbild, rauchen mehr und berichten häufiger über die Erfahrung sexueller Belästigung." Diese Beobachtungen verdeutlichen, dass Geschlecht, Alter und soziale Schicht Einflussfaktoren auf Essstörungen sind. Als Schlussfolgerung wurde festgehalten:

„Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, bereits im frühen Jugendalter über die Erkrankung aufzuklären, Betroffene frühzeitig zu erkennen und Hilfeangebote zielgerichtet zu erweitern.“

Befragung zur psychischen Gesundheit

Im Rahmen des o. g. KiGGS wurde eine zusätzliche Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten, die sog. BELLA-Studie⁹ durchgeführt. In dieser Studie wurden 2.863 Familien mit Kindern im Alter von 7 – 17 Jahren, die an KiGGS teilgenommen haben, vertiefend telefonisch mit einem standardisierten computerassistierten Interview und direkt anschließend schriftlich auf postalischem Wege befragt.

Als Ergebnis der Befragung zur psychischen Gesundheit wurde festgestellt: "Bei ca. 22% der untersuchten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor, wobei circa 10% aller Kinder und Jugendlichen als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden müssen. Unter den spezifischen psychischen Auffälligkeiten treten Störungen des Sozialverhaltens (10%), Ängste (7,6%) und Depressionen

⁸ im Internet abrufbar unter www.kiggs.de

⁹ im Internet zu finden unter: <http://www.bella-studie.de/studie/index.html>

(5,4%) am häufigsten auf. Bei den vermuteten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als negative Einflussgrößen, die mit einer bis zu 4-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einhergehen.“

Die BELLA-Studie zeigt also, dass es für die Identifikation von Risikogruppen nicht nur von Bedeutung ist, die bekannten Risikofaktoren für die psychische und subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Vielmehr müssen auch die vorhandenen personellen, familiären und sozialen Ressourcen einbezogen werden. Hier finden sich Ansatzpunkte für eine wirksame Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Deutscher Ärztetag 2006

Der 109. Deutsche Ärztetag in Magdeburg hat dem Thema psychische Gesundheit breiten Raum gegeben. Neben einer EntschlieÙung zur "Aktiven Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen" (s. Nr. 2.5) verabschiedete der Ärztetag mit großer Mehrheit eine weitere EntschlieÙung mit dem Titel: „Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatischen-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“¹⁰. Darin wird festgestellt: „Psychische und psychosomatische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen der Bevölkerung. ... Der Stärkung der Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in allen Sektoren ärztlichen Handelns kommt deshalb eine herausragende Bedeutung zu.“ In einem Appell an die Bundesregierung, die Krankenkassen, aber auch an die für die ärztliche Weiterbildung zuständige Bundesärztekammer, werden mehr Möglichkeiten für die praktizierenden Ärzte und den ärztlichen Nachwuchs in Klinik und Praxis gefordert, „eine Medizin zu praktizieren, die wieder bewusst Heilkunst für Körper und Seele bringt.“

2.4 Beteiligung psychisch kranker Menschen – Selbsthilfe, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch kranker Menschen

Innovative Psychiatrie versteht sich auch als Bürgerrechtsbewegung, deren Selbstverständnis sich in einer veränderten Realität im Psychiatriealltag spiegelt und auf Emanzipation und Partnerschaft zielt. Bei psychischer Erkrankung zählt der Erhalt oder die Eingliederung in möglichst normale Lebensverhältnisse zu den wichtigsten Zielen. Dabei ist entsprechend des Vorrangs der Selbsthilfe vor professioneller psychiatrischer Fachhilfe diese nur dann zu gewähren, wenn Hilfe aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Selbsthilfe etc.) nicht oder offensichtlich nicht ausreichend vorhanden ist oder mobilisiert werden kann. Vorrang haben im konkreten

¹⁰ Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. bis 26. Mai 2006 in Magdeburg, S. 25 f. (www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/109_DAET/03Beschluss/Beschluss109DAET.pdf)

Einzelfall auch nichtpsychiatrische Hilfen durch allgemeine soziale Dienste und/oder die allgemeinmedizinische Behandlung. Nur wenn dies nicht ausreicht oder nicht vorhanden ist, setzt psychiatrische Fachhilfe durch entsprechend qualifiziertes Personal ein. Die Hilfe hat neben der Stärkung der Gesundheitspotentiale des erkrankten Menschen immer auch auf die Gestaltung eines tragfähigen sozialen Umfeldes zu zielen. Dieser psychiatriepolitische Grundsatz verdeutlicht den besonderen Stellenwert, den Angehörige, die Selbsthilfe, aber insbesondere auch die Psychiatrie-Erfahrenen selbst für die Ausgestaltung des Hilfesystems haben. Ohne ihre Beteiligung an der Planung und Ausgestaltung der Hilfesysteme besteht leicht die Gefahr, dass an den Hilfebedarfen vorbei Leistungen etabliert werden, die für den kranken Menschen nur wenig hilfreich sind.

Im Rahmen der Psychiatriereform in Deutschland hat sich das Selbstbewusstsein der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen spürbar verändert. Aber auch das professionelle System hat erkannt, dass deren Beteiligung einen wichtigen Beitrag für eine Gesundung oder Stabilisierung des psychisch kranken Menschen darstellen kann.

2.4.1 Selbsthilfe

Wichtiges Kennzeichen von Selbsthilfegruppen ist die persönliche Betroffenheit. Es treffen sich Menschen, die ein gemeinsames Problem haben, um möglichst ohne professionelle Hilfe ihre Erkrankung, Behinderung oder psychische Problemlage zu überwinden.

Selbsthilfegruppen erzielen bei der gesundheitlichen Versorgung positive Effekte, indem sie das professionelle Versorgungssystem ergänzen und die Eigenverantwortung der Betroffenen stärken und durch den Austausch von Information und Wissen eine höhere Selbstbestimmung der betroffenen Menschen ermöglichen. Sie sind inzwischen ein wichtiger Bestandteil in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geworden.

Das Wesen der Selbsthilfe ist, dass sie nicht planbar ist und schon gar nicht verordnet werden kann. Sie wächst aus der Verantwortung, der Betroffenheit oder dem Interesse der Bürgerinnen und Bürger. Ihre Förderung und auch der öffentliche Grad ihrer Wertschätzung sind ein wichtiger Indikator für eine innovative Psychiatriepolitik.

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen. Die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. schätzt ihre Zahl auf etwa 5.000.

2.4.2 Psychiatrie-Erfahrene

Psychiatrieerfahrene Menschen haben sich seit Anfang der neunziger Jahre in Bundes- und Landesverbänden organisiert und sind inzwischen fast in jedem Bundesland auf Landes- und/oder Kreisebene präsent und in allen Bundesländern akzeptierte Gesprächspartner. Sie geben wertvolle Anregungen für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, wirken in Beiräten, Besuchskommissionen und Projektgruppen mit. Sie helfen Betroffenen mit Informationen und konkreter Unterstützung, beraten zum Umgang mit ihrer Erkrankung und zu Nebenwirkungen von Medikamenten, informieren zu Selbsthilfegruppen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten. Viele Bundesländer fördern die Arbeit und Organisation Psychiatrie-Erfahrener mit - allerdings oft sehr geringen - finanziellen Mitteln.

2.4.3 Angehörige psychisch kranker Menschen

Viele psychisch kranke Menschen leben in ihren Familien. Für viele Angehörige ist es ganz selbstverständlich, sich um die betroffenen Familienmitglieder zu kümmern. Sie fühlen sich aber auch oft mit ihrer Belastung und Verantwortung alleine gelassen.

In Landes-, zum Teil auch Kreisverbänden organisiert, finden sie gegenseitige Stärkung. Sie informieren über Krankheiten, Therapien, Arbeit, Pflege, Recht und anderes mehr. Sie sind im Dialog mit den Psychiatrie-Erfahrenen und professionellen Helfern. Zentral ist der Erfahrungsaustausch untereinander über das Leben mit einem psychisch kranken Familienmitglied. Durch Information und Veranstaltungen tragen sie wesentlich mit dazu bei, das Bild über psychisch kranke Mitbürgerinnen und Mitbürger und psychische Erkrankungen zu korrigieren.

In allen Bundesländern sind die Angehörigen psychisch Kranker mit einem Landesverband vertreten, oft darüber hinaus in Psychiatriebeiräten auf Landes- oder Kreisebene. Viele Bundesländer unterstützen die Angehörigenbeteiligung finanziell.

2.5 Stigmatisierung psychisch kranker Menschen

Die fachlichen und politischen Entwicklungen in der Psychiatrie, neue Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsstrukturen sowie das Engagement von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen haben zu einer besseren Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland geführt. Dennoch bestehen in der Bevölkerung weiterhin hartnäckige Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen unterliegen einem besonderen Risiko, insbesondere in der Schule ausgegrenzt zu werden. Erwachsene verschweigen psychische Erkrankungen bzw. Aufenthalte in stationären psychiatrischen Einrichtungen gegenüber Arbeitgebern, Kolleginnen und Kollegen, Bekannten oder Vermietern aus Scham und Furcht vor Diskriminierung. Häufig werden psychische Beeinträch-

tigungen nicht als Krankheit wahrgenommen, Beispielsweise verweist der BÄK GROUND¹¹ darauf, dass depressiven Menschen ihre Störung häufig zum Vorwurf gemacht und Eltern von psychisch kranken Kindern – entgegen wissenschaftlichen Erkenntnissen – eine fehlerhafte Erziehung vorgehalten wird. Stigmatisierung psychischer Leiden entsteht u. a. daraus, dass diese nicht als Krankheiten wahrgenommen werden. Besonders große Vorbehalte bestehen gegen Menschen, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden. Stigmatisierung kann bedingen, dass Menschen aus Furcht eben vor dieser Stigmatisierung sich nicht oder zu spät behandeln lassen, die Behandlung abbrechen oder ihre Erkrankung durch eine Stigmatisierung verstärkt wird.

Auch die Angehörigen werden oft in diese Vorurteile mit eingeschlossen.

Es braucht Zeit und Geduld, die oft tief verwurzelten negativen Einstellungen bei Menschen zu verändern. Um auf diese Veränderungsprozesse hinzuwirken, reichen keine einmaligen Veranstaltungen, dies erfordert einen fortlaufenden Prozess, der auf vielen Ebenen geführt werden muss.

Die wichtigsten Handlungsfelder in einem derartigen Prozess sind

- die Verbreitung von Informationen über psychische Erkrankungen z.B. an ausgewählte Zielgruppen wie Schülerinnen/Schüler, Lehr- und Ausbildungskräfte, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, aber auch Einsatzkräfte wie Polizei oder Feuerwehr,
- Kontakte zu Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bereits gegebene Informationen unterstützen und helfen, bestehende Stigmata zu verringern und
- Protest gegen stigmatisierende Aussagen in der Öffentlichkeit, stigmatisierende Darstellungen in den Medien oder der Werbung. Hierzu gehört auch der Sprachgebrauch, der psychische Krankheiten häufig als eine Form der Herabwürdigung benutzt.

Die Politik hat hier entscheidenden Einfluss auf beispielgebende Verhaltensweisen.

Die WHO stellt in ihrem Aktionsplan für Europa¹² fest, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in vielen Fällen aufgrund von Diskriminierung nicht die gleichen Möglichkeiten geboten werden. „Die Menschenrechte und die Würde dieser Personen müssen geschützt werden. Eigenverantwortung ist ein entscheidender Schritt auf diese Zielsetzungen zu, da sie Integration und gesellschaftliche Eingliederung fördert. Fehlende Einflussmöglichkeiten für die Organisationen von Betroffenen und Betreuenden sowie unzureichende Vertretung ver-

¹¹ BÄK GROUND – Hintergrundinformationen für Journalisten der Bundesärztekammer zum 109. Deutschen Ärztetag, Mai 2006, www.baek.de

¹² s. Kap. 2.1

hindern die Gestaltung und Einführung von Konzepten und Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zugeschnitten sind.“ Sie hat daher zur Entwicklung und Umsetzung etlicher Maßnahmen aufgerufen, die u. a. Information und Aufklärung der Bevölkerung, aber auch der Medien, eine entsprechende Gesetzgebung gegen Stigmatisierung und Diskriminierung, Standards für die Einbindung Betroffener in Planungs- und Entscheidungsprozesse der Versorgungsstrukturen und die Beseitigung von Diskriminierung bei Einstellungen auf dem Arbeitsmarkt bzw. die Schaffung von Zugängen zum Arbeitsmarkt beinhalten.

Das Grünbuch der europäischen Kommission greift die Thematik der Stigmatisierung ebenfalls auf. Es stellt fest, dass ungeachtet verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und positiver Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranke Personen nach wie vor soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Verletzungen ihrer Grundrechte und ihrer Menschenwürde erfahren. Aus Sicht des Grünbuchs bedarf es auch einer Verhaltensänderung in der Öffentlichkeit, bei Sozialpartnern, Behörden und Regierungen. Die Öffentlichkeit sollte stärker für psychische Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten sensibilisiert werden. Die Integration psychisch kranker Menschen ins Arbeitsleben sollte stärker gefördert werden, woraus eine höhere Akzeptanz und ein größeres Verständnis in der Gesellschaft erhofft werden. Es ist zu erwarten, dass der Konsultationsprozess und das folgende Weißbuch konkretere Vorstellungen enthalten.

Modellprojekte haben gezeigt, dass Aufklärung und gezielte Maßnahmen Vorurteile und Diskriminierung erheblich verringern können. Bereits 1996 hat der Weltverband für Psychiatrie (World Psychiatric Association – WPA) ein Anti-Stigma-Programm¹³ konzipiert, das sich in seinen Zielen und Inhalten an den Bedürfnissen und Wahrnehmungen von schizophren erkrankten Menschen, ihren Familien und den Menschen orientiert, die beruflich mit ihnen in Kontakt stehen. Ziel dieses Programms ist es, die Schizophrenie, die besonders von Stigmatisierung betroffen ist, durch Aufklärung zu entmythologisieren, ihr das Stigma der Unheilbarkeit und Gefährlichkeit, der mangelnden Therapierbarkeit und der Hoffnungslosigkeit zu nehmen. Es will die Diskriminierung der Betroffenen und ihrer Familien wirkungsvoll bekämpfen und ihre Integration in die Gesellschaft fördern. Mittlerweile wird das Programm in 20 Staaten auf fünf Kontinenten umgesetzt.

In Deutschland wird dieses Programm durch den Verein „open the doors“ e.V. umgesetzt, gegründet von den Städten Düsseldorf, Hamburg, Itzehoe, Kiel, Leipzig und München. In der Regel involviert sind die ortsansässigen universitären Einrichtungen.

¹³ „In jedem Land, das das Antistigma-Programm neu umsetzt, startet es mit umfangreichen Befragungen dieser Zielgruppen, um zu erfahren, was ihrer Meinung nach die Hauptzielrichtung der Aktivitäten sein sollte. Das Programm ist als Joint Venture konzipiert: Es bezieht in jedem Land Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, schizophrene Erkrankte, Angehörigen-Verbände, Ministerien, Behörden, Parteien, Verbände, Medien und Unternehmen aus der Medizinbranche mit ein. Das Programm wird sich über mehrere Jahrzehnte erstrecken, um Stigma und Diskriminierung spürbar zu reduzieren.“ entnommen aus: Schizophrenie open the doors, Flyer des „open the doors“ e.V., Düsseldorf, 2000, www.openthedoors.de

Zur Unterstützung und Zusammenführung bestehender Aktivitäten mit dem Ziel der Entstigmatisierung psychischer Krankheiten wurde auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), „open the doors“ e.V. und der Stiftung Seelische Gesundheit 2004 ein Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit ins Leben gerufen. Ziel dieses Bündnisses ist es, das Wissen über psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit zu verbessern und psychisch kranken Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen. Gemeinsam mit Bündnispartnern aus relevanten gesellschaftlichen Feldern wie Politik, Gesundheitswesen, Medien, Arbeitswelt, Bildung, Sport und Kirche wollen sich die Initiatoren und Beteiligten des Bündnisses dem Abbau von Stigma und Diskriminierung der Betroffenen annehmen, um eine Verbesserung der Akzeptanz und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens zu erreichen. Hierfür wird mit langfristigem Engagement der Akteure ein breit gefächertes, bundesweites Aufklärungsprogramm durchgeführt. Das Aktionsbündnis ist als organisatorisches und kommunikatives "Dach" zu verstehen, unter dem bereits aktive lokale und überregionale Antistigma-programme und Initiativen in einem Verbund auf nationaler Ebene zusammengeführt werden. Diese Bündelung soll der besseren Vernetzung, Koordinierung und Stärkung der bereits vorhandenen unterschiedlichen Initiativen dienen.

Gemeinsam mit „open the doors“ e.V. und einem Pharmaunternehmen verleiht die DGPPN seit 2004 jährlich einen Förderpreis „Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“. Der Förderpreis wird an Personen oder Einrichtungen verliehen, die sich um die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen besonders bemühen.

Der 109. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2006 das Thema Stigmatisierung psychisch kranker Menschen aufgegriffen und vier Beschlüsse zur aktiven Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, gegen die Diskriminierung durch Arbeitgeber und private Krankenversicherer und zur Umsetzung des Kontrahierungszwangs durch den Gesetzgeber bei privaten Versicherungen gefasst.

Diese beispielhafte Darstellung verschiedener Initiativen verdeutlicht, dass auch in Deutschland ein Prozess gegen Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in Gang gekommen ist.

2.6 Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung

Die Europäische Union hat sich in ihrer Charta der Grundrechte dazu bekannt, die Gleichheit von Männern und Frauen in allen Bereichen einschließlich der Beschäftigung, der Arbeit und

des Arbeitsentgelts, sicherzustellen. Gemäß EG-Vertrag wirkt die Gemeinschaft bei allen Tätigkeiten darauf hin, Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern. Auf einer entsprechenden umfassenden Verpflichtung basiert auch das Grundgesetz.

2.6.1 Berücksichtigung frauenspezifischer Lebensrealitäten

Gender Mainstreaming¹⁴ in der psychiatrischen Versorgung bedingt die Berücksichtigung unterschiedlicher Sozialisations- und Lebensrealitäten von Frauen und Männern auch in psychiatrischen Hilfeangeboten und erfordert daher Angebote von gemischt-geschlechtlichen, frauen-, und mänderspezifischen Ansätzen.

Studien¹⁵ haben gezeigt, dass das Erleben von Gewalt für mehr Frauen zum Alltag gehört als bisher angenommen. Gewalt zeigt sich in verschiedensten Erscheinungsformen. Neben direkter körperlicher Gewalt wie Misshandlung, sexueller Nötigung, Vergewaltigung und Mord geht es auch um psychische Gewalt beispielsweise in Form verbaler Herabsetzung, Beleidigung und Bedrohung. Gewalterfahrung und Misshandlungen werden häufig nicht als Ursache für Gesundheitsbeschwerden erkannt und nicht angemessen behandelt. Spezifische Folgen der Gewalt und das Schutzbedürfnis betroffener Frauen sind zu selten bekannt.

Die häufigsten psychischen Störungen infolge erlittener Gewalt sind posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatische Störungen.

2.6.2 Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze

Die Bereitschaft, sich mit geschlechtsspezifischen Ansätzen für psychisch kranke Menschen auseinanderzusetzen, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Behandlung der

¹⁴ Gender Mainstreaming stellt eine Methode dar, um den verfassungsrechtlichen Auftrag aus dem Grundgesetz wirksam zu erfüllen.

Definition: Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.

Gender Mainstreaming ist damit ein Auftrag an die Spitze einer Verwaltung, einer Organisation, eines Unternehmens und an alle Beschäftigten, die unterschiedlichen Interessen und Lebenssituationen von Frauen und Männern

- in der Struktur,
- in der Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen,
- in den Ergebnissen von Produkten,
- in der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit,
- in der Steuerung (Controlling)

von vornherein zu berücksichtigen, um Benachteiligungen entgegenzuwirken und das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern effektiv verwirklichen zu können.

Im Sinne von Gender Mainstreaming sind Konzepte der Versorgung auf allen Ebenen auf ihre geschlechterspezifische Struktur hin zu betrachten. Damit werden unterschiedliche Erkrankungsrisiken durch Arbeitsbelastungen bei Frauen und Männern, geschlechterspezifische Fragen von Gesundheit, Krankheit und Versorgung, Unterschiede in der spezifischen Suchtgefährdung von Frauen und Männern und daraus resultierende Konsequenzen in der Prävention sichtbar.

¹⁵ Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland; Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; Prävalenzstudie unter

Thematik ebenso wie die konkrete Umsetzung dieser Ansätze ist dabei jedoch sowohl in den Institutionen als auch in den Regionen noch sehr unterschiedlich. Oft hängt es vom Engagement Einzelner oder von Arbeitsgruppen (meist von Frauen) ab, welchen Stellenwert das Thema in einer Institution oder einer Region einnimmt.

Zur Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze wird deshalb empfohlen, dass sich sowohl psychiatrische Kliniken als auch Strukturen außerhalb des Krankenhauses für psychisch kranke Menschen mit geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen auseinandersetzen und eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung in ihren Angeboten berücksichtigen.

Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass bisherige geschlechtsspezifische Projekte und Ansätze vor allem auf Frauen ausgerichtet waren und überwiegend frauenspezifische Fragen zum Inhalt hatten. Erst allmählich wird die Notwendigkeit gesehen, auch männerspezifische Ansätze zu thematisieren. Die Weiterentwicklung geschlechtssensibler Ansätze für beide Geschlechter wird deshalb eine Herausforderung für das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem ebenso wie für Wissenschaft und Forschung in den nächsten Jahren sein.

2.6.3 Handlungsempfehlungen für geschlechtssensible Hilfen

Aus den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten, Interessen und Möglichkeiten von Frauen und Männern lassen sich für ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem geschlechtssensible¹⁶ Handlungsempfehlungen ableiten:

- Planung, bedarfsgerechte Weiterentwicklung und ergänzendes Angebot geschlechtsspezifischer Hilfen im Rahmen des Versorgungssystems, das grundsätzlich für beide Geschlechter konzipiert ist,
- Schaffung geschlechtssensibler Wahlmöglichkeiten durch Anbieter und Kostenträger d.h.:
 - Beachtung geschlechtsspezifischer Präventions-/ Behandlungs-/ Therapie-/ Betreuungsansätze in allen Bausteinen gemeindepsychiatrischer Hilfen und der Suchtkrankenhilfe,
 - Besetzung aller Dienste und Angebote mit Frauen und Männern, um den betroffenen Menschen Wahlmöglichkeiten zu eröffnen. In der Regel sollte die Beschäftigtenstruktur in den Diensten die jeweilige Zielgruppe widerspiegeln,
- Stärkung der Kompetenzen und der Selbstbestimmung von Männern und Frauen d.h.:

Patientinnen der Ersten Hilfe des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms, 2003

¹⁶ Mit „geschlechtssensibel“ ist die Wahrnehmung und Berücksichtigung ggf. unterschiedlicher Bedürfnisse von Frauen und Män-

- Kompetenzen von Frauen und Männern wahrnehmen, stärken und fördern,
 - Selbstbestimmung und Mitbestimmung fördern, d.h., den Wünschen der betroffenen Menschen nach Eigenständigkeit soweit wie möglich entsprechen,
 - Beteiligung der betroffenen Menschen, der Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuer an Entscheidungsprozessen,
 - Informationen über Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung stellen,
 - sensiblen Umgang mit Sprache pflegen,
- Sicherstellung von geschlechtsspezifischen Schutzräumen, die dem besonderen Sicherheitsbedürfnis von Frauen, die (häusliche) Gewalt erfahren haben, Rechnung tragen,
 - Beim Thema Gewalt sind sowohl täter- als auch opferbezogene Aspekte zu beachten, wobei diese Rollenverteilung jeweils beide Geschlechter betreffen kann.
 - Mitberücksichtigung der Kinderbetreuung für Mütter bzw. Väter durch enge Kooperation mit dem jeweils zuständigen Jugendamt,
 - Vernetzung in regionalen und überregionalen Facharbeitskreisen und Kooperation mit geschlechtssensiblen Angeboten sowohl im psychiatrischen und Suchtkrankenhilfe- als auch im nichtpsychiatrischen Bereich (z.B. mit Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Gleichstellungsbeauftragten),
 - Unterstützung von Grundlagen- und Versorgungsforschung im Bereich geschlechtsspezifischer Hilfen durch Leistungserbringer und Leistungsträger.

2.7 Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Ungefähr 15,3 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund.¹⁷ Es gibt Besonderheiten, die im Umgang, der Behandlung und Versorgung dieser Menschen zu beachten sind. Diese sind zu berücksichtigen, um die bestehenden psychiatrischen und psychosozialen Hilfen für diese Menschen zu öffnen und geeignete Zugangswege zu schaffen.

Viele Angehörige der ersten Migrantengeneration verfügen oft über keine bzw. nur vergleichsweise schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Möglichkeit zu kommunizieren ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für Integration. Mangelnde sprachliche Verständigung ist daher eine der zentralen Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung und hat einen großen Einfluss auf die Qualität und Form von Beratung, Behandlung, Betreuungs- und Hilfeangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund.

nern gemeint.

¹⁷ Statistisches Bundesamt 2006, Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2005

2.7.1 Psychische Störungen und Migration

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Störungen ist bisher nicht bewiesen. Migrantinnen und Migranten sind jedoch einer Vielzahl von besonderen Belastungen und Begleitumständen ausgesetzt, die psychische oder psychosomatische Reaktionen hervorrufen können. Dazu gehören z.B. Traumatisierungen bedingt durch Flucht, Haft, Gewalt, Bindungsverluste und Entwurzelung, aber auch Anpassungsschwierigkeiten in der Aufnahmegeellschaft, Identitätsprobleme, Rollenverluste und Generationenkonflikte, sprachliche und kulturelle Verständnisprobleme ebenso wie Diskriminierungen, höhere Arbeitslosigkeit, geringere Bildungschancen und schlechtere Wohnbedingungen.

Hier muss das Gesundheitssystem ansetzen, um Zugangsbedingungen von Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Mittel dazu sind geschlechts- und kultursensible Information und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, interkulturelle Sensibilisierung und Förderung der sprachlichen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Gesundheits- und Sozialberufen. Die Einbeziehung der Organisationen und Interessenvertretungen der Migrantinnen und Migranten bei der Entwicklung geeigneter Angebotsstrukturen ist gefordert.

2.7.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

Symptome einer Krankheit werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und mitgeteilt. So haben Patientinnen und Patienten aus dem islamisch-türkischen Kulturkreis Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, die auf der Herkunftskultur basieren. Sie fühlen sich z. B. insgesamt krank und machen keine konkreten Angaben zu ihren Beschwerden.

Die sprachliche und kulturspezifische Verständigung ist unabdingbare Voraussetzung zur Erstellung von Anamnesen, Diagnosen, Durchführung von Beratung, Therapie und Pflege von Migrantinnen und Migranten. Behandlerinnen und Behandler bzw. Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollten daher in der Lage sein, die von den Patientinnen und Patienten angewandten Symbole, Redewendungen, Gestiken und Mimiken richtig zu deuten.

Andere Familienstrukturen und religiöse Vorstellungen spielen im Krankheitserleben eine wichtige Rolle sowohl in der Symptomdarstellung wie in der Entwicklung der Bewältigungsstrategien.

Bei Frauen und Mädchen können - bedingt durch deren soziale und familiäre Stellung in einigen Ländern und Kulturen - durch Konflikt- und Gewalterfahrungen zusätzliche und spezielle gesundheitliche Belastungen entstehen. Geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster von Migrantinnen müssen stärker beachtet werden.

Die psychosoziale Situation und die Probleme bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten tragen mit dazu bei, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund größere Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken vorhanden sind als bei der einheimischen Bevölkerung.

2.7.3 Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung sind Migrantinnen und Migranten eher unterrepräsentiert.

Ethnische Minoritäten nehmen die stationäre psychiatrische Behandlung offensichtlich auch erst dann in Anspruch, wenn sie schwerwiegender erkrankt sind. Hintergrund dürften bei Betroffenen und Angehörigen bestehende Wissensdefizite, Berührungängste, fehlendes Vertrauen und empfundene Zugangsbarrieren sein.

In Ballungsräumen leben zum Teil Menschen aus mehr als 100 Nationalitäten, mit unterschiedlichstem kulturellem Hintergrund und einer Vielzahl von Sprachen. Hier wäre es völlig unrealistisch, jeweils ein individuelles Hilfeangebot zu fordern. Auch die ganz unterschiedliche Stadt-Land-Verteilung erschwert eine Behandlung und Betreuung.

Handlungsempfehlungen werden deshalb als Rahmen verstanden, der in der konkreten Umsetzung ganz unterschiedlich sein kann.

Information und Beratung

Um psychisch kranke Migrantinnen und Migranten zu erreichen, müssen sie wissen, welche Möglichkeiten der Beratung, Betreuung und Behandlung es in einer Region gibt. Dafür sollte Informationsmaterial nach Zielgruppen und Herkunftssprache, verständlich und kultursensibel vorhanden sein und aktiv an sie herangetragen werden, um bestehende Wissensdefizite und Berührungängste abzubauen.

Sprache und Personal

Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollten genutzt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten empfiehlt sich, freiwerdende Stellen in Einrichtungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen zumindest für die größten betroffenen Bevölkerungsgruppen einzustellen. Diesen sind entsprechend ihrer Qualifikation gleichberechtigte Positionen und Aufgaben zu übertragen.

Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sollten migrationsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Berufsgruppen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Gesundheitsfachpflegerinnen und -pflegern,

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ausbildung von Migrantinnen und Migranten zu verweisen, um den bestehenden muttersprachlichen Fachkräftemangel im Gesundheitssystem auf lange Sicht zu lindern.

Kooperation und Vernetzung

Grundsätzlich müssen alle für die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen und Migranten verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens enger miteinander kooperieren. Dabei ist anzustreben, dass sich allgemeinmedizinische, psychiatrische und psychosoziale Regeleinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen und Zugangsschwellen weiter abgebaut werden. Hierzu ist eine selbstkritische Analyse der Angebote unter Einbeziehung der veröffentlichten Checklisten zur interkulturellen Öffnung von Institutionen erforderlich. Realistischerweise können Spezialisierungen von Hilfeangeboten allenfalls für die größten Migrantinnen- und Migrantengruppen, wie z. B. Menschen aus der Türkei oder sogen. Russlanddeutsche, etabliert werden.

In Ballungszentren empfiehlt sich die Bündelung von Kompetenzen in interkulturellen Beratungszentren. Diese sollten auch für Informationen, Beratungen und Anfragen über ihren unmittelbaren Einzugsbereich hinaus zur Verfügung stehen. Sie können in die Ausbildung von Berufsgruppen und Fortbildungen mit einbezogen werden und für Hospitationen offen stehen.

Empfohlen wird die Einbeziehung der Organisationen und Interessenvertretungen der Migrantinnen und Migranten in Planungen und Weiterentwicklungen des Hilfesystems und Entscheidungen über grundsätzliche Entwicklungen.

3 Strukturelle Weiterentwicklung psychiatrischer Leistungsangebote

Dieses Kapitel umfasst die klinische und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sowie die Angebote des Wohnens, der Alltagsgestaltung, der Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke und behinderte Menschen. Die Datenerhebung für diesen Berichtsteil baut konsequent auf dem Erhebungsdesign des GMK-Berichts 2003 auf, so dass auch eine Entwicklungsbetrachtung ermöglicht wird. In Ergänzung nimmt die Erhebung neu und zusätzlich die Daten der akutklinischen psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) auf. Neben dem allgemeinen Ländervergleich wird nunmehr auch ein Vergleich der Parameter zwischen den großen Städten/Ballungsräumen vorgenommen.

Bei einer Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich hier immer um die Entwicklung eines einzelnen Parameters eines komplexen Versorgungssystems handelt. In jedem Fall müssen für eine vergleichende Betrachtung wie z. B. für die klinische Versorgung einer Region auch die Leistungskapazitäten in den anderen Bereichen (z.B. Leistungen zur Wiedereingliederung, Leistungen zur Pflege, Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und der medizinischen Rehabilitation) sowie im Idealfall auch der Grad der verbindlichen Kooperation und Vernetzung in der Versorgungsregion berücksichtigt werden.

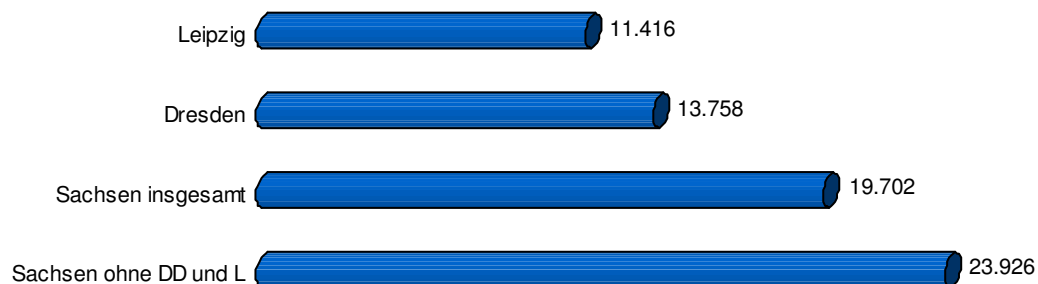
3.1 Stadt-Land-Unterschiede

Im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 wurde schon darauf hingewiesen, dass beim Vergleich der Versorgungsstrukturen und –dichten Unterschiede zwischen den Flächenländern und den Stadtstaaten zu erkennen sind. Die AG Psychiatrie hat sich deshalb entschieden, bei der jetzigen Erhebung neben den Daten der Länder auch die Daten von Großstädten und Ballungsräumen zu erheben. Diese Erhebung umfasst jedoch nicht alle Städte, es kann vermutet werden, dass die Daten von den neun Städten Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Hannover, Köln, Leipzig, München, Saarbrücken (Stadtverband) und Stuttgart zusammen mit denen der drei Stadtstaaten repräsentativ für eine "städtische" und die Daten für die restlichen 13 Länder (Flächenstaaten) für eine eher "ländliche" Psychiatrie anzusehen sind. Da dieser Vergleich auch mit methodischen Problemen behaftet ist, kann er nur orientierenden Charakter haben. Dies gilt insbesondere für die grafischen Darstellungen in den folgenden Kapiteln. Als methodisch zulässig gelten nur reine Länder- bzw. Städtevergleiche. Zukünftig sollten derartige Erhebungen und Vergleiche umfassender und mit angemessener Methodik durchgeführt werden.

Wenn in diesem Bericht Städte und Länder miteinander verglichen werden, sind es jeweils 13 Länder und zwölf Städte. Bei den Flächenländern fließen auch die Daten der Städte mit ein, die nicht gesondert als solche ausgewiesen sind und bei den Daten der Länder sind die Städte

nicht herausgerechnet, die als Städte in die Untersuchung eingegangen sind, was den Vergleich zusätzlich verfälscht. Dies insofern, als dass eigentlich die weniger dichten Versorgungsstrukturen in den ländlichen Regionen durch die höheren Dichten in den Städten und Ballungsräumen künstlich erhöht werden. Dies wird am Beispiel des Landes Sachsen demonstriert:

**Abbildung 1 Versorgungsdichte Fachärzte im Stadt-Land-Vergleich, Beispiel Sachsen
Zahl der Einwohner, für die ein Facharzt zur Verfügung steht**



Die Land-Stadt-Unterschiede werden deutlicher, wenn man beim Vergleich die Zahlen für die beiden Städte von den Zahlen für das Land abzieht. Dann steht z. B. außerhalb der beiden Städte in Sachsen lediglich ein Facharzt für ca. 24.000 Einwohner zur Verfügung während in den beiden Städten im Mittel die Dichte doppelt so hoch ist (1 : 12.000).

Diese Bereinigung ist jedoch bei den Vergleichen zwischen Ländern und Städten in diesem Bericht nicht vorgenommen worden.

Abgesehen von dieser methodischen Problematik, die die Unterschiede zwischen Land und Stadt geringer erscheinen lässt, als sie wirklich sind, lassen sich jedoch für die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedliche Dichten und Strukturen erkennen, so dass die Vermutung bestärkt wird, dass es städtische (regionale) und ländliche (überregionale) Versorgungsstrukturen gibt. Weiter ist zu vermuten, dass in Teilbereichen städtische Regionen (so z.B. Leipzig, Dresden) z. T. eine überregionale Versorgung übernehmen. Es sprechen aber auch Hinweise dafür, dass in städtischen Regionen, die in der Regel alle Versorgungskomponenten vorhalten, eher eine vernetzte Versorgung stattfindet, während die Versorgungsstruktur in den ländlichen Regionen sehr von der Bevölkerungsdichte, lokalen Gegebenheiten und traditionellen Entwicklungen (z. B. Krankenhäusern und Heimen) geprägt ist.

Insoweit es überhaupt zulässig ist, bei der vorhandenen Datenlage die Großstädte mit den Flächenländern zu vergleichen, ist festzustellen, dass die Versorgungsdichten der vertragsärztlichen Versorgung, des Betreuten Wohnens und der Krankenhausbetten in den städtischen Regionen höher sind. Die Dichte der Institutsambulanzen ist in Stadt und Land ungefähr gleich. Im

ländlichen Bereich errechnet sich eine höhere Dichte der Heimplätze.

Die differenzierte Darstellung dieser strukturellen Unterschiede und deren Diskussion wird in den folgenden Kapiteln vorgenommen.

3.2 Allgemeinpsychiatrische Versorgung

3.2.1 Stationäre Versorgung erwachsener Menschen in der Allgemeinpsychiatrie

Für den klinisch-stationären Bereich wird grundsätzlich darauf hingewiesen, dass der Ausweis von Leistungen alle erwachsenen Menschen (d.h. einschließlich Sucht und Gerontopsychiatrie) umfasst.

Im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 konnte für den damaligen Berichtszeitraum (Erhebungsjahr 2000) dokumentiert werden, dass

- in fast allen Bundesländern intensiv an der Umsetzung der regionalisierten Versorgung mit Pflichtversorgungscharakter im klinischen Bereich des Versorgungssystems gearbeitet wurde und in den meisten Bundesländern auch eine Gliederung in Versorgungsregionen realisiert werden konnte,
- insbesondere in den neuen Bundesländern und den Stadtstaaten im Rahmen des Aufbaus/Umbaus der klinischen Versorgung verstärkt psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etabliert wurden,
- der sehr weit reichende Bettenabbau sich vorrangig auf die ehemaligen Langzeitbereiche der großen Fachkrankenhäuser bezog,
- die umstrukturierten Fachkrankenhäuser entweder direkt in die regionalisierte Versorgung eingebunden oder großen Einrichtungen Versorgungsregionen zugewiesen wurden und
- die klinischen Kapazitäten sich in der Länderschau mehr und mehr angeglichen haben, wobei in den drei Stadtstaaten mehr Betten als im Bundesdurchschnitt vorgehalten wurden.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser

Seit der letzten Erhebung hat sich die Anzahl der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und der von ihnen getragenen psychiatrischen Betten nicht mehr wesentlich verändert. Es fanden lediglich in einzelnen Bundesländern Umstrukturierungsmaßnahmen statt, die jedoch keine grundlegende Veränderung für das jeweilige Versorgungssystem erkennen lassen. Bei einer vergleichenden Betrachtung der stationären mit den teilstationären Kapazitäten ist festzustellen, dass die tagesklinischen Kapazitäten bei weiterer Rücknahme von vollstationären Betten erweitert wurden, wobei in den Großstädten/Ballungsräumen die tagesklinischen Kapazitäten über dem

Bundesdurchschnitt liegen.

Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Analog zur Entwicklung in den Fachkrankenhäusern kann auch für die Fachabteilungen aus der Datenerhebung abgelesen werden, dass sich die bis zum Jahre 2000 dokumentierbaren starken Kapazitätserweiterungen nicht fortgesetzt haben. Vielmehr stabilisiert sich sowohl die Anzahl der Standorte als auch die Zahl der Betten auf dem inzwischen erreichten Niveau. Dabei war die Entwicklung in den Bundesländern unterschiedlich. Während die Mehrzahl der alten Bundesländer weiterhin Kapazitäten zurückgenommen hat, entstanden in den neuen Bundesländern im Rahmen des Aufbaus sowie Umbaus der psychiatrischen Versorgung z. T. neue Kapazitäten.

Auch bei den psychiatrischen Fachabteilungen ist ein deutlicher Anstieg des Anteils der tagesklinischen Plätze zu verzeichnen. Ihr Anteil an der Versorgung liegt – wie auch bei den Fachkrankenhäusern – in den Städten/Ballungsräumen deutlich über dem der Flächenstaaten.

Vergleich psychiatrischer Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Insgesamt liegt - gemessen an den vorgehaltenen Betten - bundesweit gesehen der Leistungsschwerpunkt bei der klinischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit fast 62% weiterhin bei den Fachkliniken. Insbesondere in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein halten die Fachkliniken den Hauptanteil der Versorgungskapazitäten. Dabei führen sie in der Regel deutlich mehr Betten/Plätze als psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. So wiesen von den 217 Fachabteilungen 212 weniger als 200 Betten/Plätze aus. Bei den ebenfalls 217 psychiatrischen Fachkrankenhäusern führten lediglich 154 weniger als 200 Betten/Plätze. Bei den 63 Fachkliniken mit über 200 Betten werden für 13 Kliniken mehr als 400 Betten ausgewiesen.

In der Regel gibt es in allen betrachteten Städten/Ballungsräumen eine Mischung aus Fachkliniken und Fachabteilungen. Bei der Betrachtung der großen Städte/Ballungsräume ist auffällig, dass mehr als die Hälfte der Betten/Plätze durch psychiatrische Fachabteilungen getragen wird. Damit liegt der Schwerpunkt der Versorgung in den großen Städten/Ballungsräumen bei Allgemeinkrankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen.

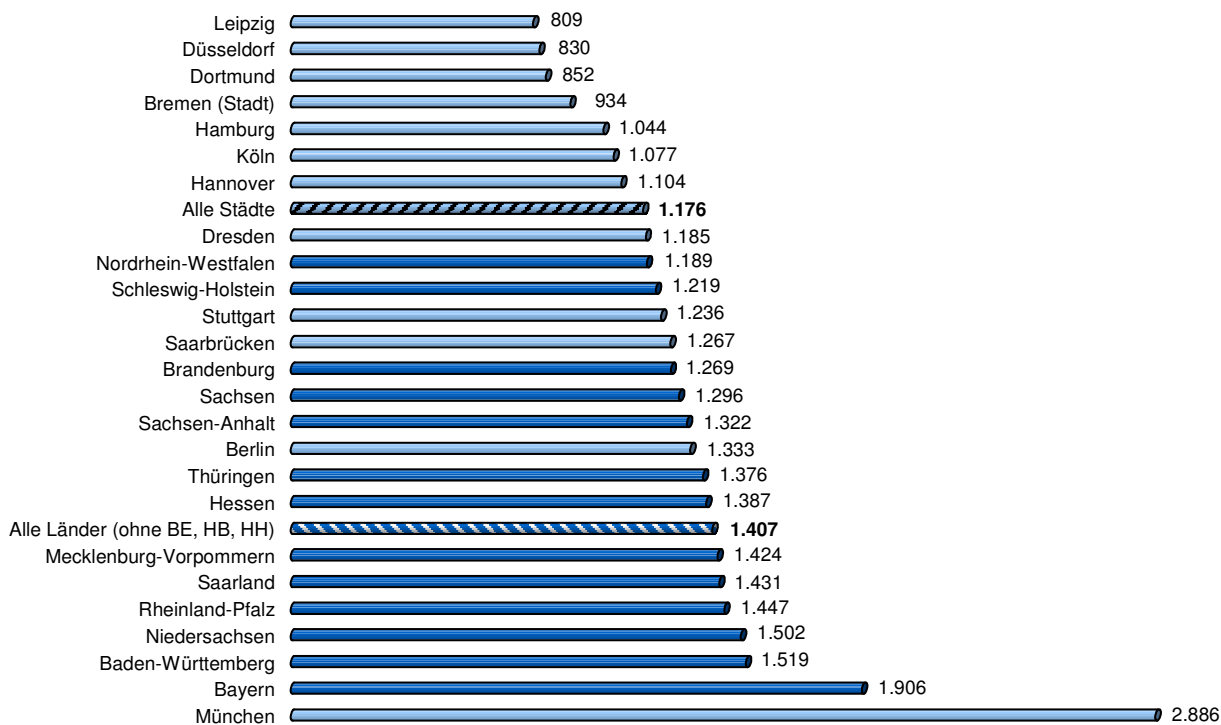
Stationäre Versorgungsdichte 2005

Nicht nur die Struktur (Krankenhaus vs. Fachabteilung) ist zwischen den Ländern und den Städten (auch innerhalb beider Gruppen) unterschiedlich, sie differieren auch in der Dichte der

Versorgung.

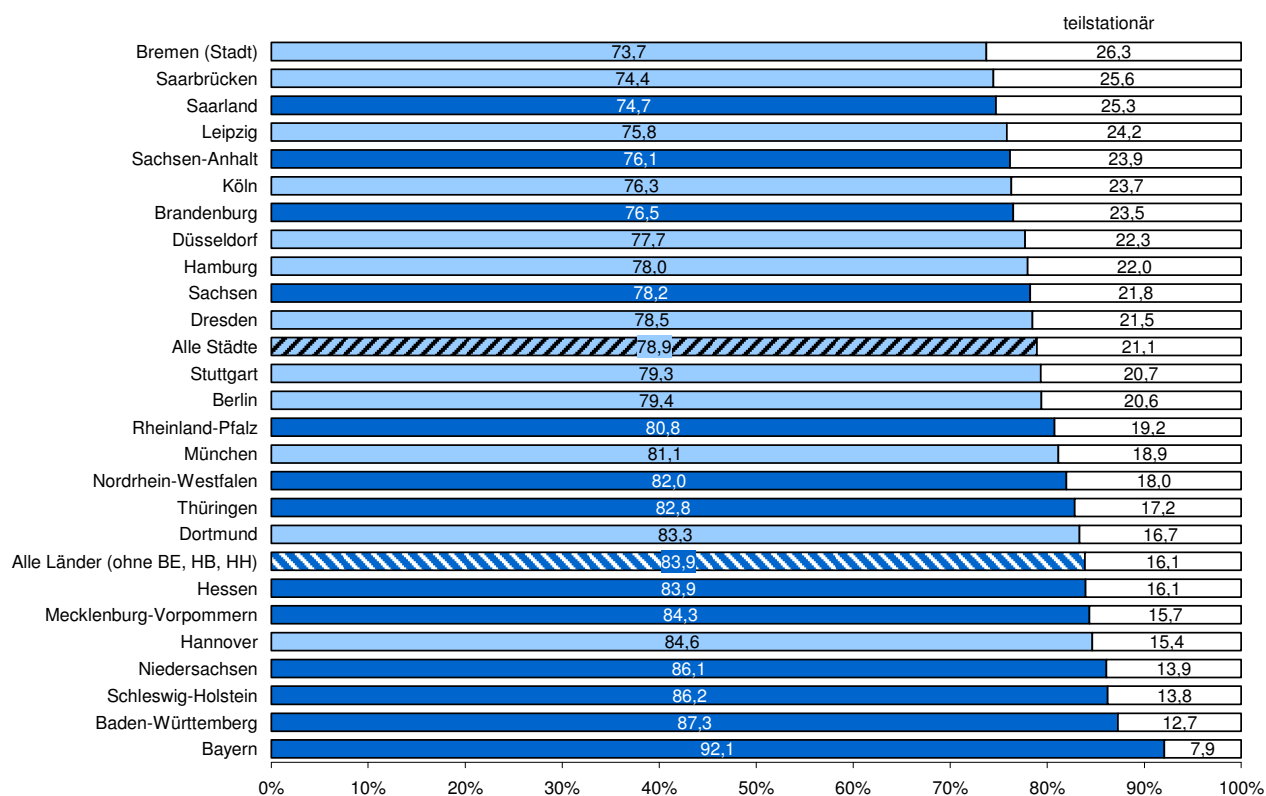
Die Versorgungsdichte ist in den großen Städten und Ballungsräumen deutlich höher als in den Flächenländern. Gleichzeitig ist in den großen Städten und Ballungsräumen auch der Anteil von teilstationären Plätzen höher.

Abbildung 2 Zahl der Einwohner für die ein vollstationäres Bett oder ein teilstationärer Platz in Krankenhäusern oder Abteilungen zur Verfügung steht¹⁸



¹⁸ Der Durchschnittswert für die Länder beinhaltet nicht die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. Im Tabellenanhang sind dagegen bei Ländervergleichen auch die Stadtstaaten eingerechnet.
s. Anmerkung Bayerns im Tabellenanhang zu Tabelle A 1.1 bzw. Anmerkung München zu Tabelle B 1.1

Abbildung 3 Anteil teilstationärer Plätze in der Krankenhausversorgung¹⁹



3.2.2 Ambulante psychiatrische Versorgung

Die ambulante allgemein- und gerontopsychiatrische Versorgung ist in verschiedenen Strukturen (vertragsärztliche Versorgung, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste) eingebunden. Wenn auch im unterschiedlichen Ausmaß Übergänge zwischen den Strukturen bestehen und Kooperationen stattfinden, so gibt es wenig verbindliche Vorgaben für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung. D. h., Versorgungsabsprachen, einzelfallbezogene und einzelfallübergreifende Zusammenarbeit sind mehr von den jeweiligen örtlichen und personenbezogenen Faktoren und weniger von etablierten Koordinationsstrukturen bestimmt. Für regionale psychosoziale Verbünde gibt es zwar Empfehlungen, die im unterschiedlichen Maße umgesetzt werden. Ein integriertes Versorgungskonzept nach SGB V als flächendeckende Struktur ist eher noch die große Ausnahme.

Allgemein- und Gerontopsychiatrie (Vertragsärztliche Versorgung SGB V)

Sie wird von vier Facharztgruppen getragen:

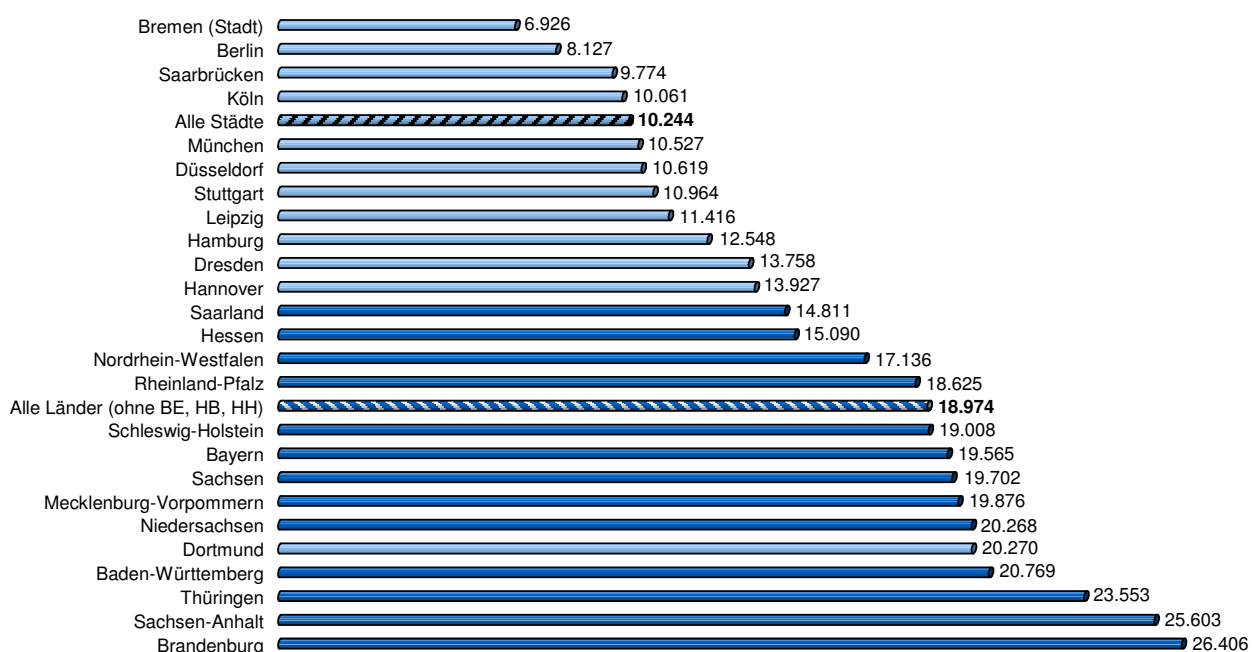
- Psychiatrie
- Psychiatrie und Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie

¹⁹ s. Anmerkung Bayerns im Tabellenanhang zu Tabelle A 1.1 – Der Anteil teilstationärer Plätze würde sich auf 11,09% erhöhen

- Nervenheilkunde

Da die jeweiligen tatsächlichen Gebietsanteile (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie) beim einzelnen Arzt unterschiedlich sind, ist nicht davon auszugehen, dass die genannten Ärzte zu 100% für die psychiatrische Versorgung im engeren Sinne zur Verfügung stehen. So gilt nach Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, dass die 91 Fachärzte durch ihre zusätzlichen neurologischen und psychotherapeutischen Leistungen tatsächlich nur mit einer Kapazität von 63 (69,5%) zur Verfügung stehen.

Abbildung 4 Zahl der Einwohner, für die ein Facharzt für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde zur Verfügung steht ("Facharzt")



Die Dichte der fachärztlichen Versorgung ist in den Städten und Ländern unterschiedlich (Schwankung zwischen 1 Facharzt pro ca. 7000 Einwohner in Bremen und über 26.000 in Brandenburg). Wie zu erwarten, ist die Dichte im Mittel in den Großstädten fast doppelt so hoch wie in den Flächenländern.

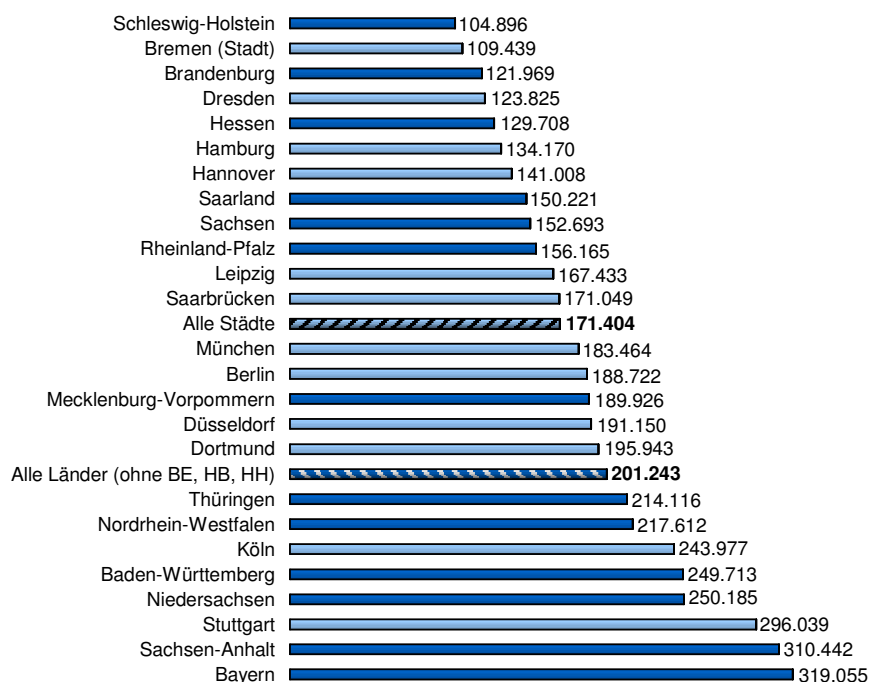
Institutsambulanzen

Durch die Änderung des § 118b SGB V im Jahr 2000 konnten psychiatrische Institutsambulanzen bundesweit fast flächendeckend eingerichtet werden. Von den 434 Fachkrankenhäusern und Abteilungen verfügen 418 über Institutsambulanzen. Die Zahl der Einwohner, für die eine Institutsambulanz zur Verfügung steht, ist in den Ländern und Städten mit ca. 180.000 fast gleich. 14 % der Institutsambulanzen sind ausgelagert, d. h. sie liegen gar nicht mehr auf dem Gelände des Krankenhauses.

Die Fallzahlen liegen zwischen 884 und 3.335 pro Institutsambulanz. Bemerkenswert ist, dass

dies die einzige Versorgungsstruktur ist, bei der es weder nennenswerte Unterschiede zwischen Stadt und Land noch zwischen West und Ost gibt.

Abbildung 5 Zahl der Einwohner, für die eine Institutsambulanz zur Verfügung steht



Sozialpsychiatrische Dienste

Nach landesgesetzlichen Regelungen sind Sozialpsychiatrische Dienste einzurichten. Im Bericht 2003 wurde dargestellt, dass sie sich von der Struktur, der Größe und des Aufgabenbereiches unterscheiden und ein Vergleich miteinander nur sehr schwierig ist. Es gilt aber bundesweit, dass sie in den meisten Bundesländern unverzichtbarer Bestandteil des ambulanten psychiatrischen Versorgungsspektrums sind. Neben der Unterbringung nach dem PsychKG, der – oft auch aufsuchenden - Krisenintervention – obliegt diesem Basisdienst, der in der Regel durch den öffentlichen Gesundheitsdienst getragen wird, häufig auch die personenbezogene Steuerung von erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen insbesondere der chronisch psychisch und chronisch suchtkranken Menschen.

3.3 Psychosomatik und Psychotherapie

In der Versorgung psychisch kranker Menschen gab es in der Vergangenheit zwei unterschiedliche Entwicklungslinien:

1. das klassische psychiatrische Versorgungssystem und
2. die Entwicklung der Psychotherapie und der Psychosomatik.

Bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts standen sich in Deutschland, von Ausnahmen abgesehen, beide Systeme oft unversöhnlich („biologische“ versus „psychologische“ Betrachtung).

tung psychischer Krankheiten) gegenüber. Die Entwicklung und die Ausbreitung der Psychotherapie fand außerhalb der Psychiatrie statt. Die Psychosomatik hatte ihre Wurzeln in der somatischen Medizin, ohne dort generell anerkannt zu werden. Die Psychotherapie ist darüber hinaus bis heute noch von dem Streit unterschiedlicher Schulen geprägt. Die Integration von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist zwar formal erfolgt (z. B. „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ oder psychotherapeutische und psychosomatische Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern), nach wie vor bestehen jedoch im unterschiedlichen Maße Ressentiments und eigenständige Entwicklungen und Abgrenzungen, so dass letztendlich – bei einer größeren Durchlässigkeit – beide Systeme erhalten geblieben sind. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungssektor wird bei steigendem Angebot um Patientinnen und Patienten konkurriert und der jeweils anderen Seite unterstellt, „in fremden Revieren zu wildern“.

3.3.1 Entwicklung der psychosomatischen Fachabteilungen und Kliniken

Psychosomatische Kliniken haben eine lange Tradition mit einem starken rehabilitativen Charakter. Die stationäre Akutversorgung psychosomatisch kranker Menschen findet überwiegend in somatischen Kliniken oder in der Psychiatrie statt.

Die klinischen Kapazitäten in der Psychosomatik werden mit dieser Erhebung das erste Mal im Rahmen der psychiatrischen Versorgung erfasst. Mit 5.606 Betten stellt das psychosomatische Angebot inzwischen eine relevante Größenordnung (5 – 10%) in der klinischen Versorgung psychisch kranker Menschen dar und es ist zu diskutieren, ob und inwieweit dies bei der Psychiatrieplanung zu berücksichtigen wäre.

Die Kapazitäten für die Psychosomatik werden in den Bundesländern ordnungsbehördlich sehr unterschiedlich ausgewiesen. So weisen die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen keine gesonderten Kapazitäten in der Psychosomatik für die stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen neben den psychiatrischen Betten/Plätzen aus. Dies kann aber nicht bedeuten, dass diese Patientengruppe nicht existiert, sondern dieses Behandlungsangebot vermutlich in die psychiatrische Versorgung integriert ist (Psychotherapeutische Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen "Klinik bzw. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie"). Wenn Betten für Psychosomatik ausgewiesen werden, sind es eher Kapazitäten außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen und wenn innerhalb, dann eher als Spezialstationen ("Traumastation", "Anorexiestation" etc.) für besondere Diagnosegruppen. Insofern ist der Vergleich von Bettenmessziffern in diesem Bereich wenig aussagekräftig bzw. verzerrend.

Auffällig bleibt dennoch, dass bei den zwölf Ländern, in denen psychosomatische Kapazitäten ausgewiesen werden, mehr als 50% - sowohl der Einrichtungen als auch der Betten – allein auf die beiden Länder Baden-Württemberg und Bayern entfallen.

Die Betrachtung der vorliegenden Daten lässt zwei Schlussfolgerungen zu:

1. entweder ist die Erfassung psychosomatischer Angebote in den Krankenhausplänen so unsystematisch, dass Messziffern keine Aussagekraft haben können oder
2. es handelt sich bei der stationären psychosomatischen Versorgung vorwiegend um ein so überregionales Angebot, dass es nicht mit regionalen Versorgungskonzepten bzw. den vorgehaltenen psychiatrischen Kapazitäten in Zusammenhang gebracht werden kann.

Erst eine Herkunfts- und Diagnosestatistik der Patienten dieser Kliniken könnte aufhellen, inwieweit auch eine regionale Versorgung stattfindet.

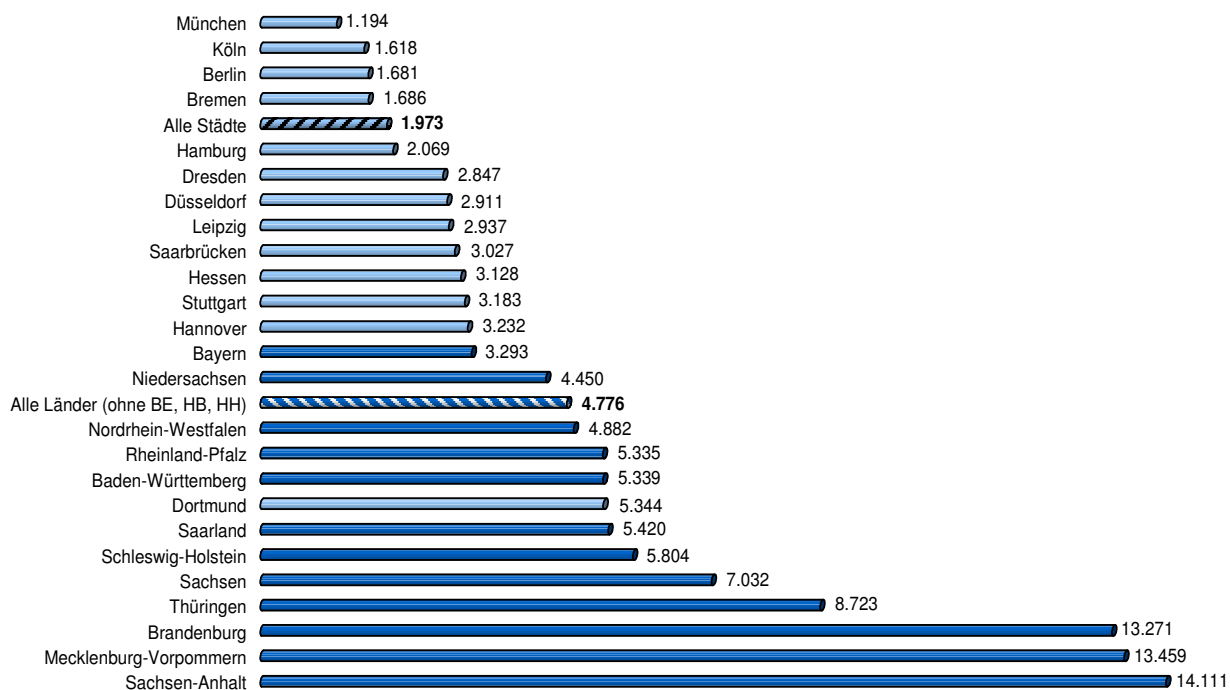
3.3.2 Ambulante Psychotherapie (vertragsärztliche Versorgung SGB V)

Bei der letzten Bestandsaufnahme fand in der psychotherapeutischen Versorgung gerade ein großer Umbruch statt: Durch das zum 01.01.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz und der damit verbundenen Übergangsregelung fanden viele psychologische Psychotherapeuten (und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) Eingang in die vertragsärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hat aber auch mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung hohe Hürden zum Zugang zu diesem Beruf gesetzt, so dass die Zahl neuer Ausbildungsteilnehmer bisher noch gering ist.

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist zwischen zwei Berufsgruppen aufgeteilt. Ärztliche Psychotherapeuten sind nach entsprechender Weiterbildung Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie oder Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie. Psychologen werden nach einer entsprechenden Ausbildung als "psychologische Psychotherapeuten" approbiert (bzw. als "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" s. Kapitel 5.1).

Da die Leistungsspektren bzw. die behandelten Diagnosegruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sehr ähnlich sind (vermutlich ist bei den Ärzten der psychosomatische Anteil höher) wird der Versorgungsanteil "Psychotherapie" zusammen und nicht nach Berufsgruppen getrennt dargestellt.

Abbildung 6 Zahl der Einwohner, für die ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut zur Verfügung steht



Sie erzielen insbesondere in den Großstädten eine hohe Dichte mit im Mittel einem Psychotherapeuten für 1.973 Einwohner (und damit eine fünffach höhere als die fachärztliche psychiatrische Versorgung).

Im Mittel sind in den Ländern und in den Städten fast doppelt so viele psychologische Psychotherapeuten als ärztliche Psychotherapeuten tätig. Je nach Land und Stadt schwankt dieses Verhältnis zwischen 1:1 und 4:1.

Ärztliche Psychotherapeuten

In den Städten steht im Mittel für 5.803 Einwohner ein ärztlicher Psychotherapeut zur Verfügung (zwischen 2.374 in München und 26.720 in Dortmund), in den Ländern sind es 13.165 Einwohner (zwischen 6.313 in Bayern und 68.373 in Mecklenburg-Vorpommern.)

Psychologische Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz

In den Städten steht im Mittel für 2.990 Einwohner ein psychologischer Psychotherapeut zur Verfügung (zwischen 2.159 in Köln und 7.622 in Hannover), in den Ländern ohne Stadtstaaten für 7.494 Einwohner (zwischen 4.373 in Hessen und 18.261 in Sachsen-Anhalt.)

Zwar ist die Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert, es besteht aber nach wie vor eine Trennung zwischen „ärztlicher“ und

„psychologischer“ Psychotherapie, obwohl beide Gruppen nach den Psychotherapierichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses die gleichen Behandlungsmethoden anwenden und nach den gleichen Leistungsziffern abrechnen. Die unterschiedlichen Aus- bzw. Weiterbildungen je nach Grundberuf (Psychologe vs. Arzt) zementieren eher diese Trennung, als dass sie zu einer Annäherung führen würden, und es besteht die Gefahr, dass unter „Psychotherapie“ – für den Patienten nicht erkennbar – zwei verschiedene Angebote bestehen. Traditionell ist die „ärztliche“ Psychotherapie in eine eher gesamtheitliche Behandlung integriert – insbesondere in der Psychosomatik und in der Psychiatrie. Insofern kommt auch den oft von den Psychologen kritisierten praktischen Zeiten in der Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten eine besondere Bedeutung zu.

3.3.3 Exkurs: Besondere Probleme der Psychotherapie

Wissenschaftliche Anerkennung der psychotherapeutischen Verfahren

Die Frage, inwieweit es sich bei den angewandten Psychotherapieformen um "wissenschaftlich anerkannte Methoden" handelt, spielte im Vorfeld und bei der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes eine große Rolle. Dem im Psychotherapeutengesetz vorgesehenen "Wissenschaftlichen Beirat" kam dabei eine gutachterliche Rolle für Behörden zu²⁰. Inzwischen hat er sich zum gemeinsamen "Wissenschaftlichen Beirat" der Bundesärzte- und der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelt und strebt an, durch Überprüfung wissenschaftlicher Unterlagen die Wissenschaftlichkeit der verschiedenen Psychotherapieverfahren festzustellen und ihre Wirksamkeit bei der Behandlung verschiedener psychischer Störungen zu bewerten. Es wird kritisiert, dass dazu keine rechtliche Grundlage besteht, seine Feststellungen aber normierenden Charakter haben.

Daneben regeln die "Psychotherapierichtlinien" des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen die zugelassenen Psychotherapieformen und die Modalitäten der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Beide Systeme standen bisher nebeneinander, und es gibt bis heute noch kein geregelter Verfahren, wie die Erkenntnisse des "Wissenschaftlichen Beirats" Eingang in die Psychotherapierichtlinien finden. (Während z. B die "Psychotherapierichtlinien" u. a. zwischen tiefenpsychologisch fundierter und psychoanalytischer Psychotherapie unterscheiden, empfiehlt der "Wissenschaftliche Beirat" beide unter dem Begriff "psychodynamische Psychotherapie" zusammenzufassen oder er sieht bei der „wissenschaftlichen Gesprächstherapie“ zwar bestimmte Diagnosen, bei denen diese Therapie als wissenschaftlich anerkannt gilt, dies in den Psychotherapierichtlinien aber keinen Niederschlag findet.)

Es gibt keinen Bereich in der Heilkunde, der sich durch eine solche Heterogenität wie die Psychotherapie auszeichnet. Eine Zusammenstellung allein der nachfolgend aufgeführten 35 Fachgesellschaften, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, macht deutlich, wie der Bereich Psychotherapie von einer Methoden- und Schulenvielfalt gekennzeichnet ist und wie schwer es ist, eine überschaubare Fach- und Berufspolitik zu gestalten:

Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF)
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e. V. (AVM)

²⁰ § 11 Wissenschaftliche Anerkennung

Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird. ...

Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG)
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (BKJ)
Bundesverband der Krankenhauspsychotherapeuten (BVKP)
Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker (BPP in der DGPT)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ)
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGAPT)
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)
Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische und Psychotherapie (DGPs)
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und –forschung (DGPSF)
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS)
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)
Deutscher Psychotherapeuten Verband (DPTV)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
Gesellschaft zur Förderung der Methodenvielfalt in der Psychologischen Psychotherapie e.V. (GMVPP)
Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)
Neue Gesellschaft für Psychologie (NGfP)
Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im DAGG
Systemische Gesellschaft (SG)
Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP im BDP)
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP)
Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (Vereinigung)
Verband für Integrative Verhaltenstherapie (VIVT)

Berufständische, schulenspezifische und verbandliche Interessen verbunden mit unterschiedlicher Aus- und Weiterbildung sind Gründe dafür, dass hinsichtlich einer allgemein verbindlichen Qualitätssicherung und Leitlinien das Gebiet Psychotherapie noch nicht die Standards anderer Bereiche der Heilkunde erreicht hat.

Psychotherapeutenausbildung

Die durch das Psychotherapeutengesetz bzw. der dazugehörigen Ausbildungsordnung geregelte Berufsausbildung psychologischer Psychotherapeuten ist nach der erfolgten bedarfsunabhängigen Zulassung durch die Übergangslösung des Psychotherapeutengesetzes - gewollt oder ungewollt - ein Instrument zur Steuerung der zukünftigen Kapazitäten. Besonderer Kritikpunkt dabei ist von Seiten der psychologischen Psychotherapeuten die praktische Ausbildung („Psychiatrisches Jahr“ sowie ein weiteres halbes Jahr in psychotherapeutischer Einrichtung) im Rahmen der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten. Da diese Zeit unbezahltes Praktikum ist, bedeutet es für die Ausbildungsteilnehmer eine starke finanzielle Belastung und eine soziale Selektion, da eher Psychologinnen und Psychologen diese Ausbildung absolvieren können, die über entsprechende Finanzmittel und/oder eine/n Partner/in verfügen, der/die in der Lage ist, diese Ausbildung zu finanzieren.

In diesem Zusammenhang spielt durch die z. Z. gültige Ausbildungsordnung eine weitere „Härte“ eine gewichtige Rolle: Psychologinnen und Psychologen, die vor einer Ausbildung durch berufliche Tätigkeit z. B. im psychiatrischen Krankenhaus fundierte Erfahrungen gesammelt haben – was im Grunde wünschenswert ist - müssen nach Beginn der Ausbildung erneut das praktische Jahr als Praktikum absolvieren und eventuell sogar ihre bisherige Anstellung aufgeben. Eine Flexibilisierung der Ausbildungsordnung wäre insofern geboten, indem praktische

Vorerfahrungen anerkannt werden könnten. Dies würde in vielen Fällen soziale Härten mildern und eine wünschenswerte praktische Tätigkeit vor der Ausbildung fördern.

Altersstruktur der psychologischen Psychotherapeuten

Durch die bedarfsunabhängige Zulassung in der Vergangenheit ist für längere Zeit - zumindest in den Großstädten – eine Niederlassung jüngerer psychologischer Psychotherapeuten in den nächsten Jahren blockiert. Die jetzt Niedergelassenen haben jedoch einen Altersdurchschnitt von ungefähr 55 Jahren und werden zum großen Teil in den nächsten 15 Jahren aus der Versorgung ausscheiden. Es besteht dabei das Risiko, dass – gemessen an den Planungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - eine jetzt stellenweise gegebene Überversorgung relativ schnell in eine Unterversorgung umschlägt, da dann nicht genügend Nachwuchs zur Verfügung steht bzw. die jetzt schon vorhandene Unterversorgung außerhalb der Großstädte noch verschärft wird.

Generell gelten die Ausführungen zu 3.3.3 ebenso für die Kinder- und Jugendpsychotherapie.

3.4 Integrierte Versorgungsformen

3.4.1 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) stellt nach § 95 SGB V eine Einrichtung dar, die unter ärztlicher Leitung fachübergreifend an der vertragsärztlichen Versorgung in beliebiger Organisationsform teilnimmt. Voraussetzung für die Gründung und die Leitung eines MVZ ist die Teilnahme an der medizinischen Versorgung von GKV-Patienten. Dies können neben Vertragsärzten auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder psychologische Psychotherapeuten sein. Bei der Einführung dieser gesetzlichen Regelung wurde erwartet, dass Synergismen aufgrund der fachübergreifenden Versorgung und der Möglichkeit, an Erträgen aus nichtärztlicher Tätigkeit angestellter Partner zu partizipieren, entstehen. Zudem ergeben sich in vielfältiger Weise Kooperationsmöglichkeiten, z. B. mit Krankenhäusern oder integrierten Versorgungsgemeinschaften. Allerdings liegen bisher kaum gesicherte Erfahrungen mit MVZ in psychiatrischen/psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Bereichen vor. Einer Übersicht des Bundesministeriums für Gesundheit²¹ ist zu entnehmen, dass bei einer Vielzahl von Medizinischen Versorgungszentren auch Psychiaterinnen und Psychiater sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt sind. Die DGPPN hat mit Stand Juli 2006²² in 13 Ländern 29 realisierte Projekte zur Integrierten Versorgung für Psychiatrie, Sucht und Psychosomatik erfasst, wobei Nordrhein-Westfalen mit sieben und Bayern mit sechs die größten Häufigkeiten zeigen.

²¹ Medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Stand September 2006, Redaktionsbüro GESUNDHEIT Ein Service des Bundesministeriums für Gesundheit, im Internet unter: <http://www.die-gesundheitsreform.de>

²² Aktuelle Informationen zur integrierten Versorgung in der Psychiatrie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), im Internet unter http://www.dgppn.de/aktuell/integrierte_versorgung/integr_versorgung.htm

In der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen Liste der bis September 2006 erfassten über 450 Medizinischen Versorgungszentren finden sich in sieben Ländern (davon mehr als ein Drittel in Sachsen) weniger als 20 Versorgungszentren, die als Fachrichtung Psychiatrie und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder Psychotherapie benennen. Diese Versorgungsform scheint bisher für die psychiatrische Versorgung keine Relevanz zu haben.

3.4.2 Integrierte Versorgung

Durch das mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführte Instrument der Integrierten Versorgung besteht für die Krankenkassen gemäß § 140 a-d SGB V die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungsverträge mit unterschiedlichen Leistungserbringern oder deren Verbänden abzuschließen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Haus- und Fachärzte etc.). Dadurch sollen interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsnetze mit abgestimmten Leistungspaketen entstehen.

Die Chancen, mit Hilfe von Integrierten Versorgungsmodellen gemeindenahе psychiatrische Versorgungsziele umzusetzen und wirkungsvolle Kooperationen zu etablieren, wird zunehmend erkannt und wahrgenommen. So existieren bereits in einigen Versorgungsgebieten Verträge der Integrierten Versorgung zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Krankenkassen über die Gestaltung von sektoren- und einrichtungsübergreifenden Komplexleistungen, die zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung beitragen.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass dieses Instrument auch geschaffen wurde, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu fördern. Dies führt zunächst dazu, dass sinnvolle Versorgungsstrukturen nicht für alle GKV-Versicherten entwickelt und zur Verfügung gestellt werden, sondern jeweils nur für die Versicherten der Krankenkasse gelten, die einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Damit wird zwar im Einzelfall eine Integration von ambulanten und stationären Leistungen geschaffen, doch gleichzeitig entwickelt sich die Versorgung für die in der GKV versicherten Personen unterschiedlich.

Die DGPPN hat mit Stand Juli 2006 in 13 Ländern 29 realisierte Projekte zur Integrierten Versorgung für Psychiatrie, Sucht und Psychosomatik erfasst, wobei Nordrhein-Westfalen mit sieben und Bayern mit sechs die größten Häufigkeiten zeigen.

Auch diese Versorgungsform ist wie die Medizinischen Versorgungszentren noch kein relevanter Versorgungsfaktor geworden.

3.5 Zusammenfassung, Interpretation und Empfehlungen für eine strukturelle Weiterentwicklung der psychiatrischen und der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung

Wie im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 dargestellt, war bis zum Jahr 2000 ein grundlegender

Umbau des klinischen Versorgungssystems zu verzeichnen. Dies ist als Ergebnis zum einen aus der Umsetzung der Forderungen der Psychiatrie-Enquête und zum anderen auch aus der Notwendigkeit des Aufbaus moderner Strukturen in der Psychiatrie in den neuen Bundesländern zu werten. Dieser Prozess hat im Zeitraum 2000 bis 2005 an Dynamik deutlich verloren. Bezogen auf die Kapazitäten hat sich eine Konsolidierung im Berichtszeitraum abgezeichnet.

1. Die Bettendichte stabilisierte sich: Im Bundesdurchschnitt steht ein Bett für 1.389 Einwohner zur Verfügung (In Großstädten und Ballungsräumen 1.174; in den Flächenländern 1.407).
2. Das psychiatriepolitische Ziel, im Verlauf der Psychiatriereform die klinisch psychiatrischen Behandlungskapazitäten möglichst umfassend in die Allgemeinkliniken zu integrieren, wurde nur zum Teil umgesetzt. Insbesondere in den bevölkerungsstarken Flächenstaaten liegt der Schwerpunkt der Versorgung weiterhin bei den Fachkliniken. Allerdings sagt die rechtliche Bettenzuordnung nicht alles über die tatsächliche Versorgungssituation aus. Soweit Fachkrankenhäuser ihre Betten als Satelliten in die Fläche verlagert haben (auch als Tageskliniken) und/oder durch entsprechende Kooperationen in Gebäuden oder auf dem Areal von Allgemeinkrankenhäusern betreiben, entspricht dies den Zielen der Psychiatriereform. Erfreulich ist dabei, dass die Bettenkapazitäten in den Fachkrankenhäusern im Verlauf der Umsetzung der Psychiatriereform deutlich reduziert werden konnten. Lediglich 26 Fachkliniken und zwei Fachabteilungen führten zum Stichtag noch mehr als 300 Betten.
3. Die Zunahme im tagesklinischen Bereich spricht für eine Weiterentwicklung und Stärkung eines regional ausgerichteten teilstationären Versorgungsansatzes. So wird schon jetzt im Bundesdurchschnitt jedes fünfte ordnungsbehördlich genehmigte Bett als tagesklinischer Behandlungsplatz ausgewiesen. Bei den großen Städten/Ballungsräumen liegt der Stellenwert der tagesklinischen Behandlung noch deutlich darüber.
4. Die stete Verkleinerung der Fachkliniken, der gesteuerte Aufbau neuer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, der kontinuierliche Ausbau tagesklinischer Kapazitäten und die flächendeckende Etablierung der Institutsambulanzen bilden eine wichtige Grundlage für die (Weiter-) Entwicklung regionaler und verbindlich kooperierender gemeindepsychiatrisch orientierter Versorgungsverbünde.
5. Die meisten psychiatrischen Versorgungsregionen verfügen über eine klinische Behandlungsmöglichkeit innerhalb der Versorgungsregion. Die Sicherstellung der Versorgung in einer definierten Region (Pflichtversorgungsregion) ist auch in Zukunft ein wichtiges Kriterium für Planungen der Länder.

Psychiatrieplanerisch ist anzustreben, dass die vollstationären und teilstationären Kapazitäten sowie die Institutsambulanzen mit ihrem Sicherstellungsauftrag in ein solches System der regionalen Pflichtversorgung eingebunden werden. Um dies zu erreichen,

erscheint eine Weiterentwicklung des auf der Psychiatriepersonalverordnung aufbauenden Finanzierungssystems und der institutionellen sowie strukturellen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung sinnvoll.

6. Das Fachgebiet der Psychiatrie ist der klinischen Grundversorgung zuzurechnen. Dabei bedarf die Behandlung psychisch kranker Menschen unabdingbar einer engen und umfangreichen Kooperation mit allen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten. Diese Notwendigkeit geht weit über den Regelungsbereich des SGB V hinaus. Um Kooperationen auf dem erforderlichen hohen qualitativen und verbindlichen Niveau zu ermöglichen, haben sich regionale Verbundstrukturen als besonders geeignet erwiesen. Im Bereich des SGB XII (Eingliederungshilfe) empfiehlt sich eine institutionalisierte Zusammenarbeit als Plattform für Hilfeplankonferenzen und das Case-Management für schwer chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. So wirken in Baden-Württemberg in etlichen Regionen Sozialpsychiatrische Dienste, Anbieter der Soziotherapie, Psychiatrische Institutsambulanzen und Psychiatrische Tagesstätten in „Gemeindepsychiatrischen Zentren“ zusammen.
7. Trotz Vorhandenseins aller Elemente der Versorgungsstruktur wie Fachärzte, Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrische Dienste sind in der ambulanten psychiatrischen Versorgung deutliche Unterschiede festzustellen: In der vertragsärztlichen Versorgung unterscheiden sich Großstädte und Flächenländer erheblich in der Versorgungsdichte. Die unterschiedliche Dichte der Versorgung in Stadt und Land sowie in West und Ost sollte Anlass für eine Prüfung der Bedarfsplanung sein. Sicher ist bei den psychologischen Psychotherapeuten durch die bedarfsunabhängige Zulassung nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes ein Überhang abzarbeiten. Betrachtet man die erhobenen Zahlen könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass das vorhandene Angebot in den Städten nicht unbedingt den Bedarf der Bevölkerung widerspiegelt, es sei denn, dass unterstellt würde, dass sich psychisch kranke Menschen in den Städten konzentrieren.
Dass sich die Dichte der die vertragsärztliche Versorgung ergänzenden Einrichtungen (Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischer Dienst) in Stadt und Land kaum unterscheidet, spricht dafür, dass hier eher bedarfsorientiert gesteuert wird. Es bedarf aber auch der kritischen Überprüfung, inwieweit die getrennt organisierten und getrennt finanzierten Einrichtungen sich in ihrer Angebotsstruktur überschneiden und auf Dauer so erhalten werden sollten oder ob Synergieeffekte genutzt werden könnten. So hat z. B. Bremen den bisher selbstständigen Sozialpsychiatrischen Dienst in die psychiatrischen Behandlungszentren integriert.
8. Die tradierten bettenzentrierten Behandlungspfade sind zu überdenken. Insbesondere für Personen mit rezidivierenden oder lang andauernden schweren psychischen Erkrankungen wären sowohl unter fachlichen als auch ökonomischen Aspekten z.B. perso-

nenzentriert ausgerichtete Komplexleistungsprogramme, die während der Akutbehandlung mit anderen Leistungserbringern abgestimmt werden, sehr sinnvoll. Die erforderlichen Behandlungsleistungen könnten neben den Leistungen der sozialen Wiedereingliederung durch ein multiprofessionell besetztes Team der „Klinik“ erbracht werden, sofern eine alleinige Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt und/oder Therapeuten nicht ausreichend ist.

Obwohl von der Komplexität der Versorgung geboten, gibt es bisher nur ganz wenige Ansätze einer integrierten psychiatrischen Versorgung. Es bestehen inzwischen zwar bundesweit ca. 20 Medizinische Versorgungszentren und 30 integrierte Versorgungsprojekte, die regional und/oder diagnosebezogen eine sinnvolle Ergänzung zum bisherigen Versorgungssystem darstellen. Faktisch sind sie jedoch von der Häufigkeit und von der Bedeutung her weit entfernt davon, ein festes Element der psychiatrischen Versorgung darzustellen.

9. Psychosomatik und Psychotherapie haben bei der Behandlung psychischer Störungen an Bedeutung zugenommen; trotz vieler Lippenbekenntnisse zur Integration erweist sich dieser Bereich faktisch nach wie vor als ein gesondertes System.
10. Die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie sind in den bisherigen Krankenhausplänen nicht systematisch erfassbar. Der Umfang ihres Beitrages zur psychiatrischen Versorgung ist unklar.

Um die verwirrende und unsystematisch erfassbare Struktur der psychosomatischen Versorgung aufzuhellen und ihren Versorgungsanteil mit der psychiatrischen Versorgung in Verbindung zu bringen, müssten folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Die psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen müssten klarer definiert werden (z. B. Diagnosegruppen).
- Entweder sollten stationäre Einrichtungen nach dieser Definition gesondert ausgewiesen oder es sollte der Anteil der psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung erfasst werden.
- Die Entwicklungen der Bettenkapazitäten in der Psychosomatik müssten unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten vergleichbar den Entwicklungen in der Psychiatrie in Verantwortung der jeweiligen Bundesländer beobachtet und gesteuert werden.
- Es bedarf eines verbindlichen Konzeptes, ob und wie dieser Bereich in die regionale psychiatrische Versorgung einzubinden ist.

Mit dem Beschluss der AOLG vom 16./17. November 2006 ist ein erster Schritt in Richtung Definition psychosomatischer und psychotherapeutischer Krankenhausversorgung erfolgt.

11. Inzwischen stehen in der ambulanten Versorgung Psychotherapeuten im größeren Umfang zur Verfügung als Fachärzte (Verhältnis 2:1 bis 9:1); es muss davon ausgegangen werden, dass die Psychotherapeuten immer mehr Patienten versorgen, die früher von psychiatrischen Fachärzten behandelt worden wären. Ob diese Entwicklung zu begrüßen ist, muss kritisch diskutiert werden. Sie könnte dazu führen, dass sich die Tätigkeit psychiatrischer Fachärzte immer mehr auf schwierige und chronische Patienten konzentriert und beschränkt.
12. Bezogen auf die Zahl der erreichten Patienten ist das Verhältnis genau umgekehrt: Nach einer Untersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für das vierte Quartal 2002²³ erreicht ein Facharzt pro Quartal 395 Patientinnen und Patienten, ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut gerade 34. Selbst bei einer bis zu vierfach höheren Versorgungsdichte wird über die psychotherapeutische Versorgung nur ein Drittel der Patientinnen/Patienten erreicht als durch das psychiatrische Versorgungssystem.
13. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Versorgungsbereich Psychosomatik und Psychotherapie im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie strukturelle Unklarheiten und Defizite aufweist:
 - Im Vergleich zur psychiatrischen Versorgung ist die psychosomatisch/ psychotherapeutische Versorgung weniger regional strukturiert und wird weniger gesteuert. Es werden keine Versorgungsverpflichtungen definiert.
 - Es besteht eine hohe fachliche Heterogenität bei gleichzeitig fehlenden allgemeingültigen Leitlinien.
 - Es fehlt eine klare Abgrenzung bzw. Abstimmung bezüglich der Diagnosen und Indikationen zwischen beiden Systemen mit der Gefahr von Doppelstrukturen und Patientenselektionen, die sich nicht unbedingt aus fachlichen Gesichtspunkten ergeben.
 - Die Qualitätssicherung ist noch sehr unterentwickelt und Kriterien der „evidenzbasierten Medizin“ spielen eine untergeordnete Rolle.
 - Rolle und Verbindlichkeit des Wissenschaftlichen Beirats sind unklar; es fehlt eine gesetzliche Grundlage für seine Arbeit.
14. Es besteht die Gefahr, dass es im Bundesgebiet zu einer Zweigleisigkeit der psychiatrischen Versorgung kommt. Die bisherige Entwicklung, nach der einerseits chronisch und schwer psychisch kranke Menschen in regional ausgerichteten psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung behandelt und andererseits Patientinnen und Patienten mit leichteren Krankheitsverläufen in psychosomatischen Einrichtungen ohne Aufnah-

²³ Zitiert aus: " M. Berger: Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie und Psychotherapie" S. 10, in: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland, Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003 – 2004, Springer Medizin Verlag 2005

meverpflichtung therapiert werden, hat bereits zu Doppelstrukturen geführt. Diese Dichotomisierung der Versorgung von psychisch bzw. psychosomatisch kranken Menschen ist weder unter fachlichen noch wirtschaftlichen Gesichtspunkten akzeptabel. Ebenso lässt sich eine solche Entwicklung auch nicht mit den Versorgungsgrundsätzen und –zielen der Psychiatriereform, die nach wie vor bundesweit akzeptiert werden, in Einklang bringen. Bei einer Fortsetzung dieser Doppelstruktur besteht die Gefahr einer erneuten Aussonderung und Konzentration chronisch psychisch kranker Menschen, verbunden mit einer unweigerlichen Stigmatisierung sowie möglicherweise auch einer Ausweitung der Chronifizierung.

Seit über 30 Jahren ist die Psychiatrie-Enquête das Bezugssystem für die Psychiatrie und ihrer Reform. Deshalb werden auch an vielen Stellen dieses Berichtes die erreichten Fortschritte an ihren Forderungen gemessen. Die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland sind entscheidend verändert worden. Es hat sich aber auch die Fachlichkeit weiterentwickelt, Schwerpunkte sind inzwischen verschoben worden, und durch die Weiterentwicklung der Gesellschaft und des Gesundheitssystems sind neue Elemente und Strukturen entstanden. Es ist deshalb zukünftig geboten, im Rahmen dieser Veränderungen sinnvolle Versorgungsstrukturen zu definieren, die ein neues Bezugssystem für die Planung und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung darstellen.

3.6 Gestaltung des Alltags und soziale Wiedereingliederung

Es hat sich ein umfassendes Hilfesystem des Wohnens und der Tagesgestaltung entwickelt, das es psychisch kranken Menschen ermöglicht, sich im Alltag zurecht zu finden und ihre Entwicklung zur Selbstständigkeit zu fördern. Diese Angebote haben sich als ein weiteres Kernstück der psychiatrischen Versorgung in Deutschland etabliert und sind quantitativ und qualitativ zu einer tragenden Säule geworden.

Obwohl in der Vergangenheit in den Bundesländern unterschiedliche Wege zur Entwicklung dieser Hilfestrukturen beschritten wurden, besteht heute doch fachlicher Konsens über die Notwendigkeit eines Systems abgestufter und differenzierter Hilfen in den Bereichen Wohnen, Alltagsgestaltung sowie Arbeit und Beschäftigung. Es sind viele neue, in die Gemeinde integrierte Angebote entstanden, die sich zunehmend an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Diese Angebote reichen von abgestuften ambulanten und stationären Wohnformen über alltagsgestalterische Dienste und Einrichtungen bis hin zu Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Der letztgenannte Bereich wird gesondert unter Punkt 3.7 behandelt.

3.6.1 Wohnen

Wohnen ist ein soziales Grundbedürfnis des Menschen. Die eigene Wohnung ist auch für psychisch kranke Menschen wichtig, denn die Erhaltung eines „normalen“ Wohn- und Lebensfeldes stellt einen wesentlichen Faktor für die Teilhabe an der Gesellschaft dar.

Vor diesem Hintergrund haben sich im Laufe der letzten Jahre differenzierte betreute Wohnangebote mit unterschiedlicher Intensität entwickelt. Grundsätzlich haben dabei selbstbestimmte Wohnformen Vorrang, bei denen die fachliche Betreuung in der eigenen Wohnung bzw. im sozialen Umfeld des psychisch kranken Menschen stattfindet.

Manche psychisch kranke Menschen können jedoch infolge ihres Handikaps nicht mehr in ihrer persönlichen Umgebung leben. Daher gibt es stationäre Wohnformen, in denen mehrere psychisch kranke Menschen zusammenleben. Hier stehen ihnen psychiatrische Fachkräfte bei den weiteren Schritten zurück ins gewohnte „normale“ Leben zur Seite.

Die bereits im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 aufgezeigte deutliche Entwicklung weg von großen Heimen hin zu kleineren, überschaubaren Wohneinheiten und insbesondere zu ambulanten Betreuungsangeboten hat sich bemerkenswert verstärkt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existieren in Deutschland im Funktionsbereich Wohnen mehr stationäre als ambulante Leistungsangebote. Dem gegenüber lässt sich feststellen, dass der Zuwachs an Heimplätzen mit der Zunahme an ambulanten Wohnangeboten korrespondiert. Es wird darauf zu achten sein, dass künftig der wünschenswerte Ausbau von ambulanten Leistungen im Gegenzug dann auch zur Reduzierung der Heimkapazitäten führt.

3.6.2 Alltagsgestaltung

Vielen psychisch kranken Menschen fällt es schwer, ihren Alltag zu gestalten und zu strukturieren. Alltagspraktische Kompetenzen sind jedoch gerade für den psychisch kranken Menschen eine grundlegende Voraussetzung, um sein Leben möglichst weitgehend selbst zu gestalten, zu bestimmen und zu organisieren. Die Angebote zur Alltagsgestaltung strukturieren den Tag in einem festgelegten regelmäßigen Zeitrahmen, trainieren lebenspraktische Fähigkeiten und unterstützen den Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte.

Die Angebote zur Alltagsgestaltung haben sich in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ weiterentwickelt, wobei ein sehr facettenreiches Gebilde entstanden ist. Das Spektrum reicht von Einrichtungen mit verbindlichen Regelungen zur Teilnahme (Tagesstätten) bis zu Angeboten ohne verbindliche Regelungen, die eher Kontaktstellencharakter haben.

3.6.3 Fazit

Generell lässt sich feststellen, dass der Aufbau der Hilfen in den Bereichen Wohnen und Alltagsgestaltung einen Stand erreicht hat, der es ermöglicht, auch solchen Menschen zu helfen, die früher längerfristig oder gar auf Dauer in psychiatrischen Krankenhäusern hätten bleiben müssen. Diese individuellen Hilfen erhalten nicht nur das soziale Netz, sondern ermöglichen darüber hinaus den Übergang in ein weitgehend selbstständiges Leben.

Dennoch ist der Geist auch in diesem Bereich weiterhin zu sehr geprägt von Institutionalisierung und Versorgungsdenken und nicht von Normalität und Teilhabe. Es wird vor allem im Heimbereich darauf zu achten sein, dass nicht wie in den früheren Jahren in der sog. Anstaltspsychiatrie durch zu lange Verweildauern Hospitalisierungstendenzen auftreten. Es kann an den unterschiedlichen Kostenträgerschaften liegen, dass ein psychisch kranker Mensch in Deutschland eher in ein Heim vermittelt wird als dass er ambulante Angebote erhält. Selbstverständlich werden auch künftig stationäre Heimeinrichtungen unentbehrlich sein, doch sollte es über 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête selbstverständlich sein, dass psychisch kranke Menschen das gleiche Recht wie somatisch kranke Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben in einer selbst gewählten privaten Umgebung haben und ihnen somit die Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht wird.

Deshalb sollten die vielfältigen Angebote so ausgestaltet und transparent sein, dass psychisch kranke Menschen so viel Betreuung wie nötig erhalten, ihre Rückkehr in das normale Leben aber soweit wie möglich gefördert wird, ohne sie im Prozess zunehmender Verselbständigung einzuschränken. Da ambulante, lebensfeldzentrierte Angebote diese Anforderungen angemessener erfüllen können als stationäre Angebote, ist es unerlässlich, den sozialrechtlich verankerten und vielerorts propagierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch konsequenter zu realisieren.

3.6.4 Paradigmenwechsel

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass es in den letzten Jahren vor allem im Bereich der Alltagsgestaltung und sozialen Wiedereingliederung einen Paradigmenwechsel gab, der durch die Stichworte

- Teilhabe verwirklichen,
- Gleichstellung durchsetzen und
- Selbstbestimmung ermöglichen

gekennzeichnet ist. Begonnen hat dieser Paradigmenwechsel in der Politik sicherlich durch die Aufnahme des Benachteiligungsverbots behinderter Menschen ins Grundgesetz (Artikel 3) und dem sich daraus ergebenden Behindertengleichstellungsgesetz²⁴, das zum 1. Mai 2002 in Kraft

²⁴ Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG) vom 27. April 2002 (BGBl I S. 1467),

trat. In Folge dieses Bundesgesetzes wurden in allen Ländern Gesetze verabschiedet, in denen die drei genannten Prinzipien konkretisiert wurden.

Mit Verabschiedung des Sozialgesetzbuches IX fanden diese Prinzipien auch Eingang in das Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen. So greift das SGB IX die Wünsche behinderter Menschen nach einer Personenzentrierung und Individualisierung der Leistungen auf. Der Gesetzgeber räumt den Leistungsberechtigten unter der Prämisse der Kostenneutralität ein Wunsch- und Wahlrecht bezüglich der Leistungserbringung ein.

Deutlich wird dieses Prinzip beispielsweise durch die Einführung des Persönlichen Budgets. Dessen Ziel ist, Sachleistungen als Geldleistung auszuzahlen, um dem behinderten Menschen die Möglichkeit zu geben, die für ihn notwendigen Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben selbst „einzukaufen“. Damit haben die Leistungsberechtigten die Möglichkeit, selbst über das Ausmaß, den Zeitpunkt und die Erbringer der Leistungen zu entscheiden. Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz mit dem Persönlichen Budget zeigen, dass insbesondere Menschen mit einer psychischen Erkrankung dieses Budget nutzen.

Das Persönliche Budget wird durch die Einführung eines Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets fortentwickelt, dass insbesondere im SGB IX, SGB XI (Pflegebudget) und SGB XII aufgegriffen und ausdifferenziert wird. Grundgedanke dieser Regelung ist, dass die Leistungsträger die finanziellen Mittel für notwendige und gewährte Sachleistungen in einem (trägerübergreifenden) Budget zusammenführen, um dieses Budget dem behinderten Menschen insgesamt zu gewähren. Diese neue Form der Finanzierung von Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen wird derzeit bundesweit in acht Ländern erprobt. Dabei zeigt sich, dass sich die Leistungsträger noch schwer tun, Sachleistungen als Geldleistung zu finanzieren. Auch diese intensive Zusammenarbeit der Leistungs- und Rehabilitationsträger ist noch neu und muss sich erst in der Alltagspraxis bewähren.

Der Paradigmenwechsel in der Politik für psychisch kranke Menschen ist konstituierender Bestandteil einer innovativen Psychiatrie, die sich durch Mitwirkung von Psychiatrie-Erfahrenen und die Partizipation von Angehörigen psychisch kranker Menschen auszeichnet.

Ein wichtiges, noch nicht erreichtes Ziel der Psychiatriereform ist auch der Weg von der Institution zur Person. Auch in diesem Bericht wird noch versucht, die Bereiche Wohnen und Alltagsgestaltung durch quantitative Merkmale wie Anzahl von Heimen und Werkstätten, Größe und Platzzahl dieser Einrichtungen zu beschreiben. Dabei bleibt die Beschreibung dem "institutionellen" Denken verhaftet. Allerdings wird es auch deutlich schwieriger sein, qualitative Merkmale zu definieren und zu beschreiben, um die Personenzentrierung in der psychiatrischen Arbeit darzustellen. Hier Kriterien zu entwickeln, die auch für die Zukunft Bestand haben und die

gleichzeitig eine gewisse Vergleichbarkeit herstellen, wird Aufgabe eines folgenden GMK-Berichtes sein.

3.7 Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke und behinderte Menschen

3.7.1 Bedeutung der Arbeit, der beruflichen Rehabilitation und der (Wieder-) Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Sie stärken das Selbstwertgefühl, schaffen soziale Anerkennung und stabilisieren das psychische Gleichgewicht.

Durch Arbeit bzw. „Tätigsein“ wird gesellschaftliche Realität vermittelt, gestaltet und ermöglicht in Form eines strukturierten Zeiterlebnisses, sozialer Erfahrungen, Aktivität und Beschäftigung, persönlicher Identität und finanzieller Unabhängigkeit. Daher ist und bleibt eines der wesentlichen Lebensziele, Arbeit und Beschäftigung zu haben.

So brauchen auch psychisch kranke Menschen die Chance, ihre Potentiale zu entwickeln und entsprechend ihrer Fähigkeiten arbeiten zu können. Nach Schätzung von Experten gibt es in Deutschland etwa 750.000 Langzeitkranke mit psychischen Leiden, etwa ein Viertel aller Erwachsenen erkrankt im Laufe des Lebens an einer psychischen Erkrankung. Diese Zahlen deuten an, welche Bedeutung berufliche Rehabilitation und die (Wieder-)Eingliederung in Arbeit und Beruf für diese Personen haben. Immer wieder werden die positiven Auswirkungen von Arbeit, insbesondere für seelisch behinderte Menschen, in der Literatur bestätigt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, welche negativen Folgen sich für die psychische Gesundheit durch Arbeitslosigkeit ergeben können.

Zwischen Arbeit, Beschäftigung und psychischen Krankheiten existieren vielfältige Zusammenhänge. Für psychisch kranke und behinderte Menschen bleibt der Arbeitsplatz vielfach einer der wenigen Orte, die Erfolgserlebnisse oder soziale Kontakte ermöglichen.

Darüber hinaus stellt Arbeit für psychisch kranke Menschen eine wichtige therapiesichernde Unterstützung und Rückfallprophylaxe dar, denn ohne Arbeit bzw. „Tätigsein“ werden erfolgreich durchlaufene medizinische und psychosoziale Maßnahmen in Frage gestellt.

In den letzten Jahren hat sich der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener zu der Thematik Arbeit und Beschäftigung geäußert. Dabei ging es vor allem um das Finden von Arbeit überhaupt, um gerechte Entlohnung, flexible Lösungen, die auf Fähigkeiten und Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen. Ähnlich äußerte sich auch der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Deren Aussagen zeigen, wie wichtig Arbeit und Beschäftigung in unserer Gesellschaft ist,

wie stark verknüpft mit Anerkennung, Selbstachtung und natürlich eigenem Einkommen.

Bis weit in die 80er Jahre ist jedoch zu konstatieren, dass die beruflichen Rehabilitations-, Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten psychisch behinderter Menschen sich vor allem auf eher traditionelle, sog. klassische Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, insbesondere Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) beschränkten.

Nicht zuletzt durch das Modellprogramm Psychiatrie in den 80er Jahren wurde in der folgenden Zeit ein vielfältiges Angebot an rehabilitativen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen geschaffen. Über die Weiterentwicklung der institutionellen Hilfen hinaus wurden insbesondere nichtinstitutionalisierte Angebote umgesetzt, die eine größere Nähe zur normalen Arbeitswelt besitzen und somit dichter an die Lebenswelten psychiatrieerfahrener Menschen heranrücken.

3.7.2 Überblick und Kurzanalyse von Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung

Die gegenwärtigen Angebotsformen in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung lassen sich in folgende „Arbeitsmarktfelder“ klassifizieren:

- Allgemeiner Arbeitsmarkt (Vollzeit-, Teilzeit-, geringfügige Beschäftigung)
- Besonderer Arbeitsmarkt
- Niedrigschwellige Beschäftigung „Rehabilitative Beschäftigung“



Auch wenn im Einzelnen bei den aufgeführten Angeboten quantitativ eine deutliche Zunahme von Arbeitsmöglichkeiten, wie beispielsweise speziell ausgewiesene Werkstattplätze für seelisch behinderte Menschen oder Integrationsfirmen zu verzeichnen ist, weist der gerade in den letzten Jahren erhebliche Ausbau von Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten sowohl auf den großen Bedarf als auch auf eine gewisse konzeptionelle und faktische Ratlosigkeit hin.

Das klassische Rehabilitations-, Qualifizierungs- und Vermittlungsinstrumentarium der Sozialleistungsträger geht vielfach ins Leere, da die Kluft zwischen medizinisch-beruflicher Rehabilitation und allgemeinem Arbeitsmarkt immer größer wird. Die Mehrzahl aller arbeitsrehabilitativen Hilfen verfolgt den traditionellen „Training-Platz-Ansatz“. Es erfolgt ein mehr oder weniger umfangreiches vorbereitendes Training, bevor die Arbeitsaufnahme auf einem Arbeitsplatz versucht wird. Bei allen Versuchen, eine realistische Arbeitsatmosphäre im Training nachzubilden, werden die Trainingsteilnehmer – etwas überspitzt formuliert – doch eher in psychiatrisch-institutionelle Zusammenhänge eingebettet. Dadurch wird die Übertragung entsprechender Therapiefortschritte aus den rehabilitativen Institutionen ins praktische Arbeitsleben besonders schwierig.

Die Bedeutung und Notwendigkeit der Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation soll ganz und gar nicht in Frage gestellt werden. Denn für viele Menschen mit einer einmaligen psychischen Erkrankung ist eine berufliche Rehabilitation unbedingt sinnvoll. Trotzdem sollte die Zielsetzung der Integration in den Arbeitsmarkt im System der beruflichen Rehabilitation nicht verabsolutiert werden. Anders formuliert, es kann nicht darum gehen, jeden und jede unter allen Umständen zurück in den (ersten) Arbeitsmarkt zu bringen. Für viele Reha-Einrichtungen wäre ein Perspektivwechsel bedeutend, d. h. nach anderen Wegen zu suchen als denjenigen, die bisher mit der Fixierung auf Erwerbsarbeit beschränkt wurden. Notwendig wäre es, individuelle Formen sinnvoller Tätigkeit aufzuspüren, um psychisch kranke Menschen in diese Strukturen zu vermitteln.

In Deutschland sind noch intensivere Anstrengungen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, insbesondere für flexible Hilfen außerhalb von speziellen Rehabilitationseinrichtungen und Qualifizierungsmaßnahmen in der realen Arbeitswelt.

Der tatsächliche Anteil von Menschen mit seelischer Behinderung am Arbeitsleben (allgemeiner Arbeitsmarkt) liegt nach punktuellen Erhebungen eines Forschungsprojektes der Aktion Psychisch Kranke unter 10%.

Trotz guter Erfahrungen mit betrieblich erbrachten Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, werden die Leistungen zur Zeit überwiegend in spezialisierten Einrichtungen und Maßnahmen für be-

hinderte Menschen erbracht, am häufigsten in der WfbM. Gerade seelisch behinderte Menschen lehnen jedoch vielfach die Arbeit in der WfbM ab, weil sie für viele Betroffene „Sonderwelten“ sind, die nicht auf dem sozialen Umfeld der Betroffenen aufbauen. Jedoch wünschen sie trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ein möglichst hohes Maß an Normalität und Selbstbestimmung. Erreicht werden kann dies aber nur, wenn der psychiatrisch-institutionelle Zusammenhang frühestmöglich durch die selbstbestimmte gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft überwunden wird. Insbesondere muss sich dies auf berufliche Integrationsperspektiven beziehen, also darauf, am wirklichen Arbeitsleben zu partizipieren. Ein langfristiger Aufenthalt seelisch behinderter Menschen in einer WfbM wirkt dem eher entgegen.

3.7.3 Grundsätze und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

In Anlehnung an die bisherigen Erfahrungen des von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführten Implementationsprojektes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ sollten nachfolgende Grundsätze und Empfehlungen im Mittelpunkt stehen:

Koordinierung der Leistungen und Zusammenwirken der Rehabilitationsträger

Notwendig ist eine bessere Koordinierung der Leistungen und ein umfassendes Zusammenwirken der Rehabilitationsträger, wie sie im SGB IX angedacht sind. Maßnahmen auf dem besonderen Arbeitsmarkt zum allgemeinen Arbeitsmarkt hin müssen durchlässig sein. Konkret sollten beispielsweise Projekte zum Übergang in den Arbeitsmarkt verstärkt entwickelt sowie Betriebspraktika und neue Außenarbeitsplätze ermöglicht werden.

Systematischer und flexibler Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es ist erforderlich, den Zugang von Menschen mit psychischen Behinderungen zu Arbeit und Beschäftigung neu zu regeln und zu gestalten. Hier geht es insbesondere darum, auch solchen Menschen Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die auf Dauer nur einige Male in der Woche für kurze Zeit arbeiten können oder deren Arbeitsfähigkeit durch einen Krankheitsrückfall wochenweise beeinträchtigt wird. Dabei sollte ein breiteres Feld von Möglichkeiten, d. h. stundenweise Beschäftigung, Teilzeitarbeit und Arbeitsassistenz stärkere Beachtung finden.

Rehabilitation vor Rente

Das Prinzip Rehabilitation vor Rente wird bei psychisch kranken Menschen eindeutig nicht umgesetzt. Die hohe Zahl erwerbsunfähiger Frührentner weist auf diese Problematik hin. Ziel muss es sein, die Frühverrentungen zu vermindern.

Mehr ambulante, integrative und am persönlichen Bedarf orientierte Hilfen

Dadurch könnte ein Höchstmaß an Normalität und Flexibilität im Sinne des SGB IX erreicht werden.

Es geht um die Einleitung einer Entwicklung von der einrichtungs- zur lebensfeldzentrierten Rehabilitation, wobei soziotherapeutische Leistungen einen integrierten Bestandteil der beruflichen Rehabilitation bilden müssen.

Erst platzieren, dann trainieren bzw. rehabilitieren

In der Praxis sollte die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen – eine ausreichende Motivation und psychopathologische Stabilität vorausgesetzt – ohne lange Vorbereitungsphase im beschützenden Rahmen.

Das Interessante hierbei ist, dass die Platzierung in der „normalen“ Arbeitswelt erfolgt und nicht in spezialisierten, vorgeschalteten Institutionen.

Training und psychosoziale Betreuung durch einen Jobcoach werden direkt am neuen Arbeitsplatz durchgeführt. Darüber hinaus gibt es Beratung und in einigen Fällen auch finanzielle Anreize für die Arbeitgeber.

Fazit: Therapie und Rehabilitation müssen noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken, um sie während der Teilnahme am normalen Leben zu unterstützen und zu fördern.

Maßnahmen bedarfsgerechter Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen durch bedarfsgerechte sozialpsychiatrische Hilfen, insbesondere frühe Intervention, z. B. im Rahmen ambulanter oder stationärer Behandlung sowie des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) bei Gefährdung des Arbeitsplatzes.
- Weniger einrichtungs- bzw. maßnahmebezogene Leistungen, mehr betrieblich zu erbringende Leistungen (einschließlich in Integrationsprojekten).
- Orientierung von Leistungen an dem im Einzelfall bestehenden Bedarf unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, vorhandener Qualifikationen und Neigungen (auch bei erwarteter Erwerbsfähigkeit unter 3 Std./Tag).

Förderung und Sicherstellung von Beschäftigung im betrieblichen Kontext durch

- Leistungen an Arbeitgeber (u. a. nach dem Schwerbehindertenrecht) auch für Menschen mit seelischer Behinderung ohne Schwerbehindertenstatus und auch für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (unterhalb der Schwelle von 3 Std./Tag),
- Implementierung von regionalen Verbundsystemen zur Gewährleistung der Teilhabe von psychisch kranken / seelisch behinderten Menschen am Arbeitsleben unter Einbeziehung und Flexibilisierung bestehender Angebote.

- Schaffung von virtuellen Werkstätten für seelisch behinderte Menschen, die eine sinnvolle Ergänzung für erwerbsunfähige Menschen darstellen. Dadurch erfolgt die Platzierung in der normalen Arbeitswelt. Saarland und Thüringen erproben zurzeit im Rahmen einer virtuellen Werkstatt neue Wege zur Teilnahme seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben. Um die Terminologie der virtuellen WfbM rechtsverbindlich abzusichern sowie eine begriffliche Gleichstellung mit anerkannten Werkstätten zu erreichen, sind Modifikationen im SGB IX und der Werkstättenverordnung notwendig und wünschenswert.
- Einführung von Persönlichen Budgets für Arbeit, die den Übergang beispielsweise von WfbM auf den ersten Arbeitsmarkt erleichtern.
- Entwicklung von Angebots- und Finanzierungsformen, wie Komplexleistung und Persönliche Budgets, die flexible und bedarfsgerechte Hilfen aus einer Hand erleichtern.

3.8 Vernetzung, Qualität, Effizienz

Die erfolgreiche Umsetzung einer integrierten Gemeindepsychiatrie steht und fällt mit der Vernetzung aller Beteiligten. Der Grad der Vernetzung wird das entscheidende Kriterium bei der Weiterentwicklung der Psychiatrie sein, denn nur in einem kooperativen Verbund lässt sich die individuelle Hilfe jeder Klientin / jedes Klienten auf seinen persönlichen Bedarf hin optimieren. Zudem bietet Vernetzung die Möglichkeit, über den Tellerrand der Institutionen hinauszuschauen.

Wichtige Voraussetzung für eine Vernetzung ist die transparente Gestaltung der Leistungen, die der jeweilige Anbieter dem psychisch kranken Menschen zur Verfügung stellen kann. Nur so kann gewährleistet werden, dass das gesamte Spektrum der Hilfeangebote sowohl dem psychisch kranken Menschen als auch den verantwortlichen Behandlern und Betreuern bekannt und zugänglich ist, um aus den vielen vorhandenen Angeboten gemeinsam die für die Klientin / den Klienten optimale Hilfe zusammenzustellen. Daneben ist eine transparente und aufeinander abgestimmte Leistungsstruktur wesentlicher Baustein für eine effiziente Koordination und - nicht zuletzt – angemessene Vergütung der Leistungsangebote.

Deshalb sind die Leistungserbringer, aber natürlich auch die Leistungsträger gefordert, sich über eigene institutionelle Interessen hinwegzusetzen und bereit zu sein, gemeinsam über sinnvolle Weiterentwicklungen nachzudenken. Die immer wieder beklagte Ressourcenknappheit könnte sich in diesem Sinne auch als Chance erweisen, wenn sie denn zu der Erkenntnis führen würde, dass eigene Interessen, die zu vertreten durchaus legitim ist, oft jedoch dazu verleiten, gewohnte Bahnen nicht zu verlassen.

Ein Beispiel für Vernetzung sind die Gemeindepsychiatrischen Verbände, die sich, wie die Daten dieses Berichtes zeigen, in faktisch allen Ländern - wenn auch auf unterschiedliche Weise -

entwickelt haben. An dieser Stelle muss jedoch betont werden, dass im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbände die einzelnen Beteiligten einfach nicht nur kooperieren sollen, sondern sie müssen darüber hinaus zu einer verbindlichen funktionalen vertragsfähigen Einheit verschmelzen. Es ist also mehr als ein kooperativer Verbund. Dabei darf der Gemeindepsychiatrische Verbund nicht als weitere Institution betrachtet werden, die man anderen in der Versorgungsregion schon arbeitenden Diensten hinzufügt. Die Betonung liegt auf der Gemeinsamkeit des Handelns in einer definierten Region. Das ist das zwar allgemeine, aber ganz zentrale Prinzip, das der Qualität von Versorgung zu Grunde liegt.

Denn unstrittig ist, dass nicht die Anzahl der verfügbaren Angebote, sondern der Grad ihrer Vernetzung ein entscheidendes Kriterium für die Qualität im Gesundheitswesen ist. Dass die Begriffe Vernetzung, Qualität und Effizienz im Bereich der Psychiatrie nicht zu Leerformeln verkommen, zur bloßen Überschrift, darauf muss in Zukunft verstärkt geachtet werden.

4 Forensische Psychiatrie / Maßregelvollzug

Gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzugs ist die „Besserung und Sicherung“ der gemäß §§ 63 und 64 StGB untergebrachten psychisch kranken bzw. suchtkranken Personen.

Dem Freiheitsentzug psychisch kranker und suchtkranker Straftäter liegt nach der Konzeption unserer Rechtsordnung nicht der Gedanke des Strafens zugrunde, sondern er erfährt seine Legitimation durch die Abwendung einer Gefahr für die Allgemeinheit bzw. durch das Erfordernis, den psychisch kranken und suchtkranken Straftäter zu bessern.

Nach dem Grundprinzip unserer Rechtsordnung ist Bestrafung ohne Schuld undenkbar, die entsprechenden §§ 20 und 21 StGB tragen diesem Grundsatz Rechnung. Es ist diese von den schuldunfähigen bzw. vermindert schulfähigen Tätern ausgehende Gefahr für andere, die den Freiheitsentzug legitimiert.

Dieser Freiheitsentzug ist nur soweit gerechtfertigt, wie die von dem psychisch kranken und suchtkranken Straftäter für die Allgemeinheit ausgehende Gefährlichkeit eine Einschränkung von Grundrechten erforderlich macht. Er ist so rasch wie möglich zu beenden.

Daraus ergibt sich die Fürsorgepflicht des Staates, die Gefährlichkeit des Täters durch geeignete therapeutische Maßnahmen schnellstmöglich zu beseitigen und dessen Resozialisierung zu ermöglichen. Entsprechend hat sich deren Behandlung mit dem Ziel der Heilung bzw. Besserung gemäß § 136 StVollzG nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten. Dabei sind dem Verurteilten während des Vollzugs der Maßregel zur Erprobung seiner Zuverlässigkeit so große Freiräume wie verantwortbar zu gewähren, z.B. durch Vollzugslockerungen.

Die Durchführung des Maßregelvollzugs ist an den Auftrag gebunden, einerseits den betroffenen Patienten eine dem Resozialisierungsgebot folgende, qualitativ hochwertige Therapie zu ermöglichen, andererseits durch erforderliche Sicherungsmaßnahmen den Schutz der Allgemeinheit vor gefährlichen psychisch kranken und suchtkranken Straftätern zu gewährleisten. In diesem Spannungsfeld bewegt sich die Arbeit mit forensisch-psychiatrischen Patienten in den Maßregelvollzugseinrichtungen in Deutschland. Damit ist der Maßregelvollzug nach wie vor eine der größten Herausforderungen für und an die Gesellschaft.

In der Vergangenheit haben einzelne von den Medien spektakulär aufgegriffene Zwischenfälle im Rahmen von Lockerungen und Entlassungen den Maßregelvollzug in den Blick der Öffentlichkeit und damit der Politik gerückt. Dies führte u.a. zu einer Verschärfung und Restriktion der entsprechenden Gesetzgebung, die ihren Niederschlag fand in dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26. Januar 1998.

Die zuvor bestehende Regelung nach § 67d StGB sah vor, dass ein Patient, der ohne zeitliche Begrenzung im Maßregelvollzug untergebracht war, zu entlassen sei, „*sobald verantwortet werden kann, zu erproben*, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten begehen wird“. In der aktuellen Fassung des § 67d StGB wurde dieser Passus entscheidend dahingehend geändert: „Ist keine Höchstfrist vorgesehen ..., so setzt das

Gericht die weitere Vollstreckung zur Bewährung aus, *wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.*“

Die Schwelle einer bedingten Entlassung ist dabei vor dem Hintergrund eines gestiegenen Sicherheits- und Schutzbedürfnisses der Gesellschaft vor psychisch kranken Straftätern gestiegen. Die geschilderte Verschärfung der Entlassungsbedingungen bleibt dabei in der Regel nicht ohne Auswirkungen auf Belegungszahlen und Verweildauern im Maßregelvollzug.

Wer wird im Einzelnen behandelt?

- Straftäter, die wegen einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung zum Zeitpunkt der Begehung einer Straftat schuldunfähig oder vermindert schulfähig waren und von denen weitere Straftaten zu erwarten sind, werden vom Gericht gemäß §§ 63, 64 StGB und § 7 JGG untergebracht.
- Personen, bei denen zu erwarten ist, dass sie gemäß §§ 63 und 64 StGB untergebracht werden, werden oftmals im Vorfeld der Hauptverhandlung gemäß § 126a StPO vorläufig untergebracht.
- Personen, die entweder von Gericht die §§ 63 oder 64 StGB zur Bewährung ausgesprochen bekommen haben, oder die aus dem Maßregelvollzug mit Bewährungsaufgaben bedingt entlassen worden sind, können bei Verstoß gegen die Bewährungsaufgaben oder bei Begehen neuer Straftaten erneut im Maßregelvollzug untergebracht werden (§ 453c StPO).

Nachdem bereits in den Neunziger Jahren ein rasanter Anstieg der Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug zu verzeichnen war, zeigte der im Jahre 2003 vorgelegte Bericht bundesweit zum einen die Tendenz längerer Unterbringungszeiten, zum anderen eine Veränderung des Störungsspektrums mit einem steigenden Anteil von schwereren Persönlichkeitsstörungen.

4.1 Die Kapazitätsentwicklung in der forensischen Psychiatrie

Der Ausbau der Plätze im Maßregelvollzug in ganz Deutschland stieg von rund 4.290 Plätzen²⁵ im Jahr 1990 auf 6.635 Plätze im Jahr 2000 und 8.670 Plätze zum Ende des Jahres 2005. Somit verdoppelte sich die Zahl der Maßregelvollzugsplätze innerhalb von 15 Jahren. Vergleicht man die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Dabei müssen die Steigerungsdaten für die neuen Bundesländer und Berlin besonders gewertet werden, da die Ausgangssituation im Jahr 1990 nicht vergleichbar mit der in den westlichen Ländern war. Vermutlich sind die Zahlen aus dem Jahr 1990 wenig belastbar, zum Teil – wie für Mecklenburg-Vorpommern - konnten sie nicht mehr recherchiert werden. Die DDR kannte kei-

²⁵ Für das Jahr 1990 konnten keine Platzkapazitäten für Mecklenburg-Vorpommern festgestellt werden. Deshalb wurden auf die Summe aller Plätze für das Jahr 1990 fiktive 212 Plätze hinzugerechnet. Dies war der Anteil der Plätze die Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2000 gemeldet hat.

nen Maßregelvollzug, somit mussten nach der Schaffung der Deutschen Einheit erst forensische Psychiatrien in den neuen Bundesländern geschaffen werden.

Tabelle 1 Zunahme an Maßregelvollzugsplätzen in den alten Bundesländern von 1990 bis 2005

Land	Zahl der Betten				Steigerung 1990 - 2005	Stand: 31.12.05	
	1980	1990	2000	2005		Zahl der unter- gebrachten Personen	Personen pro Bett
Baden-Württemberg	540	552	639	768	39%	891	1,16
Bayern	765	912	1.352	1.766	93%	2.087	1,18
Berlin	146	210	310	430	105%	572	1,33
Bremen	49	48	54	121	152%	106	0,88
Hamburg	60	60	100	178	197%	209	1,17
Hessen	216	351	411	523	49%	662	1,27
Niedersachsen	443	541	787	1.052	94%	1.194	1,13
Nordrhein-Westfalen	-	1.079	1.147	1.415	31%	2.239	1,58
Rheinland-Pfalz	118	216	386	483	123%	570	1,18
Saarland	45	65	120	160	146%	164	1,03
Schleswig-Holstein	170	232	257	272	17%	290	1,07

Tabelle 2 Zunahme an Maßregelvollzugsplätzen in den neuen Bundesländern von 2000 bis 2005

Land	Zahl der Betten			Steigerung 2000 - 2005	Stand: 31.12.05	
	2000	2005	Zahl der unter- gebrachten Personen		Personen pro Bett	
Brandenburg	163	245	50%	288	1,18	
Mecklenburg-Vorpommern	212	220	4%	220	1,00	
Sachsen	341	385	13%	402	1,04	
Sachsen-Anhalt	254	458	80%	484	1,06	
Thüringen	132	194	47%	214	1,10	

Für die alten Länder ergibt sich für die Zeit von 1990 bis 2005 ein sehr uneinheitliches Bild. In Ländern wie Schleswig-Holstein (17%) Nordrhein-Westfalen (31%) und Baden-Württemberg (39%) sind die Kapazitäten nur mäßig gewachsen, während andere Länder wie Rheinland-Pfalz (123%), Saarland (146%), Bremen (152%) und Hamburg (197%) ihre Kapazitäten mehr als verdoppelten. Seit dem Erhebungsstichtag 31.12.2005 haben sich die Verhältnisse in vielen Bundesländern wiederum verändert, sodass die Zahlen nicht die heutige Realität widerspiegeln.

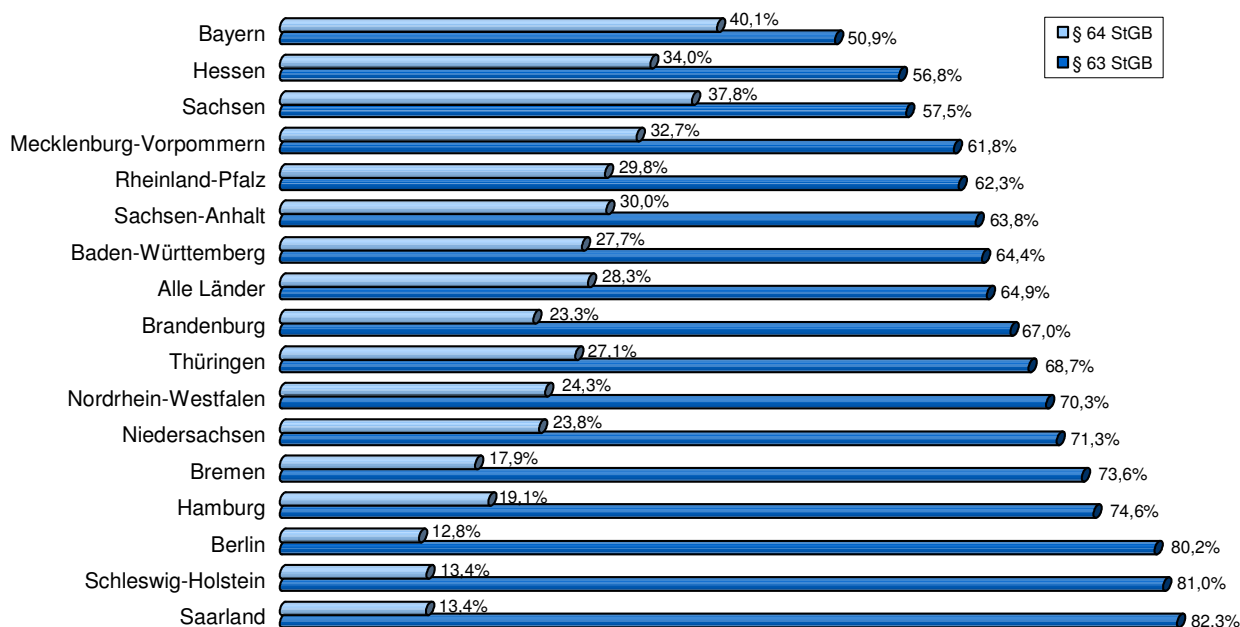
Wie den Tabellen ferner zu entnehmen ist, herrschen in fast allen Bundesländern Kapazitätsengpässe mit resultierenden Überbelegungssituationen. Dieser Datenlage sollte besondere Aufmerksamkeit zuteil werden, da insbesondere in forensischen Einrichtungen eine anhaltende Überbelegung nicht nur mit einer möglicherweise nicht bedarfsgerechten therapeutischen Versorgung einhergeht, sondern die mit der Überbelegung verbundenen personellen und räumlichen Engpässe auch ein erhöhtes Sicherheitsrisiko bergen.

Der mit der Schaffung weiterer Unterbringungskapazitäten einhergehende Aus- bzw. Neubau forensischer Einrichtungen stößt jedoch häufig auf massive Widerstände der Bevölkerung der betroffenen Region. Es herrscht also in der Gesellschaft das widersprüchliche Bedürfnis des Schutzes vor psychisch kranken Tätern einerseits, andererseits bestehen z.T. nur schwer auszuräumende Vorbehalte gegen die lokale Errichtung forensisch-psychiatrischer Kliniken.

Diesen Vorbehalten kann durch geeignete Öffentlichkeitsarbeit mit sachbezogener Aufklärung über den Maßregelvollzug begegnet werden. Nur mit hinreichender, umfassender Information – die auch dem Abbau bestehender Ängste dienen muss - wird man einen angemessenen Umgang mit dieser Patientengruppe erreichen, der auch den entsprechenden Rahmen für die gesetzlich geforderten Resozialisierungsbemühungen bilden kann.

Die Betrachtung der erhobenen Daten zeigt ferner länderspezifische Unterschiede in der Patientenstruktur der Maßregelvollzugseinrichtungen, bezogen auf die zugrundeliegenden richterlichen Anordnungen.

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) behandelten Patienten an der Gesamtheit der Patienten der forensischen Psychiatrie. Bei der Erhebung wurden auch die Unterbringungszahlen der einstweilig nach § 126a StPO untergebrachten Personen erfasst (vgl. Tabelle 1.7.2. im Tabellenanhang); deren Anteil liegt je nach Bundesland zwischen 4,2% (Thüringen) und 9,7% (Brandenburg).

Abbildung 7 Anteil der nach § 63 und § 64 StGB im Maßregelvollzug Untergebrachten

Grundsätzlich wäre zu erwarten, dass sich das Verhältnis der nach § 63 StGB und § 64 StGB Untergebrachten auf Grund einer bundesrechtlichen Regelung in allen Ländern ähnlich darstellt.

Tatsächlich legen die Daten aber die Vermutung nahe, dass sich die Spruchpraxis der Gerichte in einzelnen Bundesländern stark unterscheidet, denn der Anteil der nach § 63 StGB Untergebrachten schwankt von 50,9% in Bayern bis zu 82,3% im Saarland, entsprechend hoch bzw. niedrig ist der Prozentsatz der nach § 64 StGB untergebrachten Patienten.

4.2 Dauer der Unterbringung

4.2.1 Dauer der Unterbringung nach § 63 StGB

Für diesen Bericht wurde erstmals die Verweildauer der Patienten erhoben, die nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht waren und im Jahr 2005 entlassen wurden (Tabellen 1.5.1 bis 1.6.2).

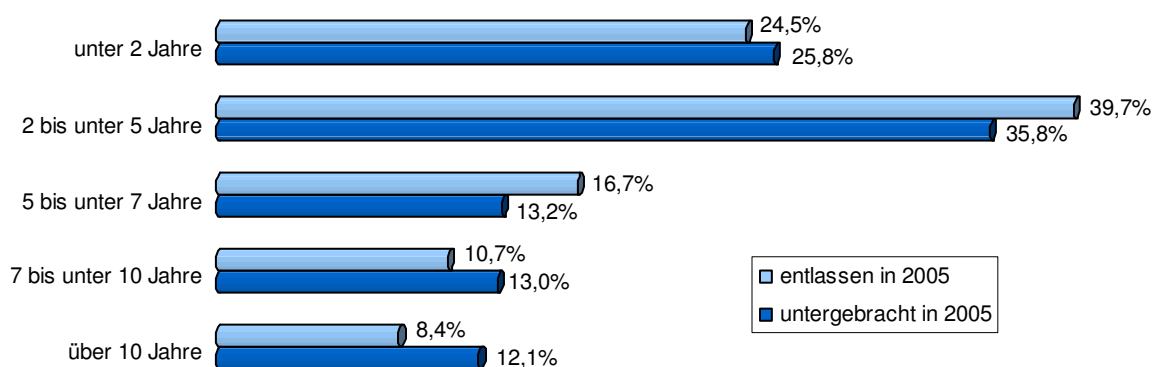
Dabei wurden folgende Verweildauern ermittelt:

- 64,2% der Patienten waren bis zu 5 Jahren
- 16,7% bis zu 7 Jahren,
- 10,7% bis zu 10 Jahren und
- 8,4% waren länger als 10 Jahre im Maßregelvollzug untergebracht, bevor sie entlassen wurden.

Ein ähnliches Bild zeigt die Verteilung der am 31.12.2005 nach § 63 StGB in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Patienten:

- 61,6% befinden sich seit 5 Jahren,
- 13,2% bis zu 7 Jahren,
- 13,0% bis zu 10 Jahren und
- 12,1% schon länger als zehn Jahre im Maßregelvollzug.

Abbildung 8 Verweildauer der in 2005 nach § 63 StGB untergebrachten bzw. entlassenen Patienten



Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern (vgl. Tabelle 1.5.2 im Tabellenanhang). In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen waren mehr als 60% der entlassenen Personen bis zu fünf Jahre untergebracht.

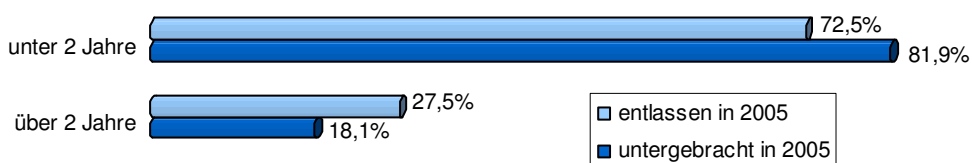
Bei der Betrachtung der Unterbringungsdauer der Patienten, die sich zum 31.12.2005 nach § 63 StGB in der forensischen Psychiatrie befanden, sind in Schleswig-Holstein mehr als 30% über 10 Jahre bereits in den Kliniken, der Durchschnitt liegt bei 12,1%. In den Ländern Bayern, Baden-Württemberg sind nur 10,8 bzw. 10,3% der Untergebrachten länger als 10 Jahre im Maßregelvollzug. Die Daten der neuen Bundesländer verzerren den Durchschnitt, denn da der Maßregelvollzug dort erst nach der Wiedervereinigung seit 1990 eingerichtet wurde, muss der Anteil der länger als 10 Jahre Untergebrachten deutlich kleiner sein als in den alten Bundesländern. Hier schwanken die Anteile zwischen 2,0% (Thüringen) und 9,8% (Brandenburg).

Ob und inwieweit sich die veränderte Gesetzgebung – insbesondere die veränderten Entlassungsbedingungen – auf die Verweildauer auswirkt, ist den vorliegenden Daten nicht zu entnehmen, ein Zusammenhang lässt sich jedoch vermuten. Um diese Frage klären zu können, wäre eine kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung sinnvoll.

4.2.2 Dauer der Unterbringung nach § 64 StGB

Da die Unterbringung nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) im Regelfall entsprechend der gesetzlichen Grundlagen auf zwei Jahre begrenzt ist, müsste erwartungsgemäß auch die Verweildauer bei etwa zwei Jahren liegen. Nach den vorliegenden Daten verteilt sich die Unterbringungsdauer wie folgt:

Abbildung 9 Verweildauer der nach § 64 StGB am 31.12.2005 untergebrachten bzw. in 2005 entlassenen Patienten (alle Länder)



Bei der Betrachtung der Daten fällt auf, dass von den nach § 64 StGB untergebrachten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2005 entlassen wurden, nur die der Berliner Maßregelvollzugseinrichtung innerhalb der Regeldauer von bis zu 2 Jahren entlassen worden sind. In den anderen Bundesländern streute der Anteil der im Jahr 2005 innerhalb der Regeldauer entlassenen Patientinnen und Patienten zwischen 28,6% und 89,4%. Diese Streubreite ist jedoch bei den in vielen Bundesländern z.T. sehr geringen, hier zu Grunde liegenden Fallzahlen nur von begrenzter Aussagekraft. Dies bestätigt der Blick auf die Verweildauer der am 31.12.2005 aktuell untergebrachten Straftäter nach § 64 StGB. Hier zeigten die Verweildauern im Ländervergleich keine derart ausgeprägten Streubreiten.

So waren in Bayern rund 9% der Untergebrachten bereits länger als zwei Jahre im Maßregelvollzug, in Baden-Württemberg warten immerhin schon 34% mehr als zwei Jahre auf die Erledigung der Maßregel. Es folgen Rheinland-Pfalz mit 31,2% und das Saarland mit rund 27%. In Hamburg waren am 31.12.2005 rund 25% und in Berlin rund 15% länger als zwei Jahre im Maßregelvollzug.

Wie diese Unterschiede in der Verweildauer – sowohl bei den entlassenen wie bei den noch untergebrachten Straftätern – zustande kommen, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten. Hier könnte die Verschiedenheit der Anlassdelikte und –diagnosen zu Unterschieden führen; möglicherweise ist auch hier eine unterschiedliche Spruchpraxis der Gerichte ein Erklärungsansatz. Dies müsste auf Länderebene näher untersucht werden.

In Ausnahmefällen kann die Unterbringungsdauer nach § 64 StGB nicht nur aus therapeutischen Notwendigkeiten den vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitrahmen von zwei Jahren übersteigen, z. B. wenn gleichzeitig mit der Anordnung der Maßregel eine längere Freiheitsstrafe verhängt wird. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass eine über die Fristen des § 64 StGB hinausgehende Unterbringung im Maßregelvollzug, die nicht therapeutisch, sondern

durch das Strafmaß begründet ist, den Charakter und die Rolle des Maßregelvollzugs vom Krankenhaus zur Strafvollzugseinrichtung wandelt.

Grundsätzlich belegen die erhobenen Daten die Notwendigkeit der sich im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Novellierung des Maßregelrechts auf Bundesebene (Entwurf eines „Gesetzes zu Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt“, BT-Drs. 16/1110, sowie Entwurf eines „Gesetzes zur Reform des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“, BT-Drs. 16/1344), die einen Vorwegvollzug der Strafe vor der Maßregel deutlich erleichtern soll; denn eine lange Unterbringungsdauer bei der Unterbringung nach § 64 StGB ist nach dem Gesetz nur möglich, wenn die begleitend angeordnete Freiheitsstrafe deutlich länger ist als die gesetzlich vorgeschriebene Höchstfrist von zwei Jahren. Eine lange Verweildauer bei einem nach § 64 StGB Untergebrachten führt zu einer deutlichen Kostensteigerung, ohne dass diese längere Verweildauer noch einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. In der Regel dauert eine erfolgreiche Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zwischen 6 und 18 Monaten bei Maßregelvollzugspatienten²⁶; die weitere Unterbringung in der forensischen Klinik erfolgt, um diesen erreichten Therapieerfolg nicht durch eine Rückverlegung in den Strafvollzug zu gefährden. Eine Entwöhnungsbehandlung ohne Nutzung von Vollzugslockerungen, die bei einer langjährigen begleitenden Freiheitsstrafe wegen der Fluchtgefahr kaum möglich sind, gestaltet sich schwierig und muss – mit Blick auf die vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele des Maßregelvollzugs – grundsätzlich hinterfragt werden.

4.3 Kosten der Unterbringung

Die dargestellte Kapazitätsausweitung in der forensischen Psychiatrie führte in den letzten Jahren auch zu einem deutlichen Anstieg der für die steigende Nachfrage nach Leistungen aufzuwendenden Mittel. Dies führte in einigen Ländern zu Anfragen aus dem parlamentarischen Raum. Rheinland-Pfalz initiierte mit Unterstützung der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen eine Studie zum Thema „Kostenbegrenzung im Maßregelvollzug“. Die Studie wurde von den Beratungsbüros FOGS und ceus consulting, beide Köln, erarbeitet und am 22. Juli 2005 den beteiligten Ländern zur Verfügung gestellt. Ein wesentliches Ergebnis dieser unveröffentlichten Studie ist, dass die Finanzierungssysteme des Maßregelvollzugs in den Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet und somit nur bedingt vergleichbar sind. Während beispielsweise in Bayern bis 31.12.2006 das nachträgliche Vollkostenerstattungsprinzip galt (zum 01.01.2007 wurde die Budgetierung im Maßregelvollzug eingeführt), erfolgt in Baden-Württemberg die Finanzierung

²⁶ Vgl. z.B.: Schläfke, D., Bordel, U., Dette, C., Keiper, P., Wendland, A.: „Drinne und draußen“ - Möglichkeiten therapeutischer Einflussnahme im Maßregelvollzug In: Freunde der Fachabteilung Bad Rehburg (Hrsg.) Drinne und Draußen. 14. Bad Rehbürger Fachtagung zur Unterbringung gem. § 64 StGB, Dezember 2003. Eigendruck, Rehburg-Lockum; 8-42 (auch im Internet unter: <http://www.forensik.med.uni-rostock.de/pdf/drindrau.pdf>)

über ein Globalbudget für alle Kliniken, die Finanzierung der einzelnen Klinik erfolgt dann über die voraussichtliche Durchschnittsbelegung. In Hessen werden prospektiv Budgets mit den Kliniken vereinbart und im Nachhinein erfolgt ein Ausgleich der tatsächlichen Aufwendungen. Nordrhein-Westfalen stellte zum Zeitpunkt der Studie sein Finanzierungssystem von einem pauschalen Aufwandsersatz auf ein neues Entgeltsystem mit einem Basis- und einem Behandlungsbudget um.

Die aus diesen unterschiedlichen Finanzierungsarten zu errechnenden „Tagespflegesätze“ können kaum miteinander verglichen werden, weil in einigen Ländern wie Rheinland-Pfalz oder Bremen die Investitionskosten Bestandteil dieser Vergütungssätze sind, während andere Länder wie Baden-Württemberg, Bayern, Berlin oder Hessen die Investitionen gesondert erstatten. Auch sind in einigen Vergütungssätzen Belegungsausgleiche für die Vorjahre enthalten, während es in anderen Ländern wie Bayern oder Thüringen auf Grund des der Finanzierung zu Grunde liegenden nachträglichen Vollkostenerstattungsprinzips bzw. Selbstkostendeckungsprinzips einen solchen Belegungsausgleich nicht gibt bzw. gab. Weiterhin werden in einigen Ländern Zusatz- und Nebenkosten wie zum Beispiel konsiliarärztliche Leistungen, Bewerbungs- oder Fahrtkosten gesondert erstattet, während andere Länder diese Leistungen in einer Pauschale den Kliniken erstatten.

Die Studie verweist weiterhin darauf, dass ein Vergleich der „Tageskosten“ für einen Untergebrachten nicht die tatsächlich aufgewandten Kosten für die Sicherung und Behandlung über die Zeit beinhaltet. Geringe „Tageskosten“ gekoppelt mit einer langen Verweildauer können im Einzelfall dennoch erheblich höhere Gesamtkosten für die Sicherung und Behandlung bedeuten - im Vergleich zu einem relativ hohen „Tagespreis“ gekoppelt mit einer geringen Verweildauer.

Die Studie belegt weiterhin, dass Länder wie Hessen, die zwischenzeitlich ein gut entwickeltes Beurlaubungs- und Nachsorgesystem aufgebaut haben, eine geringere Verweildauer und damit vermutlich auch geringere Gesamtkosten pro Fall haben als andere Länder. Beispielhaft seien im Vergleich genannt Hessen und Rheinland-Pfalz. Während in Hessen die durchschnittliche Verweildauer der nach § 63 StGB Untergebrachten bei Vollzugsbeendigung im Jahr 2003 44,2 Monate betrug, lag die durchschnittliche Verweildauer bei der gleichen Personengruppe in Rheinland-Pfalz bei 62,1 Monaten im Jahr 2003. Gleichzeitig waren in Hessen 24,7% der am 31.12.2003 nach § 63 StGB Untergebrachten 6 Jahre und länger in der forensischen Psychiatrie. In Rheinland-Pfalz lag der Anteil dieser Personengruppe bei 36,5%.

Auf Grund dieser Ergebnisse schlagen die Autoren der Studie dem Land Rheinland-Pfalz als Auftraggeber der Studie vor, die ambulante Nachsorge einschließlich der Beurlaubungssituation durch den Auf- und Ausbau von forensischen Ambulanzen und durch eine verbesserte Zusammenarbeit mit dem gemeindepsychiatrischen System zu verbessern. Weitere Empfehlungen beziehen sich darauf, die Neben- und Zusatzkosten zu pauschalisieren und das Entgeltsystem stärker an den tatsächlich erbrachten Leistungen zu orientieren.

Die Kostensteigerung im Maßregelvollzug war für verschiedene Landesregierungen auch ein Anlass nachzufragen, ob und inwieweit eine verbesserte Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen der forensischen Psychiatrie durch einen Trägerwechsel oder durch eine Änderung der Organisations- oder Rechtsform erreicht werden kann. Die Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen haben forensisch-psychiatrische Kliniken ganz oder teilweise an freie oder frei-gemeinnützige Trägerschaften abgegeben. Einzelne Länder prüfen diese Frage oder befinden sich in der Umsetzung.²⁷

4.4 Zusammenfassung und Ausblick

Auch dieser Berichtszeitraum ist durch eine steigende Belastung der Maßregelvollzugseinrichtungen im gesamten Bundesgebiet gekennzeichnet. Über die Gründe für die zunehmende Anordnung von Maßregeln nach § 63 StGB und § 64 StGB wird vielfältig diskutiert, letztendlich lässt sich aber nicht eine Ursache identifizieren, so dass von einer multifaktoriellen Begründung ausgegangen werden muss. Ein verändertes Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung, ein verändertes Anzeigeverhalten gegenüber psychisch kranken Menschen und eine geänderte Spruchpraxis der erkennenden Gerichte lassen sich ebenso als Ursachen benennen wie verzögerte Entlassungen, z.B. auch aufgrund von Schwierigkeiten eine für die forensische Nachsorge geeignete außerklinische Einrichtung zu finden. Geprüft werden sollte, ob es Zusammenhänge zwischen sich ändernden Versorgungsangeboten in der Allgemeinpsychiatrie und der Belegungsentwicklung im Maßregelvollzug gibt. Die Versuche, den Belegungsdruck in den Maßregelvollzugseinrichtungen zu verringern, sind vielfältig. Beispielhaft zu nennen sind die in einigen Ländern sich durchsetzende Einrichtung von Forensischen Ambulanzen, die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit des Maßregelvollzugs mit außerklinischen Einrichtungen, die Initiativen zur Reform des Maßregelrechts auf Bundesebene u.a. Diese Maßnahmen konnten jedoch die Notwendigkeit des weiteren Kapazitätsausbaus im Maßregelvollzug in der Mehrzahl der Länder nicht abwenden.

Die Situation der forensischen Psychiatrie dürfte sich in den kommenden Jahren verändern und verbessern, wenn die vorliegenden Gesetzentwürfe zur Fortentwicklung der §§ 20, 21 und 63, 64 ff. StGB sowie der Gesetzentwurf zur Reform der Führungsaufsicht von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden und von den Handlungsspielräumen Gebrauch gemacht wird. Erforderlich neben diesen strukturellen Änderungen ist für die forensische Psychiatrie auch eine Weiterentwicklung der inhaltlichen Angebote – angefangen von der Fortentwicklung valider Prognosekriterien über die Vereinheitlichung der Standards von Gutachten bis hin zur Evaluation der Arbeit, damit die forensische Psychiatrie dem Auftrag der Behandlung und der Sicherung der Unterbrachten auch in Zukunft gerecht wird. Hervorzuheben ist das große, und

²⁷ Einen guten Überblick über die Hintergründe und den aktuellen Stand dieser Entwicklung liefert Friedrich Schwerdtfeger: Privatisierung im Maßregelvollzug – Hintergründe, aktueller Stand, Modelle, Risiken und Möglichkeiten in: Dokumentation der Fachtagung: „Maßregelvollzug im Kreuzfeuer: Disput oder Dialog?“ hrsg. vom Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarland 2006

z. T. persönliche Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Maßregelvollzugseinrichtungen, einen für jede einzelne Patientin bzw. jeden einzelnen Patienten unter dem Gesichtspunkt der Therapie, aber auch unter Sicherheitsaspekten geeigneten Behandlungsweg zu finden. Dabei ist die Belastung vor dem Hintergrund der hohen Belegung, die immer wieder auch zu internen Spannungen und zu einer Erhöhung des Aggressionspotentials bei den Patientinnen und Patienten führt, aber auch vor dem Hintergrund des enormen gesellschaftlichen Drucks, groß.

5 Einzelne Fachgebiete

5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP)

Auffälligkeiten und Störungen des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter sind häufig und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Die Schätzungen zum Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich deutlich und weisen im Altersbereich bis 18 Jahre eine Prävalenzrate zwischen 10 und 20% auf. Die Persistenzrate psychischer Störungen in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren wird mit über 50% angegeben. Diese (Schätz-)Zahlen haben bereits im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 auf unterschiedlichen Ebenen kontroverse Diskussionen über den real gegebenen Bedarf an Hilfen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ausgelöst. Dies hat u. a. damit zu tun, dass die Differenzierung zwischen krank und verhaltensauffällig, zwischen beratungs-, erziehungs- und behandlungsbedürftig – zumindest partiell – schwierig ist. Das heißt, genannte Terminologien lassen sich nicht ausschließen und der Übergang ist eher fließend. Daher ist es nach wie vor problematisch, verlässliche Zahlen über psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche zu ermitteln. Realität ist jedoch, dass es heute weitaus weniger Kinder und Jugendliche und – regional sehr unterschiedlich - mehr Angebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Deutschland gibt. Für eine Untersuchung dieser Entwicklung bedarf es vertiefender Analysen und Ursachenforschung.

Grundsätzlich muss gelten, dass Prävention vor Therapie, Lernen vor Krankenbehandlung und Ressourcenorientierung vor krankheitsdefiniertem Diagnoseprozess steht. Darüber hinaus ist bei Störungen im Entwicklungsprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen grundsätzlich nicht von einer dauerhaften Störung, sondern von einer Entwicklungsoffenheit auszugehen.

Gleichwohl kann heute auf ein differenziertes Wissen in Bezug auf Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zurückgegriffen werden. Entsprechend entstanden in den letzten Jahrzehnten differenzierte Hilfen für die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Deren Verbesserung ist eine beständige Aufgabe, die auch in Zukunft notwendig ist. Nicht nur die Anzahl der Hilfen, sondern der Grad ihrer Vernetzung mit benachbarten Fachgebieten, insbesondere der Pädiatrie, aber auch mit anderen Institutionen und Hilfesystemen wie der Schule und Jugendhilfe ist ein entscheidendes Qualitätskriterium der Versorgung. Die vorhandenen Versorgungssysteme müssen besser vernetzt werden. Dabei stehen die Kinder und Jugendlichen mit ihrem individuellen Hilfebedarf im Vordergrund.

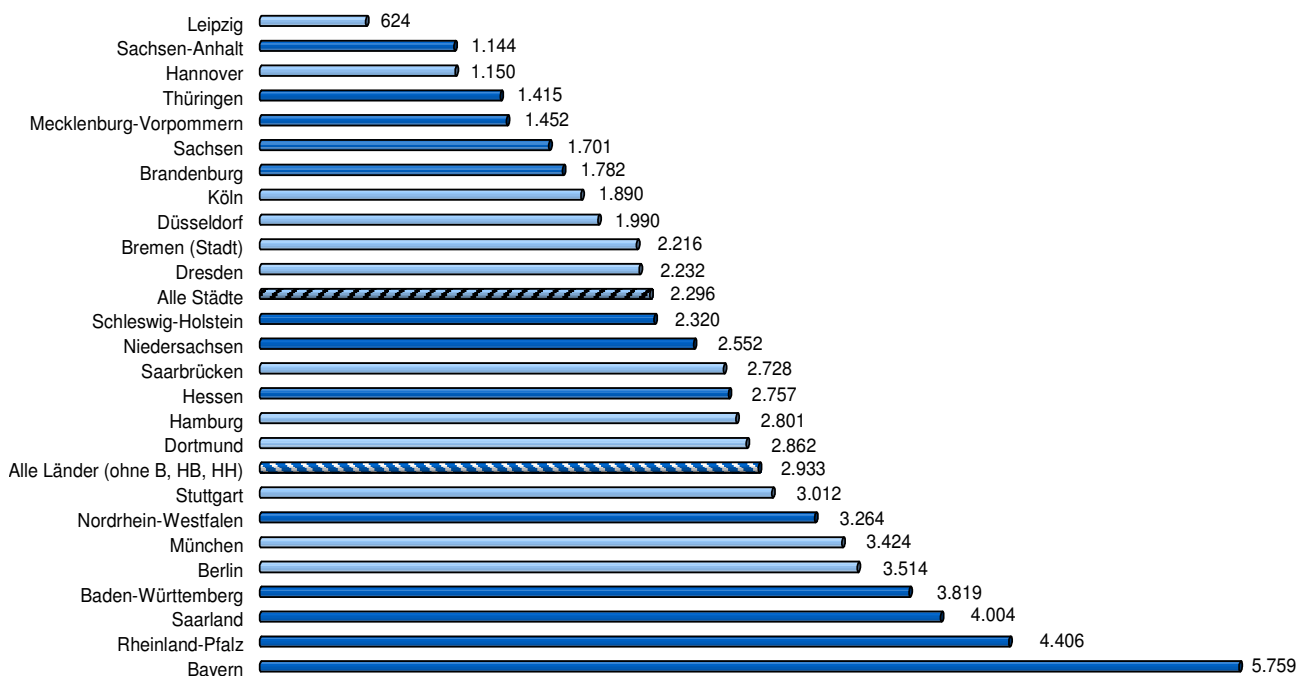
5.1.1 Angebote der KJPP

Klinischer Bereich

Die Entwicklung im klinisch-stationären Bereich zeigt seit Jahren neben einer Zunahme der Einrichtungen und der Bettenzahl (+12,5% in den letzten fünf Jahren) vor allem einen deutlichen Zuwachs an tagesklinischen Plätzen (+54%). Zumindest bei der Zunahme der Bettenzahl weicht diese von der Entwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie ab, wo in den letzten Jahren eher eine Abnahme von Betten zu beobachten ist und eine Zunahme von teilstationären Plätzen eher mit dem Abbau von vollstationären Plätzen korrespondiert. Eine differenzierte Analyse der Hintergründe für dieses Phänomen ist aus den vorliegenden Daten jedoch nicht möglich. Diese Entwicklung ist umso erstaunlicher, da der Anteil der unter 18-Jährigen stetig abnimmt.²⁸ In dem Zusammenhang sei auf die Ausführungen unter vorgenanntem Punkt 5.1 hingewiesen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass in Deutschland für 2.933 Einwohner unter 18 Jahren ein Bett zur Verfügung steht, wobei die regionale Schwankung von 1.144 (Sachsen-Anhalt) bis 5.759 Einwohner je Bett (Bayern) reicht.

Abbildung 10 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern und in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie zur Verfügung steht

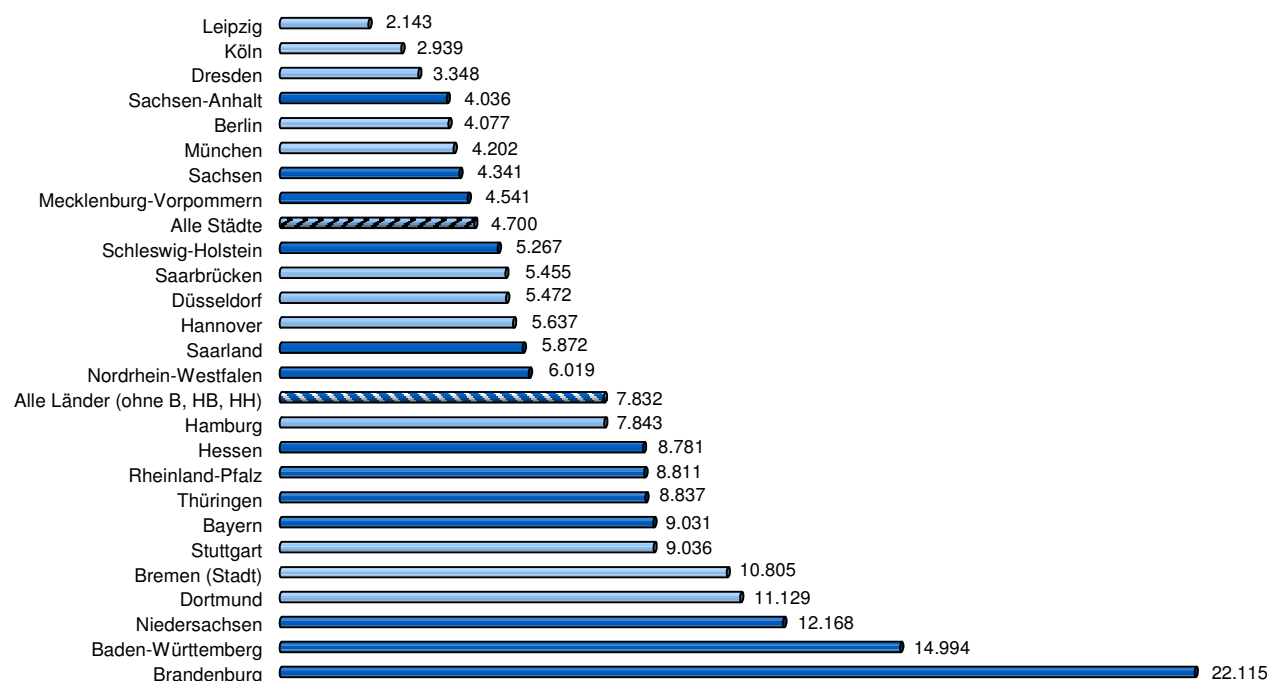


Noch extremer sind die quantitativen Schwankungen im Stadt-Land-Vergleich im tagesklini-

²⁸ Während im Zeitraum 2000 bis 2004 die Einwohnerzahl Deutschlands konstant blieb, verringerte sich die Zahl der unter 18-Jährigen um 4,4%.

schen Bereich. Die Spannweite bewegt sich zwischen 4.036 (Sachsen-Anhalt) und 22.115 Einwohner pro Platz (Brandenburg).

Abbildung 11 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern und in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht



Ebenso unerwartet ist – im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie –, dass der überproportionale Ausbau teilstationärer Angebote nicht zu einer Entlastung vollstationärer Kapazitäten geführt hat. Vieles deutet dabei darauf hin, dass durch die tagesklinischen Angebote mehr Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten erreicht werden.

Zu vermuten ist, dass weniger die Diagnose den Indikator für die Entscheidung zwischen voll- bzw. teilstationärer Behandlung darstellt, sondern vielmehr der soziale Kontext sowie die örtliche Nähe der Klinik mit darüber entscheiden, ob eine Behandlung voll- oder teilstationär erfolgt.

Durch die Änderungen im Leistungsrecht (GKV-Reformgesetz 2000) konnten zudem die Institutsambulanzen ihr Leistungsspektrum erweitern. Sie werden inzwischen an 127 der insgesamt 148 Fachkliniken bzw. Fachabteilungen für KJPP vorgehalten; hinzu kommen 28 Institutsambulanzen, die sich nicht am Standort einer Klinik befinden. In den Institutsambulanzen werden jährlich je Einrichtung ca. 900 Kinder und Jugendliche behandelt. Deutlich ist ein Zusammenhang zwischen relativ hoher Inanspruchnahme der Institutsambulanzen und geringer Dichte niedergelassener Fachärzte bzw. Psychotherapeuten in den neuen Ländern. Institutsambulanzen beteiligen sich zunehmend auch an der konsiliarischen Beratung von Heimen sowie sonstigen Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe.

Dies ist für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher von Bedeutung, da die Institutsambulanzen die bestehende bzw. drohende Unterversorgung im niedergelassenen Bereich ausgleichen.

KJPP und Psychosomatik

Schon seit den 70er Jahren gab es eine Entwicklung von psychosomatischen Abteilungen an Kinderkrankenhäusern. Diese Entwicklung wurde auch von der Enquête empfohlen. Als Problem hat sich dabei erwiesen, dass in der Praxis die Abgrenzung zwischen psychosomatischen und psychiatrischen Störungen schwierig ist und, dass Eltern oft darauf drängen, ihren Kindern das Stigma „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu ersparen. Dies birgt die Gefahr der Entwicklung einer Zwei-Klassen-Psychiatrie: Die leichteren und unauffälligeren Störungen werden in der Pädiatrie, die schwierigeren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Dies ist eine ähnliche Entwicklung wie sie auch schon für den Erwachsenenbereich beschrieben worden ist.

Ambulanter Bereich

Primär wird die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater wahrgenommen. Ergänzt wird das ambulante KJPP-Angebot durch niedergelassene Pädiater, zum Teil mit neuro- und sozialpädiatrischer Zusatzausbildung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater /innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen nahm von 2000 bis 2005 jeweils über 20% zu. Allerdings ist die Versorgungsdichte in den Ländern sehr unterschiedlich. Zudem besteht zwischen dem ländlichen Raum und den Ballungszentren ein erhebliches Angebotsgefälle.

Abbildung 12 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein Facharzt / eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht

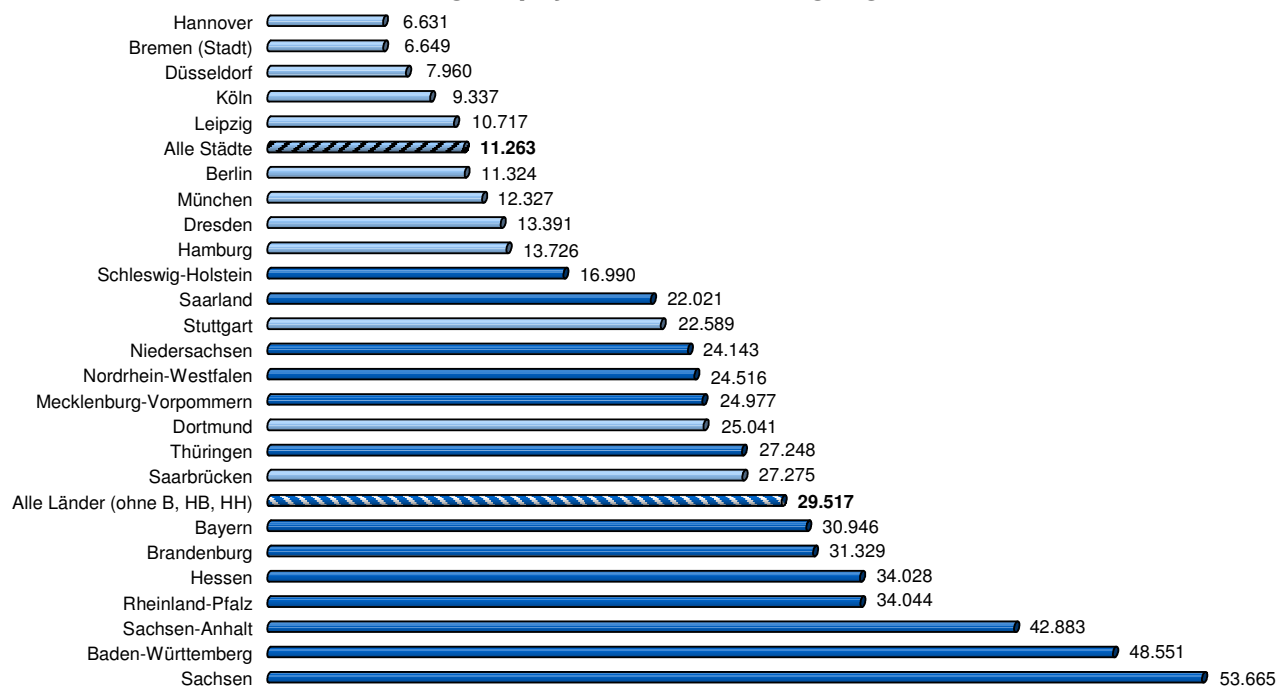
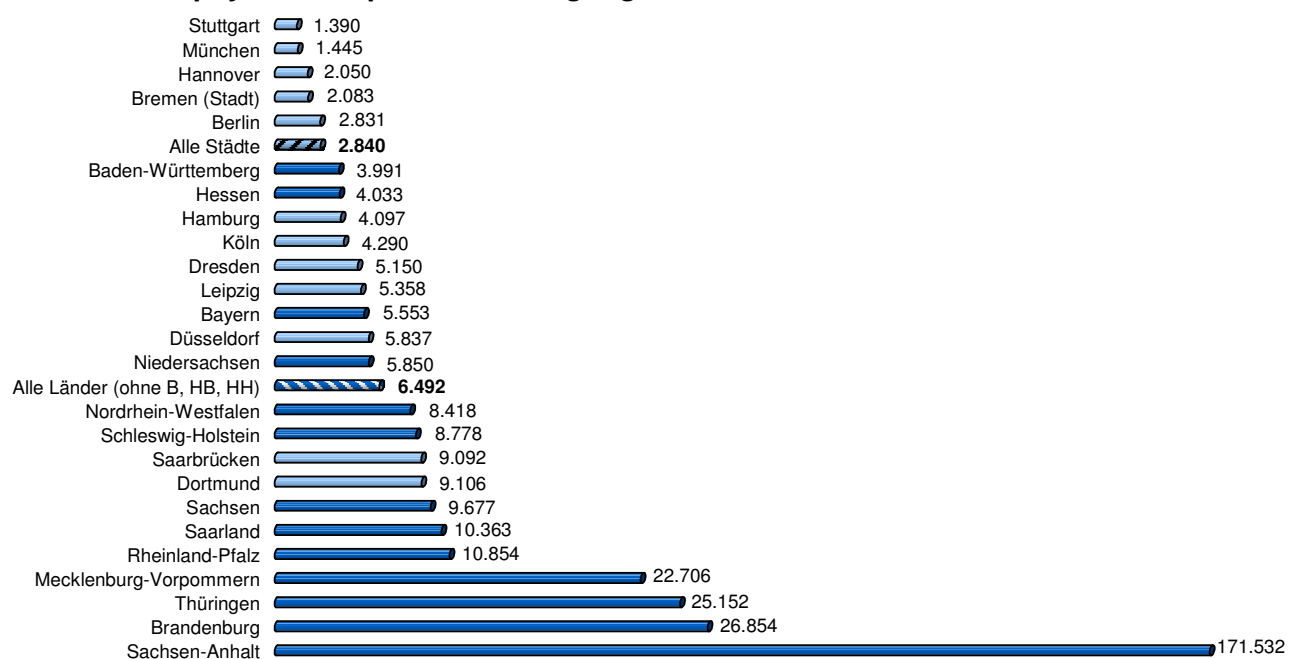


Abbildung 13 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut zur Verfügung steht



Die beiden unterschiedlichen Anbieter im ambulanten Bereich sind in ihrem Behandlungsangebot nur begrenzt deckungsgleich und deshalb auch nicht austauschbar.

Fazit

Die Daten weisen einen offensichtlichen Zusammenhang zwischen klinischer und ambulanter

Versorgungsdichte aus. In den Ländern mit geringer Zahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten findet sich eine hohe Zahl klinischer (stationärer/teilstationärer) Angebote. Dies legt den Schluss nahe, dass ein regionaler Mangel in der vertragsärztlichen Versorgung durch klinische Angebote kompensiert wird. Folgerichtig müsste eine höhere Zahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen geringeren Bedarf an (teil-)stationären Hilfen bewirken. Deshalb ist eine regional ausgewogenere Verteilung in diesem niedergelassenen Bereich unerlässlich.

Dennoch sind weitere Einflussfaktoren von Belang, da die vergleichende Betrachtung des Verhältnisses der psychiatrischen Angebote untereinander allein nicht ausreicht, die Zusammenhänge zu erklären und zu bewerten.

5.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) und Jugendhilfe

Bereits im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 wurde die notwendige Vernetzung zwischen der KJPP und der Jugendhilfe als unabdingbare Voraussetzung für eine ganzheitlich ausgerichtete KJPP-Behandlung und Betreuung betont.

Ergebnisse von Studien und Praxiserfahrungen weisen darauf hin, dass Kooperationsdefizite im Hilfesystem für eine erhebliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder massiven Verhaltensauffälligkeiten existieren.

Bei den betreffenden Minderjährigen und Heranwachsenden liegen häufig erhebliche schulische Integrations- und Leistungsstörungen sowie psychosoziale Probleme vor und/oder gleichzeitig eine psychische Erkrankung. Diese Klientel befindet sich im Grenzbereich der KJPP und Jugendhilfe. Die Betroffenen werden oftmals zwischen den beteiligten Institutionen hin- und hergereicht mit der Folge, dass sie Beziehungsabbrüche statt kontinuierlicher Betreuung/Behandlung erleben oder phasenweise sogar gänzlich ohne pädagogische und therapeutische Anbindung bleiben. Dabei ist bei diesen jungen Menschen von einem komplexen Hilfebedarf auszugehen. Die Komplexität des Hilfebedarfs besteht darin, dass gleichzeitig Behandlungsmaßnahmen der KJPP, Anforderungen an Erziehungs-, Betreuungs- und Fördermaßnahmen der Jugendhilfe und der Schule notwendig sind. Dies erfordert eine auf die individuelle Problematik ausgerichtete Koordination des Handelns der beteiligten Institutionen. Leider ist noch häufig die Situation anzutreffen, dass Fachdienste nacheinander, oft auch in erheblichem zeitlichen Abstand zueinander, tätig werden, teilweise auch versuchen, den jeweils anderen Dienst für sich zu instrumentalisieren und nicht auf „gleicher Augenhöhe“ agieren. Für die betroffenen jungen Menschen und ihre Angehörigen, aber auch für die Fachdienste selbst stellt sich somit zwangsläufig das Problem der effektiven Hilfeplanung. Oft wird erst im längerfristigen Verlauf von immer wieder scheiternden Hilfebemühungen deutlich, dass weder die Ju-

gendhilfe noch sonderpädagogische Maßnahmen der Schule oder therapeutische Intervention psychologischer und medizinischer Dienste allein in der Lage sind der Aufgabe einer wirksamen Hilfestellung gerecht zu werden. Die mangelnde inhaltliche und zeitliche Parallelisierung der Hilfebemühungen hat neben der Gefahr des wiederholten Scheiterns auf Seiten des jungen Menschen und seiner Familie auch die Wiederholung von Befragungen und Untersuchungen zur Folge, die für die Betroffenen eine unnötige Belastung darstellen und damit deren Mitwirkungsbereitschaft gefährden.

Die Notwendigkeit des Zusammenwirkens wurde bereits im Jahre 1990 durch ein gemeinsames Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz untermauert, das eine enge Beziehung und Vernetzung zwischen der KJPP und Jugendhilfe als unabdingbare Voraussetzung für eine ganzheitlich ausgerichtete Behandlung und Betreuung forderte. Die unabdingbare intensive Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgebiete und die gemeinsame Verantwortung der KJPP und Jugendhilfe für hilfsbedürftige junge Menschen und ihre Familien wird nicht zuletzt durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz betont, das nicht nur explizit auch seelisch behinderte junge Menschen berücksichtigt (§ 35a SGB VIII), sondern zwingend die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt. Ausdrücklich benannt werden dabei u.a. die Schulen, die Träger von Sozialleistungen und das Gesundheitswesen, somit implizit auch die KJPP (vergl. § 81 SGB VIII). Bedauerlicherweise sind, wie vorab beschrieben, Überschneidungen in den Tätigkeitsbereichen vorgenannter Fachdisziplinen und den damit verbundenen Abgrenzungsproblemen zu konstatieren. Kommunikationsstörungen und nicht ausreichende Kooperation zwischen Institution und Handelnden sowie auch konkurrierende Einrichtungs- bzw. Trägerinteressen erschweren noch zudem den Zugang der Betroffenen zu adäquaten Hilfeangeboten.

Kollegiales Handeln der Akteure der verschiedenen Teilsysteme setzt eine gegenseitige Akzeptanz der jeweiligen Kompetenz voraus. Durch das Abgleichen der verschiedenen Begriffssysteme kann eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Regional wirkende Arbeitskreise verbinden die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe.

Exemplarisch stehen folgende skizzierte Aspekte:

1. Positive Lebensbedingungen in einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt

Wie bereits vorab diskutiert, ist die Unterscheidung zwischen psychiatrischen Krankheiten und sozialen Auffälligkeiten oftmals nicht eindeutig. So indiziert nicht jede Verhaltensauffälligkeit Minderjähriger eine psychiatrische Erkrankung oder gar Behandlungsbedürftigkeit. Zunehmende Verunsicherung der Jugendlichen in unserer schnelllebigen und oftmals wenig Struktur bietenden Gesellschaft ist kein Problem, das die Psychiatrie auch nur annähernd lösen kann. Dies ist auch nicht ihre Aufgabe. Nicht jede Auffälligkeit bedarf eines konzertierten Miteinanders ver-

schiedenster Professionen und Fachdienste.

Im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 wurde Primärprävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Zusammenwirken mit der Gesundheitsförderung bezeichnet. Die Notwendigkeit einer Früherkennung bestärkt die wichtige Rolle der vorschulischen Einrichtungen und Schulen neben der Familie als Ort präventiver Maßnahmen. Die Schaffung eines kindgerechten und gesundheitsfördernden Umfeldes als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wurde betont.

Der gesamte Kontext des Aufwachsens und der Sozialisation von Kindern ist weniger eine Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern vielmehr gesellschaftlicher und politischer Auftrag. Dies ist in § 1 Abs. 3 Nr. 4 Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) allgemein als Ziel formuliert: „... dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundlichen Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“ Darin besteht eine Vorfeldaufgabe fachlicher Arbeit.

Niedrigschwellige Angebote im Rahmen der Jugendhilfe, aber auch Kinderärzte stellen als flankierende Leistungen ein wichtiges Bindeglied dar. Sie unterstützen wesentliche Ziele von Eltern und öffnen zugleich den Zugang zu Instanzen der Hilfevermittlung. Dabei werden latente Anzeichen besser erkannt. Im Sinne der Schaffung eines Frühwarnsystems ist der Sensibilisierung aller potentiellen Akteure für latente Anzeichen von Fehlentwicklungen künftig eine verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken. Mit dieser Signalfunktion kann frühzeitig auf Fehlentwicklungen aufmerksam gemacht werden. Ein vielfältiges Angebot außerschulischer, lebensfeldbezogener Einrichtungen, Dienste und Leistungen ist deshalb unverzichtbar. Versorgungsdefizite in der Jugendhilfe, Versäumnisse und Überforderungssituationen im Elternhaus sowie schulische Mängel lassen zeitversetzt den Hilfebedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ansteigen.

2. Schule ist Bildungs-, Erziehungs- und Kommunikationsinstanz - keine Therapieeinrichtung

Die außerfamiliären Sozialisationsinstanzen vorschulische Einrichtungen und Schulen haben ihren jeweiligen spezifischen Bildungs- und Erziehungsauftrag. In dessen Ausübung bleiben bestehende Erziehungsdefizite und psychische Störungen nicht unbemerkt. In gewissem Umfang können solche Defizite kompensiert werden. Wichtiger aber ist die Signalfunktion von vorschulischen Einrichtungen und Schulen an die KJPP und die Jugendhilfe. Deren Stärke liegt in der bindegliedartigen Kommunikation sowohl mit Eltern als auch mit vielfältigen Akteuren kindlicher Sozialisation. Diese muss dann aktiviert werden, wenn sich frühzeitig Erziehungsdefizite bzw. psychische Erkrankungen einstellen. Die rechtzeitige Inanspruchnahme außerschulischer

Hilfeangebote wirkt sowohl entlastend für die vorschulischen Einrichtungen und Schulen als auch präventiv im Hinblick auf eine drohende Verstärkung und Chronifizierung kindlicher und familiärer Problemlagen. Dagegen kann nicht erwartet werden, dass insbesondere Schule selbst im Vollzug ihrer eigenen Aufgabe solche individuellen Probleme abschließend klären kann. Schule ist Lern- und Erziehungsort, nicht Therapieort. Unabhängig davon scheint es sinnvoll, das Angebot an Schulpsychologen und Sozialarbeitern an der Schule zu erweitern und darauf hinzuwirken, dass Schule intensiv mit der Jugendhilfe zusammenarbeitet. Die Verpflichtung der Zusammenarbeit ist nicht nur für die Jugendhilfe vor dem Hintergrund der erwähnten Festlegungen im SGB VIII gegeben, sondern findet sich umgekehrt auch für die Schule in zahlreichen Schulgesetzen der Länder.

3. Kooperationsstrukturen zur Entwicklung von Synergieeffekten zwischen den Hilfesystemen

Entsprechend dem von der Expertenkommission empfohlenen Auf- und Ausbau von speziellen komplementären Einrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche haben einzelne Länder in den letzten Jahren KJPP-Dienste und spezielle Wohnangebote geschaffen. Andere verfolgen das Konzept, psychisch kranke Kinder und Jugendliche in besonders qualifizierte Einrichtungen der Jugendhilfe zu integrieren. Hinsichtlich des Ergebnisses, welche konzeptionelle Ausrichtung den Bedürfnissen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher am ehesten entspricht, ist eine eindeutige Antwort (noch) nicht möglich.

Das Zusammenspiel bzw. der Übergang zwischen den beiden Teilsystemen Psychiatrische Versorgung und Jugendhilfe wird vielerorts dennoch als problematisch gesehen. Zwar ist bereits vielen Beteiligten in beiden Hilfesystemen die notwendige Zusammenarbeit deutlich geworden, in der Praxis ist aber oft noch ein Nebeneinander von KJPP und Jugendhilfe zu beobachten. Um der Verschiebung der Zuständigkeit auch aus Finanzierungsgründen zu begegnen, müssen alle am Geschehen Beteiligten regelhaft kooperieren. Dabei ist die auf die Hilfebedürftige /den Hilfebedürftigen abgestimmte Hilfe zielführend, nicht die schematische Vermittlung in bestehende Angebote. So können finanzielle Mittel je nach Schwerpunkt des Hilfe- bzw. Behandlungsbedarfes optimal eingesetzt werden. Tragfähige Kooperationsstrukturen in den örtlichen Verantwortungsbereichen entstehen da, wo verbindliche Vereinbarungen zwischen den Institutionen getroffen werden.

5.1.3 Handlungsempfehlungen

- Es ist wichtig, die Schnittstellen der KJPP und der Jugendhilfe herauszuarbeiten, angemessene Strukturen und Kooperationsformen zu kreieren bzw. bestehende Formen der

Zusammenarbeit zu verstärken. Hierbei sollten die Kostenträger, wie die Sozialversicherungsträger, Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger und die Justiz beteiligt werden.

Zusammengefasst ist eine verbindlich geregelte Kooperation der Hilfesysteme als ein Lösungsansatz zu sehen, um die vorhandenen Potentiale optimal zu nutzen und zu höherer Effektivität und Qualität sowie Ressourcenschonung zu gelangen. Aufbauend auf Erfahrungen bereits bestehender Kooperationsformen zwischen den Fachdisziplinen der KJPP und der Jugendhilfe, sollten im Sinne eines regionalen Hilfeverbundes – unter Beteiligung der KJPP, Jugendhilfe, Schule, Justiz und Kostenträger – Kooperationsvereinbarungen / -verträge abgeschlossen werden. Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Kooperation kann die Etablierung von Clearingstellen in der Federführung des Jugendamtes zur Klärung schwieriger Fälle sein. Der Grundgedanke der Clearingstelle ist es, eine verbindliche Kooperation unter den Helfersystemen zu regeln und ein klientenbezogenes regionales Zusammenwirken zu erreichen. Dies gilt insbesondere bei o.g. Zielgruppe mit komplexem Hilfebedarf und in Krisensituationen.

Die Clearingstelle soll von „Fallbeginn“ an eruieren, wer für die Probanden primär Verantwortung trägt und in wie weit sich die Möglichkeiten von Jugendhilfe und KJPP ergänzen können. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit mit allen im Einzelfall beteiligten Fachdisziplinen erforderlich.

Ziel und Zweck einer verbindlichen und vertraglichen Kooperation zwischen den Hilfesystemen ist es, den komplexen Hilfebedarf im Einzelfall bedarfsgerecht und erfolgversprechend zu erfüllen.

- Die nach § 35a SGB VIII vorgesehene gemeinsame Hilfeplanung muss endlich flächendeckend eingeführt werden. In die verbindlichen Kooperationsvereinbarungen sollte die Schule mit einbezogen werden, wegen der bestehenden Schulpflicht entsteht sonst eine Lücke, die erfahrungsgemäß das Handeln erschwert.
- Zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebots sollte die Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – soweit noch nicht geschehen - differenziert für Kinder- und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits erfolgen.
- In der Weiterbildungsordnung für Ärzte sollte für den Bereich Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde eine stärkere Aufnahme der Lehrinhalte mit kinder- und jugendpsychiatrischen Elementen erfolgen.
- Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist das Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und der Pädiatrie mit ihren psychosomatischen und neuropädiatrischen Anteilen andererseits kritisch zu prüfen. Insbesondere sollte dabei im Blickpunkt stehen, inwieweit Synergieeffekte möglich sind, aber auch im Hinblick

darauf, dass - demografisch bedingt - sich verkleinernde Systeme nicht konkurrierend nebeneinander stehen.

5.2 Gerontopsychiatrie

Seit Beginn des letzten Jahrhunderts hat die mittlere Lebenserwartung bei Geburten um 30 Jahre zugenommen. Die absolute Zahl der über 65-Jährigen hat sich in Deutschland seit 1910 insgesamt vervierfacht. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung Deutschlands betrug in 2001 17%. Dieser Anteil wird sich in den Jahren bis 2020 auf voraussichtlich 22% und bis 2050 auf 30% erhöhen. Durch diese Entwicklung nehmen die Erkrankungen, die verstärkt im Alter auftreten, erheblich zu und werden noch weiter zunehmen. Des Weiteren ist damit zu rechnen, dass innerhalb des medizinischen Versorgungssystems die Wechselwirkungseffekte zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewinnen.

Etwa 25 bis 30% der über 65-Jährigen leiden unter psychischen Erkrankungen, 6 bis 10% von ihnen in einer Intensität, die eine fachärztliche Intervention erfordert. Demenzen machen dabei zwei Drittel bis drei Viertel der Krankheitsfälle aus. 10 bis 20% der Menschen im höheren Lebensalter erkranken an einer Depression und mehr als 10% an einer Neurose oder Persönlichkeitsstörung.²⁹

Bei psychisch kranken älteren Menschen sind im Wesentlichen vier Gruppen zu nennen:

- Altgewordene psychisch kranke Menschen
- Menschen, die erst im höheren Lebensalter psychisch erkranken
- Menschen mit dementiellen Erkrankungen
- Menschen mit primär somatischen Erkrankungen

5.2.1 Zusammenwirken der Gerontopsychiatrie mit anderen medizinischen Fächern

Studien zeigen, dass depressive Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen die Genesung nicht nur verzögern, sondern auch einen wesentlichen Risikofaktor für die Gesundung darstellen können³⁰. An dieser wie an vielen anderen Stellen wird der Zusammenhang zwischen der Gerontopsychiatrie und somatischen Fächern deutlich.

Die Notwendigkeit der intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Altersmedizin ist unumstritten. Dagegen wird nach wie vor sehr rege diskutiert, wie diese Zusammenarbeit zu gestalten ist. Sollte ein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Versorgungssystem weiter

²⁹ Gutzmann H. & Widmaier-Berthold, C.: Aufbau der Gerontopsychiatrischen Versorgung in einer Region als Planungsprozess; in: R.D. Hirsch, G. Holler, W. Reichwaldt & T. Gervink (Hrsg.): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, Bd. 114d, 2000, Baden-Baden

³⁰ Musselman, D.L., Evans, D.L. & Nemeroff, C.B.; Archives of General Psychiatry, The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease; 1998

ausgebaut oder die gerontopsychiatrische Kompetenz eher in andere Bereiche eingebracht werden? Bereits heute beträgt der Anteil über 65-jähriger Patienten mit psychiatrischen Symptomen in Allgemeinkrankenhäusern in der Regel über 40%³¹. Dieser Anteil wird aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung noch weiter steigen.

Damit hat die Praxis die gestellte Frage bereits beantwortet. Diese Antwort spiegelt die größeren Vorbehalte gegen psychiatrische Behandlungen wider, die bei älteren noch stärker als bei jüngeren Menschen ausgeprägt sind. Insofern können die psychiatrischen Hilfen ihre Adressaten vielfach nur erreichen, wenn sie auch außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems angeboten werden. Um so mehr besteht die Notwendigkeit zum Transfer von gerontopsychiatrischer Kompetenz in andere Bereiche.

Die Geriatrie berücksichtigt alle Erkrankungen, die im Alter auftreten. Bei der Diagnostik und der Therapie von besonders komplexen psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere Demenz und Depression) benötigt die Geriatrie jedoch die Unterstützung der Psychiatrie. Soweit ein Krankenhaus über eine gerontopsychiatrische und eine geriatrische Abteilung verfügt, muss im Einzelfall geprüft werden, in welcher Abteilung die besten Behandlungsvoraussetzungen bestehen. In jedem Fall ist über einen Konsiliardienst die jeweils zu ergänzende Kompetenz zur Verfügung zu stellen. Anzustreben sind Abteilungen, in denen Geriater, Psychiater und Neurologen in einem Team tätig sind und die Abteilungen im Sinne von integrativen Modellen zu funktionalen Einheiten zusammengeschlossen werden.

5.2.2 Versorgungslage

Ambulante ärztliche Behandlung und Beratung

Die Hausärzte sind die ersten Ansprechpartner für die Patienten. Die Identifikation gerontopsychiatrischer Syndrome als behandlungsbedürftige Krankheiten in der Standardversorgung ist aber noch immer nicht die Regel. Von den älteren geht weniger Druck als von jüngeren Patienten in Richtung einer Korrektur eines Mangels des Hilfesystems aus, weil die Patienten und ihre Angehörigen sich der therapeutischen Möglichkeiten oft nicht bewusst sind.

Um die Erkrankungen frühzeitig zu behandeln und um Chronifizierungen zu verhindern, müssen auch die Menschen erreicht werden, die nicht in der Lage sind, selbst regelmäßig eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Im 4. Altenbericht der Bundesregierung³² wird hierzu auf ein Modell-

³¹ Wallesch C.W., Förstl. H. (Hrsg.); Demenzen. Referenzreihe Neurologie; 2005, Stuttgart

³² Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen; Bericht der Sachverständigenkommission, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002

projekt in der Schweiz³³ hingewiesen und dazu folgendes ausgeführt: „Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines EU-Projekts geförderte und am Albertinen Haus Hamburg angesiedelte Vorhaben „Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Kooperation zwischen Hausärzten und geriatrischem Zentrum“ orientiert sich an dem Ansatz des Schweizer Projektes. Der Nutzen niedrigschwelliger Gesundheitsvorsorge wird belegt und ein Anwenderhandbuch für ein Präventivprogramm erarbeitet ...“ Im Weiteren soll das Präventionsprogramm in der Regelversorgung verankert werden.

Nach der Erkennung einer schwerwiegenderen gerontopsychiatrischen Erkrankung ist eine spezielle Diagnostik und Therapie erforderlich. Weniger als 10% der epidemiologisch zu erwartenden erheblich psychisch kranken alten Menschen werden von Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen gesehen³⁴. Dabei kann auch in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass die erforderliche Qualifikation für spezifische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder besteht. Institutsambulanzen besitzen durch das multiprofessionelle Team bereits gute Voraussetzungen. Niedergelassene Psychiater müssen eine spezifische gerontopsychiatrische Kompetenz erwerben und intensiv mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten (Kooperationsvereinbarungen), um die qualitätsgerechte Diagnostik und Therapie schwerwiegender gerontopsychiatrischer Erkrankungen gewährleisten zu können.

In ländlichen Regionen, in denen Institutsambulanzen oder Psychiater schwer zu erreichen sind, müssen Lösungen entwickelt werden, durch die die erforderliche Kompetenz in die Region transferiert wird. Dazu können Institutsambulanzen oder spezialisierte Psychiater gerontopsychiatrische Sprechstunden in den Allgemeinpraxen einrichten. Dabei gilt es, insbesondere die psychiatrische Beratungskompetenz u. a. für Angehörige und Professionelle des Altenhilfesystems jenseits medikamentöser Verschreibungen zu stärken und zu verbessern. Nur so können Heimbewohner angemessen behandelt werden. Zudem benötigen die Mitarbeiter/innen, die in ambulanten und stationären Hilfeformen tätig sind, kompetente Beratung.

Für ältere psychisch kranke Menschen ist die Realisierung der sozialrechtlichen Ansprüche auf Rehabilitation vor und bei der Pflege schwierig. Für ältere Menschen, die zudem somatisch erkrankt sind, ist die Inanspruchnahme einer rehabilitativen Leistung fast unmöglich. Die einschlägigen sozialrechtlichen Vorschriften, insbesondere für den Bereich ambulanter Hilfen, sind zum Teil unzureichend. Sie bewirken die Fragmentierung der Hilfen mit der Folge, dass integ-

³³ Zitat aus dem 4. Altenbericht: „Der Königsweg zu einer Minderung von Risiken und Krankheitsursachen und somit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes alter Menschen kann nur über verstärkte Angebote im Vorfeld krankheitsbedingter Einschränkungen führen. Das Modell der präventiven Hausbesuche, wie es in der Schweiz bereits erfolgreich erprobt worden ist, scheint eine Erfolg versprechende Möglichkeit zu eröffnen.“ S. 27

³⁴ Wolter-Henseler, D.; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Gerontopsychiatrie in der Gemeinde, Bedarfsermittlung und Realisierungsmöglichkeiten für ein gerontopsychiatrisches Zentrum am Beispiel Solingen; 1996, Köln

rierte Hilfe für komplexe Problemlagen im Wesentlichen in Heimen erbracht werden müssen. Soweit psychisch kranke ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld bleiben, sind sie teilweise unterversorgt. Im Heimbereich sind die Hilfen zu häufig auf Grundpflegeleistungen beschränkt. Zur Verbesserung der Wirksamkeit der Hilfen und zur Gewährleistung selbstbestimmter Lebensformen im Alter, ist die Koordination und ggf. Integration von separaten Leistungen im ambulanten Bereich zu sichern.

5.2.3 Hilfen im Bereich der Pflege und Betreuung

Um pflegerische Hilfen im erforderlichen Umfang zu gewährleisten, müssen die Definition von Pflegebedürftigkeit und Leistungen im SGB XI den besonderen Bedürfnissen von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen angepasst werden.

Zudem ist eine leistungsträgerübergreifende Ergebnisverantwortung der Behandlung und Pflege anzustreben, um die Intensität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Verhinderung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit zu fördern. Das Prinzip „Kostenträger-Verantwortung in Abhängigkeit vom erreichten Ergebnis“ ermöglicht der Pflegeversicherung, auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Minderung von Pflegebedürftigkeit zu übernehmen und nachher den zuständigen Leistungsträger heranzuziehen.

Im Zusammenhang mit der Eingliederungshilfe wird immer wieder diskutiert, wie lange diese Leistung gewährt werden kann. Nach § 53 Abs. 1 SGB XII erhalten Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe, die durch eine Behinderung (oder von einer solchen Behinderung bedroht sind) wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben. Bei einigen Menschen endet die Notwendigkeit von Hilfen für die Teilhabe an der Gesellschaft nicht durch eine erfolgreiche Rehabilitation, sondern nachdem eine erhebliche Pflegebedürftigkeit im somatischen Sinne eingetreten ist. Andere chronisch psychisch kranke Menschen können auch im hohen Alter weiterhin der Unterstützung der Eingliederungshilfe bedürfen.

5.2.4 Rahmenbedingungen

Im Rahmen eines Modellprojektes analysierte die Aktion Psychisch Kranke die Situation älterer psychisch kranker Menschen und beabsichtigt, Empfehlungen für adäquate Veränderungen, insbesondere unter dem Aspekt notwendiger politischer Entscheidungen zu veröffentlichen.

Das zentrale Anliegen des Projektes besteht in der Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch für ältere Menschen, d. h. verschiedene Leitideen des SGB IX sollen z. B. auch im SGB XI Berücksichtigung finden. Hierzu gehört insbesondere, dass auch alte psy-

chisch kranke Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung wünschen.

Es ist daher perspektivisch erforderlich, auch für psychisch kranke alte Menschen nicht ausschließlich auf den Heimsektor zu setzen, sondern

- ein nutzerorientiertes Unterstützungskonzept zu realisieren,
- die Steuerung des Hilfesystems auf allen Ebenen (Nutzer, Anbieter, Kommunen, Länder, Bund) neu zu gestalten,
- ökonomische Anreize im Sinne der Unterstützung des Teilhabegedankens neu zu setzen (lebensfeldorientierte - ambulante statt institutionelle - stationäre Hilfen),
- auch das Gemeinwesen mit allen dort vorhandenen Ressourcen in die Verantwortung zu nehmen und finanziell und organisatorisch zu stärken.

Insbesondere gilt es, dem Wohnen im eigenen Lebensfeld auch bei höherem Hilfebedarf oder alternativen gemeinschaftlichen Wohnformen eine besondere Bedeutung beizumessen. Dadurch werden ältere psychisch kranke Menschen wieder zu Bürgerinnen und Bürgern wie alle Anderen und erhalten ihre Hilfen überwiegend im Lebensfeld. Der Gedanke „ambulant vor stationär“ muss auch für diese Zielgruppe im Vordergrund stehen.

Für die erforderliche Vernetzung unterschiedlicher Dienste und Anbieter aus fachlich-qualitativen sowie aus ökonomischen Gründen kann der Gemeindepsychiatrische Verbund als Vorbild dienen. Der gerontopsychiatrische Leistungserbringerverbund als Teil eines integrierten regionalen Altenverbundes steht für eine regionale Kooperationsstruktur von Anbietern der Gerontopsychiatrie, Altenhilfe, Altenpflege und Geriatrie³⁵.

5.2.5 Versorgungsforschung

In Anbetracht der epidemiologischen Entwicklung muss die Forschung mit direktem Praxisbezug weiter intensiviert werden. Versorgungsforschung, die die Ebenen der direkten Klientenarbeit unter Einbezug von Angehörigen, Ehrenamtlichen und weiteren Ressourcen des Gemeinwesens, die Kooperation zwischen den Trägern, die Koordination im Verbund und Finanzierungsformen umfasst, ist besonders erfolgversprechend. Dabei können u. a. Erkenntnisse für Fragen der Qualitätssicherung, des Auf- und Ausbaus von Angebotsstrukturen sowie der Lenkung und Absicherung von Finanzierungsströmen gewonnen werden. Insbesondere die Kostenträger, die die wirtschaftlichen Folgen eines ineffizienten Versorgungssystems zu tragen haben, müssen die Finanzierung von Modellprojekten forcieren.

³⁵ Gutzmann H. & Widmaier-Berthold, C.: Aufbau der Gerontopsychiatrischen Versorgung in einer Region als Planungsprozess, in R.D. Hirsch, G. Holler, W. Reichwaldt & T. Gervink (Hrsg.): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische

5.2.6 Handlungsempfehlungen

Die aufgeführten Aspekte zusammenfassend werden zur Weiterentwicklung des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems vorgeschlagen:

1. Qualifizierung der Hausärzte,
2. Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Kompetenz durch gerontopsychiatrische Konsile in den Allgemeinkrankenhäusern,
3. Kooperationen von Instituts- und / oder Schwerpunktambulanzen mit Leistungsanbietern der Betreuung und Pflege,
4. Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur integrierten Versorgung,
5. Bedarfsgerechter Aufbau von niedrighschwelligem Beratungsangeboten für ältere Menschen und pflegende Angehörige,
6. Flächendeckende Umsetzung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege,
7. Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen in einem noch zu verabschiedenden Präventionsgesetz,
8. Schaffung von ökonomischen Anreizen im Sinne der Unterstützung des Teilhabegedankens (lebensfeldorientierte - ambulante statt institutionelle - stationäre Hilfen),
9. Förderung der Forschung mit direktem Praxisbezug.

Die Gerontopsychiatrie wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Zukunft eine immer größere Bedeutung annehmen. Die Umfrage zur aktuellen Versorgungssituation hat gezeigt, wie schwierig es ist, sich einen aussagefähigen Überblick zu verschaffen. Es wird deshalb empfohlen, der Gerontopsychiatrie in einem zukünftigen Bericht einen Schwerpunkt einzuräumen.

5.3 Strukturelle Weiterentwicklung und Perspektiven des Suchtpräventions- und Suchtkrankenhilfesystems

5.3.1 Einleitung

Der von der Psychiatrie-Enquete angestoßene Reformprozess hat auch die Weiterentwicklung suchtspezifischer Präventions- und Hilfeansätze nachhaltig beeinflusst. Sucht- und Drogenpolitik stellt heute einerseits die gesundheitlichen und sozialen Aspekte der suchtgefährdeten und -kranken Menschen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Interessenlage der Bevölkerung in den Vordergrund und setzt andererseits einen Schwerpunkt in der verstärkten Prävention durch

Gesundheitsförderung und Stärkung der Lebenskompetenzen aller Bürgerinnen und Bürger. Sie basiert auf den Säulen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und Repression.

Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie haben ihre Gemeinsamkeit nicht nur in der Behandlung von psychischen Erkrankungen. Auch wenn in der Vergangenheit sich beide Hilfesysteme z. T. unabhängig – zeitweise sogar in Abgrenzung zu einander - entwickelten, so treten in den letzten Jahren neben den traditionellen Handlungsfeldern, wie der Entzugsbehandlung in den Psychiatrischen Krankenhäusern oder den Suchtberatungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten, neue gemeinsame Strukturen wie Psychiatrische Ambulanzen und Einrichtungen der Integrierten Versorgung dazu. Nicht zuletzt zwingt die Zunahme der Anzahl komorbider³⁶ Patientinnen und Patienten zur Zusammenarbeit und zur Veränderung von Behandlungsstrukturen. Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie können das jeweils vorhandene Fachwissen synergetisch zusammenführen, ohne spezifische Behandlungsformen und –einrichtungen aufzugeben.

In diesem Abschnitt zum Thema Sucht wird bewusst auf Wiederholungen grundsätzlicher Aussagen, wie sie bereits in den Kapiteln 1. und 2. entwickelt wurden, verzichtet. Sie gelten ebenso für den Suchtbereich. Dies gilt auch und insbesondere für die Ausführungen zu geschlechterdifferenzierten Hilfen.

Auf Grund der Besonderheiten der Suchtproblematik ist in diesem Bericht eine gesonderte Betrachtung zu Stand und Perspektiven der Suchtpräventions- und Suchthilfeinfrastruktur geboten. Die Entwicklung und Überwindung einer Sucht wird maßgeblich von sozialen Einflussfaktoren innerhalb eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges (Person, Umfeld und Suchtmittel) bestimmt. Die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von Sucht und die mit diesem Krankheitsbild verbundenen komplexen psychosozialen Problemlagen erfordern ebenso differenzierte wie vernetzte Suchtpräventions- und –hilfeangebote innerhalb des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems.

Mit dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ hat die Bundesregierung im Juni 2003 ihre Strategie zur Bewältigung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Schwerpunkte liegen im Bereich der Prävention und es wird verstärkt das Augenmerk auf die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak gerichtet. Die Umsetzung des Aktionsplans erfolgt in enger Abstimmung mit den Ländern. Die Länder sind Mitglied im Drogen- und Suchtrat, der Empfehlungen für die Erreichung der im Aktionsplan festgelegten Ziele gibt. Die Länder beteiligen sich an den beiden dort eingerichteten Arbeitsgruppen „Prävention“ und „Schnittstellen in der Versorgung“.

³⁶ Mit Komorbidität werden sogenannte Doppeldiagnosen bezeichnet, d.h. eine Kombination einer psychiatrischen Erkrankung mit einer Suchterkrankung.

5.3.2 Ausgangssituation und grundsätzliche Herausforderungen für die Entwicklung der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe

Die Gefahren, suchtkrank zu werden, nehmen nach allgemeiner Einschätzung derzeit weiter zu. Die Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien (Health Behaviour in School-aged Children - Studie der Weltgesundheitsorganisation, Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung) belegen, dass der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol aber auch Cannabis gerade unter Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Gleichzeitig ist das Alter für den Einstieg in den Suchtmittelkonsum gesunken. Nach aktuellen wissenschaftlichen Studien werden erste Erfahrungen mit Tabak und Alkohol bereits im Alter von 11 bis 12 Jahren gemacht. Auch wenn die Raucherquote in den vergangenen Jahren bei Erwachsenen und neuerdings auch bei Jugendlichen rückläufig ist, so gilt es, den Tabakkonsum weiter zu senken, um die damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit von Rauchern und Passivrauchern zu reduzieren. Auch der in Deutschland hohe Pro-Kopf-Konsum von Alkohol muss reduziert werden, wenn Suchterkrankungen vermieden werden sollen. Besorgnis erregen hierbei insbesondere riskante Konsumformen bei Jugendlichen, wie zum Beispiel das vermehrt zu beobachtende Rauschtrinken. Immer mehr junge Menschen weisen Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis-Produkten auf. Während die überwiegende Mehrheit den Konsum nach einer Probierphase wieder einstellt, werden andere Probierer zu Gewohnheitskonsumenten mit den bekannten schädlichen Folgen für ihre Gesundheit sowie ihre weitere soziale Entwicklung.

Darüber hinaus treten immer wieder neue Suchtformen in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Beispielhaft zu erwähnen sind hier die so genannten „Designer-Drogen“, die vor allem in bestimmten Jugendszenen konsumiert werden, sowie stoffungebundene Suchtgefährdungen u.a. im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Medien.

In den zurückliegenden Jahren ist in Deutschland ein engmaschiges und qualitativ hochwertiges Suchtpräventions- und -hilfenetzwerk entstanden. Es reicht von einem breit gefächerten Präventionsangebot über niedrighschwellige Angebote der Gesundheits- und Überlebenshilfe, Maßnahmen zur sofortigen Vermittlung in geeignete Hilfen, die substitions-gestützte Behandlung und qualifizierte Entzugsbehandlung bis zu der auf dauerhafte Abstinenz angelegten ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung einschließlich der ergänzenden Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Reintegration. Dieses leistungsfähige Hilfesystem hat nicht nur die gesundheitliche Situation suchtkrank Menschen insgesamt verbessert, sondern zugleich auch ihre soziale und berufliche Reintegration erleichtert. Gerade letzteres ist eine entscheidende Voraussetzung für die langfristige Überwindung der Sucht. Um die Ergebnisqua-

lität zu erhalten und zu erhöhen, ist die Ausdifferenzierung der Suchtkrankenhilfe durch verbindliche Kooperationsstrukturen zu ergänzen.

Für die Weiterentwicklung einer wirksamen Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe ist eine enge Vernetzung und gute Kooperation mit zahlreichen angrenzenden Bereichen von besonderer Bedeutung. Die Träger und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe unternehmen deshalb seit vielen Jahren große Anstrengungen zur Entwicklung tragfähiger Kooperationsbeziehungen insbesondere mit

- der Jugend- und Familienhilfe,
- der Schule,
- niedergelassenen Ärzten, Betriebsärzten und Krankenhäusern sowie der Psychiatrie,
- Trägern von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen,
- der Wohnungslosenhilfe und
- der Altenhilfe.

Trotz der vielfältigen Bemühungen um eine Vernetzung der Hilfeangebote ist es noch nicht gelungen, alle Schnittstellen zu bereinigen. Es wird deshalb in den kommenden Jahren weiterhin darauf ankommen, die Hilfen für Suchtkranke systematisch zu vernetzen. In diesem Zusammenhang sind Effektivität und Effizienz der Hilfeangebote durch die Schaffung bzw. den Ausbau von regionalen trägerübergreifenden Hilfestrukturen weiter zu verbessern. Es bedarf gemeinsamer und abgestimmter Konzepte und vertraglicher Vereinbarungen über die Zusammenarbeit, da diese entscheidend zur Transparenz der Leistungserbringung für die suchtkranken Menschen beitragen und zugleich die Wirksamkeit der Hilfen erhöhen. Eine trägerübergreifende Zusammenführung der unterschiedlichen Angebote stellt zudem sicher, dass Parallelstrukturen abgebaut und integrierte Hilfeansätze ermöglicht werden, die mögliche Brüche zwischen den verschiedenen Hilfebereichen vermeiden. Darüber hinaus ist ein intensives Fall-Management zu gewährleisten, das die Hilfestellung verschiedener Leistungserbringer bei komplexen Problemlagen koordiniert und absichert. Hierbei ist es auch Aufgabe der jeweiligen Kostenträger, die Leistungserbringer auf Kooperation und Koordination zu verpflichten.

Die Bearbeitung folgender Schnittstellen ist besonders notwendig, um suchtkranke Menschen, die auf Grund ihres langjährigen Suchtmittelkonsums erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und von den Hilfeangeboten jedoch nicht bzw. nur unzureichend versorgt werden, besser zu erreichen.

Die Zahl der suchtgefährdeten und -kranken Menschen mit Migrationshintergrund nimmt zu. Hier fördern vor allem Schwierigkeiten bei der Integration in unser Gesellschaftssystem die Suchtentstehung oder beeinträchtigen bei bestehender Suchterkrankung die Betreuung und

Behandlung. Die Betroffenen werden schon auf Grund der sprachlichen Probleme und des unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes von den Präventions- und Hilfeangeboten häufig nur unzureichend erreicht. Um Menschen mit Migrationshintergrund durch das Suchthilfesystem besser zu erreichen, ist eine Zusammenarbeit mit migrationsspezifischen Angeboten wie z.B. der Ausländersozialberatung, der Flüchtlingsberatung sowie den kulturellen Organisationen von Migrantinnen und Migranten erforderlich. Darüber hinaus ist erstrebenswert, junge Menschen mit Migrationshintergrund für die Arbeit in Suchtberatungsstellen zu gewinnen, um dort muttersprachliche Angebote und eine interkulturelle Öffnung zu ermöglichen.

Zu weiteren Belastungen für viele suchtkranke Menschen führt der durch die insgesamt schwierige wirtschaftliche Situation angestoßene tief greifende Wandel des gesamten Gesundheits- und Sozialsystems. Hier wirkt sich besonders nachteilig aus, dass der für die Suchtbewältigung entscheidende Prozess der sozialen und beruflichen Reintegration durch die angespannte Lage am Arbeitsmarkt wieder deutlich erschwert wird. Aus der Statistik der ambulanten Suchthilfe ist ersichtlich, dass durch die Arbeit der Suchthilfeeinrichtungen für die Klientinnen und Klienten nachweislich Verbesserungen bei suchtspezifischen Problemen wie Suchtmittelkonsum, Risikoverhalten oder der gesundheitlichen Situation erreicht werden, nicht jedoch Fortschritte in den Bereichen Wohnen und Arbeiten. Hier ist die Suchthilfe auf die Unterstützung anderer Hilfesysteme angewiesen. Eine soziale und berufliche Reintegration von Suchtkranken kann nur gelingen, wenn bereits während einer Behandlung aber spätestens im Anschluss daran eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wird. Hierzu ist eine Vernetzung zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsverwaltung sowie den Trägern von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zwingend erforderlich. Es gilt, Angebote für einen erleichterten Zugang zum Arbeitsprozess zu entwickeln. Die neuen Möglichkeiten der Suchtberatung nach SGB II sind in Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Arbeitsgemeinschaften aktiv umzusetzen. Allerdings setzen nur wenige Kommunen tatsächlich Maßnahmen der Suchtberatung nach SGB II um, und auch bei den Arbeitsgemeinschaften hat die Vermittlung der Klientinnen und Klienten in eine Suchtberatung keine hohe Priorität. Um eine frühe Behandlung und insbesondere frühzeitige Maßnahmen der beruflichen Reintegration nach SGB II zu gewährleisten, bedarf es einer stärkeren Begleitung des Integrationsprozesses durch alle Beteiligten.

Auch zwischen den Systemen der Suchtkrankenhilfe und der Wohnungslosenhilfe ist eine Vernetzung herzustellen: Um eine soziale Re-Integration von Menschen mit Suchterkrankungen erreichen zu können, sie zur Aufnahme einer Betreuung oder Behandlung in die Lage zu versetzen und den Behandlungserfolg zu sichern, ist eine adäquate Versorgung mit Wohnraum erforderlich.

Auf Grund der demografischen Entwicklung ist eine Intensivierung der Kooperation von Sucht- und Altenhilfe geboten, um sowohl „altgewordene“ suchtkranke Menschen adäquat zu versorgen, als auch im Alter entstehende Suchterkrankungen frühzeitig zu behandeln. Die Altenhilfe ist in diesem Zusammenhang gefordert, sich im Hinblick auf suchtspezifische Fragestellungen weiter zu qualifizieren.

Auch die Vernetzung zwischen Suchthilfe und Psychiatrie ist weiter auszubauen und Abschottungstendenzen entgegen zu wirken. So ist für Patientinnen und Patienten, bei denen eine weitere psychiatrische Diagnose neben der Suchterkrankung besteht und die alleinige suchtspezifische Behandlung unzureichend ist, eine enge Zusammenarbeit mit der Psychiatrie angezeigt. Die Frage, welche Diagnose im Einzelfall im Vordergrund steht, führt in vielen Fällen zur Verzögerung adäquater Hilfe und sollte hierbei regelmäßig vermieden werden. Die Zusammenarbeit ist vertraglich zu regeln. Von den verantwortlichen Stellen sind gemeinsame Fortbildungen zu initiieren.

Für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen ist die Kooperation zwischen dem Suchthilfesystem und dem System der medizinischen Versorgung von besonderer Bedeutung. So kann zunächst durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe, Allgemeinkrankenhäusern und niedergelassenen Praxen eine frühe Intervention gewährleistet werden. Hierzu ist eine gezielte Ansprache von Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung im frühen Stadium insbesondere in der niedergelassenen Praxis, bei Betriebsärzten oder einem Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Zum anderen ist eine Vernetzung herzustellen, um die erforderlichen Behandlungsschritte (z.B. Beratung, Entzugsbehandlung, medizinische Rehabilitation) gut aufeinander abzustimmen und einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen. Insbesondere langjährig Suchtkranke leiden erheblich an Begleiterkrankungen, die nicht im Rahmen einer Suchttherapie zu behandeln sind, sondern einer ergänzenden ambulanten oder stationären Behandlung in der niedergelassenen Praxis oder im Krankenhaus bedürfen.

5.3.3 Suchtprävention

Suchtprävention hat sich in ihrer Zielsetzung in den letzten Jahren mehr daran ausgerichtet, Menschen zu einem eigenverantwortlichen, sozialverträglichen und situationsangemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen und nicht stoffgebundenen abhängigkeiterzeugenden Angeboten zu befähigen. Die Orientierung an einer Abschreckungsstrategie und die Fokussierung auf psychotrope Stoffe gehört aus fachlicher Sicht zur Vergangenheit. Suchtprävention ist Teil der allgemeinen Gesundheitsförderung.

Inhalte und Methoden sind in einer mehrdimensionalen Strategie eingefasst. Strukturell ist die Suchtprävention als Querschnittsaufgabe unterschiedlichen Bereichen zugeordnet, wie Jugend, Familie, Bildung, Soziales und Gesundheit. Bund, Länder, Kommunen, aber auch die Krankenkassen verantworten und finanzieren suchtpreventive Maßnahmen. Wegen der unterschiedlichen Zuständigkeits- und Förderstrukturen wird die Weiterentwicklung der Suchtprävention ungünstig beeinflusst. Im Sinne einer Optimierung sollte die Zuständigkeit für die Suchtprävention möglichst federführend in dem für die allgemeine Gesundheitsförderung zuständigen Ressort angesiedelt werden.

Darüber hinaus zeichnet sich folgender konkreter Handlungsbedarf für die notwendige Weiterentwicklung der Suchtpräventionsstrukturen ab:

Höchste Priorität hat die Intensivierung der Präventionsanstrengungen bei Kindern und Jugendlichen. Präventionsmaßnahmen müssen noch frühzeitiger als bislang eingeleitet werden und auf Kontinuität und Nachhaltigkeit ausgerichtet sein. Verbesserungsbedarf besteht vor allem in folgenden Bereichen:

- Intensivierung von persönlichkeitsstärkenden Maßnahmen in Kindergarten, Schule, Elternhaus/Familie, Beruf/Arbeit und Freizeit
- Verbesserung der Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe
- Einbindung der Suchtselbsthilfe in Maßnahmen zur Suchtprävention
- Entwicklung und Umsetzung spezifischer Präventionsansätze für besonders suchtgefährdete Gruppen, wie z.B. Kinder von Suchtkranken
- Intensivierung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Suchtprävention bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Darüber hinaus müssen ergänzend zur allgemeinen Prävention spezifische interdisziplinäre Angebote zur Früherkennung und Frühintervention weiterentwickelt und umgesetzt werden. Suchterkrankungen können, wenn sie im frühen Stadium erkannt werden, oftmals durch eine rechtzeitige kurze Intervention vermieden werden.

Suchtgefährdete Jugendliche frühzeitig zu erreichen um langjährige Suchtentwicklungen zu vermeiden, hat erste Priorität.

Bei der auf bestimmte Zielgruppen zielenden Vernetzung steht die Verbesserung der Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugend- und Familienhilfe und Schulen im Vordergrund. Hierzu ist es einerseits erforderlich, dass die Jugendhilfe den Konsum und Missbrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen aktiv thematisiert und problematisiert. Die betreffenden Jugendlichen müssen rechtzeitig in ergänzende suchtspezifische Hilfen vermittelt werden, wobei die Zuständigkeit für den Jugendlichen bei der Jugendhilfe verbleibt. Andererseits ist die Suchthilfe

gefordert, stärker als bisher auf die Zielgruppe der suchtgefährdeten Jugendlichen zuzugehen. In diesem Zusammenhang ist auf die wissenschaftlich nachgewiesene besondere Gefährdung von Kindern suchtkranker Familien hinzuweisen. Ihnen ist zukünftig mehr Beachtung zu schenken.

Die bisher gut entwickelten suchtpreventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Schulen sind um Kompetenzen in der Früherkennung und –intervention bei den Lehrerinnen und Lehrern zu ergänzen.

5.3.4 Sucht- und Drogenberatung

Sucht- wie Drogenberatungsstellen sind nach wie vor für viele Patienten die Drehscheibe für Orientierung, Stabilisierung und Ausstieg. Das Angebot reicht in vielen Fällen von Streetwork, Erstberatung, Motivation, sozialer und gesundheitlicher Stabilisierung bis hin zu Vermittlung in weiterführende Behandlung und ambulante medizinische Rehabilitation. In räumlicher Nähe oder wenigstens in direkter Kooperation zur Beratungsstelle haben sich in vielen Kommunen niedrigschwellige Tagesangebote (Mittagstisch, Kleiderkammer, Duschen und medizinische Hilfen) etabliert. In diesem Netzwerk sind mittlerweile in 6 Bundesländern 26 Drogenkonsumräume integriert, in denen mitgebrachte Betäubungsmittel unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden können.

Suchtberatung findet in sehr unterschiedlichen Strukturen statt: Eine klassische Differenzierung besteht in Abgrenzung der Zielgruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen zu den Drogenabhängigen (legal - illegal). Aufgehoben wird diese Trennung in den sogenannten „Integrierten Beratungsstellen“. Eine weitere Variante besteht in manchen Sozialpsychiatrischen Diensten, die neben den Angeboten der Psychiatrie auch Suchtberatung vorhalten.

Tabelle 3 Anzahl der Sucht- und Drogenberatungsstellen

Summe aller Länder	Suchtberatungsstellen	Suchtberatung im Sozialpsychiatrischen Dienst	Drogenberatungsstellen	Integrierte Beratungsstellen
1.010	526	39	138	307

Betrachtet man alle Sucht- und Drogenberatungsangebote zusammen, wird deutlich, dass die Versorgungsdichte mit Suchtberatungsstellen in Ländern und Städten im Mittel gleich ist: Für ca. 82.000 Einwohner (EW) steht eine Beratungsstelle zur Verfügung. Insgesamt schwankt dieses Mittel zwischen ca. 40.000 und 170.000 EW. Das Verhältnis Einwohner zu Beratungsstellen kann nur beschränkt als Versorgungsindikator angesehen werden, in Zukunft sollte die Anzahl der Fachkräfte (Fachkräftequote) mit aufgenommen werden.

Um in einem ersten Schritt die unterschiedlichen Angebote und Angebotsstrukturen künftig noch besser fachlich ausrichten zu können, hat die AG Suchthilfe der Obersten Landesgesundheitsbehörden ein Anforderungsprofil für regionale Suchthilfedienste erstellt. Es werden u.a. folgende Mindestanforderungen genannt:

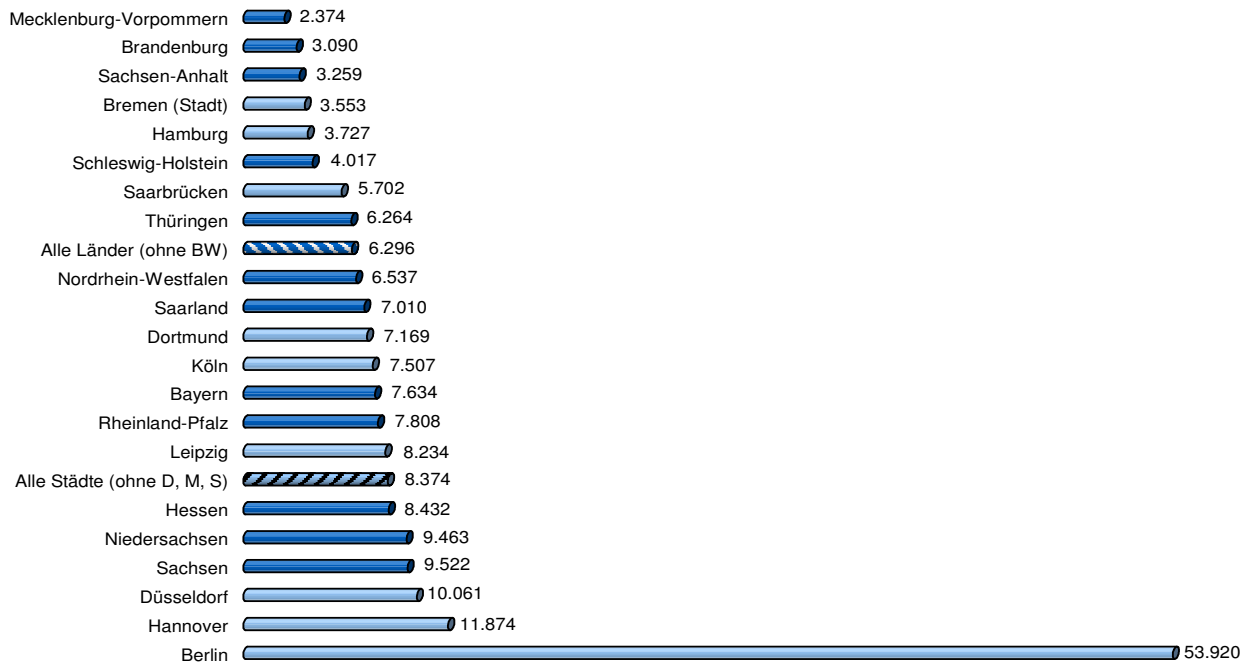
- Regionale Verpflichtung für die ambulante Basisversorgung
- Vernetzungsfunktion hinsichtlich der institutionellen Kooperation
- Niedrigschwelliger Zugang mit aufsuchenden Bestandteilen
- strukturiertes Beratungs- und Betreuungsangebot mit den Elementen Fallmanagement und Hilfeplan
- Integration ergänzender Leistungen (Entzug, Entwöhnung, betriebliche Suchtprävention etc.) bei kostendeckender Finanzierung durch Dritte
- Multiprofessionelle Teams
- Verpflichtung zum Qualitätsmanagement

Die zukünftige Entwicklung der Strukturen im Bereich der Suchtberatung wird aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen zu einer weiteren Etablierung von „Integrierten Beratungsstellen“ führen müssen, wobei die „klassische“ Differenzierung zwischen Alkohol und illegalen Drogen institutionell aufgegeben wird. Eine weitere Perspektive wird in der Verbindung von Beratung und Behandlung liegen, in dem fachliche Voraussetzungen z.B. für die Durchführung von ambulanten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für Drogen- und Alkoholabhängige geschaffen werden.

5.3.5 Komplementäre Versorgung

Stationäre und ambulante Wohnformen lassen sich schon längst nicht mehr in klassischer Weise allein nach den §§ 53 ff. des SGB XII einordnen. Für die Zielgruppe der suchtkranken Menschen gibt es ein differenziertes System von Kurz- bis Langzeit begleiteten (betreuten) Wohnformen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität, die sehr unterschiedlichen Förderrichtlinien und Konzepten der Kostenträger folgen. Auch die Ziele der Einrichtungen differieren von Vorsorge (Verhinderung von Verschlimmerung) über Ausstiegshilfen bis zur Nachsorge.

Abbildung 14 Zahl der Einwohner, für die ein Heimplatz zur Verfügung steht



Die vorhandenen Daten ergeben zur Zeit noch keinen klaren Überblick, weil keine ländereinheitliche Erhebung erfolgt.

Die durchschnittliche Dichte (Einwohner auf einen Platz im Heim oder im Betreuten Wohnen) unterscheidet sich im stationären Bereich mit dem Faktor 1,3 zugunsten der Länder und im Betreuten Wohnen mit dem Faktor 1,9 zugunsten der Städte, d.h. die ambulante Versorgung ist in den Städten durchschnittlich besser ausgebaut. Für den insgesamt höheren Versorgungsgrad in den Städten sind das bekannte Phänomen der Sogwirkung des städtischen Milieus auf Suchtkranke und eine schon vorhandene Versorgungsinfrastruktur eine Erklärung.

Das von den Trägern der überörtlichen Sozialhilfe durchgeführte Benchmarking wird die Datenlage in den nächsten Jahren verbessern, so dass ein Vergleich und eine Bewertung bundesweit möglich wird. In diesem Zusammenhang soll ein Anforderungsprofil für komplementäre Wohnformen für Suchtkranke – analog der regionalen Suchthilfedienste - durch die AG Suchthilfe entwickelt werden.

5.3.6 Behandlung

Mit der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 4. Mai 2001 (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen)“ sowie den BUB-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängi-

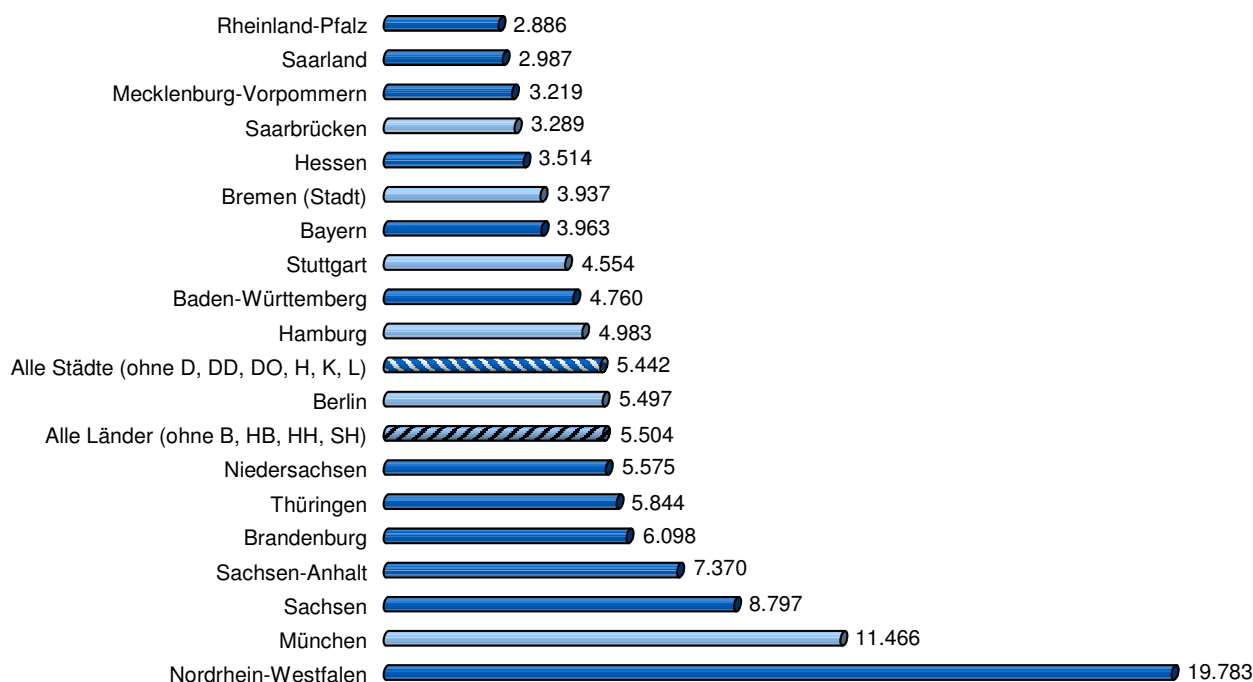
ger vom 28. Oktober 2002 wurden seitens der vorrangigen Kostenträger neue Grundlagen für die beiden quantitativ bedeutsamsten Therapiebereiche bei Suchterkrankungen geschaffen.

Die am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ stellt nicht nur eine Überarbeitung und Zusammenfassung bisheriger Empfehlungsvereinbarungen dar. Mit der Aufnahme einer Regelung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger bei Übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels konnte darüber hinaus eine fachliche Weiterentwicklung erreicht werden. Zur medizinischen Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel wurde ebenfalls im Jahr 2001 eine neue Vereinbarung abgeschlossen.

Insgesamt wurden im Jahr 2005 durch die Rentenversicherungsträger 74.127 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Sucht bewilligt, davon ca. 53.000 stationäre und ca. 21.100 ambulante Maßnahmen. Etwa 70% der bewilligten Maßnahmen bezogen sich auf eine Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger, ca. 20% auf eine Behandlung Drogenabhängiger, knapp 8% auf Mischkonsum und weniger als 1% auf die Behandlung einer Medikamentenabhängigkeit. Hinzu kommen bewilligte Sucht-Reha-Maßnahmen anderer Kostenträger, insbesondere der Krankenkassen, so dass die Gesamtzahl der in Deutschland bewilligten Maßnahmen im Jahr 2005 wahrscheinlich mehr als 90.000 beträgt. Bundesweit bestehen zum Stichtag 31.12.2005 fast 500 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen mit ca. 14.500 stationären Plätzen sowie nennenswerte ambulante Behandlungskapazitäten.

Die landesbezogene Darstellung der Sucht-Reha-Einrichtungen hat an dieser Stelle wenig Aussagekraft zum Versorgungsgrad, weil der vorrangige Kostenträger die Patienten nicht nach Regionalbezug vermittelt, sondern Belegungsoptionen, vertragliche Bindungen, Präferenzen der vermittelnden Stellen u.s.w. eine Rolle spielen.

Abbildung 15 Zahl der Einwohner, für die ein Platz/Bett in einer Sucht-Reha-Einrichtung zur Verfügung steht



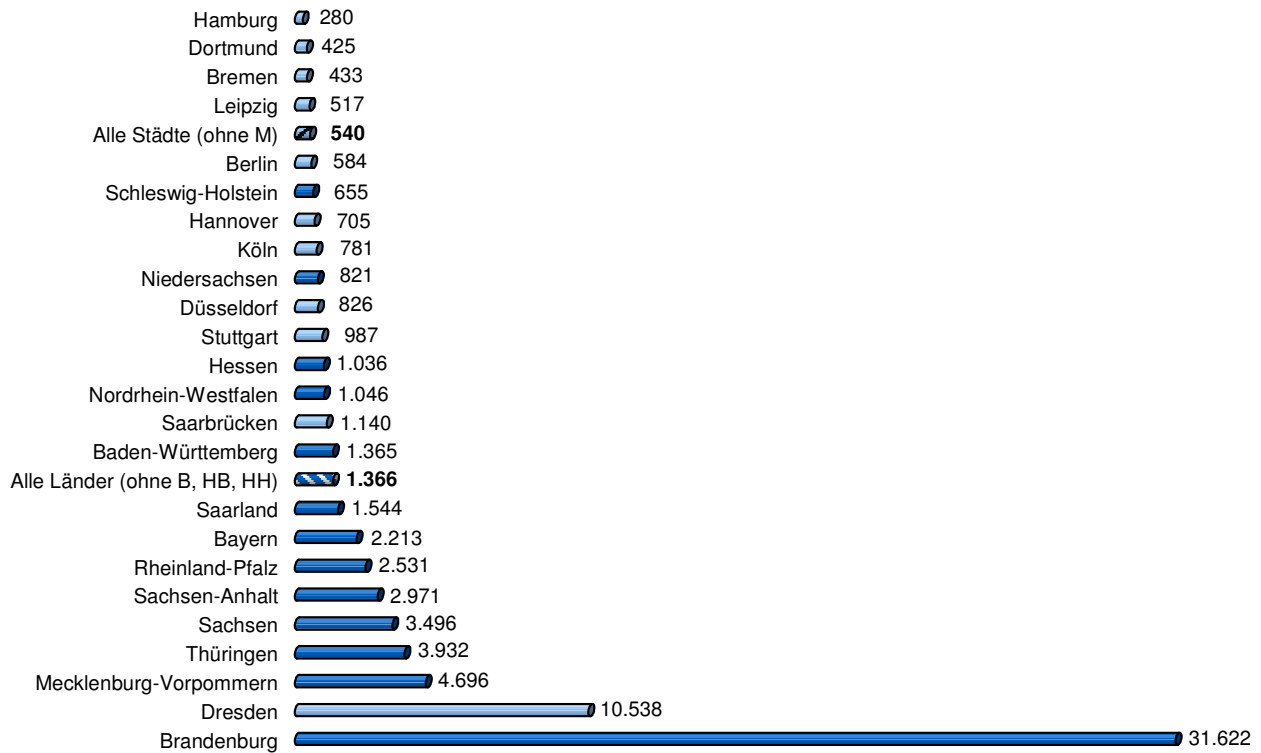
Interessant ist, dass 50% der erfassten Städte keine Reha-Einrichtung angeben, was darauf hindeutet, dass die meisten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sich auf dem „flachen Lande“ befinden. Die Integration auf dem Arbeitsmarkt, die zeitnahe Bearbeitung von Rückfällen und die flexiblen Zu- und Übergänge in ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsformen werden zukünftig für einen größeren Teil der Patientinnen und Patienten wohnortnahe Versorgungsstrukturen notwendig machen. Dieser Umbau ist sicherlich eine große Herausforderung für die vorrangigen Kostenträger. Länder können bei der Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen fördern.

Die graphische Darstellung richtet den Blick auf die stationäre medizinische Rehabilitation. Damit ist nur ein an Bedeutung verlierender Teilbereich der Versorgungsstruktur erfasst, Daten aus dem teilstationären und ambulanten Bereich sollten bei zukünftigen Erhebungen mit aufgenommen werden.

Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) im Hinblick auf die Substitutionsbehandlung traten am 1. Januar 2003 in Kraft. Neben dem Wegfall der zuvor obligatorischen Einzelfallbewilligung besteht die wesentliche Änderung in der Indikationsbestimmung, wonach bereits dann eine Substitution zulässig ist, wenn allein die manifeste Opiatabhängigkeit (auch ohne schwere Begleiterkrankung) vorliegt. Qualitätssicherungskommissionen bei den Kassenärztlichen Vereini-

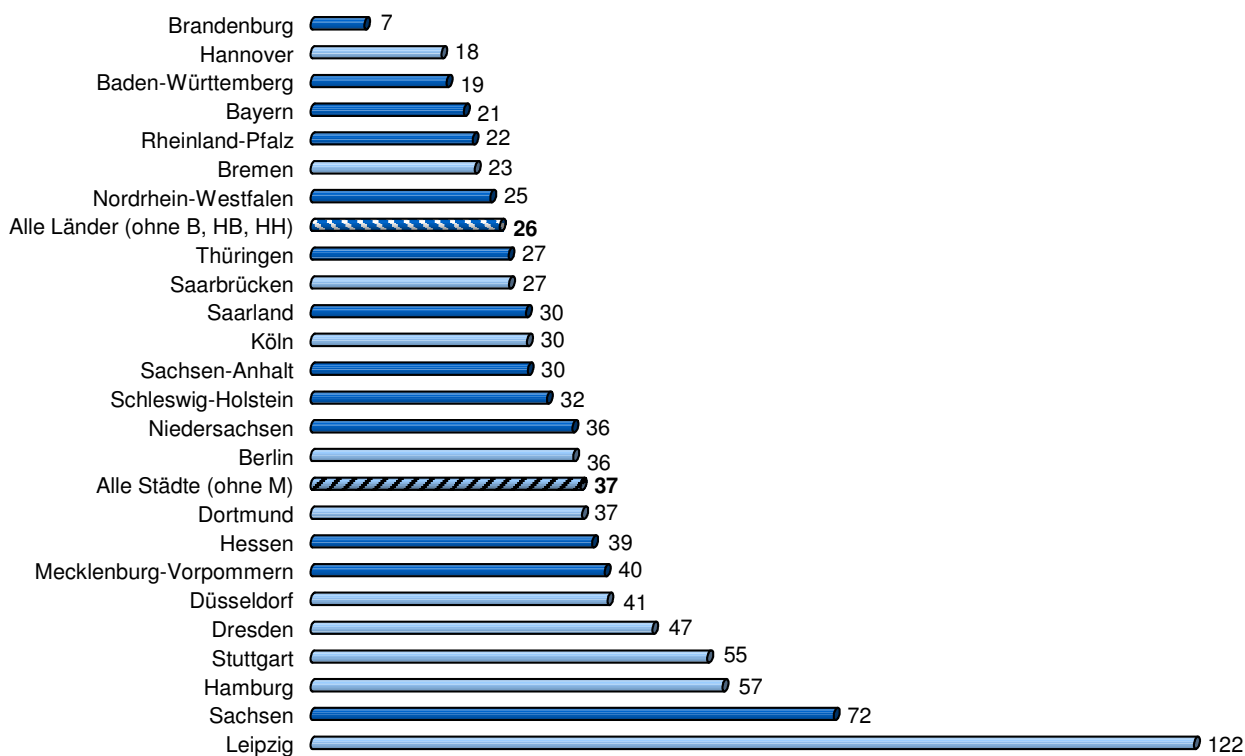
gungen überprüfen Indikationsstellung und Therapiekonzept der behandelnden Ärztinnen und Ärzte durch Stichproben.

Abbildung 16 Zahl der Einwohner pro Substituierten



Die Graphik macht deutlich, dass Substitution eindeutig eine städtische Versorgungsstruktur ist. Im Durchschnitt kommen in der Stadt 600 EW auf einen Substituierten, während in den Ländern ca. 1.370 EW auf einen Substituierten kommen. Regionale Unterschiede gibt es sowohl bei den Ländern, die nicht nur durch die Anzahl von Drogenabhängigen (neuen Bundesländer), sondern auch durch unterschiedliche Strukturen der Substitutionsbehandlung zu begründen sind.

Abbildung 17 Zahl der Substituierten pro Arzt



Die Länder und Kommunen haben in den vergangenen Jahren in großem Umfang und mit erheblichem Mittelaufwand substitutionsbegleitende Hilfen für Substituierte finanziert. Die Regelung in den BUB- Richtlinien, wonach eine GKV-finanzierte Leistung (Substitutionsbehandlung) nur dann erbracht werden darf, wenn eine gegebenenfalls erforderliche begleitende Maßnahme (psychosoziale Betreuung) aus Haushaltsmitteln der Länder und Kommunen zur Verfügung steht, darf zumindest als ungewöhnlich bezeichnet werden. Da die Soziotherapie nach § 37a SGB V Elemente enthält, die Teilen der psychosozialen Begleitung entsprechen, sollte der Ausschluss Suchtkranker in den Soziotherapie-Richtlinien aufgehoben werden, um wenigstens teilweise substitutionsbegleitende Hilfen in Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen zu überführen.

Um die Qualität der Substitutionsbehandlung zu verbessern wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Abstimmung mit den Ländern ein Forschungsprojekt zur Untersuchung von Langzeiteffekten der Substitutionsbehandlung durchführen.

Nachdem international bereits vielfältige Erfahrungen mit einer heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger vorlagen, konnte auch in Deutschland im August 2001 eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem BMG, mehreren Ländern und Kommunen zur Durchführung eines entsprechenden Modellprojektes abgeschlossen werden. Nach Ablauf der Studie kann zusammenfassend gesagt werden, dass mit der Diamorphinbehandlung mehr Opiatabhängige therapeutisch erreicht und zudem perspektivisch auch in andere Behandlungsformen überführt wer-

den können. Die Diamorphinpatienten lösen sich besser als die Methadonpatienten von der Drogenszene und ihr kriminelles Handeln nimmt stärker ab. Die Diamorphinbehandlung eignet sich damit für die kleine Gruppe der Schwerstabhängigen (etwa 4% der Opiatabhängigen) als ultima ratio nach gescheiterten Therapieversuchen. Dies bestätigen auch die Erfahrungen in der Schweiz, wo derzeit insgesamt etwa 1.000 Opiatabhängige mit Heroin als Substitutionsmittel behandelt werden. Angesichts der geplanten hohen Anforderungen sowohl an die Indikationsstellung als auch an das Behandlungssetting ist auch in Deutschland nur eine sehr geringe Zahl von Opiatabhängigen zu erwarten, für die diese Form der substitutionsgestützten Behandlung in Betracht kommt.

Gegenwärtig werden die rechtlichen und konzeptionellen Grundlagen für e Schwerstdrogenkranken, die z. Z. mit anderen Hilfen nicht oder nur unzulänglich zu erreichen sind, vorbereitet.

5.3.7 Suchtforschung und Qualitätssicherung

Eine positive Entwicklung ist hinsichtlich der Suchtforschung zu verzeichnen. Hier fördert der Bund vier interdisziplinäre Suchtforschungsverbände, die eine anwendungsorientierte Forschung in Kooperation mit dem Suchthilfesystem leisten. Die Forschungsverbände sowie die an zahlreichen weiteren Universitäten und Instituten durchgeführten Suchtforschungsprojekte verfügen über internationale Anerkennung und leisten einen bedeutsamen Beitrag zur Weiterentwicklung der Suchttherapie. In den nächsten Jahren sollte die Suchtforschung als Bestandteil der Versorgungsforschung weiter gestärkt werden. In der Förderung der Suchtforschung ist die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Bund und Ländern weiter zu verbessern.

Mit der Zielsetzung, eine Deutsche Suchthilfestatistik unter Berücksichtigung der Vorgaben der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) zu fördern und dabei zu einer Weiterentwicklung der Vereinheitlichung der nationalen Suchthilfestatistik zu kommen, wurde im Jahr 2001 die Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) gegründet. Um bei der Erfüllung dieses Auftrags eine enge Abstimmung mit den Ländern zu gewährleisten, sind fünf Bundesländer in diesem Gremium Mitglied. Seit Mitte der 90er Jahre werden im Bereich der Suchtkrankenhilfe umfassend klienten- und einrichtungsbezogene Daten dokumentiert. Die Dokumentation dient der Qualitätssicherung sowie der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems. Mit der Anpassung länderspezifischer Erhebungen sowie der 2005/2006 erfolgten Überarbeitung des Deutschen Kerndatensatzes konnte unter Beteiligung der Länder eine Angleichung der verwendeten Datensätze erreicht werden, so dass die Teilnahmequote an der Deutschen Suchthilfestatistik künftig weiter erhöht werden kann.

5.3.8 Selbsthilfe

Traditionell hat die Suchtselbsthilfe eine herausragende Stellung inne bei der Bekämpfung der Alkoholabhängigkeit. Sie nimmt hier unverzichtbare Aufgaben mit großem Engagement wahr und stellt hohe Ressourcen zur Verfügung, um Alkoholabhängige bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen. Es gilt in Zukunft, diese Selbsthilfeaktivitäten noch besser zu fördern und eine enge Zusammenarbeit zwischen „professioneller“ Hilfe und Selbsthilfe zu unterstützen. Eine weitere Stärkung der Suchtselbsthilfe ist insbesondere im Hinblick auf eine Förderung der Selbsthilfepotentiale drogenabhängiger Menschen angezeigt, die im Vergleich zur Selbsthilfe bei Alkoholabhängigkeit bislang wenig ausgeprägt ist.

5.3.9 Handlungsempfehlungen

- Im Sinne einer Optimierung sollte die Zuständigkeit für die Suchtprävention möglichst federführend in dem für die allgemeine Gesundheitsförderung zuständigen Ressort angesiedelt werden.
- Verstärkung zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen (Früherkennung und Frühintervention)
- Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenberatungsstellen zu „Integrierten Beratungsstellen“ mit regionaler Verpflichtung zur Koordination der unterschiedlichen Hilfeangebote (Niedrigschwelligkeit, Casemanagement, Behandlungsangebote)
- Verbesserung der Vernetzung von Sucht- und Jugendhilfe sowie Altenhilfe
- Um eine vergleichbare und einheitliche Versorgungsstruktur im komplementären Wohnbereich für Suchtkranke zu schaffen, ist ein Anforderungsprofil durch die AG Suchthilfe zu entwickeln.
- Verbesserung der Hilfestrukturen durch Schaffung wohnortnaher Angebote der medizinischen Rehabilitation.
- Verbesserung der Substitutionsbehandlung durch Wegfall des Ausschlusses Suchtkranker in den Soziotherapie-Richtlinien.
- Schaffung und Ausbau trägerübergreifender örtlicher Hilfestrukturen mit angrenzenden Bereichen unter Nutzung vertraglicher Vereinbarungen der Zusammenarbeit

6 Handlungsempfehlungen und Strategien zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems

Seit der Verabschiedung des GMK-Berichts Psychiatrie 2003, der die Entwicklung der Psychiatriereform in Deutschland in den vergangenen Jahren dargestellt hat, analysiert dieser Bericht die bestehenden Versorgungsstrukturen im Hinblick auf ihre Effektivität und mögliche Defizite. Über 25 Jahre war die Psychiatrie-Enquête für die Versorgungsstrukturen und für die Psychiatriereform ein sehr wichtiges Bezugssystem, und ihre Forderungen und Empfehlungen wurden weitgehend erfüllt bzw. umgesetzt. Deshalb werden auch an vielen Stellen dieses Berichtes die erreichten Fortschritte noch an ihren Forderungen gemessen.

Die Entwicklung war jedoch bundesweit nicht einheitlich, sondern bei vielen Gemeinsamkeiten sind in einzelnen Ländern und Regionen unterschiedliche Strukturen entstanden. Es hat sich gezeigt, dass eine effektive und humane Versorgung auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann.

Die Auswertung dieses Berichts zeigt aber auch, dass die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland inzwischen entscheidend weiterentwickelt worden sind. In der Fachwelt und in der Öffentlichkeit besteht inzwischen ein völlig verändertes Bewusstsein. Es hat sich auch die Fachlichkeit weiterentwickelt, Schwerpunkte sind inzwischen verschoben worden und durch die Weiterentwicklung der Gesellschaft und des Gesundheitssystems sind neue Elemente und Strukturen entstanden.

Es ist deshalb zukünftig geboten, unter Berücksichtigung dieser Veränderungen sinnvolle Versorgungsstrukturen und Leistungsparameter zu definieren, die ein neues Bezugssystem für die Planung und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung darstellen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden will mit diesem Bericht deutlich machen, wo aus ihrer Sicht noch Problemfelder und strukturelle Defizite bestehen und empfiehlt entsprechende Lösungswege.

Gesundheitspolitische Relevanz psychischer Gesundheit: Datenlage und Versorgungsforschung müssen verbessert werden

In Folge der Psychiatriereform hat auch das Thema psychische Gesundheit in der öffentlichen Diskussion und in der politischen Debatte nachhaltig an Bedeutung gewonnen.

Die Bedeutung psychischer Erkrankung – auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten – wurde in der Vergangenheit mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Verschiedene

Studien und Reporte haben sich mit der Relevanz psychischer Erkrankung in Deutschland auseinandergesetzt. Sie zeigen übereinstimmend die Notwendigkeit einer stärkeren Beachtung dieser Krankheitsbilder sowie einen entsprechenden Handlungsbedarf auf.

Ebenso hat das Thema psychische Gesundheit durch Initiativen auf europäischer Ebene an Bedeutung gewonnen, wobei festzustellen ist, dass wesentliche Aussagen zur Entwicklung psychischer Störungen und Belastungen in den Ländern der EU weitgehend mit Erkenntnissen übereinstimmen, die über die gesundheitliche Situation in Deutschland bestehen.

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist inzwischen ein Ziel vielfältiger gesundheitspolitischer Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, von Verbänden und Fachgesellschaften, Angehörigen psychisch Kranker, Psychiatrie-Erfahrenen, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderer Akteure im Gesundheitswesen. Nach wie vor ist jedoch zu bemängeln, dass zu wenig valide epidemiologische Daten vorliegen und die Versorgungsforschung noch in ihren Anfängen steckt.

Einbeziehung von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und Selbsthilfe weiterentwickeln

Bei den Strategien im Umgang mit psychischen Erkrankungen zählt neben einer qualitätsgesicherten und angemessenen Behandlung und Betreuung der Erhalt des sozialen Umfelds und die Wiedereingliederung in normale Lebensverhältnisse zu den wichtigsten Zielen. Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Einbeziehung von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und der Selbsthilfe – wenn auch bisher noch in unterschiedlicher Intensität - allmählich zum Standard wird. Psychiatriepolitischer Grundsatz dabei ist, professionelle psychiatrische Fachhilfe nur dann zu gewähren, wenn Hilfe aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Selbsthilfe etc.) nicht oder offensichtlich nicht ausreichend vorhanden ist oder mobilisiert werden kann. Dies verdeutlicht den besonderen Stellenwert, den Angehörige, die Selbsthilfe, aber auch die Psychiatrie-Erfahrenen selbst für die Ausgestaltung des Hilfesystems haben und sollte durch entsprechende Förderungen und durch Berücksichtigung in den Psychiatriegesetzen bzw. sonstigen Entscheidungsinstanzen der Länder betont werden.

Bekämpfung der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen ist eine permanente Aufgabe

Noch immer erfahren ungeachtet verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und positiver Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranke Menschen häufig soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung. Dies ist eine Verletzung ihrer Grundrechte und

ihrer Menschenwürde. Um solchen inakzeptablen Erscheinungen mit aller Kraft entgegenzutreten, bedarf es weiterhin erhöhter Aufmerksamkeit, Sensibilität und Aufklärung in der Öffentlichkeit, bei Medien, Sozialpartnern, Verbänden und Behörden. Dieser gesellschaftspolitischen Aufgabe ist nach wie vor ein hoher Stellenwert einzuräumen.

Psychiatrische Leistungsangebote sollten auch geschlechtssensibel ausgerichtet sein

Wie in allen Lebensbereichen sind auch die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten, Interessen und Möglichkeiten von Frauen und Männern bei der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen von Bedeutung. Als Handlungsempfehlungen wurden deshalb geschlechtssensible Leitlinien für ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem formuliert.

Die Berücksichtigung der Problematik von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten muss in den psychiatrischen Versorgungsstrukturen verbessert werden

Es gibt keine spezifische strukturelle Lösung für die Probleme, die sich bei der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten ergeben. Sprachbarrieren, kulturell assoziiertes Krankheitsverhalten und –erleben sowie mangelndes Hilfesuchverhalten erschweren den Zugang zu den Hilfesystemen. Die Hilfesysteme selbst sind oft nicht ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert und personell nicht genügend ausgestattet, um den besonderen sprachlichen und interkulturellen Anforderungen gerecht zu werden. Bei den vielen ethnischen Gruppen mit Migrationshintergrund ist eine Spezialisierung für jede Nationalität nicht leistbar.

Grundsätzlich müssen alle für die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen und Migranten verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens enger miteinander kooperieren. Dabei ist anzustreben, dass sich allgemeinmedizinische, psychiatrische und psychosoziale Regeleinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen und Zugangsschwellen weiter abgebaut werden.

In Ballungszentren mit hoher Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund empfiehlt sich die Bündelung von Kompetenzen in interkulturellen Beratungszentren. Diese sollten auch für Informationen, Beratungen und Anfragen über ihren unmittelbaren Einzugsbereich hinaus zur Verfügung stehen.

Dabei sollte auch interkulturelle und sprachliche Kompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Personalgewinnung zumindest für die größten betroffenen Bevölkerungsgruppen genutzt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten empfiehlt sich

auch, freiwerdende Stellen in Einrichtungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen zu besetzen. Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sollten migrationspezifische Aspekte verstärkt berücksichtigt werden.

Die Strukturen und Leistungsangebote in der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen sind zu optimieren

Die großen Umbrüche im System der psychiatrischen Versorgung gehören der Vergangenheit an. Im Vordergrund stehen jetzt vermehrt Anstrengungen, die entwickelten Leistungsbausteine unter fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten aufeinander zu beziehen und die Systeme im Sinne regionaler Verbundstrukturen weiter zu entwickeln.

Die Behandlung psychisch kranker Menschen bedarf unabdingbar einer engen und umfangreichen Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote. Diese Notwendigkeit geht weit über den Regelungsbereich des SGB V hinaus. Um Kooperationen aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und Einrichtungen auf dem erforderlichen hohen qualitativen und verbindlichen Niveau zu ermöglichen, haben sich regionale Verbundstrukturen als besonders geeignet erwiesen. Die bestehenden Möglichkeiten zur integrierten Versorgung nach dem SGB V im Zusammenwirken mit weiteren Sozialleistungsträgern bieten hierfür eine gute Grundlage und alle am Leistungsgeschehen beteiligten Partner sind aufgerufen, sich an regionalen Modellen zu beteiligen.

War in der Vergangenheit „Behandlung psychisch kranker Menschen“ mit „psychiatrischem Krankenhaus“ assoziiert, so hat hier doch ein deutlicher Perspektivenwechsel stattgefunden. Neben den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten haben sich bewährte Hilfsstrukturen außerhalb des Krankenhauses etabliert, die psychisch Kranken ein weitgehend normales Leben gestatten und ihnen bei der Alltagsgestaltung helfen.

Institutionelle Angebote werden abgelöst von personenzentrierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten, die in regionalen Versorgungsnetzen erbracht werden, in denen das psychiatrische Krankenhaus bzw. die psychiatrische Fachabteilung einen zunehmend kleiner werdenden Teil der Versorgungsstruktur darstellt.

Die tradierten bettenzentrierten Behandlungspfade sind zu überdenken. Insbesondere für Personen mit rezidivierenden oder lang andauernden schweren psychischen Erkrankungen sind sowohl unter fachlichen als auch ökonomischen Aspekten personenzentriert ausgerichtete Komplexleistungsprogramme, die schon während der Akutbehandlung mit den anderen Leistungserbringern abgestimmt werden, sehr sinnvoll. Die erforderlichen Behandlungsleistungen

könnten neben den Leistungen der sozialen Wiedereingliederung durch ein multiprofessionell besetztes Team des „Psychiatrischen Behandlungszentrums“ erbracht werden, sofern eine alleinige Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt und/oder Therapeuten nicht ausreichend ist.

Die meisten psychiatrischen Versorgungsregionen verfügen über eine klinische Behandlungsmöglichkeit innerhalb der Versorgungsregion. Die Sicherstellung der Versorgung in einer definierten Region (Pflichtversorgungsregion) sollte daher auch in Zukunft ein Kriterium erster Ordnung für die Psychiatrieplanungen der Länder sein.

Psychiatrieplanerisch ist anzustreben, dass die vollstationären und teilstationären Kapazitäten sowie die Institutsambulanzen mit ihrem Sicherstellungsauftrag in ein solches System der regionalen Pflichtversorgung eingebunden werden. Um dies zu erreichen, erscheint eine Weiterentwicklung des auf der Psychiatriepersonalverordnung aufbauenden Finanzierungssystems und der institutionellen sowie strukturellen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung notwendig.

Bedarfsgerechte Strukturen in Ballungsräumen und ländlichen Regionen sind zu entwickeln

Die Analyse der vorliegenden Daten zeigt, dass trotz Vorhandenseins aller Elemente der Versorgungsstruktur wie Fachärzte, Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrische Dienste in der ambulanten psychiatrischen Versorgung sich deutliche Unterschiede zwischen einer „Psychiatrie in Ballungsräumen“ und einer „Psychiatrie in ländlichen Regionen“ herausgebildet haben. In der vertragsärztlichen Versorgung unterscheiden sich Großstädte und Flächenländer erheblich in der Versorgungsdichte.

Dieser unterschiedlichen Dichte der vertragsärztlichen Versorgung in Stadt und Land ist vor allem durch eine Bedarfsplanung der kassenärztlichen Bundesvereinigung, die gezielt die Ausstattung in unterversorgten kleineren Städten und ländlichen Regionen verbessert, zu begegnen.

Dass sich die Dichte der die vertragsärztliche Versorgung ergänzenden Einrichtungen (Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischer Dienst) in Stadt und Land kaum unterscheidet, spricht dafür, dass hier eher bedarfsorientiert gesteuert wird. Es bedarf aber auch der kritischen Überprüfung, inwieweit die getrennt organisierten und getrennt finanzierten Einrichtungen sich in ihrer Angebotsstruktur überschneiden und auf Dauer so erhalten werden sollten oder ob Synergieeffekte genutzt werden könnten.

Die Entwicklung von integrierten Versorgungsprojekten muss gefördert werden

Obwohl von der Komplexität der Versorgung geboten, gibt es bisher nur wenige Ansätze einer integrierten psychiatrischen Versorgung i. S. der §§ 140ff des SGB V. Faktisch sind sie jedoch von der Häufigkeit und von der Bedeutung her weit entfernt davon, ein festes Element der psychiatrischen Versorgung darzustellen. Gerade zur Überwindung der Grenzen zwischen institutionellen Angeboten und der vertragsärztlichen Versorgung wären sie von besonderer Bedeutung. Hier besteht noch ein erheblicher Entwicklungsbedarf.

Das Verhältnis von psychiatrischer und psychotherapeutischer/psychosomatischer Versorgung muss definiert und abgestimmt werden

Psychosomatik und Psychotherapie haben bei der Behandlung psychischer Störungen an Bedeutung zugenommen; eine Integration ist jedoch nicht gelungen. Dieser Bereich erweist sich faktisch nach wie vor als ein gesondertes System.

Die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie sind in den bisherigen Krankenhausplänen nicht systematisch erfassbar. Der Umfang ihres Beitrages zur psychiatrischen Versorgung ist unklar.

Um die verwirrende und unsystematisch erfassbare Struktur der psychosomatischen Versorgung aufzuhellen und ihren Versorgungsanteil mit der psychiatrischen Versorgung in Verbindung zu bringen, müssten folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Die psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen müssten klarer definiert werden (z. B. Diagnosegruppen).
- Entweder sollten stationäre Einrichtungen nach dieser Definition gesondert ausgewiesen oder es sollte der Anteil der psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung erfasst werden.
- Die Entwicklungen der Bettenkapazitäten in der Psychosomatik müssten unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten vergleichbar den Entwicklungen in der Psychiatrie in Verantwortung der jeweiligen Bundesländer beobachtet und gesteuert werden. Mit dem Beschluss der AOLG vom 16./17. November 2006 ist ein erster Schritt in Richtung Definition psychosomatischer und psychotherapeutischer Krankenhausversorgung erfolgt.
- Es bedarf eines verbindlichen Konzeptes, ob und wie dieser Bereich in die regionale psychiatrische Versorgung einzubinden ist.

Die bisherige Entwicklung, nach der einerseits chronisch und schwer psychisch kranke Menschen in regional ausgerichteten psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung behandelt und andererseits Patientinnen und Patienten mit leichteren Krankheitsverläufen in psycho-

somatischen Einrichtungen ohne Aufnahmeverpflichtung behandelt werden, hat bereits zu Doppelstrukturen geführt. Bei einer Fortsetzung dieser Entwicklung besteht die Gefahr einer erneuten Aussonderung und Konzentration chronisch psychisch kranker Menschen, verbunden mit einer unweigerlichen Stigmatisierung sowie möglicherweise auch einer Ausweitung der Chronifizierung.

Die Selbstverwaltungsgremien, aber auch die Länder sind aufgerufen, bei ihren Bedarfsplanungen sensibel auch solche Fragen zu bewerten, um möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Die Strukturen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sind verbesserungs- und abstimmungsbedürftig

Der Versorgungsbereich Psychosomatik und Psychotherapie weist im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie strukturelle Unklarheiten und Defizite auf. Deshalb sind folgende Handlungsnotwendigkeiten gegeben:

- Wie bei der psychiatrischen Versorgung ist die psychosomatisch/ psychotherapeutische Versorgung stärker regional zu strukturieren und zu steuern; auch hier sind Versorgungsverpflichtungen festzulegen.
- Es bedarf zur Vermeidung von Doppelstrukturen und Patientenselektionen klarer Abgrenzungen bzw. Abstimmungen bezüglich der Diagnosen und Indikationen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem.
- Der hohen fachlichen Heterogenität ist durch verstärkte wissenschaftliche Überprüfung („evidenz-basierten Medizin“) und durch verbindliche Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begegnen. In diesem Zusammenhang ist auch die Rolle und Verbindlichkeit des Wissenschaftlichen Beirats zu regeln.

Hilfestruckturen zur Gestaltung des Alltags und zur sozialen Wiedereingliederung sind weiter zu entwickeln

Generell lässt sich feststellen, dass der Aufbau der Hilfen in den Bereichen Wohnen und Alltagsgestaltung einen Stand erreicht hat, der es ermöglicht, auch solchen Menschen zu helfen, die früher längerfristig oder gar auf Dauer in psychiatrischen Krankenhäusern hätten bleiben müssen. Dennoch ist der Geist auch in diesem Bereich weiterhin zu sehr geprägt von Institutionalisierung und Versorgungsgedanken und nicht von Normalität und Teilhabe. Es wird vor allem im Heimbereich darauf zu achten sein, dass nicht wie in den früheren Jahren in der sog. Anstaltspsychiatrie durch eine zu lange Verweildauer Hospitalisierungstendenzen auftreten.

Deshalb sollten die vielfältigen Angebote so ausgestaltet sein, dass psychisch kranke Menschen so viel Betreuung wie nötig erhalten und ihre Rückkehr in das normale Leben soweit wie möglich gefördert wird, ohne sie im Prozess zunehmender Verselbständigung einzuschränken. Da ambulante, lebensfeldzentrierte Angebote diese Anforderungen angemessener erfüllen können als stationäre Angebote, ist es unerlässlich, den sozialrechtlich verankerten und vielerorts propagierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch konsequenter zu realisieren.

Bestandteil einer innovativen Psychiatrie ist die Mitwirkung von psychisch kranken Menschen bei der Abstimmung erforderlicher Hilfen. Besonders deutlich wird dieses Prinzip im Zusammenhang mit der Einführung des Persönlichen Budgets. Dessen Ziel ist, Sachleistungen als Geldleistung auszuführen, um dem behinderten Menschen die Möglichkeit zu geben, die für ihn notwendigen Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben selbst einzukaufen. Damit hat die/der Leistungsberechtigte die Möglichkeit, selbst über das Ausmaß, den Zeitpunkt und die Erbringer der Leistungen zu entscheiden. Die bisherigen Erfahrungen aus den Erprobungsprogrammen sind durchweg positiv.

Daher sind die Kommunen und die Leistungsträger aufgefordert, die Entwicklungspotentiale, die dem Ansatz des Persönlichen Budgets innewohnen, verstärkt zu nutzen.

Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind zu intensivieren

Arbeit und Beschäftigung haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Sie stärken das Selbstwertgefühl, schaffen soziale Anerkennung und stabilisieren das psychische Gleichgewicht. Zwischen Arbeit, Beschäftigung und psychischen Krankheiten existieren vielfältige Zusammenhänge. Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen bleibt der Arbeitsplatz vielfach einer der wenigen Orte, der Erfolgserlebnisse oder soziale Kontakte ermöglicht. In Deutschland fehlt weiterhin für seelisch behinderte Menschen ein bedarfsgerechtes Angebot an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere flexible Hilfen außerhalb von speziellen Rehabilitationseinrichtungen und Qualifizierungsmaßnahmen in der realen Arbeitswelt.

Die Behandlungsqualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Forensischen Psychiatrie/im Maßregelvollzug sind in Einklang zu bringen

Die Zunahme der Einweisungen in die forensische Psychiatrie führte im Zusammenwirken mit der Verschärfung der Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung zu einem exorbitanten Zuwachs der Patientenzahlen. Dieser Zuwachs hat zu immensen Belastungen für die Landeshäuser geführt und damit auch zu einer Debatte um die perspektivische Finanzierbarkeit dieses Angebotes. Dieser Bericht verdeutlicht die bundesweit vergleichbaren Entwicklungen, aber auch die großen Unterschiede in der Durchführung des Maßregelvollzuges.

Die Datenlage und die übergreifende Kooperation für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind zu verbessern

Nach wie vor ist es problematisch, verlässliche Zahlen über psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche zu ermitteln. Realität ist jedoch, dass es heute weitaus weniger Kinder und Jugendliche und – regional sehr unterschiedlich - mehr Angebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Deutschland gibt. Statistisch nimmt dabei die Zahl der psychischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter zu. Für eine Untersuchung dieser Entwicklung bedarf es vertiefender Analysen und Ursachenforschung.

Für eine erhebliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder massiven Verhaltensauffälligkeiten, die einen komplexen Hilfebedarf haben, existieren Kooperationsdefizite im Hilfesystem. Die Betroffenen werden oftmals zwischen den beteiligten Institutionen hin- und hergereicht mit der Folge, dass sie Beziehungsabbrüche statt kontinuierlicher Betreuung/Behandlung erleben oder phasenweise sogar gänzlich ohne pädagogische und therapeutische Anbindung bleiben. Daher müssen die Schnittstellen der KJPP und der Jugendhilfe herausgearbeitet, angemessene Strukturen und Kooperationsformen kreiert bzw. bestehende Formen der Zusammenarbeit verstärkt werden.

Eine verbindlich geregelte Kooperation der Hilfesysteme ist als ein Lösungsansatz zu sehen, um die vorhandenen Potentiale optimal zu nutzen und zu höherer Effektivität und Qualität sowie Ressourcenschonung zu gelangen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist das Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und der Pädiatrie mit ihren psychosomatischen und neuropädiatrischen Anteilen andererseits kritisch zu prüfen. Insbesondere sollte dabei im Blickpunkt stehen, inwieweit Synergieeffekte möglich sind, aber auch im Hinblick darauf, dass - demografisch bedingt - sich verkleinernde Systeme nicht konkurrierend nebeneinander stehen.

Die Gerontopsychiatrie braucht mehr Aufmerksamkeit

Die Gerontopsychiatrie wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Zukunft eine immer größere Bedeutung annehmen. Für die erforderliche Vernetzung unterschiedlicher Dienste und Anbieter aus fachlich-qualitativen sowie aus ökonomischen Gründen kann der Gemeindepsychiatrische Verbund als Vorbild dienen. Der gerontopsychiatrische Leistungserbringerverbund als Teil eines integrierten regionalen Altenverbundes steht für eine regionale Kooperationsstruktur von Anbietern der Gerontopsychiatrie, Altenhilfe, Altenpflege und Geriatrie.

Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie: Versorgungssysteme lernen voneinander und Strukturen vernetzen und verbinden sich

Der von der Psychiatrie-Enquete angestoßene Reformprozess hat auch die Weiterentwicklung suchtspezifischer Präventions- und Hilfeansätze nachhaltig beeinflusst. Sucht- und Drogenpolitik stellt heute einerseits die gesundheitlichen und sozialen Aspekte der suchtgefährdeten und -kranken Menschen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Interessenlage der Bevölkerung in den Vordergrund und setzt andererseits einen Schwerpunkt in der verstärkten Prävention durch Gesundheitsförderung und Stärkung der Lebenskompetenzen aller Bürgerinnen und Bürger. Sie basiert auf den Säulen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und Repression.

Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie haben ihre Gemeinsamkeit nicht nur in der Behandlung von psychischen Erkrankungen. Auch wenn in der Vergangenheit sich beide Hilfesysteme z. T. unabhängig – zeitweise sogar in Abgrenzung zueinander - entwickelten, so treten in den letzten Jahren neben den traditionellen Handlungsfeldern neue gemeinsame Strukturen wie Psychiatrische Ambulanzen und Einrichtungen der Integrierten Versorgung dazu. Nicht zuletzt zwingt die zunehmende Erkenntnis, dass häufig bei Betroffenen gleichzeitig eine Suchtproblematik und eine psychiatrische Erkrankung vorliegen, zur Zusammenarbeit und zur Veränderung von Behandlungsstrukturen. Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie können das jeweils vorhandene Fachwissen synergetisch zusammenführen, ohne spezifische Behandlungsformen und -einrichtungen aufzugeben.

- Prävention bleibt nach wie vor ein Schwerpunkt der Suchtpolitik. Im Sinne einer Optimierung sollte die Zuständigkeit für die Suchtprävention möglichst federführend in dem für die allgemeine Gesundheitsförderung zuständigen Ressort angesiedelt und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen verstärkt werden.
- Die Sucht- und Drogenberatungsstellen sollen zu „Integrierten Beratungsstellen“ mit regionaler Verpflichtung zur Koordination der unterschiedlichen Hilfeangebote (Grundversorgung, Case Management, Behandlungsangebote) weiterentwickelt werden.
- Es bedarf bundesweit vergleichbarer Versorgungsstrukturen bei den Wohnhilfen für suchtkranke Menschen. Die AG Suchthilfe wird dazu ein Anforderungsprofil entwickeln.
- Weiter zu verbessern sind wohnortnahe Angebote der medizinischen Rehabilitation.
- Der Ausschluss Suchtkranker in den Soziotherapie-Richtlinien ist nicht begründbar, führt zu einer Diskriminierung dieser Kranken und sollte baldmöglichst aufgehoben werden.

7 Anhang: Rechtliche Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung 2000 bis 2005

Die Reformen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Betreuungsrecht bilden den Schwerpunkt dieses Kapitels. Unabhängig von ihrer spezifischen Ausrichtung orientieren sich die nachfolgend genannten Gesetzesänderungen bzw. -neuerungen nach wie vor an der Zielsetzung, durch Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe psychisch kranken Menschen ein weitgehend selbständiges Leben zu ermöglichen. Personenzentrierte Versorgung und Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets sind u. a. gesetzliche Möglichkeiten, die notwendigen Hilfeleistungen nicht nur gemeindenah und bedarfsorientiert, sondern auch effektiv und wirtschaftlich zu erbringen. Von zentraler Bedeutung für die Versorgung psychisch kranker Menschen sind auch die Neuregelung im Krankenversicherungsrecht und die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe.

Im Folgenden sind die gesetzlichen Änderungen der letzten fünf Jahre aufgeführt. Deren Bedeutung für psychisch kranke Menschen und das Versorgungssystem werden in den jeweiligen Textteilen näher erläutert.

7.1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Betreuungsgesetz

Das am 1. Juli 2005 in Kraft getretene Zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz³⁷ enthält wesentliche Neuerungen und Änderungen:

- die Pauschalierung der Vergütung und des Aufwendungsersatzes für Betreuer,
- die Übertragung von richterlichen Aufgaben auf die Rechtspflegerschaft,
- die Stärkung der Vorsorgevollmacht und des Erforderlichkeitsgrundsatzes.

7.2 Sozialgesetzbuch

7.2.1 Grundsicherung für Arbeitssuchende - Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)³⁸

Die Zusammenlegung der Fürsorgeleistungen Arbeitslosen- und Sozialhilfe erfolgte mit dem SGB II. Das Gesetz ist seit 1. Januar 2005 in Kraft und regelt

- die Förderung (einschließlich finanzieller Förderung) von erwerbsfähigen, hilfebedürftigen Personen über 15 und unter 65 Jahren sowie deren Angehörige, soweit diese über kein (ausreichendes) Einkommen und Vermögen verfügen. Erwerbsfähig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die täglich mindestens 3 Stunden arbeiten können.
- Diese Anspruchsberechtigung gilt auch für Personen, die dem Arbeitsmarkt nur eingeschränkt zur Verfügung stehen oder denen Erwerbsfähigkeit nicht zugemutet wird. Danach entscheidet die festgestellte Leistungsfähigkeit über eine Anspruchsberechtigung für Leistungen nach dem SGB II oder - bei voller Erwerbsminderung - nach dem SGB XII.

Die unterschiedliche Zielsetzung beider Regelleistungen betrifft auch den Personenkreis der psychisch kranken und behinderten Menschen und führt zu einer entsprechenden Aufteilung der Anspruchsberechtigung. Die Abgrenzung beider Leistungen erfordert daher die Zusammenarbeit der betroffenen Kostenträger.

³⁷ Zweites Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts – Zweites Betreuungsrechtsänderungsgesetz - 2. BtÄndG vom 21. April 2005 (BGBl I S. 1073)

³⁸ vom 24. Dezember 2003 (BGBl I S. 2954)

7.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)³⁹

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V⁴⁰

Inhalt der Richtlinie sind Regelungen zur Verordnung, Dauer und Genehmigung häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern. Mit der am 1. Juli 2005 in Kraft getretenen Änderung wurde die o. g. Richtlinie um Leistungen der "häuslichen psychiatrischen Krankenpflege" ergänzt. Damit besteht die Möglichkeit, psychisch kranke Menschen durch ambulante Pflegedienste regelhaft mit Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege zu versorgen. Die bundeseinheitliche Regelung dieser GKV-Leistungen ist zweifellos ein Erfolg, nicht zuletzt unter dem Aspekt der Gleichstellung von psychisch kranken mit somatisch kranken Menschen. Die praktische Umsetzung dieses Leistungsangebots verläuft bisher allerdings nur zögerlich und erinnert an Erfahrungen mit der Etablierung der Psychotherapie.

Vertrag zur Versorgung in Institutsambulanzen⁴¹

Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag, nämlich für Menschen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen soll sich an diejenigen richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Die Institutsambulanz soll auch ermöglichen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration zu stabilisieren. Das Instrument für die Erreichung dieser Ziele ist die Gewährleistung der Behandlungskontinuität.

Die Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V zwischen den Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in der die ambulante Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen geregelt wird, ist seit dem 1. April 2001 in Kraft. Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist hier ausdrücklich einbezogen.

Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz werden nach § 120 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam entweder unmittelbar mit den einzelnen Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Auch das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die psychiatrische Institutsambulanz von diesen Vertragsparteien festgelegt. Im Konfliktfall legt die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest.

Soziotherapie

Die Leistung der Soziotherapie gemäß § 37a in Verbindung mit § 132b SGB V wurde durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 für Versicherte eingeführt, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.

Die Einzelheiten, insbesondere die Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie sind in den "Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über

³⁹ vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190)

⁴⁰ in der Fassung vom 16. Februar 2000, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2000, Nr. 91, S. 8878, in Kraft getreten am 14. Mai 2000, zuletzt geändert am 15. Februar 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 96, S. 7969

⁴¹ Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 9 vom 02.03.2001, Seite A-566

die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung⁴² geregelt, die am 01. Januar 2002 in Kraft getreten sind. Ebenso liegen die "Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Absatz 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie" vom 29. November 2001 vor. In den letzten fünf Jahren hat sich dieser Leistungsanspruch der Versicherten jedoch nicht durchgesetzt. Eine zwischenzeitlich durchgeführte Evaluation im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat ergeben, dass die auf der Grundlage des § 132b SGB V abzuschließenden Landesrahmenverträge immer noch nicht flächendeckend verwirklicht wurden. Die auf der Bundesebene von den zuständigen Gremien zu erarbeitenden Richtlinien wurden verzögert verabschiedet und sind inhaltlich sowie bezüglich der organisatorischen Vorgaben teilweise fehlsteuernd. Zahlreiche zur Verordnung von Soziotherapie ermächtigte Ärzte sowie soziotherapeutische Leistungserbringer beklagten einen zu hohen administrativen Aufwand im Zusammenhang mit der Antragstellung und eine zu geringe Vergütung der Kooperation. Die Vergütungen werden von den Leistungserbringern als nicht kostendeckend bezeichnet, insbesondere in der Phase der Betreuungsplanung und der Antragstellung. Die Berichtersteller der Evaluation kommen zu dem Schluss, dass der Gesetzgeber die Implementation der Soziotherapie durch ökonomische Anreize für Krankenkassen oder Krankenhäuser ressourcensparend steuern sollte. Der Bundesausschuss und die Krankenkassen müssten diesbezüglich eine Überarbeitung der Richtlinien vornehmen.

Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Absatz 1 SGB V⁴³

Im Hinblick auf die Substitutionsbehandlung von Abhängigkeitserkrankten traten die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V am 1. Januar 2003 in Kraft. Neben dem Wegfall der zuvor obligatorischen Einzelfallbewilligung besteht die wesentliche Änderung in der Indikationsbestimmung, wonach bereits dann eine Substitution zulässig ist, wenn allein die manifeste Opiatabhängigkeit (auch ohne schwere Begleiterkrankung) vorliegt. Qualitätssicherungskommissionen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen Indikationsstellung und Therapiekonzept der behandelnden Ärztinnen und Ärzte durch Stichproben.

7.2.3 Kinder und Jugendhilfe - Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII)⁴⁴

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe⁴⁵ ist am 1. Oktober 2005 in Kraft getreten. Mit der Neuerung des Gesetzes wurde u. a. auch der § 35a - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - dahingehend geändert, dass die Definition der drohenden Behinderung sinngemäß dem § 53 Abs. 2 SGB XII redaktionell angepasst wurde. Des Weiteren wird durch die Neuregelung im Abs. 1a deutlicher zwischen der Stellungnahme des Arztes bzw. Psychotherapeuten und der Entscheidung des Jugendamtes unterschieden. Durch die Spezifizierung wird nicht nur eine klare Abgrenzung beider Aufgabenbereiche erreicht, sondern auch die wechselseitige Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten unterstützt.

7.2.4 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)⁴⁶

Mit dem SGB IX wurde das persönliche Budget zum 1. Juli 2001 als neue Form der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen eingeführt. Danach können auf Antrag Leistungen zur Teilhabe auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtig-

⁴² Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 48 vom 30.11. 2001, S. A-3232

⁴³ in der Fassung vom 1. Dezember 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 57 (S. 5678) vom 23. März 2004

⁴⁴ vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. September 2005 (BGBl. I S. 3546)

⁴⁵ vom 8. September 2005 (BGBl. I S. 2729 ff.)

⁴⁶ vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606)

ten in eigener Verantwortung ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Zum gleichen Zeitpunkt wurde eine entsprechende Budgetverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung erlassen. Diese Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des SGB IX⁴⁷ regelt Näheres zum Inhalt, zur Ausführung und zum Verfahren des Persönlichen Budgets. In das SGB XII (§ 57) wurde das Persönliche Budget zum 1. Juli 2004 in das Sozialhilferecht als Kannleistung aufgenommen. Bis zum 31.12.2007 wird das persönliche Budget in Modellvorhaben erprobt. Bis dahin entscheiden die Sozialleistungsträger nach eigenem Ermessen, ob sie einem Antrag auf Gewährung eines persönlichen Budgets stattgeben, ab 1.1.2008 besteht darauf ein Rechtsanspruch.

7.2.5 Sozialhilfe - Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)⁴⁸

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde das Sozialhilferecht reformiert und modernisiert. Die Sozialhilfe soll als Geld-, Sach- oder Dienstleistung den Leistungsberechtigten ein Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Ein zentrales Ziel der Sozialhilfe ist es, die Selbsthilfekräfte zu stärken: Die Leistung ist eine nachrangige Leistung und soll so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuarbeiten (§ 1 Satz 2 SGB XII). Durch das SGB XII werden auch neue bundesrechtliche Bestimmungen hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeiten der Träger der Sozialhilfe wirksam. Die Länder können nach § 97 Abs. 2 SGB XII regeln, welche sachliche Zuständigkeit durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe wahrgenommen werden. Die Folge sind von Land zu Land unterschiedliche sozialhilferechtliche Zuständigkeitsverteilungen, z.B. bei der im psychiatrischen Versorgungssystem wichtigen ambulanten und stationären Eingliederungshilfe.

7.3 Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG)⁴⁹

Das Bundesgleichstellungsgesetz ist am 01. Mai 2002 in Kraft getreten. Ziel dieses Bundesgesetzes ist es, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen oder zu verhindern und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

7.4 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz⁵⁰

Das am 18. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz verbietet eine Diskriminierung u.a. wegen Behinderung

- im Bereich der Beschäftigung
- im Zivilrechtsverkehr (Massengeschäfte und vergleichbare Geschäfte sowie privatrechtliche Versicherungen).

Es regelt Arbeitgeberpflichten sowie u.a. Beschwerderechte, Schadenersatz- und Entschädigungsansprüche der Betroffenen. Darüber hinaus wird klargestellt, wann eine unterschiedliche Behandlung im Bereich der Beschäftigung und im Zivilrechtsverkehr zulässig ist.

⁴⁷ Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung - BudgetV) vom 27. Mai 2004 (BGBl. I S. 1055)

⁴⁸ vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022

⁴⁹ vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468)

⁵⁰ Gesetz zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung – Art. 1: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 14.08.2006 (BGBl. I S. 1897)

7.5 Strafgesetzbuch / Strafprozessordnung

7.5.1 Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung

Am 29. Juli 2004 ist das Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung in Kraft getreten⁵¹. Danach können Verurteilte unter bestimmten Voraussetzungen auch nach der Verbüßung ihrer Haftstrafe in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht werden, ohne dass die Sicherungsverwahrung bereits im Urteil angeordnet wurde. Dieses Gesetz hat zu Neuregelungen und Ergänzungen der §§ 66 a, b und § 106 Abs. 6 JGG geführt.

Der Maßregelvollzug ist von diesen Änderungen insoweit berührt als § 66 b Abs. 3 StGB die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung auch für den Fall ermöglicht, dass die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus für erledigt erklärt worden ist, weil der krankheitsbedingte Umstand, auf dem die Unterbringung beruht, nicht oder nicht mehr vorliegt.

7.6 Gesetzesvorhaben

7.6.1 Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt⁵²

Von den Ländern und dem Bundesjustizministerium wurde eine weit reichende Strafrechtsreform insbesondere für den Maßregelvollzug vorbereitet und durch einen Gesetzentwurf der Bundesregierung im Mai 2005 eingebracht. Die Gesetzesänderungen betreffen Anpassungen an die Rechtsprechung, haben aber auch das Ziel, die Kapazitäten des Maßregelvollzugs zielgerichteter zu nutzen.

7.6.2 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht⁵³

Die Führungsaufsicht gewährleistet u. a. die nachsorgende Betreuung von entlassenen Patientinnen / Patienten aus dem Maßregelvollzug, deren gesellschaftliche Wiedereingliederung gefährdet erscheint und die daher einer besonderen Betreuung und Hilfe bedürfen.

Ziel der Reform der Führungsaufsicht ist es, ihre effizientere praktische Handhabung zu ermöglichen. Zum einen werden die rechtlichen Regelungen zur Führungsaufsicht vereinfacht und vereinheitlicht. Zum anderen wird ein Kriseninterventionsinstrumentarium geschaffen, mit dessen Hilfe kritische Entwicklungen bei den Probanden frühzeitig erkannt und ihnen rechtzeitig begegnet werden kann. Neben einer Verbesserung des strafrechtlichen Rahmens setzt eine Steigerung der Effizienz der Führungsaufsicht auch eine Überprüfung und ggf. Verbesserung ihrer Umsetzung in der Praxis durch die Landesjustizverwaltungen voraus.

7.7 Ländergesetze

Im Berichtszeitraum ist eine Aktualisierung der Psychiatriegesetze ("PsychKG") bzw. Unterbringungsgesetze in einer Vielzahl von Ländern erfolgt. Psychiatriegesetze wurden in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen weiter entwickelt. Die jeweiligen Maßregelvollzugsgesetze wurden - teilweise als Teil des Psychiatriegesetzes - in Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein aktualisiert. Weitere Länder planen in nächster Zukunft eine Gesetzesnovelle.

⁵¹ BGBl I 2004, 1838

⁵² Bundesratsdrucksache 400/05

⁵³ Bundesratsdrucksache 256/06