

50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête Band 1

Tagungsdokumentation
06./07. September 2022
in Berlin

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Kirsten Kappert-Gonther
Peter Brieger
Matthias Rosemann

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Kirsten Kappert-Gonther, Peter Brieger,
Matthias Rosemann (Hg.).

50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête

Band 1

Aktion Psychisch Kranke, 49/1

1. Auflage

ISBN: 978-3-96605-232-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

AKTION PSYCHISCH KRANKE im Internet: www.apk-ev.de

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2023

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ruth Forster, Natascha Fries

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Plump Druck & Medien, Rheinbreitbach

Inhalt

A Festveranstaltung

»50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête«

Festakteröffnung

Kirsten Kappert-Gonther 10

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Sabine Dittmar 13

Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Lisa Paus 16

Grußwort in Vertretung der Gesundheitsministerkonferenz

Manfred Lucha 18

Blitzlichter – 50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête

Regina Schmidt-Zadel 19

Andreas Heinz 21

Jörg M. Fegert 23

Peter Brieger 30

Von der Anstaltspsychiatrie zur Psychiatrie-Personalverordnung

Peter Brieger im Gespräch mit Heinrich Kunze 33

Selbsthilfe und Partizipation – vom Schattendasein in den Fokus

Statements:

Jürgen Dusel 42

Stefan Schwartz 44

Hermann Stemmler und Gudrun Weißenborn im Dialog 47

Psychiatrie 2030 – Visionen

Matthias Rosemann 52

Helga Kühn-Mengel 55

B Fachtag
»Perspektiven der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen«

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit <i>Thomas Stracke</i>	58
Impulse aus dem Psychiatriedialog <i>Peter Brieger</i>	61
Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven im Koalitionsvertrag <i>Kirsten Kappert-Gonther</i>	69
Gesprächsrunde 1: Zielsetzung und Handlungsbedarfe Statements:	
<i>Julian Dilling</i> Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)	77
<i>Timo Harfst</i> Bundespsychotherapeutenkammer	82
<i>Hanns-Diethard Voigt</i> Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)	88
<i>Thomas Pollmächer</i> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	91
<i>Christina Schilling</i> Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	97
<i>Anke Bramesfeld</i> Sozialministerium Niedersachsen	100
<i>Klaus Obert</i> Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV)	103

Gesprächsrunde 2: Partizipation bei der Psychiatriereform Statements:

<i>Hermann Stemmler</i> Netzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG)	108
<i>Horst Harich</i> Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V. (DGBS)	112
<i>Rüdiger Hannig</i> Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK)	114
<i>Jurand Daszkowski</i> Bundesverband Psychiatrieerfahrener e. V. (BPE)	117
<i>Saskia Weiß</i> Deutsche Alzheimergesellschaft e. V.	119
<i>Susanne Ackers</i> EX-IN Deutschland e. V.	120

Parallelsymposien

I Reformbedarfe psychiatrischer Hilfen

Ambulante Komplexleistungen

<i>Nils Greve</i>	123
-------------------	-----

Krisenhilfe

<i>Michael Welschehold</i>	133
----------------------------	-----

Mobile Medizinische Rehabilitation in der Gemeindepsychiatrie

<i>Jürgen Armbruster, Andres Plieninger</i>	141
---	-----

Prävention

<i>Ulrich Krüger</i>	149
----------------------	-----

II Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – Hilfen und Schnittstellen

Alte Antworten auf neue Herausforderungen? Psychosoziale Auswirkungen der Corona-Pandemie auf junge Menschen der Generation Z

Jörg M. Fegert 154

Empfehlungen aus dem KiJu-Projekt

Maik Herberhold 162

Kooperation mit der Jugendhilfe

Renate Schepker 173

Inklusion und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Michael Kölch 183

III Psychisch erkrankte ältere Menschen

Integrierte personenzentrierte Hilfen

Ralf Ihl 189

Elemente Gerontopsychiatrischer Versorgung

Hans Gutzmann 196

Ambulante Versorgung 24/7

Jürgen Gohde 204

IV Rehabilitation und Teilhabe

Teilhabeplanung: Von der Akutbehandlung zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe

Michael Konrad 213

Mögliche Wege zu einer gemeinsamen regionalen Versorgungsverpflichtung

Matthias Rosemann 233

Teilhabe am Arbeitsleben – betriebliche Orientierung

Katarina Stengler, Ingmar Steinhart 241

V Kooperation im Verbund

Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)

Klaus Obert

245

Entwicklung in den Ländern Gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen in den Bundesländern – Sachstand

Monica Schol-Tadic

253

Kooperation im regionalen Verbund – Gesetzliche Reformbedarfe

Jörg Holke

256

Anhang

Aktion Psychisch Kranke und Psychiatriereform

Christoph Müller im Gespräch mit Niels Pörksen

262

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

270

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

274

**A Festveranstaltung
»50 Jahre Aktion Psychisch Kranke
und Psychiatrie-Enquête«**

Festakteröffnung

Kirsten Kappert-Gonther

Sehr geehrte Frau Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Lisa Paus,

sehr geehrte Frau Staatssekretärin aus dem Bundesgesundheitsministerium, Sabine Dittmar,

liebe Beauftragte der Bundesregierung, angemeldet sind Claudia Moll, Jürgen Dusel, Stefan Schwartze und Peter Weiß, mein Vorgänger.

Liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Deutschen Bundestag, Diana Stöcker, Maria Klein-Schmeink und Dirk Heidenblut.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Expertinnen und Experten, man muss ja sagen, dass alle, die heute gekommen sind, Expertinnen und Experten für die psychische Gesundheit und Psychiatriereform sind und wir freuen uns für die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK), aber auch für die Gesellschaft wirklich sehr, dass Sie alle den Weg hierher gefunden haben.

Liebe Vorstandsmitglieder der APK, auch Euch möchte ich natürlich ausdrücklich hier begrüßen.

Mein Name ist Kirsten Kappert-Gonther. Ich bin seit wenigen Monaten die erste Vorsitzende der APK, was mir eine große Ehre ist. Als ich vor sechs Jahren das erste Mal für den Deutschen Bundestag kandidierte, habe ich zu einer Person gesagt: Mein Traum ist es im Vorstand der APK wirklich mitwirken zu können und nicht nur gelegentlich für einen Vortrag eingeladen zu werden. Und das ist passiert. Der Vorstand der APK besteht immer aus einem/einer Politiker*in aus dem Deutschen Bundestag – ich bin Mitglied von Bündnis 90/Die Grünen, leite den Gesundheitsausschuss – und einer Person aus der fachlichen Praxis. Das ist zurzeit Prof. Peter Brieger.

Außerdem haben wir den geschäftsführenden Vorstand um eine zusätzliche Person erweitert. Wir wissen, dass auch wenn wir uns um einen relativ weiten Horizont bemühen, uns immer nur unser eigener Blickwinkel zur Verfügung steht. Multiperspektivität hilft uns in der Vervollständigung der Wahrnehmung und deshalb ist es toll, dass wir jetzt noch einen zweiten Stellvertreter haben, nämlich Matthias Rosemann.

Ulrich Krüger, der langjährige Geschäftsführer der APK ist auch hier. Nachgefolgt von Jörg Holke, der mit seinem Team wirklich Großes geleistet hat, um diese Tagung mit einem Festakt und zwei weiteren Veranstaltungstagen hier auf

die Beine zu stellen. An dieser Stelle möchte ich mich bereits bei allen herzlichst bedanken.

Es ist immer gut, wenn man sich auf einer Jubiläumsveranstaltung – wir feiern ja heute offiziell den 50., eigentlich 51. Geburtstag – nochmal besinnt auf welchem Erbe, auf welchem Boden man steht. Deshalb möchte ich an meinen ersten Vorgänger erinnern: Walter Picard, der damals für die CDU im Deutschen Bundestag war und maßgeblich die Psychiatrie-Enquête und die Psychiatriereform mitangestoßen hat. Es war und ist das Selbstverständnis der APK, dass wir uns nicht entlang von Parteiinteressen begegnen, sondern uns gemeinsam insbesondere für die schwer und chronisch Kranken einsetzen!

Der erste Vorgänger von Prof. Peter Brieger war Prof. Caspar Kulenkampff, und er hat etwas ganz Besonderes gemacht. Vielleicht erinnern Sie sich noch, dass Prof. Kulenkampff vor 50 Jahren Lehrstuhlinhaber in Düsseldorf war. Er hat diesen Lehrstuhl aufgegeben, um für den Landschaftsverband Rheinland in die Behörde zu wechseln, um die Psychiatriereform weiter voranzubringen.

Ich hatte erwähnt, was unsere gemeinsame Arbeit grundiert und warum die APK von so hoher Relevanz ist. Damals – vor 51 Jahren und über die ganze Zeit hinweg – sind viele positive Impulse von der APK ausgegangen, die substantiell die psychiatrische Versorgung in unserem Land verbessert haben. Aber auch 51 Jahre nach Gründung der APK gibt es noch viel zu tun.

Denn immer noch und immer wieder fallen schwer und chronisch psychisch Kranke durch die Maschen unseres Versorgungsnetzes, werden an den Rand gedrängt, nicht gesehen und auch politisch zu oft nicht mitgedacht. Die drei sich überlappenden großen Krisen – die Klimakrise, die Pandemie und jetzt der schreckliche Angriffskrieg gegen die Ukraine setzen die Menschen seelisch sehr unter Druck. Die Krisen betreffen nicht nur fast alle Menschen, sondern bedeuten auch gesellschaftlich hohen Druck, was dazu führt, dass wir Sorge dafür tragen müssen, dass diese seelischen und vor allem diese gesellschaftlichen Drucksituationen nicht dazu führen, dass Exklusion gefördert wird, wo wir doch den Weg der Inklusion weiter gehen müssen.

Darum bin ich so glücklich, dass Sie heute gekommen sind. Solche großen Aufgaben, die schafft man nicht allein, sondern die schafft man immer nur miteinander. Wenn man sich unterhakt. Und vor allem durch Multiperspektivität.

Ein Schlagwort, das aktuell immer wieder diskutiert wird, ist die sogenannte personalisierte Medizin. Darunter wird in der Regel verstanden, dass somatische Parameter oder die Sequenzierung eines Genoms dabei helfen individuelle Therapien zu entwickeln. Wir in der Sozialpsychiatrie machen seit jeher personalisierte

Medizin, uns interessiert der Mensch in seiner Besonderheit, im Kontext seiner Lebensbedingungen, wir wollen wissen »wer bist du« und »was brauchst du« in deinem So-Sein, um entweder so mit deinen Einschränkungen und Besonderheiten leben zu können oder um wieder gesund zu werden. Dieser Bezug zum Kontext der Lebenswirklichkeit, das macht die APK einzigartig.

Wir wissen, wie entscheidend der Lebenskontext für die Entstehungen psychischer Krisen ist. Gesundheit entwickelt sich im Alltag. Wir vergessen nicht, dass Armut krank macht und dass soziale Gerechtigkeit etwas ist, was die seelische Gesundheit fördert. Dass wir einen Genderblick haben, weil Frauen und Männer sowie alle Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe haben, und das nicht nur in ihren Lebenswelten, sondern eben auch, was Versorgung anbelangt. Dieser gemeinsame Blick wird vollständig, wenn wir das tun, was wir viele Jahrzehnte auch in unserem Fach vergessen haben: Angehörige anzuhören und die Betroffenen ins Zentrum von allem zu stellen. Wir stehen dafür ein, dass Betroffene in jeder Phase von Versorgung beteiligt sind, in der Planung, Durchführung und Evaluation. Da sind wir gemeinsam sehr gefragt!

Deshalb nochmals vielen, vielen Dank für die Organisation dieser Veranstaltung und die Arbeit in den letzten Jahrzehnten. Ich wünsche uns allen heute einen schönen Festakt. Wir werden den Chor Don Bleu nochmal in der Mitte sowie am Ende unseres Festaktes hören und nun werden wir viele wichtige, tolle Menschen sprechen hören und Impulse geben sehen.

Als Erstes darf ich die parlamentarische Staatssekretärin Sabine Dittmar bitten, für das Bundesgesundheitsministerium zu uns zu sprechen.

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Sabine Dittmar

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrte Frau Ministerin Paus,
sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Götz,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen Abgeordnete,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

»50 Jahre AKTION PSYCHISCH KRANKE« – das ist wirklich ein guter Grund für eine Festveranstaltung! Und es ist ein schöner Anlass, gleichzeitig auch auf 50 Jahre Psychiatriereform zurückzublicken. Denn die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) und die Psychiatriereform sind untrennbar miteinander verbunden.

Ich freue mich sehr, heute mit Ihnen gemeinsam auf die bewegte und erfolgreiche Geschichte der APK zurückblicken zu können.

Als ein Programmpunkt der Veranstaltung ist eine Präsentation der 50-jährigen Geschichte der APK in Form von »Blitzlichtern« vorgesehen. Auf eine detaillierte »Chronologie der Ereignisse« möchte ich daher verzichten und stattdessen die aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wesentlichen Punkte nennen, die die APK auszeichnen. Drei Punkte möchte ich besonders hervorheben.

Erstens: der personenzentrierte Ansatz, dem die APK verpflichtet ist. Sie stellt nicht »das System Psychiatrie« in den Mittelpunkt, sondern die Betroffenen selbst. Also Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und ihre individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe.

Zweitens: Wesentlich war und ist auch der Interessensgruppen- und Parteiübergreifende Ansatz der APK. Dadurch kann sie sich – unabhängig von berufsständischen oder parteipolitischen Anliegen – für die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen. Sie mischt mit, bezieht Position und gibt wichtige Impulse.

Diese Unabhängigkeit war auch einer der Gründe, warum der APK bereits kurz nach ihrer Gründung die Geschäftsstelle für die »Psychiatrie-Enquête« übertragen worden ist.

Drittens: Zugleich war und ist die APK wichtige Mittlerin an der Schnittstelle zwischen Politik und psychiatrischer Fachwelt. Hilfreich dabei war sicherlich, dass zu allen Zeiten ihres Bestehens Abgeordnete des Deutschen Bundestages wichtige Positionen im Vorstand der APK wahrgenommen haben und diese auch im Bundestag in den Fachgremien einbringen.

Sehr geehrte Damen und Herren, die APK hat in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten sehr viel erreicht:

Als Geschäftsstelle für die Psychiatrie-Enquête hat sie den überfälligen Reformprozess der damals noch vorwiegend »beschützend/verwahrend« und teilweise inhumanen Psychiatrie in Deutschland wesentlich begleitet und vorangetrieben.

In dem 1975 fertiggestellten »Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland« sind die bis heute gültigen Prinzipien einer rehabilitativ und integrativ ausgerichteten medizinischen und sozialen Versorgung psychisch kranker Menschen verankert:

- der Aufbau bedarfsgerechter ambulanter und komplementärer Hilfeangebote im Lebensumfeld,
- die Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen,
- die Koordination der Hilfen und
- die sozialrechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken.

Die traditionelle Anstaltspsychiatrie ist ersetzt worden durch ein flächendeckendes, therapeutisch und rehabilitativ ausgerichtetes System vielfältiger Hilfen auf stationärer, teilstationärer und ambulanter Ebene und auf einem – auch im internationalen Vergleich – sehr hohen Niveau. Jede und jeder, der wegen psychischer Erkrankung Hilfe benötigt, kann diese zu Lasten der gesetzlichen Sozialversicherung in Anspruch nehmen.

Die APK hat nicht nur die Psychiatrie-Enquête eng begleitet, sie setzt seit ihrer Gründung immer wieder wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Eine Vielzahl von politischen Handlungsempfehlungen wurden durch die APK erarbeitet und zahlreiche Projekte durchgeführt. Die Ergebnisse wurden zum großen Teil politisch aufgegriffen und umgesetzt, beispielsweise bei der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung im Jahr 1991, einem Meilenstein in der Geschichte der Psychiatrie in Deutschland. Oder bei der Einführung der ambulanten Soziotherapie in das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37a SGB V, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) im Jahr 2000.

In der letzten Legislaturperiode hat die APK als Geschäftsstelle und Moderatorin den Dialog des BMG zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wesentlich gestaltet.

Dabei war es nicht immer einfach, die unterschiedlichen Interessen der am Dialog beteiligten Verbände und Organisationen zusammenzubringen und einen Konsens zu finden.

Pandemiebedingt ist es auch im Psychiatriedialog zu Verzögerungen gekommen. Dennoch haben zwei Themen, die im Dialog sehr intensiv diskutiert worden sind und zu denen Empfehlungen erarbeitet wurden, Berücksichtigung im Koalitionsvertrag gefunden:

- die ambulante Komplexleistung für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und
- der flächendeckende Ausbau der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung.

Für das große Engagement im Psychiatriedialog, aber auch für die Tätigkeit in den 50 Jahren zum Wohle der psychisch erkrankten Menschen möchte ich Ihnen, meine Damen und Herren der APK, von ganzem Herzen danken.

Wir werden Ihre Unterstützung, Ihr Engagement und Ihre Impulse auch weiterhin benötigen. Denn bei allen unbestrittenen Fortschritten ist die Psychiatriereform nicht abgeschlossen, sondern bleibt eine dauerhafte Aufgabe. Und der Bedarf an guter Versorgung, an Betreuung und Hilfestellung ist immens.

Daher werden wir im Rahmen der heutigen Festveranstaltung und der APK-Jahrestagung in den beiden nächsten Tagen nicht nur auf »50 Jahre APK« zurückblicken, sondern auch aktuelle Weiterentwicklungsbedarfe unter Überschriften wie »Psychiatrie 2030« und »Perspektiven der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen« beleuchten und hierbei auch wichtige Themen wie »Selbsthilfe« und »Partizipation« in den Blick nehmen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich wünsche Ihnen eine lebhafte und spannende Diskussion und weiterhin viel Erfolg bei Ihrem so wichtigen Engagement für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Herzlichen Dank und herzlichen Glückwunsch!

Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Lisa Paus

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrter Herr Prof. Brieger,
sehr geehrte Frau Dittmar,
sehr geehrte Gäste oder vor allen Dingen auch Mitglieder dieses tollen Vereins, ich freue mich sehr, heute beim Festakt 50 Jahre AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) und Psychiatrie-Enquête dabei sein zu dürfen.

Die APK, Sie wissen es, wurde 1971 gegründet. Deswegen eigentlich der 51te Geburtstag und die Psychiatrie-Enquête hat sich dann konstituiert.

Wenn wir uns heute die Forderungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 nochmal vor Augen halten, dann kann man schon klar sagen: die Situation der psychisch Kranken hat sich seitdem deutlich verbessert. Und dazu haben Sie, dazu hat die APK mit ihrem Engagement und ihrem Fachwissen in den letzten 50 Jahren eben ganz entscheidend beigetragen und deswegen: Danke dafür.

Es stimmt, ich bin die Ministerin mit den vielen Buchstaben und heute zu Ihnen sprechen möchte ich insbesondere als Bundesjugendministerin, weil ich mit Ihnen gemeinsam den Blick auf die jungen Menschen lenken möchte.

Denn Kinder und Jugendlichen waren und sind durch die Covid-19 Pandemie psychisch besonders belastet. Das ist jedenfalls das, was mir mein Ministerium an Zahlen zeigt und was ich auch ansonsten anekdotisch intensiv erlebe und deswegen finde ich es umso wichtiger, dass wir für die Kinder und Jugendlichen ein gutes und verlässliches Unterstützungsnetzwerk knüpfen. Dazu gibt es eine »interministerielle« Arbeitsgruppe Kindergesundheit zwischen dem Gesundheitsministerium und meinem Haus. Sie haben Empfehlungen entwickelt und dies haben sie zusammen mit Expertinnen und Experten getan. Wir werten die Umsetzung dieser Empfehlungen gerade aus und werden daran anknüpfen und im Herbst dazu die Beratungen fortsetzen und wahrscheinlich eben auch neue Empfehlungen aussprechen müssen, weil die Situation so nicht gut ist, wie sie ist.

Auch die Arbeitsgruppen zur Umsetzung der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe werden im Herbst starten. In dieser Legislaturperiode wollen wir gesetzlich verankern, dass die Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen zuständig ist, ob mit oder ohne Behinderung. Denn Kinder mit Behinderungen sind in erster Linie Kinder. Und deshalb sollen auch im selben System diese Kinder betreut, gefördert und unterstützt werden.

Sie wissen, zurzeit ist es eben anders. Zurzeit ist es so, für junge Menschen mit psychischen Behinderungen ist die Kinder- und Jugendhilfe zuständig. Für Kinder mit körperlichen oder geistigen Behinderungen hingegen ist die Eingliederungshilfe zuständig und Sie wissen alle, wie schwierig psychische und geistige Behinderungen genau voneinander abzugrenzen sind oder wie lange auch darüber gestritten werden kann, wer für mehrfachbehinderte junge Menschen denn zuständig ist. Und das geht vor allen Dingen zu Lasten der Kinder mit Behinderung und ihre Eltern und deswegen wollen wir das ändern.

Ich will auch dafür sorgen, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern gut aufwachsen können. Studien zeigen, sie haben ein dreifach erhöhtes Risiko selbst psychisch zu erkranken. Und darum hat mein Haus in der vergangenen Legislaturperiode in der Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern Empfehlungen erarbeitet, um diese jungen Menschen zu stärken. Das haben wir gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und vielen Expertinnen und Experten getan.

Mit dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz konnten wir im vergangenen Sommer wesentliche Empfehlungen der Arbeitsgruppe bereits gesetzlich umsetzen. Zum Beispiel können Familien jetzt mehr Hilfeangebote ohne Antragsstellung beim Jugendamt wahrnehmen, das ist unbürokratisch und das entlastet, und außerdem können sich junge Menschen nun leichter beim Jugendamt beraten lassen, ohne dass ihre Eltern davon erfahren und das ist gerade in schwierigen Konstellationen so wichtig.

Aber wir haben auch noch viel vor. In dieser Legislaturperiode werden wir noch mehr Informations- und Beratungsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Jugendliche schaffen. Und vor allen Dingen wollen wir und werden wir die inklusive Kinder- und Jugendhilfe umsetzen.

Es ist einfach gut, die APK mit Ihrer 50-jährigen Erfahrung dabei an unserer Seite zu wissen und deswegen nochmal herzlichen Dank und Glückwunsch zu Ihrem Jubiläum.

Grußwort in Vertretung der Gesundheitsministerkonferenz

Manfred Lucha

Liebe Freundinnen und Freunde der AKTION PSYCHISCH KRANKE,
stellvertretend liebe Kirsten Kappert-Gonther,

ich bedauere es sehr, heute nicht bei Euch und bei Ihnen in Berlin sein zu können, um gemeinsam die 50-jährige Erfolgsgeschichte der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) zu feiern und die notwendigen Impulse und Anregungen für eine zukunftsfähige, eine gemeindenahe, eine humanistische Psychiatrie im besten Sinne zu bekommen.

Von Herzen danke ich Euch zum einen als Mitglied und als einer, der im Berufsalltag immer von der APK profitiert hat. Zum anderen danke ich Euch als Minister, der Eure Anregungen und Eure Arbeit in den politischen Alltag eines Bundeslandes integriert. Ohne Euch, ohne die Psychiatrie-Enquête Anfang der 70er-Jahre und die notwendige Gründung der APK wäre Vieles in diesem Land nicht auf den Weg gebracht und umgesetzt worden. Es ist nicht zuletzt das Vermächtnis des Nationalsozialismus, das uns jeden Tag mahnt, niemanden auszugrenzen. Menschen, die krank sind, brauchen unsere Hilfe und stehen deshalb immer im Mittelpunkt unseres Wertegerüsts. Gerade in einer so dramatischen Zeit wie die heutige.

Die APK steht dafür, dass es eben keine Ränder in der Gesellschaft gibt. Alles, was in unserer Gesellschaft geschieht, geschieht in unserer Mitte und betrifft uns im Herzen einer demokratischen, an der Menschenwürde orientierten Gesellschaft. Dafür seid Ihr ein Garant.

Ganz herzlichen Dank.

Blitzlichter – 50 Jahre Aktion Psychisch Kranke und Psychiatrie-Enquête

Regina Schmidt-Zadel

Ich bedaure sehr, dass ich nicht persönlich dabei sein kann, ich hatte mich auf das Wiedersehen so vieler Wegbegleitenden und Freundinnen und Freunden der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) sehr gefreut, aber leider lässt aktuell meine familiäre Situation die Reise nach Berlin nicht zu.

Ich war fast 30 Jahre im Vorstand aktiv, davon allein 12 Jahre als Vorsitzende. Es war für mich immer eine sehr schöne Arbeit mit vielen engagierten und kompetenten Menschen im Vorstand, in der Geschäftsstelle und bei den Mitgliedern.

Ich habe mich aus meinem beruflichen Hintergrund heraus sehr mit der Situation von Menschen mit psychischer Erkrankung beschäftigt. Ich habe in der Zeit, als die Enquête entstand, als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst eines Kreises gearbeitet und bin in dieser Funktion oft in dem Rheinischen Landeskrankenhaus Brauweiler gewesen. Da gab es im Bereich der Behandlung von psychisch kranken Menschen menschenunwürdige Verhältnisse und auch mehrere Todesfälle. Das hat mich so empört, schockiert, aber auch bedrückt, dass ich damals zu den Verantwortlichen im Landschaftsverband Rheinland gegangen bin, habe meine Erfahrungen geschildert, aber man hat mich als »kleine Sozialarbeiterin« leider nicht ernst genommen. Und da bin ich zu dem Schluss gekommen: Du musst in die Politik gehen, dann hört man auf dich.

Mein politischer Weg führte mich als Abgeordnete bis in den Bundestag. Kaum war ich 1993 im Bundestag, da hat mich Herr Prof. Kunze angerufen, ob ich bereit wäre, für den Vorstand der APK zu kandidieren und seitdem war ich dort aktiv.

Aus der Zeit ein Blitzlicht aus dem Bundestag: Es gab eine Anfrage zur Psychiatrie und ich sollte die Rede für die Fraktion halten. Die Diskussion war auf 21:00 Uhr festgelegt. Als ich dann ans Rednerpult gegangen bin, habe ich gesehen, dass nur sechs Kolleginnen und Kollegen anwesend waren. Zu Beginn meiner Rede habe ich dann darauf hingewiesen, welchen Stellenwert dieses Thema offensichtlich im Parlament hat und dass es Zeit wird, dass sich in den Köpfen der Verantwortlichen und bei der Tagesordnung des Parlamentes etwas ändert und erhielt dafür eine Rüge.

Aber danach habe ich auch als gesundheitspolitische Sprecherin meiner Fraktion das Thema Psychiatrie oft platzieren können, ich erinnere mich noch gut an die gemeinsame Bundestagsentschließung 2002 zum weiteren Reformbedarf in der Psychiatrie.

Besonders in Erinnerung geblieben ist mir auch der Einsatz der APK für die Verbesserung von ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und für den Personenzentrierten Ansatz.

Mit den ambulanten Angeboten, den Sozialpsychiatrischen Zentren, aber auch dem Betreuten Wohnen, konnten psychisch kranke Menschen wieder in ihrer alten Heimat leben oder dort einfach bleiben. Mich hat die Grundhaltung der APK immer überzeugt und ich bin vehement dafür eingetreten, dass der Bedarf des einzelnen Menschen im Mittelpunkt stehen muss und nicht das Angebot der Institution. Und dass es ganz wichtig ist, dass eine Bezugsperson da ist und eine gute Hilfeplanung gemeinsam geschieht.

Die APK hat mit der Entwicklung des Konzepts des Personenzentrierten Ansatzes einen Meilenstein gesetzt. In meiner Zeit als Vorsitzende wurde das Konzept in über 50 Modellregionen nachhaltig erprobt und umgesetzt.

Ein gutes Beispiel für die Verknüpfung von ambulant und Bezugsperson ist die ambulante Soziotherapie, für die Aufnahme ins Gesetz habe ich sehr gegen manch einen Widerstand im Ausschuss gekämpft. Ambulante Soziotherapie wie auch die psychiatrische Pflege und die Ergotherapie sind wichtige Bestandteile ambulanter Behandlung und sollten dringend flächendeckend umgesetzt werden.

Auch sehr bedeutsam waren unsere Projekte zur Verbesserung der Situation von psychisch kranken alten Menschen, die viele Jahre vernachlässigt worden sind und die mir besonders am Herzen liegen. Es gibt eine immer größere Anzahl von Menschen, die im Alter psychisch krank werden: Demenz, Alzheimer oder Depression. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium mehrere Expertisen zu diesem Thema erstellt und ein Entwicklungsprojekt durchgeführt. Uns geht es vor allem darum, dass auch psychisch kranke alte Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, wenn sie das wollen. Ich bin sehr froh, dass dies auch aktuell seine Fortsetzung findet.

Ich schaue mit Stolz und ein wenig Wehmut auf das gemeinsame Erreichte in den letzten drei Jahrzehnten zurück und ich bin mir sicher, die APK wird auch in den nächsten Jahrzehnten ein nachhaltiger Motor für weitere notwendige Reformen sein.

Die Scharnierfunktion zwischen psychiatrischer Fachwelt, Politik und Selbsthilfe war ganz wichtig und wird genauso wichtig bleiben.

Ich begrüße sehr herzlich zur Tagung und ich freue mich ein paar Worte sagen zu können darüber, was die Psychiatriereform, die ganz wesentlich von der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) vorangebracht worden ist, in meinem eigenen Leben, meiner eigenen Entwicklung bedeutet hat.

Ich habe mein erstes Psychiatriepraktikum 1980 gemacht in einer Reformpsychiatrie in Ludwigsburg. Das zweite in Wattenscheid bei Herrn Dr. Auerbach. Das waren schon neue Einrichtungen am Allgemeinkrankenhaus, die in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten helfen sollten. Bei Herrn Auerbach habe ich die offenen Türen gerade auch auf Akutstationen kennengelernt, die Frau Prof. Lang, die jetzt in Basel ist, aber auch ich selbst und viele andere Kolleginnen und Kollegen beforscht und bundesweit vorangebracht haben. Die Öffnung der Türen auf Akutstationen trägt zum Alltag, zur personenzentrierten Atmosphäre auf Station und zur Deeskalation bei. Auch bei gegen ihren aktuellen Willen aufgenommenen Patientinnen und Patienten muss man, sollen die Türen offen bleiben, sofort verhandeln, ob es eine Möglichkeit gibt, dass sie sich für die Aufnahme und die hier mögliche Behandlung interessieren, dass sie selber bleiben wollen statt zwangseingewiesen zu werden oder dass man von Anfang an zumindest Schritte nach draußen bedenkt.

Was die APK und die Psychiatriereform geprägt hat, in den letzten Jahren und Jahrzehnten, war die Fortsetzung dieser Reformbewegung in Richtung flexiblere Behandlungsmodelle. Dazu gehörten und gehören die Institutsambulanzen. Dazu gehört jetzt die stationersetzende Behandlung, die eben direkt zu den betroffenen Personen nach Hause geht, ins Lebensumfeld. Und dazu gehört ganz entscheidend die Sicherung des Personals in allen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung. Denn ohne menschliche Zuwendung, ohne genug Personal, ohne genug Gespräche kann man keine menschenwürdige Psychiatrie betreiben.

Hier ist, davon bin ich fest überzeugt, die Auswirkung der Psychiatrie-Personalverordnung richtungsweisend, die solche Personalvorgaben ja klar benannt hat. Und die jetzt, bei aller Kritik an Details, eine Fortsetzung gefunden hat in bundesweit gültigen Personaluntergrenzen, die das Personal in den psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sichern, und die jetzt in anderen Bereichen der Medizin auch endlich eingeführt werden. Also findet die Idee, dass man personelle Mindestbesetzungen braucht, um eine gute und patientenorientierte Medizin zu machen, nicht nur in der Psychiatrie, sondern im ganzen Bereich des Krankenhauswesens zunehmend Rückhalt und Umsetzung.

Von daher gibt es viel zu tun, auch weiterhin zur Psychiatriereform, aber es gibt sicherlich auch eine Geschichte der massiven Veränderung der Krankenhausbehandlung und insbesondere der Akutbehandlung von psychisch erkrankten Personen, und darauf kann die APK sehr stolz sein!

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist eigentlich für mich biografisch logisch mit meinen Worten an Heiner Kunze anzuschließen, weil mit Heiner Kunze und seiner Frau Marianne Kunze-Turmann begann mein Weg in die Psychiatrie. Ich war damals Zivildienstleistender in Weinsberg, in der gerade frisch gegründeten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Marianne Kunze-Turmann frisch zurück aus den USA, sprühte vor sozialpsychiatrischen Ideen, welche es in unserem Fach umzusetzen galt. Unser eigenständiges Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verdankt seine flächendeckende Etablierung in Deutschland der Psychiatrie-Enquête. Damals hat man gemerkt, dass auch Kinder und Jugendliche flächendeckend eine psychiatrisch kompetente Behandlung brauchen. Damals entstanden die Spezifika des Fachs, nämlich z. B. die Mischung von Krankenbehandlung und Erziehung, in Zusammenarbeit mit den Sorgeberechtigten. Ein eigenständiger Pflege- und Erziehungsdienst wurde konzipiert, denn wir müssen milieutherapeutisch und pädagogisch mit Kindern und Jugendlichen und auch mit Eltern arbeiten können. Damals spürte man einen unglaublichen Schwung des Aufbruchs, der mich auch mitgerissen hat, deshalb wollte ich nach dem Zivildienst unbedingt Kinder- und Jugendpsychiater werden. In meiner Generation in Deutschland bin ich einer der ganz wenigen, der also schon vor dem Medizinstudium wusste, dass er diesen beruflichen Weg und Facharztstitel anstrebt.

Mich hat die Klinik in Weinsberg damals nach England geschickt, um verhaltenstherapeutische Interventionen zu lernen an der Chelfham Mill School und ich hatte Gelegenheit am Institute of Behavioral Therapy in London Kurse bei Vic Meyer zu belegen. So konnte ich schon als Student in den ersten Home-Treatment-Projekten eingesetzt werden. Und so kam ich 1978 mit dem damaligen Klinikchef, Herrn Meitinger und gemeinsam mit Frau Heil sowie mit Frau Kunze-Turmann zu meiner ersten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Publikation (HEIL et al. 1978). Weil das über 45 Jahre her ist, werde ich manchmal gefragt, ob ich schon einen Vorgänger gleichen Namens gehabt habe.

Über mein langes berufliches Leben hinweg habe ich gerade an der Frage Home-Treatment und Stationsäquivalente Behandlung (StäB) gelernt, wie lange es braucht, bis gut begründete und dringend notwendige Reformen dann tatsächlich in der Praxis ankommen.

Später habe ich mein Geld für das Studium als Sänger und mit Nachtwachen in einer erwachsenenpsychiatrischen Aufnahmestation und in der Forensik verdient, weil man dort die besten Zulagen erhielt. Ich sah eine Psychiatrie im Umbruch, aber

auch noch sehr viel von der alten Verwahrspsychiatrie. Es gab damals in Weinsberg noch Weinbauern, welche als Nebenerwerbskrankenpfleger tätig waren, die nachts ihre Ruhe haben wollten und fleißig, völlig an den Ärztinnen und Ärzten vorbei, Medikamente wie Truxal zusätzlich in die gerichteten Medikamentengläschen geschüttet haben. Man sah die Unterschiede im Stationsklima, ob man, wie ich es später durfte, gemeinsam mit weit ausgebildeten jungen Krankenschwestern und Krankenpflegern die Nacht versuchte zu managen oder ob die repressive, gewaltorientierte, fixierungsgeneigte Psychiatrie der alten Pflegerinnen und Pfleger herrschte. Ich versuchte es so gut wie möglich zu machen, aber manchmal waren Eskalationen tatsächlich auch vom Personal ausgelöst und ich habe in dieser Zeit sehr viel darüber gelernt, was sich in der Psychiatrie ändern muss. Für mich waren die vielen kreativen soziotherapeutischen Ideen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die riesigen Konflikte eines »Psychiatrie-Tankers«, der umgesteuert werden sollte, Erlebnisse, die mich für ein ganzes berufliches Leben geprägt haben. Als Heiner Kunze mich dann vor Jahren als Lehrstuhlinhaber angesprochen hatte und mich aufforderte, dass ich mich in der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) auch in der Vorstandsebene engagieren solle, da war das für mich wirklich auch eine Verpflichtung und ich konnte ihm diese Bitte nicht abschlagen. Ich hatte als Kinder- und Jugendpsychiater zwar Bedenken, ob die APK tatsächlich für unser mittlerweile eigenständiges Fach eine hinreichende Plattform im Gesundheitsbereich darstellt. Teilweise hatte ich die von Herrn Dr. Jungmann aus Weinsberg jahrelang geleitete AG KIJU im Gesamträderwerk der APK eher als fünftes Rad am Wagen wahrgenommen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie war bis damals nicht auf Vorstandsebene vertreten und deshalb wurden die spezifischen Notwendigkeiten in der Zusammenarbeit bei der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit drohender Teilhabebeeinträchtigung im Vorstand, aus meiner Sicht, viel zu wenig diskutiert.

Deshalb freue ich mich auch heute besonders, liebe Frau Bundesministerin Paus, dass Sie heute hier sind, denn die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist für mein Fach einfach zentral.

Unsere beiden BMG geförderten Projekte zur Bestandsaufnahme und zu den Handlungsempfehlungen in der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Deutschland (<https://www.apk-ev.de>) haben deutlich ergeben, dass wir zum Wohle der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien diese Versäuerung aufbrechen müssen. Metaphorisch wird immer wieder betont, dass Kinder und Jugendliche ein ganzes Dorf brauchen, damit sie gut aufwachsen können.

Das stimmt, deshalb braucht es gerade in Krisenzeiten das Zusammenwirken der Ressorts und wir können uns diese abgegrenzte Versäulung nicht mehr leisten. Der personenzentrierte Ansatz der APK ist auch für die Hilfeleistung für Kinder und Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung zentral. Wenn wir jetzt die große Aufgabe der inklusiven Lösung angehen, dann sind die Ergebnisse, die wir in den beiden Dialogprojekten für Ihr Haus, Frau Staatssekretärin Dittmar, durchführen durften essentiell und ich war froh und stolz, dass wir dem großen Erwachsenenialogprojekt (ebenfalls vom BMG gefördert) eigentlich vorangeschritten sind und Faden schlagen konnten, indem wir von Anfang an die Jugendhilfe mit einbezogen haben, denn die Jugendhilfe ist der zentrale Reha-Träger für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

Im europäischen Vergleich stehen wir Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater gut da, wir haben über 3000 Fachärztinnen und -ärzte und über 1000 Fachabteilungen und trotzdem ächzen wir alle im Moment unter der Morbiditätslast der Corona-Pandemie und der weiterhin angstmachenden Lebenssituation. Die vielen Krisen, die Kinder und Jugendliche und ihre Familie belasten, sind offensichtlich und leider muss man auch feststellen, dass hier eine Schere immer weiter auseinander geht. Wir müssen deshalb zu personenzentrierten Hilfen kommen und weg von der Gießkanne, die sehr viel staatliches Geld verschlingt ohne tatsächlich die Bedürftigen hinreichend zu unterstützen. Es sind ja manche Familien und ihre Kinder auch sehr gut durch die Pandemie gekommen. Aber diejenigen, die vorher schon Probleme hatten, z. B. die Kinder, die Schulbegleitung hatten und so genannte »Inklusionskinder« waren, haben unter dem Wegfall der Hilfen massiv gelitten (HENN et al. 2020). Auch Kinder mit anderen besonderen Hilfebedarfen, die z. B. mit dem Anstieg von häuslicher Gewalt und körperlicher, emotionaler Misshandlung und sexuellem Missbrauch zusammenhängen, brauchen jetzt vermehrt koordinierte Hilfen aus allen Systemen. Insofern ist es jetzt umso wichtiger, die ohnehin fundierten Ergebnisse der Dialogprojekte mit Blick auf die Zusammenarbeit der Systeme schnellstmöglich in der Zukunft umzusetzen. Das heißt, wir müssen die Zusammenarbeit für die akut Erkrankten verbessern, aber auch für das Zurechtkommen im Alltag und vor allem auch den Übergang in die Versorgung im Erwachsenenalter erleichtern. Eine europaweite Befragung, welche das McKinsey Health Institut (<https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/heat-waves-the-war-in-ukraine-and-stigma-genz-perspectives-on-mental-health>) in Zusammenarbeit mit der Policy Division der europäischen Fachgesellschaft ESCAP, die ich leite, durchgeführt hat, zeigt, dass gerade die Generation Z, also die jungen Menschen, die derzeit im Übergang

zum Erwachsenenalter sind, besonders unter der Corona-Pandemie gelitten haben. Stigma und Selbststigmatisierung sind hier so hoch wie nie und gleichzeitig wird der Zugang zu Hilfe in unserem eigentlich relativ gut versorgten Land derzeit von diesen jungen Menschen als extrem schwierig erlebt (Die Ergebnisse für die deutsche Substichprobe sind mittlerweile auch in der Psychosozialen Umschau veröffentlicht worden FEGERT et al. 2023, Anmerkung der Redaktion).

Unser Dialog für das BMG hat klar festgestellt, dass die Transitionsphase eine schwierige Phase ist und es ist ein wichtiger politischer Schritt gewesen, verehrte Frau Paus, dass Ihr Haus in der SGB VIII-Reform (Sozialgesetzbuch Achstes Buch – Kinder- und Jugendhilfe) in der letzten Legislatur diese Übergangsplanung stärker geregelt hat. Wir versuchen gerade in Baden-Württemberg auch in den Zentren für Psychiatrie in der Psychiatrieplanung für die Adoleszenz- oder Transitionspsychiatrie Akzente zu setzen. Dies ist wegen der Corona-Pandemie noch sehr viel wichtiger geworden, weil viele daran scheitern, in eine neue Peergruppe hineinzukommen, wenn sie mit ihren neuen Kolleginnen und Kollegen nur über das Internet Kontakt haben können. Vereinzelung und Einsamkeit sind ein großes Problem auch im Übergang ins Erwachsenenalter.

Darüber hinaus haben wir in unserem Bericht festgestellt, dass Kinder mit Behinderung, Kinder aus Familie, wo Eltern psychisch krank sind, Kinder, die nicht bei ihren Sorgeberechtigten aufwachsen, die in Institutionen zu ihrem Schutz untergebracht sind, ein besonderes Augenmerk verdienen, weil sie besonderen Risiken ausgesetzt sind. Hier muss sich die APK auch in Zukunft für die Schwächsten besonders engagieren, denn diese Kinder und Jugendlichen brauchen Hilfen aus allen Systemen und die Versäulung in den Zuständigkeiten schädigt genau diese Kinder und Jugendlichen am stärksten. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels können wir uns eine solche Vergeudung wichtiger Personalressourcen in Deutschland zukünftig auch nicht mehr leisten. Wir müssen bei der Hilfeerbringung zusammenarbeiten und dürfen uns nicht weiter mit viel Energie gegeneinander abgrenzen.

Es ist aber schwierig Reformen top down umzusetzen. Der Bundesgesetzgeber kann nur den Rahmen schaffen, auch unsere Empfehlungen sehen in der Regionalisierung eine Stärke. Hier müssen wir aufpassen, dass der derzeitige Trend zur Konzentrierung im Krankenhaus, die psychiatrischen Krankenhäuser und vor allem die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erreicht. Es ist eine Stärke, dass wir mittlerweile kleine Tageskliniken in Wohnortnähe haben, denn Kinder sollen bei ihrer Familie leben, auch wenn sie psychiatrische Behandlung brauchen, und sie brauchen diese Nähe. Sie alle im Saal haben vorhin den langanhaltenden Beifall in

Bezug auf die Errungenschaften der Psychiatrie-Personalverordnung gehört und auch ich habe hier heftig geklatscht, denn wir müssen uns einige Sorgen in Bezug auf die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie machen. Die für die gemeindenahere Versorgung so wichtigen kleinen regionalen Einheiten werden immer weniger rentabel, ihnen droht die Schließung, weil sie bestimmte vorgegebene Kriterien nicht erfüllen. Hier sehen wir, manchmal mit großer Sorge, in die Zukunft, wenn wir an die notwendige regionale, gemeindenahere psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien denken. Hinzu kommt der Fachkräftemangel. Wir haben, wie alle anderen Fächer auch, Nachwuchsprobleme, und wir haben aufgrund der kontinuierlichen Krisenbelastung hohe Krankenstände, so dass das Versorgungsangebot, z. B. durch Infektionswellen, noch weiter eingeschränkt wird, weil ganze Bereiche geschlossen werden müssen, obwohl gleichzeitig eine erhöhte Nachfrage herrscht. Wie wir mittel- und längerfristig aus dieser schwierigen Situation herauskommen, ist eine der größten Herausforderungen, wenn wir nicht längerfristig die Corona-Belastung vor uns herschleppen wollen.

Ich wende mich noch mal an die Bundesfamilienministerin, denn ich freue mich auf die Umsetzung der inklusiven Lösung und will hier auch die Unterstützung der APK und auch das Fachwissen der Fachgesellschaften und Verbände anbieten, denn ohne die Behandelnden und ohne die Eltern wird es nicht gehen hier zu praktikablen Lösungen zu kommen. Das ist nicht nur eine reine Verwaltungsherausforderung und es geht auch nicht nur um die Umsetzung des Verfahrensleitens, die wir unbedingt begrüßen, sondern es geht um einen fundamentalen Wechsel in der Perspektive der Hilfeplanung. Insofern war es in der SGB VIII Reform in der letzten Legislaturperiode auch völlig inkonsequent, und zwar vorne im SGB VIII den neuen Behinderungsbegriff aus dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) aufzugreifen, in der Norm zur seelischen Behinderung von Kindern und Jugendlichen, den § 35 a SGB VIII, aber die bisherige alte 2-stufige Feststellungslogik beizubehalten. Ich halte es auch für gefährlich meinen zu können, nur einen inklusiven Anspruch auf Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe konstruieren zu können, ohne auf die spezifischen Funktionsbeeinträchtigungen, welche aus psychischen Störungen resultieren, einzugehen. Die Jugendhilfe kann entsprechende Hilfeplanung nur im Zusammenspiel aller Beteiligten und vor allem unter engagierter Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, fachlich korrekt durchführen. Wir müssen jetzt in dem von Ihrem Haus neu initiierten, weiterführenden Dialogprozess die Voraussetzungen für personenzentrierte Hilfen für Kinder und Jugendliche mit

allen Behinderungsformen und für die Kombination von Hilfen zur Teilhabe und Hilfen zur Erziehung im Diskurs erarbeiten. Die Zuständigkeit der Jugendhilfe hierfür ist eine Zuständigkeit als Reha-Träger. Insofern muss sich die Jugendhilfe auch mit den Gesetzmäßigkeiten und Absprachennotwendigkeiten im Reha-Bereich auseinandersetzen. Im Rahmen der baden-württembergischen Biopro-Initiative dürfen wir für den baden-württembergischen Sozialminister Manne Lucha und sein Haus mehrere Projekte zur Hilfeplanung und zum Transitionsmanagement genau in diesem Bereich durchführen.

Abschließend wende ich mich aber noch einmal an Ihr Haus, liebe Frau Staatssekretärin Dittmar. Das BMG fördert die APK seit vielen Jahren in seinem institutionellen Etat und ermöglicht darüber hinaus immer wieder wichtige Projekte, die auch nicht zuletzt der Politikberatung dienen. Wir freuen uns, dass wir, aufbauend aus den Empfehlungen des vorangegangenen Projekts, nun ein Projekt zum Thema »Patienten- und Elterninvolvement« durchführen dürfen. Dieser Antrag wurde hier auch, quasi dialogisch und partizipativ, von betroffenen jungen Menschen und Frau Myriam Bea, die mit ADHS Deutschland einen der größten Elternverbände, welcher in vielen APK Projekten mitgewirkt hat, organisiert und auch auf europäischer Ebene aktiv ist, gestellt und es freut mich sehr, dass wir dieses Projekt zu Information und Partizipation durchführen dürfen. Diese Partizipation, die unsere Vorsitzende Frau MdB Kappert-Gonther angesprochen hat, setzt gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie voraus, dass wir mehr zeitgemäße digitale Informationen qualitätsgesichert für Kinder und Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten umsetzen. Es gibt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie sehr viele wichtige Themen, die es weiterzuführen gilt und wir werden deutlich machen, wie sehr der damalige Bundeskanzler Schröder irrte, als er diese zentralen Zukunftsthemen, die letztendlich das Ziel 16. der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen, nämlich das Ziel »gerechtere Gesellschaften« betreffen, damals lapidar als »Gedöns« abgetan hatte. Die grundsätzlichen Prinzipien der APK, insbesondere die Personenzentrierung sind hier wichtig und ihre Voraussetzungen müssen in diesem Bereich etabliert werden. Gleichwohl folgt dieser Bereich anderen Regeln und hat andere Vernetzung, gerade auch mit Schul- und Bildungsbereich, insofern sind spezifische Regelungen erforderlich, um ähnlich klingende Konzepte auch für junge Menschen adäquat umsetzen zu können.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und für die APK wünsche ich mir, dass sie auch in der Zukunft ihr offenes Ohr und ihr offenes Auge für Kinder und Jugendliche und ihre Familien behält und eine kräftige Stimme in der fachpolitischen Diskussion zu deren Wohl darstellt.

Literatur:

- FEGERT, J. M.; DEETJEN, U.; HARTENSTEIN L. (2023): Wie sehen junge Menschen der Generation Z psychische Gesundheit? In: Psychosoziale Umschau 38 (01), S. 16 – 17.
- HEIL, M., KUNZE-TURMANN, M., FEGERT, J. M. & MEITINGER, H. (1978). Behandlung im natürlichen Milieu. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6, 163 – 176.
- HENN, K.; SCHÖNECKER, L.; LANGE, S.; FEGERT, J. M.; ZIEGENHAIN, U. (2020): Unterstützung durch Schulbegleiterinnen (m/w/d) trotz corona-bedingten Schulschließungen. In: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht 93 (10), S. 482 – 488.

Ich darf den Reigen der Blitzlichter beenden. Ich hatte schon mit Heiner Kunze über die Bedeutung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gesprochen. Das war mein Beginn als Arzt im Praktikum 1991 in der psychiatrischen Versorgung. Damals gab es einen notwendigen und wichtigen Zuwachs an Mitarbeitenden und damals wurde das multiprofessionelle Arbeiten selbstverständlich. Die Beschränkung auf Ärztinnen und Ärzte und Pflege wurde aufgebrochen. Es gab mehr Berufsgruppen, die sich an den Hilfen beteiligten. Es gab immer mehr psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Das war eine Entwicklung, die hat vieles verändert in der Anstaltspsychiatrie, in den Fachkrankenhäusern. Es entstanden die Institutsambulanzen, die eine Qualitätsveränderung brachten: Ja es wurde ambulantisert.

Ich habe in dieser Zeit gemerkt, die Psychiatriereform ist tatsächlich in der Versorgung angekommen. Parallel dazu entwickelten sich die Gemeindepsychiatrischen Verbände, Matthias Rosemann wird später darüber sprechen, die sozialpsychiatrischen Dienste, ich sehe Dr. Herrmann Elgeti im Publikum, der dafür gekämpft hat. Dorothea Buck und Thomas Bock haben die Psychose-Seminare entwickelt und haben den Trialog beschrieben. Psychiatrieerfahrene und Angehörige wurden zu Partnern. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und EX-IN wurden in den 2000er Jahren zum Thema, wie auch die Recovery-Orientierung. Die Bedeutung der Personenzentrierung und der Hilfeplanverfahren wurde erkannt. Neue Berufsgruppen wurden beschrieben, beispielsweise die Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch das Psychotherapeuten-Gesetz.

Es ist damals viel passiert, vor 30 Jahren. Da war viel Aufbruch. Regina Schmidt-Zadel, Heiner Kunze, Ulrich Krüger, aber auch Nils Pörksen und Peter Kruckenberg haben damals wesentliche Impulse gesetzt und haben die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) geprägt. Dafür bin ich ihnen sehr dankbar. Damals und heute war die APK ein wesentlicher Motor dieser Entwicklung.

Wir haben damals schon die Schatten des DRG-Systems geahnt, welches 2003 eingeführt wurde. Wir haben gemerkt, in der Somatik passiert etwas, worüber wir nicht glücklich waren. Wir haben Hinweise bekommen, dass die Psych-PV mancherorts unterlaufen und ausgehöhlt wurde. Budgetverhandlungen wurden geführt und alle haben unterschrieben, dass die Psych-PV erfüllt wird, auch wenn das nicht auf Station ankam. Schließlich kam die Idee der Mindestvorgaben durch die Personalausstattung, Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). Andreas Heinz hat es dargestellt, da ist zwar einiges Licht, da ist einiges richtig, leider hat die Umsetzung viel Schatten. Und wir sehen mit Sorge auch den Termin

nächsten Donnerstag im Gemeinsamen Bundesausschuss und wir hoffen auch als APK, dass da die Sanktionsmechanismen ausgesetzt werden, weil sonst haben wir wirklich Angst um die Versorgung der nächsten Jahre.

Leider ist die Realität in der Gemeindepsychiatrie, in den sozialen Hilfesystemen und im Krankenhaus heute sehr stark und zunehmend vom Fachkräftemangel geprägt, wie auch durch die ungunstigen Nachwirkungen der Coronapandemie und der neuen Krisen. Kirsten Kappert-Gonther hat es genannt: Der Ukraine-Krieg und die Klimakrise belasten uns.

Ich sehe Fragen und Ideen, die uns neue Perspektiven eröffnen:

- Die Modellvorhaben nach § 64b SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) sind dabei zu nennen: Die Idee, dass Versorgung tatsächlich bedarfsgerecht gestaltet wird, ist ein konsequenter Schritt weg von der Institutions- hin zur Personenzentrierung.
- Hilfen, die die Trennung der Sozialgesetzbücher überwinden, sind notwendig. Die tatsächliche Umsetzung des SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) hat die Hoffnungen nicht erfüllt. Jetzt arbeiten wir mit und am Bundesteilhabegesetz (BTHG). Wir werden sehen, wie es gelingt, die guten Ansätze dort tatsächlich umzusetzen, so dass die Menschen davon profitieren. Es freut mich, dass der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Herr Jürgen Dusel, hier zugegen ist und ich danke ihm für seine klaren und engagierten Positionen.
- Wir haben in der APK die Bedeutung von Arbeit und Teilhabe für die Gesundheit gelernt. Wir wissen, dass es wichtig für Gesundung und Integration ist, einer Beschäftigung nachzugehen – und wir müssen daran arbeiten, dass es hier ausreichende Möglichkeiten und Angebote gibt, die tatsächlich in Arbeit und Beschäftigung führen – und nicht in »Trainingsmaßnahmen«.
- Das Thema Zwang und Gewalt bedarf eines gesellschaftlichen Diskurses, bedarf aber auch des systematischen Monitorings und der Reflexion.
- Und die APK bezieht inzwischen selbstverständlich Menschen mit eigener psychischer Krankheitserfahrung und deren Angehörigen ein. Psychiatrieerfahrene und deren Angehörige sind in den Gremien, im Vorstand und in den Projekten prägend. Es ist eine gute Tradition, dass im Rahmen der APK-Jahrestagung gemeinschaftlich mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. und weiteren Selbsthilfeorganisationen ein Selbsthilfetag stattfindet, auch jetzt wieder am Mittwoch. Dazu lade ich Sie herzlich ein.

- Bis vor wenigen Tagen hat die APK für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Psychiatriedialog geschäftsführend realisiert. Ich durfte Moderator sein und wir konnten letzte Woche die Empfehlungen dem BMG übergeben und sie sind jetzt dort in der Abstimmung.

Die APK ist mit viel Schwung in den 1970er Jahren aufgebrochen, die Psychiatriereform umzusetzen. Sie war und ist Scharnier zwischen Politik und zwischen fachlicher Erfahrung – und dazu gehören selbstverständlich die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen. Wir beziehen die Gesundheitspolitik, die Ministerien und die Verwaltungen konstruktiv ein und ich glaube, das ist der Weg heute, Veränderung voranzubringen. Denn die psychiatrische Versorgung muss gemäß den Menschenrechten und der Bedarfe der Beteiligten im Sinne moderner Konzepte reformiert und entwickelt werden.

Kontinuierlich bewegen uns da die Fragen: »Welche Psychiatrie wollen wir? Wie können wir diese Ziele umsetzen?« Diesen Diskurs zwischen Fachlichkeit, Politik und Verwaltung, der mag manchmal mühsam erscheinen, der mag manchmal so erscheinen, als ging es drei Schritte voran und einen Schritt wieder zurück. Dennoch scheint es mir der richtige Weg. Deswegen lade ich Sie alle ein, mit uns diesen Weg weiterzugehen.

Ich schaue mit Stolz, mit Respekt auf die letzten 50 Jahre APK und danke allen, die dazu beigetragen haben, vielen Dank.

Von der Anstaltspsychiatrie zur Psychiatrie-Personalverordnung

Peter Brieger im Gespräch mit Heinrich Kunze

Peter Brieger: Als ich angefangen habe in den 1990er Jahren, da begann gerade die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Ich glaube, die Psychiatrie-Enquête ist mit der Psych-PV tatsächlich in der Psychiatrie angekommen.

Die Psych-PV als Fortführung der Psychiatrie-Enquête, welche Bedeutung hat sie heute und wie wird die weitere Entwicklung erlebt?

Heinrich Kunze: Die Psychiatrie-Enquête 1975 (1a+b+c) hat Maßstäbe gesetzt, die auch heute noch gelten in Bezug auf die Problembeschreibungen und die Ziele. Die Verhältnisse waren zu schwierig, die Probleme ohne Zwischenschritte umzusetzen, das war ein langer und mühsamer Prozess bis zur Psych-PV. Die Komplexität der Aufgabe wird schon auf Seite 29 (1a) mit der großen Übersicht deutlich: »Angebote in einem Standardversorgungsgebiet«.

Die Präambel der Enquête schließt mit der Mahnung: »Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich die Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.« (1a, S. 5)

Die politische Initialzündung für die Psychiatriereform

Dieser Prozess ging nicht nur von Psychiatern aus. Frank Fischer, Germanist und Historiker, tätig als Zeitungsredakteur, später als Lehrer, war durch den Besuch einer ihm nahestehenden Person in einer psychiatrischen Anstalt so erschüttert, dass er beschloss, das *System psychiatrischer Anstalten* zu studieren, und nicht die moralische Orientierung der in den Anstalten tätigen Personen. Er arbeitete ein Jahr in dem Feld als Hilfspfleger, auch im Ausland (2a-e). Er hatte Literatur rezipiert aus Ländern, in denen die Psychiatriereform eine Generation früher begonnen hatte (z. B. USA: GOFFMAN: *Asylums*, 1961; England: WING & BROWN: *Institutionalism and Schizophrenia*, 1970). Fischer besuchte eines der drei Krankenhäuser der Studie in England, das von dem aus Deutschland emigrierten Psychiater Freudenberg geleitet wurde.

Die Initialzündung zur Psychiatriereform erreichte Walter Picard, MdB-CDU (damals Opposition, Lobbyist für die darbenende Lederindustrie in seinem Wahlkreis Offenbach, fachlich beraten von Prof. M. Bauer, Psychiatrische Abteilung, Offenbach): mit dem Frank Fischer-Buch unter dem Arm, sammelte er MdBs aus

verschiedenen Fraktionen des Bundestages, die die Missstände des Anstaltssystems mit einer überparteilichen Anfrage in den Bundestag einbrachten, was zum Beschluss für die Enquête führte.

Seitdem ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) eine *Lobby für psychisch erkrankte Menschen* und ihre Angehörigen, und nicht noch eine Lobby für Parteien, für Kostenträger, für Berufsgruppen, für Institutionen, etc. Erster Vorsitzender – aus dem Bundestag – wurde Walter Picard (MdB), Stellvertreter – aus Fachkreisen – wurde Prof. Kulenkampff. Diese Verteilung der Gewichte zwischen Politik und der Fachwelt gilt bis heute.

Es gab schon zuvor einen kleinen Zirkel (Leiter: von Bayer, Oberärzte an Unikliniken mit Auslandskontakten: Häfner, Kisker, Kulenkampff), der aber mit dem Thema Psychiatriereform nur einen Ausschuss des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge e. V. erreichte, ein Scharnier zwischen Politik und unterschiedlichen Leistungserbringern sowie Leistungsträgern und weiteren Organisationen¹, damals in Frankfurt/M.

Psychiatrie: Zuständig nur für die »Heilbaren«?

Seit Ende der 1960er Jahre versuchten psychiatrische Anstalten, ihre desolaten Verhältnisse zu überwinden, indem sie ihre Zuständigkeit auf die »Heilbaren« konzentrierten, und die »Unheilbaren« in Leerstände von Lungenheilstätten (z. B. aus der riesigen LVR-Anstalt Bedburg-Hau am Niederrhein) bis in den Hoch-Schwarzwald exportierten, die durch die Erfolge der Tuberkulose-Behandlung frei geworden waren.

So auch das Psychiatrische Landeskrankenhaus (PLK) Weinsberg² bei Heilbronn, dessen Ärztlicher Direktor Prof. Fritz Reimer meine Frau und mich 1973 als Ärztin bzw. Arzt in Weiterbildung und mit Erfahrungen aus den USA und England einstellte. Und dann unterstützte er meinen Vorschlag zu der selbstkritischen Untersuchung dieses Patientenexports aus dem PLK Weinsberg/Heilbronn, das für die Bevölkerung im Großraum von Ludwigsburg vor Stuttgart bis zur Landesgrenze vor Würzburg zuständig war. Schon die Zwischenergebnisse (zwei Beiträge im Nervenarzt 1977 und Vorträge) hatten eine starke Resonanz über das

1 Bundesministerien und -behörden, Landesverwaltungen, Sozialhilfeträger (örtlich & überörtlich), Vereine, und andere.

2 Dieses PLK war uns nach sozialpsychiatrischen Kriterien besonders aufgefallen: KUNZE H & KUNZE-TURMANN M (1975) Ansatz zur Evaluation der sozialpsychiatrischen Orientierung von Nervenkrankenhäusern. Psychiat. Prax. 2: 101-109.

PLK Weinsberg/Heilbronn hinaus. Der Abschlussbericht wurde von der Universität Heidelberg (einer der Gutachter: Prof. Häfner) als externe Habilitation akzeptiert. (3)

Der weitere politische und praktische Prozess

Nach Vorlage der Psychiatrie-Enquête 1975 folgten

- 1980 das Modell-Programm der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung (4, S. 679 – 683).

Ein wichtiger Anteil war in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMAS). Es förderte in dem Bereich: stationärer/teilstationärer Bereich vier Schwerpunkte (4, S. 679 – 683):

1. Therapeutische Angebote, insb. Arbeits- und Beschäftigungstherapie
2. Errichtung und Erprobung von Institutsambulanzen
3. Errichtung und Erprobung von Tageskliniken
4. Humanisierungsmaßnahmen.

- 1979 berief das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) eine Berater-Kommission, die dann zur Experten-Kommission erweitert und umbenannt wurde, mit dem Auftrag, in Kooperation mit der PROGNOSE AG Reform-Empfehlungen vorzulegen. Niels Pörksen mit seinen Erfahrungen bei der Reform der Anstalt Bethel mit Kliniken, kümmerte sich für die APK besonders im Finanzierungs-Ausschuss der Kommission um Behandlung und Medizinische Rehabilitation für die Zielgruppen suchtkranke sowie psychisch kranke Personen.

Das Kapitel E. (4, S. 565 f.) befasste sich mit den »Personellen, administrativen und legislativen Grundlagen. In der »Schlussbetrachtung« steht der programmatische Kernsatz, der Schulen- und Einrichtungsübergreifend zusammenfasst: »In der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenversorgung Tätigen müssen – wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung – stets die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte psychischer Störungen und Behinderungen sowie deren Beeinflussungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.« (4, S. 597)

Diese Personen-Orientierung, die wir in den USA und England kennengelernt hatten, wurde hier schon thematisiert.

Mit der Geschäftsführung und der Ausformulierung der Empfehlungen wurde die Geschäftsstelle der APK beauftragt (4, S. 684 f.)

- Die Ergebnisse wurden am 11.11.1988 der zuständigen Ministerin Rita Süsmuth (BMJFFG) überreicht.
- Ende 1988 und in 1989 nahmen zwei Expertengruppen im Auftrag des zuständigen Arbeitsministeriums ihre Arbeit auf: Bedarf an therapeutischem Personal zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus-Behandlung für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche (5).

Rechtzeitig vor »der Wende« im Frühjahr 1990 trat die Psych-PV in Kraft (5), sodass sie zur Angleichung der Lebensverhältnisse in Ost und West beitrug.

Anmerkungen zur Ausgangssituation:

- a. In den alten Anstalten gab es fast nur ärztliches und pflegerisches Personal (und zu wenig), meist verbeamtet, bewirtschaftet als Außenstellen vom Landes-Ministerium bzw. dem überörtlichen Kommunalverband, was die Flexibilität des Personaleinsatzes nach Bedarfen der Patientinnen und Patienten erheblich behinderte. Die neuen Berufsgruppen kamen erst mit den Modellen und mit der Psych-PV in die psychiatrische Krankenhausbehandlung. Wichtig war auch, dass Fachleute in Ministerien, Träger-Verwaltungen und Krankenkassen-Verbänden zunehmend Verständnis für Patienten-orientierte Problemlösungen entwickelten.
- b. 1986/87 wollten die Krankenkassen das Budget des vom Kaufm. Direktor und von mir ärztlich geleiteten Krankenhauses Merxhausen, Bad Emstal/Kassel nicht akzeptieren. Wir hatten viele neue Therapeutinnen und Therapeuten – befristet – eingestellt über das Modellprogramm (auch Tagesklinik und Institutsambulanz als Außenstelle in Kassel) sowie über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM), finanziert vom Arbeitsamt für arbeitslose therapeutische Fachkräfte. Die Krankenkassen verlangten die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und setzten ihren Vorschlag einer Prüfgesellschaft durch: Ernst und Whinney (später Ernst & Young), die später auch das Bezirkskrankenhaus München-Haar prüften. Ihr Ergebnis in einem Satz: »Das Krankenhaus ist unwirtschaftlich, weil es erheblich unterbesetzt ist im therapeutischen Bereich.« Die Kassen ließen das Prüfergebnis von ihrer Prüfgesellschaft gelten und vereinbarten für das PLK Merxhausen in Jahresschritten die Umsetzung der befristeten Stellen in die Budgetfinanzierung.
- c. Das war Vorarbeit für die Psych-PV: Der im Arbeitsministerium für die Modellförderungen zuständige Ministerialrat E. Luithlen (vgl. die vier Schwerpunkte, s. o.) wurde zuständig für die anstehende Personalrichtlinie und nahm die Zuständigkeit mit, als das Gesundheitsministerium die Aufgabe übernahm. Ich

wurde Sprecher in der Expertengruppe Erwachsenen Psychiatrie, Dr. Rotthaus für die Kinder- und Jugend Psychiatrie. Von mir hatte Herr Luithlen den Ernst & Whinney Prüfbericht bekommen, und das BMA hatte großes Interesse, dass die Modell-Ergebnisse nicht nur in Kassel – Institutsambulanz, Tagesklinik, PLK auf dem Weg in die Gemeinde – in die Regelfinanzierung überführt wurden. Diese gemeinsamen Erfahrungen waren für die Kooperation von BMA und BMJFFG und im Kosten- und Finanzierungs-Ausschuss förderlich.

- d. Zum Abschluss der Schilderungen sei darauf hingewiesen, dass ähnliche Entwicklungen an anderen Orten in der Bundesrepublik im Gange waren, z. B. Bremen-Ost (Peter Kruckenberg), Bielefeld-Bethel (Niels Pörksen) u. a. Wir vernetzten uns in kooperativen Kontakten, organisiert durch die APK, um den Reformprozess voranzubringen.

EXKURS: Personalbedarf für Psychiatrische Kliniken

Dieses Thema beschäftigte seit 1980 die zuständigen Stellen – ohne Aussicht auf eine Einigung, die Entwürfe waren zu weit auseinander:

- Die Fachkrankenhäuser, aus alten Anstalten entstanden, mit Versorgungs-verpflichtung für riesige Regionen, forderten Personal für über 20 Stations-typen, auch für Patientinnen und Patienten der Sozialhilfe und sogenannte Pflegefälle.
- Die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern organisierten die Behandlung nach dem Durchmischungsprinzip, sie hatten in der Regel keine Versorgungspflicht für eine überschaubare Region.
- Psychiatrische Abteilungen an Uni-Kliniken nahmen mehrheitlich Patien-tinnen und Patienten nach ihren Forschungsinteressen auf. Sie hatten keine Versorgungspflicht für eine überschaubare Region.
- Es gab aber zwei Psychiatrie-Lehrstühle an Landeskrankenhäusern: Grafen-berg für Düsseldorf, Prof. Kulenkampff, und Prof. Böcker, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, eine Wahlperiode zusätzlich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN).

Eine wichtige Studie zu diesem Thema lieferte Prof. Felix BÖCKER (6). Er erfasste alle Behandlungsfälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Bezirk Bayern der AOK. Die Hälfte der Fälle wurde in somatischen Abteilungen behandelt, also außerhalb des Fachgebietes Psychiatrie! Nachrangig wurden Patientinnen und Patienten in Psychiatrischen Abteilungen sowie Psychiatrischen Fachkranken-

häusern aufgenommen; nicht zu vergessen das System der Forensischen Krankenhäusern.

Damals hieß es: »In die Abteilung darfst Du, ins PLK musst Du!« – entsprechend der Prestige-Pyramide in der Bevölkerung.

Deshalb sieht die Psych-PV vor: Nur Kliniken mit regionaler Versorgungspflicht haben Anspruch auf die Minutenwerte der Psych-PV, für Kliniken ohne Versorgungspflicht wurden Abschlüsse verhandelt.

Wenn Psychiatrische Abteilungen regionale Versorgungspflicht übernahmen, dann führte das zur entsprechenden Verkleinerung der riesigen Region mit Versorgungspflicht des bisher zuständigen Fachkrankenhauses.

Das Ziel war *ein* angemessenes Konzept für die verschiedenen Einrichtungsformen von Krankenhausbehandlung, um Konvergenz-Entwicklungen der Typen von Krankenhausbehandlung zu stimulieren.

Im »Zum Geleit« (1992) schrieb (5, S. 14) Eberhard LUTHLEN (ehemals Referatsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, heute im Bundesgesundheitsministerium):

»Mit der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie hat der Ordnungsgeber Neuland betreten. Nachdem es in der Selbstverwaltung nicht gelungen war, Maßstäbe und Grundsätze zu einigen, hat die Bundesregierung im Wege der Ersatzvornahme diesen Bereich geregelt; da war Pionierarbeit zu leisten. (...) Die Fachöffentlichkeit hat anerkannt, dass es erstmals gelungen ist, die Personalbedarfsbemessung an den diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen der Patienten zu orientieren; *das Bett als Maßstab hat ausgedient.*«

»Es ist das Interesse der Psychiatrie, die Psychiatrie-Personalverordnung schnell und richtig angewandt wird. Genau dieses Ziel verfolgen die Autoren ... die im Übrigen als ehemalige Mitglieder der Expertengruppen in besonderem Maße berufen sind, eine solche Hilfestellung zu geben. (...)« (5)

Die Basis für die Psych-PV war in den »Empfehlungen...« (4) das Kapitel »C.3 Die Gemeindepsychiatrie in *funktionaler* Betrachtungsweise« S. 137 – 180.

Ein praktisches Beispiel für eine *funktionale* Problemlösung hatte ich schon im PLK Weinsberg/Heilbronn erlebt: Die Forensische Abteilung war definiert als *Funktion*, nämlich die *Verantwortung* für forensische Maßnahmen, neben der sonstigen Behandlung. In der mir als Stationsarzt übertragenen Langzeit-Station gab es +/- eine Handvoll forensische Patientinnen und Patienten. Für die psychiatrische Behandlung war ich als Stationsarzt zuständig, für die forensische Funktion

der Stellv. Ärztliche Direktor, insbesondere im Umgang mit der Strafvollstreckungskammer des Landgerichts. Die forensischen Patientinnen und Patienten in Weinsberg waren verteilt auf die Stationen, die für die Behandlung und Wiedereingliederung geeignet waren. Die notwendige Sicherung wurde gewährleistet: durch therapeutische Beziehung, und ggf. subsidiär durch Überwachung und mechanische Maßnahmen.

Die therapeutische Beziehung zum Stationsteam wurde möglichst nicht unterbrochen und der Umgang mit Patientinnen und Patienten für diese so wichtig gemacht, dass die Patientinnen und Patienten diese nicht gefährden wollten, z. B. mit dem Bus zur externen Arbeitstherapie zu fahren in einen Nachbarort (damals Herstellung von Anzeigetafeln in bekannten Fußball-Stadien).

Der Vorteil für die Strafvollstreckungskammer war: Sie hatte es immer mit demselben forensischen Experten oder Expertin zutun, man vertraute sich aus Erfahrung.

Peter Brieger: Ich glaube wir haben schon Stunden über die Psych-PV geredet und ich glaube, was Du und die beiden Expertengruppen da geleistet haben, ist unglaublich und dieses Buch (5) KUNZE, KALTENBACH & KUPFER, das ist eigentlich die Fortführung der Psychiatrie-Enquête. Meine zweite Frage hast Du jetzt schon inkludiert in Deiner Antwort. Es ging mehr um diese Multiprofessionalität, die auch in der Psych-PV hinterlegt ist. Deswegen die abschließende Frage, jetzt mit Deinem Blick auf die APK, was wünschst Du uns für die nächsten Jahre?

Heinrich Kunze: Ich wünsche uns, dass wir nicht auf eine schlimme Rutsche geraten, wie die amerikanische Psychiatriereform. Meine Frau und ich haben fast ein Jahr in den USA gelernt, als dort die Psychiatriereform blühte. Das hat uns sehr beeindruckt. Aber dann in den folgenden Jahrzehnten wurde die Finanzierung jedes Jahr weiter gekappt und damit wurden die Gefängnisse die Institutionen, in denen die meisten schwer psychisch- und/oder suchterkrankten Insassen festgehalten wurden. (KUNZE 2015, Kap. 9 Von den USA lernen)

Zu einem runden Geburtstag von Niels Pörksen kam als Freund Prof. Allen Kraft. Er hatte in den 1960er Jahren, als Präsident Kennedy die Reform der Anstaltspsychiatrie in den USA politisch auf den Weg brachte, in Denver Colorado das große Fort Logan Community Mental Health Center auf dem Gelände einer früheren Kaserne aufgebaut. Als wir, meine Frau (und unser Säugling), dort fast ein Jahr als Stipendiaten lebten (1971/72), zogen die Abteilungen, in denen wir arbeiteten, in die Bezirke der Millionen-Stadt Denver um, für die sie zuständig geworden waren.

Warum ich das erzähle: Im kleinen Kreis sagte A. Kraft sinngemäß: »Wenn ich selbst schwer psychisch krank würde, erhielte ich die beste Behandlung, die es gibt. Aber von dem vorbildlichen Versorgungssystem für die Bevölkerung gibt es nur noch Ruinen.«

Literatur

- 1a) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung in der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquete), BT-Drucksache 7/4200 (1975) und
- 1b) Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache /4201 (1975).
- 1c) Zwischenbericht 1973: Unterrichtung durch die Bundesregierung, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/1124.
- 2a) FISCHER F (1969) IRRENHÄUSER – Kranke klagen an. Desch-Verlag;
- 2b) Reprint: 2016 Psychiatrie-Verlag, mit einem aktuellen Vorwort der Aktion Psychisch Kranke, und dem Reprint einer Kommentierung von C. Kulenkampff (1970).
- 2c) FISCHER F, KUNZE H (2017) Reprint »Irrenhäuser – Kranke klagen an«. S. 291-293, in AKTION PSYCHISCH KRANKE, Peter WEIß. Andreas HEINZ (Hrsg.) Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. APK-Tagungsband 43.
- 2d) GOFFMAN E (1961) Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. Berkeley, California.
- 2e) WING J. K., BROWN G. W. (1970) Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960 -1968. University Press: Cambridge.
- 3) KUNZE H (1981) Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime – Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Enke Verlag, Stuttgart.
- 4) BMJFFG, APK e. V. (Hrsg.) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung (1988)
Besonders: Zusammenfassung S. I – LXVI, sowie: C. 3 Die Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise, S. 137 -180.
- 5) KUNZE H, KALTENBACH L, KUPFER K (Angaben zu den Autoren und Herausgebern (Stand 2010): Dr. P. Auerbach, Dr. D. Banaski, H. Graf, L. Kaltenbach, Prof. Dr. H. Kunze, Dr. W. Rothhaus, 6. Auflage 2010 / 1. Aufl. 1992) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Verlag W. Kohlhammer.
- 6) BÖCKER F (1993) Versorgung psychisch Kranker in somatischen Abteilungen. Krankenhauspsychiatrie 4. Jg., Sonderheft 1. 9 – 12.

Weitere Literatur:

- KUNZE H (2015) Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer-Verlag.
- KUNZE H, SCHEPKER R. (2020) Qualität der psychiatrischen Versorgung – Perspektiven? Psychiat Prax, Jg. 47: 332 – 336.
- KUNZE H (2022) Psychiatrie ohne Zwang – Eine verführerische Illusion? Sozialpsychiatrische Informationen 52. Jg, Heft 1, S. 52 – 57.
<https://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/apk-tagungsbaende>
- KUNZE H, PICARD W, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.: 1992) Administrative Phantasie in der Psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen. APK-Tagungsband 18, Rheinland Verlag, Köln.
- »Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie« (BAS) der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie www.bgsp-ev.de.

Selbsthilfe und Partizipation – vom Schattendasein in den Fokus

Statements:

Jürgen Dusel

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin,
sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Kappert-Gonther,

Eingedenk des Textes des letzten Liedes vom Chor Don Bleu ist es mir eine noch größere Freude, auf die Bühne zu kommen. Und wenn wir schon über Musik reden: Es gibt ein Lied, das erinnert mich ein wenig an die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK): »Every Little Thing She Does Is Magic« von »The Police«. Also, was die APK macht, ist magisch, ist gut, ist wichtig und unverzichtbar und ich knüpfe da an, meine Damen und Herren, was gerade vorhin gesagt wurde.

Selbstvertretung, sich zu Wort melden in eigener Sache, als Expertin oder als Experte in eigener Sache und gehört zu werden, die Ressourcen dafür zu bekommen und die Akzeptanz auch dann zu bekommen, wenn man vielleicht anderer Meinung ist: Das ist Wesensart unserer Demokratie. Das ist zentral für unser Gemeinleben. Das ist wichtig für unsere Gesellschaft, die ja in Vielfalt und in Pluralismus ihre Stärke hat. Und es ist mir ganz wichtig, auch hier immer wieder zu sagen, dass die Selbstvertretung und die Partizipation nichts ist, was man als »Nice to have« beschreiben könnte. Es geht bei der Selbstvertretung und bei der Betonung der eigenen Interessen, Bedürfnisse, Erwartungen um die Umsetzung von fundamentalen Grundrechten. Es geht darum, dass Menschen, die Erkrankungen oder Beeinträchtigungen haben, die Erfahrungen haben beispielsweise im Bereich von psychischen Erkrankungen, diese Expertise einbringen können. Und damit zum Wohle der Gesellschaft insgesamt beitragen können.

Deswegen ist es mir wichtig, immer wieder zu betonen, dass ein Satz hier unbedingte Gültigkeit hat: »Demokratie braucht Inklusion«. Diesen Satz habe ich in meiner ersten Amtszeit zum Motto gewählt und auch in meiner zweiten Amtszeit aus gutem Grund beibehalten.

Das ist auch eine Kampfansage an all diejenigen, die Demokratie nicht attraktiv finden und dann auch Inklusion meist genauso wenig. Das ist auch das Betonen unserer gesellschaftlichen Werte der Vielfalt, der Diversität, auch im Verhältnis zu autokratischen Systemen. Demokratie braucht Inklusion und Demokratie muss Partizipation ermöglichen.

Und es ist Aufgabe des Staates, meine Damen und Herren, das nicht nur freundlich zu verkünden in Sonntagsreden und zu sagen »Ja, klar. Wir sind für Partizipation.«. Es ist vor allem Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen, dass dieses Recht, das Grundrecht auf Partizipation, das auch in der UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert ist, dass dieses Recht bei den Menschen konkret ankommt, so dass sie es leben können.

Und dazu braucht es tatsächlich einen »Mind-Change«, eine Änderung der Haltung in so manchen Köpfen. Und es braucht tatsächlich den Willen, auch von Politik und Gesetzgeber, Inklusion umzusetzen. Wir alle wissen, dass wir immer mal wieder von Paradigmenwechseln sprechen. Ich erinnere mich gut, 2001, da gab es auch schon die APK. 2001 sprach man mit der Verabschiedung vom SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) vom Paradigmenwechsel für Menschen mit Behinderungen. Dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr länger »Objekt staatlicher Fürsorge«, sondern natürlich Subjekt selbstständigen Handelns sein sollen. Soweit die Theorie. Wie ist es in der Praxis?

Ich sehe meine Aufgabe darin, tatsächlich auch die Bundesregierung ein wenig anzutreiben. Um es mit Erich Kästner zu sagen: »Es gibt nichts Gutes, außer man tut es«. Und deswegen ist es so wichtig, dass Sie im Rahmen der Partizipation und der Verfahren die Ressourcen bekommen, die Sie brauchen. Das müssen auch finanzielle Ressourcen sein, sonst kann es nicht funktionieren. Dass es Zeit braucht. Dass man Barrieren abbaut, gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dass wir endlich verstehen, dass Barrierefreiheit nicht nur eine tiefe soziale Dimension hat, sondern auch ein Qualitätsmerkmal ist im politischen Betrieb. Und Sie können sich sicher sein, dass Sie in mir einen Verbündeten haben.

Ich bin tief davon überzeugt, dass es wichtig für unsere Gesellschaft ist, dass wir die Selbstvertretung und Selbstmitbestimmung nach vorne bringen. Und mit der APK haben wir eine starke und konstruktive Selbstvertretung der Menschen mit psychischen Erkrankungen. 50 Jahre APK: viel erreicht, noch viel zu tun. Und zwar wir alle gemeinsam.

In diesem Sinn, »Every Little Thing She Does Is Magic«.

Ich wünsche Ihnen alles Gute! Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Stefan Schwartze

Liebe Frau Vorsitzende Kirsten Kappert-Gonther,
liebe Frau Staatssekretärin Sabine Dittmar,
lieber Jürgen Dusel,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

zunächst möchte ich mich herzlich für die Einladung bedanken und dafür, heute hier sprechen zu dürfen. Vorab möchte ich außerdem noch ein großes Dankeschön an die eben geehrten Vorstandsmitglieder richten. Vielen Dank für Ihre Arbeit und Ihren Einsatz über all die Jahre. Ich hoffe Sie bleiben der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) weiter verbunden und weiter engagiert.

Es freut mich außerordentlich, dass ich der APK zu ihrem 50-jährigen Jubiläum gratulieren und mit einem Statement zur heutigen Festveranstaltung beitragen kann. Die APK hat in den letzten 50 Jahren maßgeblich dazu beigetragen, dass sich die Gesundheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen verändern und verbessern. Dafür möchte ich ihr danken. Dafür, dass sie sich für diese Menschen stark gemacht hat.

Als Patientenbeauftragter bin ich vorrangig mit Themen der Gesundheitsversorgung befasst, genauer: Mit der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, also jenen, die bereits im Gesundheitssystem angekommen sind. Mindestens genauso wichtig, wenn nicht wichtiger, ist es mir, jene in den Blick zu nehmen, die nicht ins Gesundheitssystem und in die Versorgung finden, aber eine Erkrankung haben.

Unser Gesundheits-, Pflege-, Rehabilitations- und Teilhabesystem gilt, vor allem dank des tagtäglichen Einsatzes aller hier professionell und ehrenamtlich tätigen Menschen, als eines der besten der Welt. Grundsätzlich steht allen Menschen in unserem Land im Krankheitsfall eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau zur Verfügung.

Allerdings ist das System stellenweise so komplex, dass Hilfesuchende oft nicht wissen, welche Leistungen ihnen eigentlich zustehen und welche Rechte sie haben. Auch beim Zugang zu Leistungen, insbesondere, wenn diese Leistungen stark reglementiert oder knapp sind, wenn telefonische Erreichbarkeiten schlecht und Wege und Wartezeiten lang sind, kommen Betroffene ohne Hilfe oft nicht weiter. Bei der Durchsetzung von Rechten, die aus dem Patientenrechtegesetz hervorgehen, sind Patientinnen und Patienten häufig auf sich selbst gestellt. Auf dem letzten Patientenfürsprechertag wurde mir eindrücklich geschildert, wie und dass in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die rechtlichen Vorgaben zu Information, Aufklärung und Einwilligung kaum

umgesetzt werden. Dabei, meine Damen und Herren, wird das Patientenrechtegesetz 2023 zehn Jahre alt.

Wo das System noch vor großen Problemen steht, warten Betroffene mit Lösungen auf.

Zum Beispiel, erstens, in der wohnort- und gemeindenahen Beratung. Betroffene informieren, beraten und unterstützen andere Betroffene vertrauensvoll, niedrigschwellig und auf Augenhöhe, sei es bei der Suche nach passenden Versorgungsangeboten, bei der Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern oder bei der Beantragung in Betracht kommender Sozialleistungen. Im Bereich Rehabilitation und Teilhabe besteht seit der Einführung der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung im Bundesteilhabegesetz auch ein gesetzlich verankerter Anspruch darauf. Das war ein wichtiger Schritt.

Zweitens: In der Versorgung. Selbsthilfe ist viel mehr als Unterstützung und Vermittlung. Selbsthilfe ist auch Therapie und Begleitung. In Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder durch die Begleitung durch EX-IN-Peers finden Betroffene das Verständnis, die Identifikation und auch die Hoffnung, an denen es im ausschließlichen Verhältnis mit professionellen Helfenden fehlt. Während stationäre und ambulante Behandlungen enden, können Selbsthilfegruppen und Kontakte zu Peers fortbestehen und Menschen langfristig, nachhaltig und alltagsnah und auf ihrem Weg zu mehr Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit begleiten.

Und, drittens, im sozialpolitischen Raum. Als Patientenbeauftragter bin ich unglaublich dankbar, dass psychiatrische Selbsthilfeorganisationen und ihre Dachverbände Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen eine Stimme verleihen. Eine Stimme, die sich an Fachgesellschaften, Leistungserbringer, Leistungsträger und auch den Gesetzgeber richtet und in Dialogforen – oder Dialogforen wie dem der APK – geäußert wird. Wird diese Stimme auch gehört und angemessen berücksichtigt? Ich wünsche es mir und halte es für unabdingbar, dass Patientinnen und Patienten und Selbsthilfeorganisationen und ihre Dachverbände bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung häufiger, stärker und gewichtiger beteiligt werden, dass sie in Prozesse und bestehende und entstehende Strukturen stets eingebunden sind.

Damit möchte ich abschließend all den Partizipierenden und in der Selbsthilfe Engagierten von ganzem Herzen für Ihren Einsatz und Ihre unermesslich kostbare Arbeit danken. Sie informieren, beraten, unterstützen und helfen da, wo die Regelversorgung lückenhaft ist oder endet. Sie tragen mit der Weitergabe Ihres Wissens und Ihrer Erfahrungen zu Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Lebensqualität

von Betroffenen bei. Sie ermöglichen das Erleben von Identifikation, Vertrauen und Hoffnung. Sie zeigen auf, wo und wie sich das Gesundheitswesen und Teilhabesystem dringend verbessern müssen und helfen auch mir damit, meine Arbeit zu machen. Selbsthilfe und Partizipation sind unverzichtbar.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Hermann Stemmler und Gudrun Weißenborn im Dialog

Hermann Stemmler: Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf Ihnen vorstellen: Frau Gudrun Weißenborn, Vorstandskollegin bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) als Vertreterin der Angehörigen sowie Projektleiterin des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Berlin.

Gudrun Weißenborn: Ich darf Ihnen vorstellen: Herrn Hermann Stemmler, ebenfalls Vorstandskollege bei der APK als Vertreter der Selbstbetroffenen sowie Vorstandsmitglied beim Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG).

Selbsthilfe und Partizipation

Selbsthilfe ist und war der Impulsgeber für die Partizipationsbewegung

Legislative Grundlagen für Partizipation:

- Menschenrechte
- UN-Behindertenrechtskonvention
- Grundgesetz der Bundesrepublik

Menschen haben ein Recht auf Partizipation!

Abb. 1: Selbsthilfe und Partizipation

Hermann Stemmler: Was bedeutet Partizipation?

Gudrun Weißenborn: Unter Partizipation verstehe ich die wirksame Beteiligung von Menschen an gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsprozessen und deren Einflussnahme auf das Ergebnis. Partizipation ist für mich ein demokratisches Verfahren, aber nicht nur. Es ist ein Menschenrecht. Dieses Recht auf Selbst- und auf Mitbestimmung haben die Selbsthilfeorganisationen seit ihrer Gründung in den 80er Jahren formuliert und eingefordert.

Doch Partizipation ist auch kein Selbstläufer, sie muss gewollt, ermöglicht und gestaltet werden, sie muss politisch unterstützt und finanziell gesichert werden.

Hermann Stemmler: Ich sehe das eher pragmatisch und beschreibe den derzeitigen Ist-Zustand:

- Wir sind dabei Netzwerke der Selbstbetroffenen zum Teil gemeinsam mit den Angehörigen und Profis zu schaffen, denn »alleine geht's, gemeinsam geht's besser«.
- Eine unserer gesetzten Aufgaben muss es sein, Barrieren von Menschen mit psychischen Problemen zu erkennen, wesentlich deutlicher zu definieren und daraus erforderliche Handlungsschritte abzuleiten. Denn Barrieren von und für Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen sind nicht

so offensichtlich, wie beispielsweise für Menschen mit einer körperlichen Einschränkung oder Sinnesbehinderung.

- Wir sind dabei, Einfluss auf die öffentliche Meinung und Haltung durch entsprechende Beiträge und Diskussionen zu nehmen, um der Stigmatisierung zu begegnen.
- Eigenschaften wie Diversität und Vielfalt sind uns wohlbekannte positive und kreative Eigenschaften – hierfür werben wir, denn sie bieten die Möglichkeit Toleranz und Selbstbestimmung zu befördern.
- Rechte und Pflichten gehen Hand in Hand. Wir sind dabei, verantwortlich Stellung zu beziehen und diese konstruktiv kritisch in der Öffentlichkeit zu vertreten.

Macht und Partizipation

- ▶ Sozial- und gesellschaftspolitisch betrachtet
- ▶ Kultur der Partizipation
 - »Rechte zu haben, aber über keine Mittel und Leistungen zu verfügen, ist ein grausamer Scherz.« Julian RAPPAPORT, Psychologe, USA 1984

Abb. 2: Macht und Partizipation

Gudrun Weißborn: Wie ist die Rolle der Selbstbetroffenen im sozial- und gesellschaftspolitischen Bereich zu beschreiben?

Hermann Stemmler: In der aktuellen Situation haben wir es mit einem Machtgefälle in der psychiatrischen Versorgung und Selbstvertretung zu tun. Wir werden eingeladen und aufgefordert, uns auf den verschiedenen Ebenen psychiatrischer und sozialpolitischer Beratungen und Entscheidungen zu beteiligen. Hierfür fehlen Qualifizierungsangebote und Finanzierungsmöglichkeiten für Betroffene. Und wir haben allenfalls nur beratende Funktionen in diversen Gremien und Beschlussaktionen – echte Partizipation?

Was sind die Bedingungen für gelingende Partizipation aus Sicht der Angehörigen?

Gudrun Weißborn: Wie bereits formuliert, ist Partizipation kein Selbstläufer. Sie muss gewollt, ermöglicht und gestaltet werden. Und damit Partizipation gelingt, brauchen wir eine Kultur der Partizipation, die rechtebasiert und frei von Diskriminierung ist: Sie erfordert Barrierefreiheit, was z. B. die zeitliche Freistellung für partizipative Arbeit betrifft, aber auch was den Zugang zu Informationen und zu den finanziellen Ressourcen angeht. Anspruch und Wirklichkeit liegen heute noch weit auseinander. Die Situation der Nutzer:innen ist prekär.

Dies hat der US-amerikanische Psychologe Julian Rappaport gut zusammengefasst, den ich an dieser Stelle zitieren möchte: »Rechte zu haben, aber über keine Mittel und Leistung zu verfügen, ist ein grausamer Scherz«.

Selbstbestimmung – Mitbestimmung

- individuell betrachtet
- im sozialpolitischen Bereich

Abb. 3: Selbstbestimmung – Mitbestimmung

Welche Faktoren müssen eintreten, damit Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Selbstbetroffenen möglich wird?

Hermann Stemmler: Es bedarf einer Überprüfung und Abstimmung vom Bedarf, der von Profis definiert wird und dem tatsächlichen Bedürfnis des/der Patient:in. Es gibt oft himmelweite Unterschiede zwischen dem von außen Betrachteten und dem innen Erlebten. Die Patient:innenperspektive muss im Mittelpunkt stehen, auch wenn der/die Patient:in sie (noch) nicht selbst äußern kann. Es sollte selbstverständlich sein, dass auf Wunsch des/der Patient:in Vertrauenspersonen, Bezugspersonen, Angehörige nicht nur mit einbezogen werden, sondern gestaltend mitwirken können und so ein gemeinsam abgestimmter, verbindlicher Behandlungsplan entsteht.

Für zukünftige Krisen sollte eine Patientenverfügung mit dem betroffenen Menschen gemeinsam erarbeitet werden. Empowerment und Recovery müssen zugelassen und gefördert werden. Fremdbestimmung und Zwang müssen sichtbar gemacht und, soweit möglich, abgebaut werden. Individuelle Barrieren müssen definiert werden und Möglichkeiten der Überwindung erarbeitet werden. Und letztendlich die Schnittstellen zur Gemeinde und damit systemübergreifende Schritte müssen möglich werden.

Eine Entwicklung menschlicher, partizipativer und möglichst selbstbestimmter psychiatrischer Versorgung kann nicht von außen als normierter Bedarf verordnet werden, sondern die Betroffenen selbst müssen die Chance erhalten und wahrnehmen, eine Möglichkeit zu finden, um ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Dazu brauchen sie eine zugewandte Haltung und Unterstützung, motivierende Gespräche, Respekt für eigenwillige Entscheidungen und die nötige Zeit. Eine solche Entwicklung ist weniger eine Abwicklung von Behandlungsziffern und Therapien, als vielmehr eine Unterstützung bei der nachhaltigen Weiterentwicklung des Menschen: Durch ihn selbst und für ihn selbst – eingebunden in eine menschliche Gemeinschaft.

Wie sieht es mit der Partizipation der Angehörigen aus?

Gudrun Weißborn: In der Regelversorgung sind Partizipation und Selbstbestimmung trotz innovativen und weiterwachsenden dialogischen Angeboten immer noch keine Selbstverständlichkeit.

Und im politischen Bereich gibt es aktuell keine echte bzw. umfängliche Partizipation. Auch wenn Angehörige formal in Gremien stimmberechtigt vertreten sind, so sind die Barrieren, was die paritätische Stimmengewichtung, die Information, die Zeit und die finanziellen Ressourcen angeht, viel zu hoch. Auch ist die Vielzahl an Gremien schwer zu bewältigen. Da ist noch ein ganz großer Schritt, bzw. da sind viele Schritte zu machen, bis wir von einer Kultur der Partizipation sprechen können.

Partizipation ist gelebte Demokratie

- Die Selbstbestimmung der Menschen mit psychischen Krisen und ihrer Angehörigen steht im Mittelpunkt;
- Im Rahmen der Partizipation werden die Verantwortlichkeiten / Machtverhältnisse neu justiert;
- Vertreter:innen der Angehörigen- und Selbst-Betroffenen-Verbände arbeiten gleichberechtigt, gemeinsam mit Profis auf allen Ebenen der Versorgung;
- **Die Entwicklung einer Kultur der Partizipation gelingt nur mit allen Akteuren, deshalb ...**

Abb. 4: Partizipation ist gelebte Demokratie

Gudrun Weißborn: Die Psychiatriereform ist ein gesellschaftspolitisches Projekt und der Prozess der Umgestaltung ist noch lange nicht abgeschlossen.

Erst wenn die Selbstbestimmung der Menschen mit psychischen Krisen und die ihrer Angehörigen im Mittelpunkt steht, erst wenn die Verantwortlichkeiten und Machtverhältnisse neu justiert wurden, sowohl auf der Behandlungs- als auch auf der politischen Ebene, erst wenn Vertreter:innen der Angehörigen- und Selbstbetroffenenverbände gleichberechtigt gemeinsam mit Profis auf allen Ebenen der Versorgungsentwicklung arbeiten, dann wird Partizipation zur gelebten Demokratie. Die Entwicklung einer Kultur der Partizipation gelingt nur mit allen Akteuren. Deshalb sind wir, Betroffene und Angehörige, auf der Suche nach Expert:innen in Theorie und Praxis, um gemeinsam diesen Prozess zu gestalten.

Hermann Stemmler: Wir möchten eine Arbeitsgemeinschaft Partizipation ins Leben rufen, die notwendige Inhalte von Partizipation und in der Praxis umsetzbare Partizipation miteinander diskutiert, vorwärtsbringt und durch Emp-

fehlungen innerhalb der APK die Möglichkeit bietet, die psychiatrische Weiterentwicklung partizipativ, dialogisch abgestimmt sozial-politisch mitzugestalten.

Gudrun Weissenborn: Wir freuen uns auf diese gemeinsame Arbeit und danken Ihnen herzlich für die Aufmerksamkeit.

Psychiatrie 2030 – Visionen

Matthias Rosemann

Sehr geehrte Damen und Herren,

nun soll es um Visionen gehen. Das ist ein großes Wort, vor dem Hintergrund, dass wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) immer an Veränderungen auch in kleinen Schritten arbeiten. Ich habe daher unsere Ziele und Absichten, über die wir uns im Vorstand verständigt haben, in einen Blick zurück gewandelt und möchte jetzt mit Ihnen aus dem Jahr 2030 auf die zurückliegenden acht Jahre zurückblicken. Daher muss ich noch einmal neu beginnen.

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin, sehr geehrte Damen und Herren, einige von Ihnen waren im Jahr 2022 dabei, als wir anlässlich der Feier zum 50-jährigen Jubiläum der APK über Visionen für die Zeit bis 2030 sprachen. Nun, lassen Sie uns heute aus der Perspektive des Jahres 2030 auf die Entwicklungen in den letzten acht Jahren zurückblicken.

Es ist schon fast in Vergessenheit geraten, angesichts der vielfältigen existenziellen Krisen, die uns beschäftigen, dass wir seinerzeit im Ausgang einer weltweiten Pandemie standen und vor dem Hintergrund dieser Corona-Pandemie einige Defizite in unseren Versorgungsstrukturen beklagen mussten.

Nicht vergessen ist allerdings, dass wir in der Folge dieser Zeit gerade bei jüngeren Menschen vielfältige Folgen der seinerzeit erzwungenen Isolationen und der Unsicherheiten beobachten müssen. Die Zahl der Menschen, die unserer Leistungen und Hilfen bedürfen, ist nicht etwa zurückgegangen, sondern nimmt noch immer stetig zu. Das gibt Anlass zur Besorgnis.

Allerdings ist es doch bemerkenswert, dass es uns in der Folge der vielen Krisen, insbesondere des ja nach wie vor dramatischen Fachkräftemangels, gelungen ist, einige wichtige Schritte auf unserem Weg voranzukommen.

So konnten sich an vielen Orten Komplexleistungsteams bilden, die tatsächlich aufsuchend und auch zeitlich intensiv, vor allem aber auf die Situation des/der Patient*in passend tätig werden und damit auch Krankenhausaufenthalte vermeiden helfen können, wie einige jüngere Studien zeigen. Vor allem aber steigert diese Form der bedarfsangepassten Behandlung und Rehabilitation die Lebenszufriedenheit der Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Ein Leben im vertrauten Wohn- und Lebensumfeld ist damit auch mit schwereren Störungen möglich geworden. Es erweist sich in diesem Zusammenhang als überaus wertvoll, dass es gelungen ist, die Abstimmung der Behandlungsteams mit den anderen Leistungs-

erbringern z. B. aus der Pflege, der sozialen und der beruflichen Teilhabe und aller anderen Akteure wirklich systematisch zu verknüpfen. Erforderlich dafür war – einige von Ihnen erinnern sich sicher mit mir an die damit verbundenen politischen Aktivitäten – dass der Gesetzgeber die Verankerung der Behandlungsplanung mit Einbezug anderer Leistungen auch außerhalb des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) vorgenommen und in den Vorschriften zur Teilhabe- und Gesamtplanung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) die Berücksichtigung der Behandlung eingefügt hat. Auf dieser Grundlage können wir sichtbar ressourcensparend mit den Fachkräften umgehen und die bis dahin üblichen Zeitverluste durch aufwändige Abstimmungsverfahren, Doppelarbeit etc. vermeiden.

Schön daran ist, dass diese Teams an ganz unterschiedlichen Organisationen entstanden sind. Nicht nur Krankenhäuser bieten diese aufsuchende Komplexbehandlung an, sondern auch Medizinische Versorgungszentren, Anbieter aus dem Bereich der Teilhabeleistungen und sogar einzelne Arztpraxen haben mit der Bildung solcher Teams bereits Erfahrungen gesammelt. Sicher, wir können noch nicht von einem flächendeckenden Ausbau sprechen, aber wir sind bundesweit doch in allen Bundesländern schon auf einem ziemlich guten Weg.

Udenkbar sind aus heutiger Perspektive die Peers aus den Kreisen der Angehörigen und Selbsterfahrenen, die durch ihre Einbindung in Selbstvertretungs- und Selbsthilfeorganisationen wichtige Impulse für die fachliche Arbeit geben und eine hohe Akzeptanz bei den Klient*innen, Patient*innen und Nutzenden genießen.

Eine andere bemerkenswerte Entwicklung sind die Regionalbudgets, die viele Krankenhäuser mit den Krankenkassen vereinbart haben. Damit wurde die flexible Ausgestaltung der Behandlungsleistungen ermöglicht. Zu diesem Zweck war diese Option in der Bundespflegesatzverordnung vor einigen Jahren verankert worden.

Auch der Aufbau von mobiler medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation hat Fahrt aufgenommen. Es waren zwar äußerst zähe Prozesse, um diese Leistung tatsächlich flächendeckend etablieren zu können und wir sind bei weitem noch nicht dort, wo wir hinwollten, aber wir haben die erforderlichen Grundsteine gelegt. Letztlich wird uns das auch nur gut gelingen, wenn diese Angebote eng mit den anderen Bausteinen der Versorgung verknüpft werden.

Eine entscheidende Wende entstand, als sich in immer mehr Regionen Deutschlands – bemerkenswerterweise in allen Bundesländern – die Erkenntnis durchsetzte, dass uns der Fachkräftemangel zu sehr viel stärkeren kooperativen Formen der Zusammenarbeit meist in unterschiedlichen Formen von gemein-

depsychiatrischen Verbundstrukturen auch rechtskreis- und sozialgesetzbuchübergreifend zwingt. An vielen Orten war der Aufbau einer gemeinsamen Krisenhilfe ein Motor für diese Entwicklung. Durch die Zusammenarbeit aller Akteure in einer Region konnten sowohl die Krisenhilfe, als auch die Erreichbarkeit für Menschen in den sozialen Teilhabeleistungen und teilweise auch in der Krankenpflege zusammengeführt werden und damit deutliche Synergieeffekte erzielen. Ich darf Sie daran erinnern, dass dafür auch ausschlaggebend war, dass der Gesetzgeber die Beteiligung der Krankenversicherung an solchen regionalen Krisenhilfen im Rahmen der Notfallversorgung zum Standard gemacht hat.

Rückblickend betrachtet, ist auch eine geradezu unglaubliche Dynamik entstanden, als zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und in der Folge auch andere Leistungsträger ihre Vorgaben hinsichtlich der Personalvorhaltung verändert haben. Waren im Jahr 2022 noch Stationen die Bezugsgröße für Personalvorhaltungsnachweise, so hat sich das nun so geändert, dass die Einrichtungen das Personal bezogen auf die notwendigen Leistungen in der definierten Versorgungsregion nachweisen müssen. Damit können die Einrichtungen viel flexibler auf die konkreten regionalen Bedarfe reagieren.

Es wäre noch viel mehr zu nennen, wie etwa die Fortschritte im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben und an Bildung sowie die Unterstützung in den betrieblichen Kontexten, dafür reicht aber leider die Zeit nicht. Nur noch so viel: der Rückgang der Zwangsmaßnahmen, der sich durch die Zusammenführung der verschiedenen Statistiken, die ja teilweise auch erst in den letzten Jahren neu etabliert worden waren, in der bundesweiten Auswertung zeigt, ist auch ein bemerkenswerter Fortschritt auf dem Weg zu einer menschenwürdigen psychiatrischen Versorgung. In sehr vielen Regionen Deutschlands hat sich nunmehr ein systematisches Monitoring von Zwangsmaßnahmen etabliert. Die jüngsten Studien zeigen hier auch bemerkenswerte Resultate.

Nicht alles ist so weit gediehen, wie wir uns es im Jahr 2022 gewünscht hatten, aber wir sind deutliche Schritte vorangekommen.

Schön ist es doch auch, dass es in den zurückliegenden Jahren gelungen ist, bemerkenswert viele jüngere Akteure der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung als Mitglieder für die APK zu gewinnen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr Rosemann hat gerade die Visionen vorgetragen, die uns im Vorstand aktuell beschäftigen. Sie werden bemerkt haben, dass es sich nicht um wirklich neue Themen handelt. Eigentlich sind das alles ganz alte Visionen, die schon in der Zeit seit der Expertenkommission gedacht wurden, so die ambulanten komplexen Hilfen, möglichst über die Sozialgesetzbücher hinweg oder die Hilfen in Krisen rund um die Uhr.

Was ist das Wesentliche an diesen Perspektiven?

Die angesprochenen Themen, insbesondere der zunehmende Fachkräftemangel, zwingen uns, nicht mehr – wie bisher – in längeren Zeiträumen der Psychiatrieentwicklung zu denken. Wir haben uns in den letzten 50 Jahren daran gewöhnt, dass die Psychiatriereform sehr lange Zeit benötigt. Von Manfred Bauer, einem der Begründer der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) sind die Sätze überliefert, dass er geglaubt habe, man könne in einer Psychiater-Generation die notwendigen Reformen umsetzen. Nun aber wisse er, dass man zwei Generationen brauchen werde. Diese Sätze sind nun auch schon wieder eine halbe Arbeitsgeneration alt. Insofern könnte man geneigt sein, auch die vor uns liegende Zeit zu betrachten, mit dem Wissen, dass alle Reformen viel Zeit benötigen.

Als APK haben wir den Eindruck, dass wir so nicht weiterdenken dürfen. Wir sind in Sorge, dass vor dem Hintergrund der Pandemie, der Erschöpfung der Mitarbeitenden, dem Fachkräftemangel, der Tendenzen zur Bürokratisierung in Vorgaben von Gesetzgebern und Selbstverwaltung und dem steigenden Bedarf in der Bevölkerung die Psychiatriereform nicht nur zu stagnieren beginnt, sondern erste Tendenzen eines Rückschrittes zu verzeichnen sind. Wenn erste ambulante Maßnahmen, wie z. B. Tageskliniken geschlossen werden, um ausreichend Personal auf den Akutstationen zur Versorgung der eingewiesenen Patient*innen zu haben, dann sind das erste Symptome einer Krise. Als APK sind wir der Überzeugung, dass wir diesen Tendenzen entgegenzutreten müssen. Es ist daher an der Zeit, dass die Vorschläge für ein vernetztes, regionalisiertes, konsequent ambulant und auch präventiv ausgerichtetes Hilfesystem nun auch konkret umgesetzt werden müssen.

Wir können es uns nicht mehr leisten, in unseren tradierten Rechtskreisen zu verharren, sondern müssen Sozialgesetzbuch-übergreifende Strukturen entwickeln, um Fehlversorgung zu vermeiden und Synergieeffekt zu erzielen.

Kern dieser Erwägungen ist, dass Hilfen die Menschen zeitnah und rechtzeitig erreichen, um schwere und chronifizierende Verläufe zu vermeiden. Sie konnten

den von Herrn Rosemann vorgetragene Visionen entnehmen, wie wir uns das vorstellen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Weichen heute gestellt werden. Von einer Vorgabe zu einer flächendeckenden Umsetzung ist es ein zeitlich langer Weg. Daher schlagen wir vor, nun zügig die notwendigen gesetzgebenden Schritte zu gehen, die erforderlich sind, um unsere Ziele bis 2030 zu erreichen.

Dazu gehören unter anderem

- die gesetzliche Verankerung einer ambulanten Komplexleistung, die über eine koordinierte Behandlung hinausgeht und Behandlung aus der Hand eines Teams in enger Abstimmung mit anderen Leistungen anbietet,
- die Implementierung von ambulanter mobiler medizinischer Rehabilitation,
- der flächendeckende Ausbau von Hilfen in Krisen auch unter Beteiligung der Krankenversicherung,
- die systematische Möglichkeit, sektorübergreifende Krankenhausbudgets zu vereinbaren,
- die Vorgaben zu Personalvorhaltung so zu gestalten, dass sie den Einrichtungen die Möglichkeit eröffnen, Personal flexibel einzusetzen, so dass es den aktuellen Bedarfen entspricht,
- die Förderung der Zugangsberatung zu Hilfen und die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,
- die Stärkung der Prävention,
- und die Etablierung einer rechtskreisübergreifenden Behandlungs- und Teilhabepflicht.

Auch die Reduktion von Zwangsmaßnahmen muss ein Ziel unserer Initiativen sein.

Die APK wird zu all diesen Themen in der kommenden Zeit Empfehlungen und Vorschläge entwickeln und sich dafür einsetzen, dass die Psychiatriereform an Dynamik und Geschwindigkeit gewinnt.

Gemeinsam werden wir daran arbeiten, dass die notwendigen Richtungsentscheidungen, zu denen noch viele mehr als die aufgezählten gehören, zeitnah und mit Entschlossenheit getroffen werden, um der Reform in der Zukunft eine Chance zu geben. Aber auch die Akteure in der Versorgung werden wir aufrufen müssen, sich sehr viel mehr als heute damit zu beschäftigen, wie vernetzte regionale Zusammenarbeit gestärkt werden kann, um durch klugen Personaleinsatz einer Verschlechterung der Versorgung Einhalt zu gebieten.

**B Fachtag
»Perspektiven der Hilfen für
psychisch erkrankte Menschen«**

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Thomas Stracke

Die diesjährige Jahrestagung findet im Glanz eines großen Geburtstags statt, des fünfzigsten Geburtstags der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK). Dieser wurde gestern im Rahmen einer Festveranstaltung begangen und Frau Parlamentarische Staatssekretärin Dittmar hat Ihnen auch schon die Glückwünsche des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) überbracht. Trotzdem ist es mir heute eine große Ehre die Teilnehmenden des heutigen Fachtags zu begrüßen. Ich begrüße die stellvertretenden Vorsitzenden der APK Herrn Prof. Dr. Peter Brieger und Herrn Matthias Rosemann und Frau Helga Kühn-Mengel. Und natürlich auch alle weiteren Mitglieder des Vorstandes der APK, die Mitglieder insgesamt der APK und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des heutigen Fachtages.

Angesichts des gestrigen Festtages verzichte ich jetzt auf einen Rückblick auf die großen Verdienste der APK innerhalb eines halben Jahrhunderts für die Belange psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen. Das wären auch vermutlich viel zu viele für ein kurzes Grußwort.

Ich möchte nur kurz auf die großen Schwerpunkte, die wir mit der APK in der letzten Legislaturperiode abgestimmt hatten, eingehen. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte die APK als Geschäftsstelle und Moderatorin eines »Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen«, kurz »Psychiatriedialog« bestellt. In vier Veranstaltungen hat die Dialoggruppe bestehend aus Expertinnen und Experten Handlungsziele und Entwicklungsbedarfe und schließlich auch Handlungsempfehlungen diskutiert. Dazu wird Herr Prof. Dr. Brieger, der den Prozess moderiert hatte, Näheres berichten. Eigentlich war es unser Plan, die Ergebnisse des Dialogs noch in der letzten Legislaturperiode zu verwerten und wo möglich, auch Umsetzungsschritte zu gehen. Aber wie auch bei vielen anderen Prozessen wurde der Zeitplan des Dialogprozesses von der Coronapandemie beeinträchtigt und er verzögerte sich bis in dieses Jahr hinein, sodass wir auch die Abgabe des Abschlussberichts verschieben mussten. Ich freue mich aber sehr, dass der Abschlussbericht in der letzten Woche dem BMG übergeben wurde. Wir machen uns jetzt an die Arbeit und prüfen diesen intensiv, natürlich insbesondere auf die notwendigen Umsetzungsschritte.

Aber die APK wäre nicht die APK, wenn sie nicht auch bereits im Parlamentarischen für ihre wichtigen Anliegen arbeitete. Und deshalb hat sie auch schon im Gesundheitsausschuss über den Psychiatriedialog berichtet. Möglicherweise

sind auch deshalb bereits zwei zentrale Empfehlungen in den aktuellen Koalitionsvertrag eingegangen. Das ist zum einen die Empfehlung zur Gewährleistung des Zugangs zu Komplexleistungen im ambulanten Bereich und zum anderen die Empfehlung zum Ausbau einer flächendeckenden Krisenversorgung. Ich gehe davon aus, dass Frau Dr. Kappert-Gonther heute Mittag noch Näheres zu den diesbezüglichen Perspektiven der Koalitionsvereinbarung sagen wird.

Das Thema Krisenhilfe hat gerade in diesen Zeiten eine besondere politische Bedeutung. Denn Krisenhilfen sind elementar für eine wirksame Suizidprävention. Das erwähne ich deshalb, weil, wie Sie alle wissen, im Zusammenhang mit den geplanten – dem Bundesgesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht aufgegebenen Regelungen zur Suizidassistenten, auch die Suizidprävention nochmal eine ganz neue Bedeutung bekommt. Da sind sich alle Verbände und die Fachöffentlichkeit einig. Ein zukünftiges Gesetz sollte an eine starke Suizidprävention gekoppelt sein, damit auch die Menschen geschützt werden, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung und Vorerkrankung vielleicht nicht in der Lage sind, im Kontext von Überlegungen zu einem möglichen assistierten Suizid, einen freien Willen zu bilden. Ich bin überzeugt, dass die APK sich intensiv an den parlamentarischen Anhörungen und Diskussionen beteiligen wird und das Gesetzgebungsverfahren dann auch kritisch begleiten wird.

Weitere für das BMG sehr wichtige Arbeitsfelder in den kommenden Jahren liegen in der Stärkung der Selbstbestimmung der psychisch erkrankten Menschen und der weiteren Reduktion von öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung. Auch wird die APK bei den Themen »Selbstbestimmung und Partizipation« noch einmal fokussiert die vulnerablen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen und der älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick nehmen.

Ein weiteres Thema, welches gerade in Krisen- und Pandemiezeiten wie diesen besondere Relevanz aufweist, ist die Resilienzstärkung der Menschen. Wir haben in der Coronapandemie eindrücklich sehen müssen, wie sehr die Pandemie selbst, aber noch vielmehr die zum Infektionsschutz ergriffenen Kontaktbeschränkungen und mögliche daraus resultierende sozioökonomische Auswirkungen, die Menschen belasten. Erfreulicherweise haben sich die Suizidraten während der Pandemie nicht erhöht, das war ja anfangs immer wieder befürchtet worden. Ob das auch in naher Zukunft so bleiben wird, angesichts neuer Krisen durch den Ukrainekrieg, die Inflation und die Energiekrise und die dadurch jetzt auch massiven Belastungen der Menschen, die ja weite Teile der Bevölkerung erreichen, ist zumindest unsicher.

Und deshalb müssen wir vielfältig aktiv sein. Die Bundesregierung hat große Entlastungs- und Unterstützungsprogramme zur Abfederung der Belastungen auf den Weg gebracht. Das ist sehr gut so, aber ich glaube wir tun auch sehr gut daran, dass wir darüber hinaus die Potenziale von Resilienz und Recovery im Auge behalten. Gerade vulnerable Bevölkerungsgruppen müssen besonders geschützt werden. Und zu diesen gehören Menschen mit psychischen Vorbelastungen und Erkrankungen. Hier ist die gut etablierte Zusammenarbeit der APK, z. B. mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG) und weiteren Kooperationspartnern eine gute Grundlage, um zur Stabilisierung und Gesunderhaltung gefährdeter Personengruppen beizutragen. Vielleicht spielen diese Themen auch bei dem morgigen Selbsthilfefachtag schon eine Rolle.

Und damit komme ich zum Schluss. Ich möchte Ihnen allen noch einmal den herzlichen Dank des Ministeriums überbringen für die geleistete Arbeit in einem halben Jahrhundert und das ungebrochene Engagement für eine sehr wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir werden auch in den kommenden Jahren, das hat Frau Parlamentarische Staatssekretärin Dittmar ja gestern auch betont, eng mit der APK zusammenarbeiten und weiterhin gezielte Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf den Weg bringen. Ich wünsche uns jetzt allen einen lebhaften Austausch auf dem Fachtag und übergebe wieder an Herrn Prof. Dr. Brieger, der uns jetzt einen vertieften und sachkundigen Einblick in den Psychiatriedialog des BMG geben wird. Herzlichen Dank.

Impulse aus dem Psychiatriedialog

Peter Brieger

Der Dialog ist für mich ein Beispiel, wie durch Abstimmungsprozesse, in moderierten Prozessen, evolutionär Verbesserungen und Weiterentwicklungen angestoßen werden. Im Dialog haben sich in den letzten Jahren ein Vertrauensverhältnis und Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteuren entwickelt. Der Dialog ist ein Format des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) hat dafür die Geschäftsführung übernommen.

Ich werde Ihnen in dem Vortrag zunächst das Ziel und die Vorgehensweise des Dialogs darstellen. Ich werde Ihnen dann nicht alle Empfehlungen und konzertierten Ergebnisse darstellen können, denn das sind 13. Ich werde stattdessen punktuell einige, die mir wichtig erscheinen, darstellen und werde dann am Schluss ein paar Worte dazu sagen, wie es weitergehen könnte.

Der Dialog ist dadurch entstanden, dass der Bedarf gesehen wurde, die Strukturen der psychiatrischen Versorgung personenorientiert und effizienter zu verbessern. Es gab eine Diskussion, ob wir eine neue Psychiatrie-Enquête brauchen. Dabei gab es die Einschätzung, dass diese in der heutigen Zeit, die sehr viel komplexer und vielschichtiger ist, nicht mehr wirksam wäre. Dies führte zur Idee des Dialogs. Er begann im September 2018 und endete im August 2022 mit der Abgabe des Berichts ans BMG. Die Geschäftsstelle wurde durch die APK gestellt und zentral ist hier Ulrich Krüger zu nennen. Er war geschäftsführend für den Dialog zuständig und hat den Abschlussbericht verfasst. Ihm gebührt großer Dank für das, was er da geleistet hat. Es wurde eine Dialoggruppe benannt (Abb. 1, S. 62). Das erfolgte durch den damaligen Bundesminister. Es gab eine Lenkungsgruppe und dann gab es vier Dialogforen. Zu diesen Dialogforen wurden jeweils neben der Dialoggruppe weitere Expertinnen und Experten eingeladen.

Parallel lief der Dialog zu Kindern und Jugendlichen unter der Leitung von Prof. Dr. Jörg M. Fegert und Prof. Michael Kölch mit einer Laufzeit von knapp zwei Jahren. Die Ergebnisse werden heute Nachmittag im Symposium 2 dargestellt. Die Dialoggruppe bestand aus 30 ständigen Mitgliedern aus Verbänden, Leistungsträgern, Fachgesellschaften, Selbsthilfe und Verwaltung. Dazu kamen vier ständige Gäste (der Patientenbeauftragte, der Behindertenbeauftragte, das Robert Koch-Institut und der Sachverständigenrat des BMG). Wir hatten zwei Sitzungen in Präsenz und dann kam die Pandemie. Die weiteren Sitzungen wurden digital durchgeführt. Das hat natürlich das Ganze verändert.

Zusammensetzung der Dialoggruppe		
Dr. Frank Bergmann	Dr. Regina Ernst	Prof. Dr. Dr. Michael Rapp
Prof. Dr. Robert Bering	Prof. Dr. Jörg M. Fegert	Jessica Reichstein
Prof. Dr. Thomas Bock	Dr. Heribert Fleischmann	Matthias Rosemann
Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach	Nils Greve	Anja Röske
Prof. Dr. Anke Bramesfeld	Dr. Iris Hauth	Dorothea Sauter
Prof. Dr. Peter Brieger	Prof. Dr. Andreas Heinz	Dr. Rüdiger Hannig
Thomas Brobeil	Prof. Dr. Michael Kölch	Prof. Dr. Ingmar Steinhart
Jurand Daszkowski	Prof. Dr. Johannes Kruse	Jörg Utschakowski
Dr. Julian Dilling	Dr. Ernst Dietrich Munz	Thomas Voigt
Dr. Hermann Elgeti	Dr. Klaus Obert	

Abb. 1: Dialoggruppe

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage www.psychiatriedialog.de. Diese Homepage empfehle ich Ihnen sehr, da sind sämtliche Stellungnahmen der Verbände und Arbeitsergebnisse eingestellt.

Die Lenkungsgruppe (Abb. 2) wurde zunächst von Prof. Dr. Jörg M. Fegert geleitet. Ich hatte dann die Leitung im Zuge des Wechsels des Vorstandes der APK übernommen.

Zusammensetzung der Lenkungsgruppe	
Prof. Dr. Peter Brieger (Leiter) APK	Dr. Julian Dilling – GKV
Dr. Frank Bergmann – KBV	Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz – DGPPN
Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach – BAG Psychiatrie	Matthias Rosemann – BAG GPV
Hermann Stemmler – NetzG	Prof. Dr. Ingmar Steinhart – BAG Wohlfahrtspflege
Prof. Dr. Anke Bramesfeld – Länder	

Abb. 2: Lenkungsgruppe

Wir haben vor den jeweiligen Dialogtreffen um Stellungnahmen gebeten. Es war eindrucksvoll, wie viele Verbände jeweils zu den Themen Stellung genommen haben und in welcher Tiefe und in welcher Qualität das erfolgt ist. Dabei liegen viele dieser Stellungnahmen oft nicht weit auseinander.

Wir haben Vorbereitungstreffen vor den jeweiligen Dialogtreffen gemacht – als Präsenzveranstaltungen oder später Videokonferenzen. Die Selbsthilfe und Angehörigen-Selbsthilfe haben sich auch ausgetauscht. Herr Dr. Stracke hat schon darüber gesprochen. Wir hatten letztes Jahr im Juni die Möglichkeit im Gesundheitsausschuss Zwischenergebnisse zu präsentieren, die auch im Koalitionsvertrag Berücksichtigung fanden.

- Vier Themenfelder (Abb. 3), wurden in den Dialogforen bearbeitet. Das waren
- im ersten Dialogforum die »Versorgungsbereiche nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)«,
 - im zweiten »Selbstbestimmung und Partizipation«,
 - dann »Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen«
 - und im letzten Dialogforum dann »Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation«.

Vier Dialogforen		
I. Dialogforum	Versorgungsbereiche nach SGB V	Juni 2019
II. Dialogforum	Selbstbestimmung und Partizipation	November 2019
III. Dialogforum	Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen	September 2020
IV. Dialogforum	Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation	April 2021

Abb. 3: Themenfelder der Dialogforen

Eine schwierige Vorgabe war der enge und strenge Bezug auf das SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung). Das ist Folge der Zuständigkeit des BMG. Aber uns war allen bewusst, dass die Bedarfe und Lebenssphären der Menschen nicht im SGB V komplett dargestellt sind, dass wir natürlich Sozialgesetzbücher übergreifend auch handeln und denken müssen.

Hier sehen Sie die Themen (Abb. 4, S. 64), die wir bearbeitet haben. Ich werde Ihnen nicht alle Themen darstellen, aber ich bin mir sicher, der Abschlussbericht wird in gebührender Zeit öffentlich zugänglich gemacht werden, so dass Sie das dann komplett nachlesen können.

Es gibt zum einen konsentrierte Zielsetzungen und Handlungsbedarfe, die mit allen Beteiligten abgestimmt sind. Und dann gibt es Handlungsempfehlungen, die nicht notwendigerweise mit allen Beteiligten konsentriert werden konnten. In der Dialoggruppe wurden also konkrete, in der Regel gesetzliche Maßnahmen zur Angebotsverbesserung in den festgestellten Handlungsbereichen diskutiert. Die Geschäftsstelle unterstützte diese Diskussion mit der Vorlage von Empfehlungsentwürfen. Die Lenkungsgruppe entschied vor dem Hintergrund noch offener Klärungsfragen und erkennbar unterschiedlicher Einschätzungen in diversen Detailfragen, sich auf die Formulierung von Zielsetzungen und Handlungsfeldern ohne Hinweise auf eine mögliche gesetzliche Umsetzung zu beschränken. In der Lenkungsgruppe wurden daraufhin 13 Zielsetzungen und Handlungsfelder formuliert und einvernehmlich beschlossen.

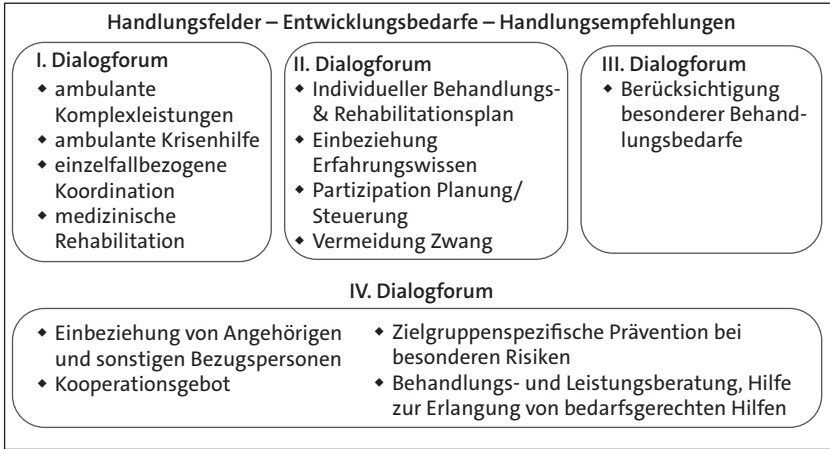


Abb. 4: Handlungsfelder – Entwicklungsbedarfe – Handlungsempfehlungen

Die in den Dialogforen diskutierten, aber nicht konsentierten Handlungsempfehlungen werden gesondert dargelegt. Dabei ist zu bedenken, dass ein weiterer Klärungsbedarf erforderlich und ernstzunehmende Bedenken beachtet werden müssen.

Das erste Thema war die ambulante Krisenhilfe. Zum Thema Krisendienst wird es heute Nachmittag den Beitrag von Herrn Dr. Welschhold aus Bayern geben. Es gibt Bundesländer, die inzwischen Krisendienste haben. Leider sind diese überwiegend nicht SGB V finanziert, das ist ein Punkt, den ich gerne anders sehen würden. Konsentiert ist, die Sicherstellung einer ambulanten, niedrigschwelligen Hilfe bei psychischen Krisen und ein schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine psychiatrisch-fachkompetente Krisenhilfe. Wir empfehlen den Ausbau der Krisenhilfe und die verstärkte Vernetzung unter Einbeziehung bestehender Strukturen. Diese Empfehlung hat es tatsächlich in den Koalitionsvertrag geschafft, sodass wir hier auf weitere Initiativen und Regelungen hoffen. Das hat Frau Dr. Kappert-Gonthier gestern schon angekündigt. Wir hoffen auf Synergien mit der Neuregelung der Notfallversorgung, die anliegt. Die nicht konsentierte Handlungsempfehlung ist hier abgebildet (Abb. 5, S. 65).

Es wird empfohlen, dass es eine zusätzliche Leistung ist, die gesondert zu vergüten ist. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) trägt einen Anteil der Kosten, es wird nicht etwas komplett Neues entstehen, sondern beispielsweise wie wir es in Bayern auch gemacht haben, werden bestehende Einrichtungen

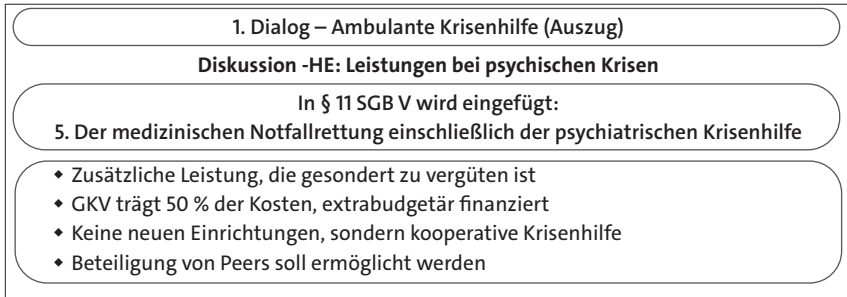


Abb. 5: nicht konsentrierte Handlungsempfehlung

und bestehende Angebote vernetzt und erweitert. Die Beteiligung von Peers, von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern finden wir wichtig. In der Diskussion, ob das finanzierbar ist, können wir auf die Erfahrungen in Bayern verweisen: Mit einem niedrigen zweistelligen Millionenbetrag ist die Krisenhilfe flächendeckend zu gewährleisten. Wenn das überschlägig für das ganze Bundesgebiet hochgerechnet wird, dann sind diese Kosten überschaubar – viele Krankenhausneubauten sind sehr viel teurer.

In der folgenden Abbildung sehen Sie die notwendige und mögliche Vernetzung (Abb. 6). Krisenhilfe und Notfallversorgung sind für uns ganz zentrale Punkte.

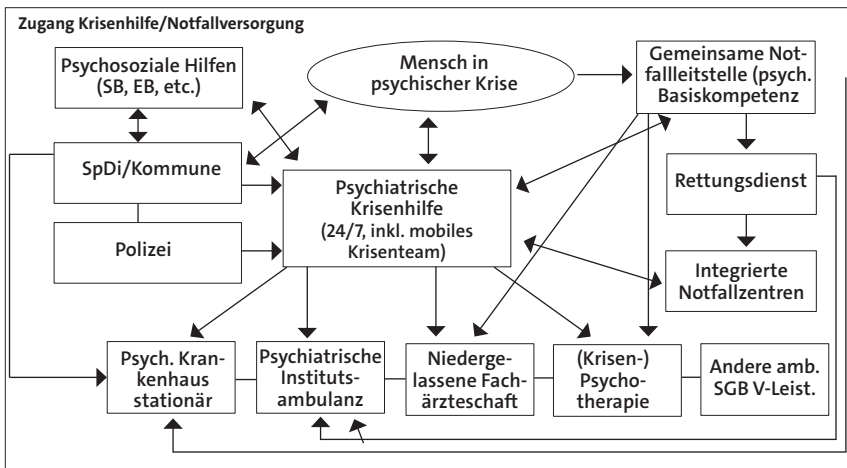


Abb. 6: Zugang Krisenhilfe/Notfallversorgung

Den zweiten Punkt, den ich Ihnen aus dem ersten Dialogforum darstellen will, ist die ambulante Komplexleistung. Ein komplexes Thema auch in der Darstellung. Was haben wir konsentiert? Wir haben konsentiert, dass schwer psychisch erkrankte Menschen eine abgestimmte multi-professionell erbrachte Komplexleistung benötigen und dass diese Komplexleistung aufsuchend und bedarfsorientiert ausgerichtet sein soll. Stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist es nicht: Wir brauchen eine Leistung, die nicht die Hochschwelligkeit der Stationsäquivalenten Behandlung hat, sondern viel bedarfsorientierter ist. Nicht jede Patientin bzw. jeder Patient muss sieben Tage die Woche gesehen werden. Manche brauchen auch nur zwei oder drei – aber häufig aufsuchende – Kontakte die Woche. Da ist es zu wenig, wenn ich bloß ein oder zwei Termine im Quartal habe. Also ich brauche etwas, was da viel bedarfsorientierter ist und das muss ggf. auch über die reine Koordination schon bestehender Hilfen hinausgehen, wie es teilweise die KSVPsych-Richtlinie (§ 92 Abs. 6b SGB V) vorgibt: In der ambulanten Versorgung hat der Gesetzgeber mit dem § 92 Abs. 6 b SGB V die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Versicherte normiert und dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Erstellung einer Richtlinie dazu übertragen. Dieser hat die KSVPsych-Richtlinie geschaffen. Mit der zum 01. Oktober 2022 in Kraft getretenen Vereinbarung zu einer Vergütung für diese Leistung liegen die Voraussetzungen vor, diese Leistungen in sogenannten Netzverbänden für erwachsene psychisch erkrankte Menschen zu erbringen.

Der Gesetzgeber hat mit dieser Grundlage erreicht, dass die Behandlungsleistungen des SGB V für psychisch erkrankte Menschen unter in der Richtlinie näher bestimmten Bedingungen in einer besonders abgestimmten und koordinierten Weise erbracht werden können. Neue Behandlungsleistungen wurden damit nicht geschaffen. Die beteiligten Netzverbandsmitglieder und Kooperationspartner arbeiten weiterhin auf der Grundlage der für sie geltenden Regelungen und Bestimmungen (z. B. Psychotherapie-Richtlinie, Soziotherapie-Richtlinie). Die behandelnden Akteure sollen sich gemäß der Richtlinie regelhaft miteinander über die Durchführung ihrer jeweiligen Maßnahmen auf der Grundlage eines Gesamtbehandlungsplans abstimmen; sie bleiben aber in der Durchführung voneinander unabhängig.

Aus unserer Sicht bleibt das aber eine Vernetzung bestehender Regelleistungen.

Die nicht konsentierete Handlungsempfehlung des Dialogs ist, eine eigene Leistungsqualität zu entwickeln, die von verschiedenen Anbietern erbracht werden kann (vertragsärztlich, psychosoziale Anbieter und Krankenhaus). Dies umfasst ärztliche und nichtärztliche Leistung, die bedarfsorientiert und personenzentriert

erbracht wird. Das Angebot sollte interdisziplinär, multi-professionell, personenzentriert, mobil-aufsuchend und in einen Gesamtbehandlungsplan integriert sein. Ein weiteres Thema, das uns sehr wichtig ist, ist die Vermeidung von Zwang in der psychiatrischen Versorgung. Dazu wurden BMG-Projekte abgeschlossen (ZIPHER und ZVP). Darauf konnte der Dialog aufbauen. Es bedarf eines gesellschaftlichen Diskurses zu Zwang und Gewalt. Es ist notwendig, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Berichterstattung in dem Bereich zu etablieren, damit Zwang transparent wird. Das Thema bedarf eines Diskurses mit Psychiatrieerfahrenen, mit Angehörigen, mit Expertinnen und Experten – und der »Gesellschaft insgesamt«. Ziel der APK ist es, dass es Standards zum Monitoring von Zwangsmaßnahmen gibt, also ein bundesweit einheitliches System mit einheitlicher Erfassung und Berichterstattung. Ich kenne das in meinem eigenen Unternehmen, in dem ich tätig bin. Allein die Daten darzustellen und einheitlich zu kommunizieren, eine Reflektion über verlässliche Daten zu haben, ist ein ganz wichtiger erster Schritt. Und bisher ist es uns nicht gelungen, das über 16 Bundesländer einheitlich hinzubekommen. Ein bundesweit einheitlicher Standard, der auch zivilrechtliche Maßnahmen umfasst, ein Datenmonitoring wäre für uns ein ganz wichtiger Schritt.

Das Thema »Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan« ist ein Kernthema der APK – ich erinnere an den IBRP. Es geht darum, dass dieser Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ein Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung, Rehabilitation und zur Stärkung der Selbstbestimmung ist. Konsentiert ist, dass Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen einen Anspruch haben sollen auf einen abgestimmten schriftlichen individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan. Bei aller Sorge um überbordende Dokumentation und Bürokratie ist dies ein wichtiger Schritt: Gemeinschaftlich mit Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen bedarf es eines Herangehens, wie eine Behandlungsplanung aussieht und dass da die verschiedenen Aspekte der Hilfen, der Angebote, der Therapien integriert werden. Da haben wir in der Praxis im Moment kein einheitliches Vorgehen. Das Thema berührt auch die Schnittstellen zu anderen Büchern des SGB, z. B. zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) oder zur Jugendhilfe. Die nicht konsentierete Handlungsempfehlung beinhaltet eine entsprechende Änderung im SGB V, so dass ein Rechtsanspruch für eine Behandlungs- und Rehabilitationsplanung für bestimmte Personengruppen besteht.

Im Schnelldurchgang erwähne ich noch einige weitere Empfehlungen:

- Wir empfehlen die Rehabilitation anders zu positionieren. Rehabilitation kommt bei psychisch kranken Menschen immer noch nicht so an, wie es eigentlich notwendig wäre. Rehabilitation meint aber nicht notwendigerwei-

se große Einheiten, große Kliniken, große Angebote, die irgendwo zentral, irgendwo und weit weg sind, sondern Rehabilitation muss vor Ort bei den Menschen erfolgen. Rehabilitation muss kleinteilig sein, flexibel und bedarfsgerecht; da sehen wir die ambulante und die mobile Rehabilitation als einen ganz zentralen Punkt.

- Es muss selbstverständlich sein, dass Angehörige in die Therapieplanung einbezogen sind. Das muss einfach so sein. Das ist konsentiert und sollte eine Selbstverständlichkeit sein.
- Matthias Rosemann hat bei der Jubiläumsveranstaltung einen launigen Rückblick aus dem Jahr 2030 gemacht und gezeigt, was wir erreichen könnten. Wir haben vieles, was gut funktioniert. Wir müssen aber viel besser kooperieren. Wir müssen viel besser die Angebote, die wir haben, nutzen. Wir müssen Doppelstrukturen, Doppeluntersuchungen, Doppelvorhaltungen vermeiden. Und durch ein Kooperationsgebot, das hier auch konsentiert ist, wäre das zu erreichen. Das spiegelt sich in der Idee des gemeindepsychiatrischen Verbundes wider. Das Kooperationsgebot ist ein zentraler Punkt unserer Handlungsempfehlungen.

Was folgt nach dem Dialog? In den Koalitionsvertrag ist manches eingeflossen: Krisenhilfe, ambulante Komplexleistung, Prävention und Antistigma finden sich dort und im Dialog. Was kommt nun? Gibt es einen weiteren Dialog, verstetigt er sich? Gibt es einen neuen Dialog, vielleicht unter Einbezug der anderen Gesetzbücher, vielleicht auch der anderen Fachministerien? Da diskutieren wir momentan mit dem BMG und der Politik. Ich glaube nicht, dass das jetzt das Ende dieses Prozesses sein kann, sondern wir müssen den Prozess fortführen.

Aber es ist auch klar, erstmal muss dieser Bericht jetzt ankommen, bewertet werden, daraus Handlungsbedarfe abgeleitet werden.

Der Psychiatriedialog hat wesentliche neue Ergebnisse erarbeitet – lassen Sie uns die angehen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven im Koalitionsvertrag

Kirsten Kappert-Gonther

Lieber Peter Brieger, danke für die freundliche Einführung,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Jürgen Dusel, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, hat gestern bei der Festveranstaltung zum 50-jährigen Jubiläum in Bezug auf die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) gesagt »Every Little Thing She Does Is Magic«. Diese Wahrnehmung freut uns und wir danken für die Lorbeeren! Aber Überhöhung kann auch leicht Enttäuschung mit sich bringen. Unbestritten ist, die APK hatte eine sehr wichtige Rolle und muss sie weiterhin haben, denn die psychiatrische Versorgungslandschaft ist noch längst nicht so gut, wie sie sein muss, insbesondere für die schwer und chronisch psychisch Kranken.

Ich werde mit Ihnen teilen, wo wir meiner Meinung nach derzeit stehen, welche wichtige Aufgabe die APK hat und ich werde auch darlegen was wir politisch, in der Ampel, im Parlament und im Gesundheitsausschuss zu tun haben.

Wer nun erwartet, dass hier ein paar Ankündigungen kommen und »schwupps« ist morgen alles umgesetzt, der wird notwendigerweise enttäuscht werden. Schauen wir mal, ob es ein paar Ideen gibt, auf die wir miteinander aufbauen können.

Auf dem Weg hierher, ich komme gerade aus der Generaldebatte im Deutschen Bundestag, wurde mir klar, dass ich zu Beginn mit Ihnen ein paar Beobachtungen teilen möchte, die mir große Sorgen bereiten und von denen ich glaube, dass sie uns alle angehen. Auch uns, die wir uns sozialpsychiatrisch einsetzen, die hier hergekommen sind, denen die Verbesserung der psychosozialen Versorgung insbesondere der schwer und chronisch Kranken ein Herzensanliegen ist und gemeinsam etwas bewegen wollen.

Wir haben mindestens drei sich überlappende große Krisen. Die Klimakrise, die Pandemie, die eben noch nicht vorbei ist und den schrecklichen Angriffskrieg gegen die Ukraine. In der Folge haben wir auch eine Pandemie der seelischen Belastungen. Wir haben gleichzeitig eine Krise, die sehr unter dem Radar läuft und das ist das, was so häufig als Fachkräftemangel bezeichnet wird und uns insbesondere in der Pflege wirklich sehr große Sorgen machen muss. Wir haben noch eine ganze Reihe von anderen schweren Belastungen wie beispielsweise die Zunahme von Einsamkeit. Mit dieser Situation gehen wir jetzt gerade politisch um. Wir erleben

die aktuelle Lage als Bedrohungssituation, die weit in die Mittelschicht reicht, mit Sorgen und Ängsten die Energiekosten nicht mehr zahlen zu können, oder dass aufgrund der Inflation das Gehalt nicht mehr reichen könnte. Viele Menschen haben aus verschiedenen Gründen große Sorgen im Rahmen dieser sich überlappenden Krisen. Das führt zu erheblichem seelischen Druck. Wir wissen, dass seelischer Druck sich häufig erst dann zeigen kann, wenn etwas Entspannung einsetzt. Das heißt wenn wir z. B. das große Glück haben sollten, dass wir zum Winter hin keine weitere schwere Covidwelle bekämen, was wir ja noch nicht wissen, wäre das ein Rückgang einer Drucksituation. Wenn dieser Krieg hoffentlich irgendwann beendet sein wird, wäre das ein signifikanter Rückgang der Bedrohungssituation. Wenn wir es schaffen, wovon ich im Moment ausgehe, dass wir die Energieversorgung über den ganzen Winter sichern, dann führt das zu Entspannung. Was für die seelischen Bedürfnisse vieler Menschen aber bedeuten wird, dass sie erst dann an die Oberfläche kommen dürften. Diese Beobachtungen speisen sich auch aus meiner 25-jährigen Erfahrung als Psychiaterin und Psychotherapeutin. Dieses Wissen, dass sich Hilfebedarf häufig erst dann manifestiert, wenn Drucksituationen nachlassen, müssen wir politisch und als APK berücksichtigen. »Augen zu und durch« ist nie eine gute Variante. Es ist besser die Augen zu öffnen und mit der Situation angemessen umzugehen. Der psychiatrische und psychosoziale Hilfebedarf wird also in Zukunft deutlich steigen, gerade auch bei Kindern und Jugendlichen.

Der zweite Punkt, der uns miteinander beschäftigen sollte ist, dass solche elementaren Krisen nicht nur individuellen seelischen Druck machen, sondern auch zu gesellschaftlicher Anspannung führen. Und was passiert zu leicht in Drucksituationen, denen wir gesellschaftlich ausgesetzt sind? Es kommt zu Spaltungen. Die Gefahr, dass Menschen, die ohnehin zu oft an den Rand gedrängt werden, wieder stärker ausgegrenzt werden, wächst. Wir laufen Gefahr, dass gerade die die keine laute Stimme haben, die keine gute Lobby haben, die ohnehin am Rand leben wie die schwer und chronisch psychisch Kranken – nach wie vor und trotz alldem, was in den letzten 50 Jahren innerhalb der Psychiatriereform gelungen ist – dass sie erneut aus dem Blick geraten. All die ganzen Dinge, die wir heute hier miteinander diskutieren, gestern diskutiert haben und morgen noch diskutieren werden, besprechen wir vor diesem Hintergrund. Das bedeutet, dass wir gemeinsam dazu beitragen müssen, um insgesamt die Drucksituationen zu reduzieren. Das gilt ganz besonders auch für die Klimakrise. Denn die seelischen Auswirkungen der Erderhitzung sind beträchtlich. Ängste und Zukunftssorgen nehmen zu, je heißer, desto aggressiver wird das Miteinander, die Traumfolgestörungen infolge von Starkwetterereignissen nehmen zu.

All das betrifft auch die Helfer*innen im Versorgungssystem. Auch Profis sind keine Personen, die außerhalb dieser Drucksituation stehen, sondern auch wir sind alle davon beeinflusst und auch das muss man berücksichtigen. Je stärker die Drucksituation wird, umso mehr müssen wir auch schauen, was wir miteinander tun können, in dem wir uns unterhaken, damit wir insgesamt bei Kräften bleiben. Ich finde es war ein besonders schöner Moment, als wir gestern mit dem Chor Don Bleu hier miteinander gesungen haben. Heute Morgen habe ich den Blaumeier-Chor nochmal kurz gesehen. Sie haben mir gesagt, dass sie noch nie einen so schönen Chor im Publikum gehabt haben. Das ist doch mal ein Lob! Und den Chor gibt es schon lange. Wir haben auch miteinander das schöne Lied »Über den Wolken« gesungen. Alle von Ihnen, die schon einmal geflogen sind wissen, was eine Stewardess oder ein Stewart bei der Sicherheitsunterweisung vor dem Start sagt. Sie sagen, sollte es einen Druckabfall in der Kabine geben – und wir haben aktuell quasi einen Druckabfall in der Kabine gesellschaftlich gesehen – dann nehmen sich erwachsene Personen zuerst die Sauerstoffmaske und helfen erst dann Kindern, Alten und Bedürftigen. Das finde ich, ist schon etwas, was man auch gesellschaftlich miteinander berücksichtigen sollte. Denn wir können nur helfen, wenn wir selbst genügend Sauerstoff zum Atmen haben.

Es ist erforderlich insgesamt das Paradigma der Gesundheitspolitik zu verändern in Richtung mehr Prävention und Gesundheitsförderung. Wir hatten bisher immer einen sehr kurativen Blick auf unser Gesundheitssystem. Es ist richtig, dass die Versorgung und deren Finanzierung stimmen muss. Aber unser Koalitionsvertrag geht darüber hinaus. Er enthält nicht nur einen extra Absatz zum Thema »Seelische Gesundheit« was auch ein Novum ist, sondern wir stellen voran, dass wir die Gesundheit in den Lebenswelten, dass wir Prävention und Gesundheitsförderung als Leitidee von Gesundheitspolitik etablieren möchten. Jetzt könnte man ja denken, das ist so ein Satz, der sich gerne und leicht sagt, aber nicht viel bedeute.

»Wir sind für Prävention und Gesundheitsförderung« – ja, das ist ein schöner Satz. Ernstgenommen hat das richtig Power. Dann ist es nämlich nicht weniger als die Etablierung des Ansatzes, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit »Health in Policies« schon lange propagiert. Das heißt dann nicht weniger, als dass wir anerkennen, dass das, was wir an politischen Rahmenbedingungen setzen – und zwar nicht nur im engen Korsett der tradierten Gesundheitspolitik im SGB V, sondern grundsätzlich – bei allen Entscheidungen darauf rekurrieren müssen, welche Bedeutung jede politische Entscheidung sowohl für unsere körperliche als auch seelische Gesundheit hat. Wenn wir das ernst nehmen, kommen wir auf einmal zu bemerkenswerten Entwicklungen. Dann hieße das nämlich, dass wir bei

der Stadtentwicklung dafür sorgen, dass Begegnungsräume entstehen, dass wir den öffentlichen Raum aufwerten, dass wir auch die Verkehrspolitik so organisieren, dass sowohl die mit den kleinen Beinen als auch die, die vielleicht nicht mehr laufen können sicher und gut zu Fuß bzw. mit einem Rolli oder einem Fahrrad unterwegs sein können. Dann hieße das auch anzuerkennen, dass soziale Bedingungen und Gesundheit nicht etwas sind, was nebeneinandersteht, sondern was einander bedingt. Das heißt anzuerkennen, dass Armut krank macht und Krankheit arm und also eine Politik der sozialen Gerechtigkeit folgen muss. Das heißt gerade für die schwer chronisch Kranken, dass man sie in den Blick nehmen muss und auch dafür gibt es wichtige Passagen im Koalitionsvertrag. Beispielsweise im Bereich der Arbeit steht der Satz: »Wir wollen die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz verbessern.« Was heißt das konkret? Das heißt anzuerkennen, dass viele von uns etwa ein Drittel oder mehr unserer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen und dass die Art und Weise, wie wir Arbeit organisieren, einen direkten Einfluss auf unsere körperliche und seelische Gesundheit hat. Das wir z. B. Aspekte wie Entgrenzung der zeitlichen und räumlichen Dimension von Arbeit eine Relevanz für unsere Gesundheit haben. Ich weiß nicht im Detail wie Sie arbeiten, aber ich weiß so ungefähr, wie ich arbeite und ich kann Ihnen sagen, dass ist nicht nur gesundheitsfördernd, wenn man ununterbrochen erreichbar ist. Aber ich mache das freiwillig. Es gibt viele Arbeitnehmer*innen, die werden dazu nicht direkt per Vertrag, aber durch die Haltung im Unternehmen quasi verpflichtet. »Es ist 22.00 Uhr und Du beantwortest meine Mail nicht?« Die Verpflichtung steht nirgends. Aber das sind Haltungen, die sich etablieren. Alles in Bezug darauf, wie wir unser Zusammenleben organisieren auf Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung hin zu überprüfen, das ist das, was in der Präambel des Gesundheitskapitels steht.

Was ich jetzt mit Ihnen gerne machen möchte, ist den Präventionsbogen durchzugehen. Bei der Primärprävention waren wir jetzt schon miteinander. Folglich die Sekundärprävention. Was passiert in den Schulen? Was brauchen die Kinder, die jetzt besonders unter Druck stehen? Wie sieht es mit der Tertiärversorgung aus? Auch dazu steht etwas im Koalitionsvertrag. Dass wir diese verschiedenen Bereiche miteinander verbinden wollen. Was nicht drin steht und was aus meiner Sicht ein großer Mangel ist, das möchte ich auch sehr deutlich machen, ist, dass wir die Gesundheitsversorgung sozialgesetzbuchübergreifend nicht nur definieren, sondern auch organisieren. Das wäre überhaupt zwar nicht einfach, aber höchst sinnvoll. Wir können den Präventionsbogen mit ernst genommenem Health in all Policies-Ansatz, der Verknüpfung der Lebenswelten mit dem Beratungsbereich, Teilhabeleistungen und dem ganzen SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Ge-

setzliche Krankenversicherung) Bereich nicht so gut organisieren, wie es möglich und sinnvoll wäre, solange wir nicht auch an den Sozialgesetzbüchern arbeiten. Aber leider steht dies so nicht im Koalitionsvertrag.

Was aber drin steht ist, dass wir die Hilfen für Kinder in Ihren Lebenswelten – sei es in der Kita, Schule, bei Studierenden, Jugendlichen ebenso stärken wollen wie für die Menschen im Bereich der Arbeit. Und zwar sowohl für Personen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen, als auch für Menschen, die nicht in Arbeit sind, entweder nicht mehr, noch nicht oder weil sie das nicht bedienen, was der Arbeitsmarkt möchte. Ich glaube nicht, dass wir langfristig gesellschaftlich erfolgreich sind, wenn wir unsere Arbeitsbezüge immer von den Arbeitsanforderungen her definieren, sondern wir müssen dazu übergehen, sie mehr von denen her zu definieren, die Arbeit leisten können. Auch schwer chronisch psychisch kranke Menschen können vielleicht an drei Tagen die Woche für 2,5 Stunden – mal einen Tag mehr mal einen Tag weniger – relevante, gute, sinnvolle Arbeit leisten, aber nicht, wenn sie innerhalb der Wiedereingliederung gesagt bekommen, dass sofort die vier Stunden-Schicht gefordert ist. Auch da müssen wir zu neuen Modellen kommen und ich verstehe diesen Koalitionsvertrag so, dass wir auch hier in dieser Legislatur zumindest beginnen, uns darüber Gedanken zu machen, wie wir dort zu Verbesserungen kommen.

Wenn wir diesen Gedanken, Menschen in ihrer Individualität in ihrem Sein wahrzunehmen und anzuerkennen, was Personen brauchen als etwas Präventives anerkennen, dann würde der Satz im Koalitionsvertrag »Wir werden eine Entstigmatisierungskampagne bzgl. der seelischen Gesundheit starten« in diesen Bereich fallen. Nochmals gesagt, ich finde, dass der Koalitionsvertrag und das Gesundheitskapitel sehr gut sind. Aber auch so ein Satz besitzt Interpretationsspielraum. So ein Satz muss klar definiert werden und das tut ja nicht das Papier, sondern das tun Menschen. Wir wissen, dass Präventionskampagnen oder auch Entstigmatisierungskampagnen leider oftmals nicht das schaffen, was sie tun sollten. Wenn wir also beispielsweise großformatige Plakate erstellen mit Sätzen wie »Jeden kann eine seelische Krise treffen« dann stimmt das, und zwar nicht nur bei Angst und depressiven Erkrankungen, sondern jede Person hat grundsätzlich das Talent auch psychotisch zu werden. Wenn wir nicht stehen bleiben wollen bei Plakatwänden, dann muss man etwas Umfassenderes entwickeln. Deshalb ist die APK Kooperationspartnerschaften auch mit anderen hier Anwesenden eingegangen.

Etwas Umfassenderes bedeutet, dass wir auch in die Lebenswelten gehen, dass wir dahin gehen, wo sich Vorurteile und Stigmata entwickeln. Das sind viele

verschiedene Bereiche, wie der Bereich der Bildung, u.a. auch im Studium, der Bereich der Arbeit und auch im Bereich des Alltags. Wir leben in der Regel in den Bezügen von Wohnen, Arbeit, Freizeit und überall kann sich Stigma und aber auch Entstigmatisierung entwickeln. Was mir sehr wichtig ist und was uns manchmal auch in den psychiatriepolitischen Debatten verloren geht, ist, dass wir immer darauf achten müssen, dass gute Entstigmatisierungsprogramme niederschwellig, gendersensibel und diskriminierungssensibel sein müssen. Das ist nicht trivial. Im Anatomieatlas dominieren immer noch Abbildungen von Männern, während Frauen häufig nur im Rahmen von Themen wie Brustkrebs oder Geburt vorkommen. Auch im Bereich der seelischen Gesundheit ist es wichtig Genderaspekte zu berücksichtigen. Bei aller Individualität zu gucken, welche Personengruppe ist mit welchen Herausforderungen besonders konfrontiert, braucht welche spezifischen Angebote. Wir haben zurzeit beispielsweise eine steigende Zahl an Männern mit depressiven Erkrankungen, bei denen die depressive Symptomatik entweder nicht erkannt oder nicht thematisiert wird. Dann aber steigt das Risiko, dass beispielweise Alkohol als Selbstmedikation genutzt wird was zur Sucht führen kann. Das sind alles Dinge, die wir bedenken sollten bei künftigen Vorhaben zur Entstigmatisierung, sie muss gendersensibel, zielgruppenspezifisch und diskriminierungssensibel sein. Dazu gehört unbedingt, dass wir nicht nur fortfahren damit, dass Menschen mit Depressionen und Angsterkrankungen glücklicherweise immer weniger stigmatisiert werden, sondern auch damit beginnen, dass wir das Stigma für Menschen mit Psychosen, schizophrenen und Suchterkrankungen beenden und das Tabu brechen.

Wie sieht nun die Versorgungslandschaft aus? Auch da sollten wir Sorge dafür tragen, dass möglichst wenige Menschen stationär behandelt werden müssen. Jede bzw. jeder von uns, die bzw. der mal in einer Psychiatrie war oder in einer Psychiatrie gearbeitet hat – ich habe über zehn Jahre in psychiatrischen Institutionen gearbeitet – weiß, dass es häufig nicht schön ist, in einer Psychiatrie zu sein. Es ist immer auch eine Belastung. Ein stationärer Aufenthalt kann aber nicht nur notwendig, sondern ein Segen sein, wenn die Behandlung gut ist. Das, was im Moment mit der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) zur Diskussion steht, halte ich theoretisch für eine gute Idee, um zu geeigneten Personalstandards zu kommen und zu einer wirklich vernünftigen Nachfolgeregelung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Diese Richtlinie aber ist, so wie sie jetzt ausgestaltet ist, nicht gut genug, um wirklich die Versorgung in den psychiatrischen Kliniken zu verbessern, und in Teilen steht sie sogar gegen eine gute psychiatrische Versorgung. Warum? Weil sie zu unflexibel ist, ambulant

und stationär nicht miteinander verknüpft, sondern im Gegenteil tagesklinisch Behandlungen gefährdet. Zudem ist sie zu berufsgruppenstarr, sie verhindert, dass Berufsgruppen, auch wenn das notwendig und sinnvoll ist, flexibel in multiprofessionellen Teams eingesetzt werden können. Wenn sie jetzt wirklich scharf gestellt würde, inklusive der Sanktionen, dann fürchte ich, dass wir uns damit echte Versorgungsmängel einhandeln. Das ist natürlich erstmal kontraintuitiv, weil man denkt, mehr Personal sei auch besser. Richtig. Aber das Personal muss vorhanden und einsetzbar sein. Grundsätzlich ist es richtig, dass wir zu einer vernünftigen Personalbemessung kommen. Das ist auch das, was im Koalitionsvertrag hinterlegt wurde, zu einer angemessenen Personalausstattung zu kommen, weil wir wissen: Die Behandlung psychischer Erkrankungen brauchen Zeit, Zeit von Menschen. Wir müssen personalisierte Medizin ernst nehmen. Manche verstehen unter dem Begriff der personalisierten Medizin im Wesentlichen Genomsequenzierung. Ich meine, wir sollten individualisierte, personalisierte Medizin verstehen als die Frage: »Wer bist Du und was brauchst Du?« Wenn wir das wirklich ernst nehmen, dann geht das nur mit Personal, mit Zeit und mit Haltung. Auch hier sind Aus-, Fort- und Weiterbildung essenziell und zwar für alle Berufsgruppen. Das verbirgt sich auch hinter diesem Satz im Koalitionsvertrag. Für die PPP-RL aber ist zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Dort stehen jetzt relevante Entscheidungen an, auch da müssen wir eine Stimme sein und da sind wir als APK auch eine laute Stimme.

Aber auch wenn wir dafür Sorge tragen wollen, dass möglichst wenige Menschen in psychiatrische Institutionen kommen müssen, sollten alle Menschen, die in die Psychiatrie müssen, so gut wie es eben geht behandelt werden. Es gibt seit Jahren schon Vorschläge beispielsweise von Matthias Heißler, wie wir ohne psychiatrische Betten auskommen könnten. Dann heißt das aber auch, dass wir schauen müssen, was dann mit einer Person passiert, die in eine seelische Krise kommt und erstmal in einer seelischen Krise ist. Wir als Profis gehen oft davon aus, dass die Menschen dann wissen, an wen sie sich wenden können. Das ist aber mitnichten so. Selbst wir Profis wissen ja manchmal nicht, wie das System organisiert ist.

Was also braucht es?

Wir brauchen eine Telefonnummer, wo man anrufen kann und sagen kann, »Ich bin in einer Krise. Was mache ich jetzt? Wie geht es jetzt weiter?«. Und wir brauchen endlich flächendeckende Krisendienste, und zwar 24/7. Auch das haben wir im Koalitionsvertrag verankert. Dort heißt es: »Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.« Das ist mal ein schöner Satz. Und jetzt »Butter bei die Fische«! Alle diese Vorhaben müssen nun umgesetzt

werden. Aus meiner Sicht sinnvollerweise im Zuge der Neuordnung der Notfall- und Krisenversorgung. Wir wissen, dass von den Personen, die sich in einer Notsituation an eine Notfallambulanz wenden, dies relevant viele aufgrund einer psychischen Notsituation tun. Die werden bisher in unseren Notfallambulanzen nicht gut versorgt, und zwar nicht, weil da irgendwer böse ist, sondern, weil den Zuständigen häufig das Wissen fehlt und die Strukturen, wohin weitergeleitet werden kann, nicht vorhanden oder nicht bekannt sind. Das heißt, wir müssen die Notfall- und Akuthilfe mit dem psychiatrischen Hilfesystem verschränken.

Und nun zum Schluss noch ein paar Gedanken zur psychotherapeutischen Versorgung, die ebenfalls im Koalitionsvertrag adressiert ist. Aktuell sind die Wartezeiten vielerorts zu lang und die Hürden hoch. Das muss sich ändern. Ich meine, dass wir auch mehr Psychotherapieplätze in der Fläche brauchen. Entscheidend aber wird sein, wie die Erreichbarkeit ist und wie die schon bestehenden Hilfeangebote miteinander vernetzt sind.

Wie geht es also weiter mit der ambulanten Komplexleistung? Da hat der G-BA einen Vorschlag gemacht, der als erster Schritt richtungsweisend ist. Jetzt die Frage, wie man das auch sozialgesetzbuchübergreifend erreicht. Insbesondere für das, was noch bevorsteht. Nämlich die Richtlinie für die Kinder und Jugendlichen. Auch das wird nur »fliegen« und gelingen und den Kindern und den Jugendlichen wirklich helfen, wenn man von vornherein sozialgesetzbuchübergreifend denkt. Das ist nicht einfach, weil wir eben dies zersplitterte Sozialsystem fixiert in den verschiedenen Gesetzbüchern haben. Aber dafür wird es eine Lösung geben müssen.

Ich bin der Auffassung, dass niemand die hier skizzierten richtungsweisenden Vorhaben allein umsetzen kann. Nicht nur keine Person allein, auch keine Partei, auch nicht Politik allein. Das schafft man nur, wenn verschiedene Aspekte, verschiedene Blickwinkel in die Aktivitäten einfließen. Wir brauchen also den politischen und den fachlichen Blick, den Blick von Angehörigen und Betroffenen. Ich bin der Auffassung, dass Betroffene in allen Phasen der Planung, Durchführung und Evaluation von Versorgung einbezogen werden müssen, also das, was man im Qualitätsmanagement »plan, do, act, check« nennt. Das wird das A und O sein. Wir als APK werden unseren Beitrag leisten, dafür benötigen wir möglichst viele der hier versammelten Blickwinkel und Erfahrungen. Damit endlich die schwer und chronisch psychisch Kranken nicht mehr ständig durch die Maschen unseres Versorgungsnetzes fallen.

Ich freue mich auf all das, was wir weiter miteinander anstoßen und erreichen werden. Danke fürs Zuhören.

Gesprächsrunde 1: Zielsetzung und Handlungsbedarfe

Statements:

Julian Dilling

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Aktuelle Perspektiven der koordinierten strukturierten Versorgung (KSV-Psych)?

Vielen Dank für die Einladung, ich freue mich heute hier zu sein. Ihre Frage ist gar nicht so einfach zu beantworten. Frau Schilling ist schon auf die fachlichen Fragestellungen eingegangen. Ich möchte daher noch auf einen anderen Aspekt eingehen: Ich war extrem verwundert über die Resonanz, die diese Richtlinie erzeugt hat. Denn – wir haben es heute auch wieder gehört – es wird kritisiert, dass die Koordination nicht ausreichend ist, dass wir über die Sozialgesetzbücher hinweg zusammenrücken müssen, und nun wurde ein erster Schritt im Gemeinsamen Bundesausschuss gemacht und das Ergebnis ist eigentlich nur Kritik.

Herr Brieger hat sich heute vorbildlich in diese Riege eingereiht, indem auch er in seinem Vortrag starke Kritik geäußert hat und ich habe ratlos über diesen Vortrag gestaunt. Denn zuerst wurden die getroffenen Regelungen dargestellt und im Anschluss wurde aufgezeigt, was Herrn Brieger fehlte. Die Schlagworte sind dabei fast identisch. Bei mir wurde daher heute eigentlich eher, sagen wir mal, Unverständnis und auch eine gewisse Irritation mit diesem Vortrag ausgelöst. Dabei ist es natürlich vollkommen richtig, dass man unterschiedliche Wege beschreiten kann, aber die Zielsetzung ist doch weitgehend übereinstimmend. Der Begriff Gesamtbehandlungsplan ist beispielsweise in dem Vortrag gefallen – das ist eine Maßnahme, die als fehlend kritisiert wurde, dabei taucht dieser in der KSV-Psych Richtlinie an zentraler Stelle auf.

Aus unserer Sicht gibt es sehr viele Punkte, wo man anknüpfen kann und wo man konstatieren muss: Das ist der erste richtige Schritt. Ich will nicht sagen, dass diese Richtlinie perfekt ist – das ist eine Aussage, die ich mir nie zutrauen würde, auch weil die Richtlinien immer ein Kompromiss sind – nichtsdestotrotz ist das Ergebnis aus meiner Sicht sehr positiv und ich kann die umfangreiche Kritik daher nicht verstehen.

Eine Sache wissen Sie auch: Richtlinien sind nicht in Stein gemeißelt, d. h. man kann daran arbeiten. Trotzdem ist aber die Frage, wo wird noch Handlungsbedarf gesehen, wie kann es weitergehen. Und ich glaube, was wir in der

Richtlinie versucht haben – und das ist ein Schritt, der besondere Schwierigkeiten beinhaltet – ist sektorenübergreifend zu denken.

Einfach zu sagen: »Wir haben schon Angebote in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)«, ist aus unserer Sicht da etwas zu kurz gesprungen. PIAs können zwar aufsuchend tätig werden und teilweise können sie schon das machen, was wir mit der neuen Richtlinie versuchen zu gestalten. Trotzdem sehen wir in der ambulanten Versorgung ein Defizit, wenn es um die Koordination der Leistungen geht. Daher war aus unserer Sicht die Schaffung einer koordinierenden Person, die genau an dieser Stelle ansetzt, das zentrale Element und diesen Schritt, der auch ein Perspektivwandel beinhaltet, bewerten wir als sehr positiv.

Die Praxisnetze, die Herr Harfst erwähnt hat, bestehen ja bereits seit einigen Jahren. Und es ist tatsächlich so, dass es hier auch teilweise eine Kassenärztliche Vereinigungs (KV)-Förderung gibt. Gleichzeitig ist aber Vernetzung nur um der Vernetzung willen natürlich nicht zielführend. Wenn man sich beispielsweise den Abschlussbericht vom IGES Institut GmbH für das NPPV-Projekt (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) anschaut, dann sieht man, dass es offenbar eine Vernetzung gab, die aber für die Patient*innen keinen ernsthaften Mehrwert gebracht hat. Von daher ist das aus unserer Sicht ein Thema, das unbedingt verfolgt werden muss, aber eben nicht um jeden Preis. Ich glaube, wenn ich nochmal kurz darauf verweise, dass die Kassen leer sind, überrasche ich hier niemanden. Ein Defizit von 17 Milliarden ist schon eine relevante Größe und damit umzugehen und tatsächlich die Versorgung weiterzuentwickeln, das wird eine extreme Herausforderung werden. Es sind heute viele Wünsche geäußert worden, und Sie haben sicherlich auch der Presse entnommen, dass die Gesundheitskioske ganz zentral platziert wurden und wenn man von einer Million bei einem Gesundheitskiosk ausgeht, dann sind wir direkt bei 750 Millionen Euro, die anteilig von den Gesetzlichen Krankenkassen zu tragen sind. Das ist viel Geld! Und das ist Geld, was im Zweifel an anderer Stelle fehlen wird. Die Frage, wie wir weitermachen: Ich glaube, wir haben in Deutschland schon insgesamt ein gutes Versorgungssystem, aber ich glaube auch, dass wir ein sehr großes Problem bei der Steuerung der Versorgung haben. Und bei dieser Steuerung – nicht nur im ambulanten Bereich, sondern genauso im stationären Bereich – handelt es sich um eine sehr komplexe Fragestellung, der man sich aus meiner Sicht dringend nähern muss.

Ambulante Krisenhilfen als Komplexleistung von Kommune und Krankenkassen?

Tatsächlich ist es mir wichtig, etwas an dem Punkt zu sagen. Wenn wir den Begriff »Krisendienst« verwenden, denken wir immer, dass wir alle genau wissen, was das ist. Und wir gehen alle davon aus, dass wir alle genau das Gleiche meinen, wenn wir davon sprechen. An diesem Punkt bin ich mir jedoch nicht so sicher, ob das tatsächlich zutrifft. Schon alleine die Frage, ob es sich bei jeder Krise um eine psychiatrische Krise handelt, da würde ich ein sehr großes Fragezeichen machen. Die Länder sind natürlich auch bei der Daseinsvorsorge verpflichtet, es geht nicht nur um Selbst- und Fremdgefährdung, es geht nicht nur um Freiheitseinschränkungen, sondern es geht um viel mehr. Wir verhandeln gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss auch zum Thema »Ersteinschätzung in Krankenhäusern« und haben uns da zum Beispiel auch die Fallzahlen angeschaut, wann Patient*innen ins Krankenhaus gehen. Das ist natürlich aus dem somatischen Bereich, also ist es nicht eins zu eins übertragbar, aber es gibt vielleicht einen Anhaltspunkt darüber, in welche Richtung man an dieser Stelle denken kann. Und da sehen wir ganz eindeutig, dass die Krankenhäuser insbesondere Mittwochnachmittag, Freitagnachmittag und eben auch am Wochenende aufgesucht werden, weil da die Praxen i. d. R. geschlossen sind.

Es zeigt sich also ein eindeutiger Substitutionseffekt. Ich habe mir vor diesem Termin nochmal den Abschlussbericht 2016 bis 2020 der Krisendienste der Psychiatrie Oberbayern angesehen und habe mir da insbesondere angeschaut, wann dort eigentlich angerufen wird und um was für eine Krise es sich handelt? Es zeigt sich, dass die Anrufe zwischen 9 und 15 Uhr am häufigsten sind. Dies sind 46,2 % der Anrufe. Wenn man das Zeitfenster vergrößert, haben Sie zwischen 9 und 21 Uhr 81 % der Anrufe. Da stellt sich für mich schon die Frage, sind das jetzt alles Anrufe, die in Richtung Krankenbehandlung gehen? Die Ausführungen in dem Bericht gehen dann noch weiter, 53 % dieser Telefonate dauern unter 20 Minuten. Darüber hinaus gibt es in dem Bericht auch Ausführungen zu den Handlungsempfehlungen und zwar bei 73,4 % gibt es eine Empfehlung überwiegend im Bereich des sozialpsychiatrischen Dienstes Hilfe zu suchen, bei 14 % gibt es einen nicht-ärztlichen Teameinsatz, bei 4,7 % eine Vermittlung z. B. ins SGB V. Ich glaube diese Zahlen machen sehr deutlich: Es ist viel komplexer, als einfach nur zu sagen »Es muss alles vom SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) gezahlt werden«. Herr Brieger hat in seinem Vortrag heute Morgen gesagt: »Die Krisendienste sind leider nicht vom

SGB V bezahlt«. An dieser Stelle frage ich mich: Ist das ein Qualitätsmerkmal, dass etwas vom SGB V bezahlt wird? Eigentlich sollte doch die Bezahlung über den Bereich erfolgen, in den es tatsächlich auch hingehört! Und klar, wir haben ein komplexes Zusammenspiel mit den Sozialgesetzbüchern, aber wir müssen diese Grenzen überwinden und auch gemeinsam zugestehen, dass wir eine gewisse Verpflichtung haben.

Thematik der ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation?

Tatsächlich ist es so, dass die Vergütungsfrage im Raum steht – das ist ganz klar und das war ja auch einer der Punkte, weshalb wir uns im Dialogprozess auf einen Prüfauftrag verständigt haben, inwieweit dieser Bedarf besteht und auch um nicht direkt eine klare Zusage von der GKV zu implizieren. Ich glaube, das ist zum einen eine Stärke, aber gleichzeitig auch eine Schwäche eines Dialogprozesses; durch die sehr unterschiedlichen Player, die beteiligt waren, gibt es an einigen Punkten eher einen Aufriss der Problemlage und nicht bereits eine Lösung. In diesem Kontext muss ich auch sagen, dass ich noch nicht so ganz verstanden habe, welche Probleme konkret in der Versorgung geklärt werden sollen. Deswegen ist aus unserer Sicht eine weitere Analyse erforderlich.

Perspektiven der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie?

An dieser Stelle möchte ich gerne auf eine Parallele eingehen, die Ausführung erinnern mich ein bisschen an die Einführung des ICD-10 (zehnte Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD für englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), wo man auch immer gesagt hat »Ne, in der Psychiatrie ist alles ganz anders«. Ich habe noch im Ohr, Herr Pollmächer, wie Sie eben gesagt haben, es würde eine Mauer zur Psychiatrie gebaut. Die Frage, die sich allerdings stellt, ist, ob man nicht selbst daran beteiligt ist, diese Mauer zu bauen. Aus meiner Sicht ist es ausgesprochen wichtig, dass es klare Kriterien gibt, wie die Versorgung in Krankenhäusern stattfinden soll – und das gilt auch für die Psychiatrie. Natürlich haben wir alle die Pressemitteilung der DKG in den Ohren, dass es finanziell furchtbar schlecht aussieht, auf der anderen Seite haben wir aber auch die Geschäftsberichte der privaten Krankenhauskonzerne, wo man

sieht: So ganz schlecht sieht es zumindest nicht bei allen Krankenhäusern aus. Die Welt ist eben nicht nur schwarz oder nur weiß.

Problematik der Schnittstellen und des sektorübergreifenden Denkens – Bearbeitungsformate

Ich habe auch eben an diese Arbeitsgruppe bei den Kindern psychisch und suchtkrankter Eltern gedacht, da habe ich auch mitgewirkt und das war tatsächlich eine sehr produktive Arbeitsgruppe. Für mich ist jedoch eher die Fragestellung, wie man sich diesen Schnittstellen nähern kann. Man kann es doch nicht anders sagen, wir haben in vielen Bereichen eine gute Versorgung, aber diese Schnittstellen sind immer wieder eine Herausforderung. Daher ist das der Punkt, an dem man ansetzen muss. Ich würde nicht mit einer interministeriellen Arbeitsgruppe anfangen, sondern ich würde sagen, wir brauchen eine Arbeitsgruppe, die den konkreten Arbeitsauftrag hat, die Schnittstellen zu identifizieren und geeignete Maßnahmen zur Überwindung der Schnittstellen zu skizzieren.

Aktuelle Perspektiven der koordinierten strukturierten Versorgung (KSV-Psych)?

Erst einmal vielen Dank für die Einladung, ich bin gern gekommen. Ich kann mich an meine Vorredner und Vorrednerinnen anschließen, wir haben das damals im Dialog auch deutlich gemacht, wir waren irritiert über von der Überlegung nochmal eine neue, zusätzliche Komplexleistung gesetzlich zu definieren, obwohl gerade die koordinierte und strukturierte Versorgung-Psych-Richtlinie (KSVPsych-RL) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf dem Weg war, die genau dieses neue Versorgungsangebot für schwer psychisch Kranke realisieren soll.

Und wir haben bei all der Kritik – und zu der Kritik komme ich auch gleich nochmal – zunächst die Richtlinie vom Grundansatz her sehr begrüßt. Es ist unsere Überzeugung, dass das der richtige Ansatz ist und wir tatsächlich ein vernünftiges Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Menschen realisieren müssen, das geprägt ist von einer systematischen Zusammenarbeit sowohl der ambulanten Leistungserbringerinnen und -erbringer, als auch der Kooperation mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs), den Krankenhäusern, aber auch über die Grenzen des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) hinaus.

Es gibt, und das haben wir auch öffentlich sehr deutlich gemacht, zentrale Kritikpunkte an der KSVPsych-RL, die im Moment die Entwicklung hemmen werden, insbesondere was die Gründung von Netzverbänden anbelangt. Dadurch werden wir so schnell kein flächendeckendes Angebot bekommen.

Wir verstehen den Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition vor allem in die Richtung, dass hier nochmal nachgebessert wird. Die Signale aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) deuten darauf hin, dass man sich anschauen will, wie sich dieses Versorgungsangebot entwickelt und dass man dann nochmal ein Stück nachsteuert. Aber die Grundstruktur, die hier geschaffen wurde, ist erst mal sinnvoll. Um ein paar zentrale Punkte anzusprechen, wo wir den wesentlichen Entwicklungsbedarf sehen: Das ist einmal, dass Leistungserbringer und -erbringerinnen mit einem reduzierten Versorgungsauftrag nur begrenzt an der Komplexbehandlung teilnehmen können. Das ist ein Defizit, das auch die Möglichkeiten von Patienten und Patientinnen, ihre Bezugärzte und -ärztinnen, ihre Bezugspsychotherapeutinnen und -therapeuten zu wählen, ganz

massiv einschränkt. Diese Einschränkung ist Patientinnen und Patienten auch nicht vermittelbar.

Auch der Punkt der Doppeluntersuchungen wurde schon im Vortrag von Herrn Brieger angesprochen. Wir sehen hier Potenzial, dass verstärkt auf vorhandene Befunde zurückgegriffen werden kann und nicht alles noch einmal durchgeführt werden muss. Wenn Sie beispielsweise an Patientinnen und Patienten denken, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden und nun in die Eingangssprechstunde für die ambulante Komplexbehandlung kommen: Warum muss man in dem Fall erneut die komplette somatische Abklärung veranlassen? Der Bezugspsychotherapeut kann dafür sorgen, dass die empfohlene somatische Mitbehandlung entsprechend organisiert und zeitnah begonnen wird, aber vorhandene Vorbefunde sollten systematisch berücksichtigt werden können. So wie im Moment die differenzialdiagnostische Abklärung organisiert ist, ist das nicht so zielführend.

Ein großes Manko, das ist auch von Herrn Brieger im Vortrag angesprochen worden, betrifft die aufsuchende Behandlung, die unter den Rahmenbedingungen der KSVPsych-RL defizitär ist. Das, was nach Richtlinie und EBM möglich ist, reicht nicht aus, das kann so nicht funktionieren. Wenn ich über meine nicht-ärztliche, koordinierende Person drei Mal im Quartal aufsuchend tätig werde und pro Besuch 18 € abrechnen kann, dann ist klar, dass die aufsuchende Behandlung nicht in dem Maße angeboten werden kann, wie Patientinnen und Patienten es mitunter benötigen. Außerdem erlaubt die Richtlinie keinen patientenorientierten, flexiblen Einsatz aufsuchender Behandlung, denn diese muss für alle an der Behandlung Beteiligten möglich sein.

Dennoch ist mir wichtig zu betonen, dass der Ansatz der Komplexbehandlung im Kern richtig ist. Bei den bestehenden Fehlern kann man nachsteuern. Da muss man nun Erfahrungen sammeln und sehen, wo es hakt und dann sozusagen die nächsten Schritte machen. Das gilt auch für die Zusammenarbeit mit den PIAs. Hier müssen wir noch stärker diese Grenzen überwinden. Wenn eine Patientin bzw. ein Patient in der PIA versorgt wird, dann muss dennoch die ambulante Richtlinie Psychotherapie möglich sein. Wir müssen in der Lage sein, dass flexibel Gruppenangebote und andere Angebote in der PIA genutzt und die Patienten bzw. Patientinnen trotzdem in der Komplexbehandlung von den Vertragsärzten bzw. -ärztinnen / Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen versorgt werden können.

Insofern möchte ich nochmal eine Lanze KSVPsych-RL brechen, weil auf dieser Grundstruktur weitere Versorgungsangebote und Kooperationen aufgebaut werden können. Das gilt es zu fördern. Die Netzverbände, die in diesem Rahmen entstehen können, sind gerade auch sinnvoller Ankerpunkt, um die Vernetzung

auch zu anderen Leistungsbereichen herzustellen, z. B. zu den Gemeindep psychiatrischen Verbänden (GPV). Auch das Thema Krisenhilfe/Krisenplan ist ein zentrales Thema in der KSVPsych-RL, der mit allen Patientinnen und Patienten abzusprechen ist, die im Netzverbund versorgt werden. Und auch da geht es darum, dass man in den Netzverbänden schaut, wie das Krisenmanagement mit den vorhandenen Ressourcen und Kooperationspartnerinnen und -partnern, die wir in einer Region haben, am sinnvollsten ausgestaltet werden kann.

Dabei müssen wir auf regionalspezifische Situationen reagieren. Denn wir haben zum Beispiel in Bayern oder Berlin eine ganz andere Situation mit den Krisendiensten als in der Wesermarsch. Da ist das Potenzial vorhanden, über diese Netzverbände regional sinnvolle Lösungen für diese Probleme zu finden. Und diese Kooperation ist in vielen Fällen ohnehin schon angelegt. Wenn Sie etwa an GPVs denken. Damit eine Ärztin bzw. ein Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. ein -therapeut Soziotherapie verordnen kann, muss er bzw. sie ohnehin mit einem GPV kooperieren. Diese Kooperation ist von vornherein schon entsprechend angelegt. Viel schwieriger ist es, diese Strukturen, dort aufzubauen, wo wir heute kaum etwas haben. So ist es in ländlichen Gegenden viel schwieriger einen Netzverbund neu aufzusetzen, weil wir weniger Leute haben, die überhaupt als Leistungserbringer in Frage kommen. Damit hier ein Versorgungsangebot entsteht, wird es wahrscheinlich erforderlich sein, dass die Gründung und der Betrieb von Netzverbänden auch entsprechend unterstützt wird; organisatorisch und auch finanziell. Wer auch immer dabei den »Hauptpart« übernimmt. Stellvertretend für die Kassenärztlichen Vereinigungen würde ich den Ball zu Frau Schilling spielen. Aber auch die Krankenkassen könnten hierbei eine wichtige Rolle übernehmen, dass in diesen strukturschwächeren Regionen solche Angebote entstehen. So kann der Weg manchmal etwas lang sein, um ein anerkanntes Praxisnetz zu werden. Diese Phase sollte gut überbrückt werden, damit Netzverbände tatsächlich zustande kommen, auch in Regionen, in denen nicht auf bestehende Vernetzungen aufgesetzt werden kann. Denn diese Netzstrukturen brauchen wir, damit dann regional geguckt werden kann, worin die Hauptdefizite in der Versorgung bestehen, wie das Versorgungsangebot weiterentwickelt werden muss und welche Kooperationspartnerinnen und -partner dafür benötigt werden.

Thematik der ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation?

Zunächst einmal: Ich würde es nicht so sehr einschränken auf die mobile medizinische Reha, sondern zunächst einmal die ambulante medizinische Reha insgesamt für diese Patientengruppe in den Blick nehmen. Da haben wir grundsätzlich noch immer Potential, das weiter auszubauen. Bei den verschiedenen Reha-Leistungen,

die wir heute im System schon haben, spielen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten in den Versorgungskonzepten häufig eine zentrale Rolle. Das sollte auch bei der Patientengruppe der schwer psychisch Erkrankten der Fall sein, die wir bei der heutigen Veranstaltung verstärkt im Blick haben.

Für Patientinnen oder Patienten mit Suchterkrankungen haben wir in der medizinischen Rehabilitation gut entwickelte stationäre wie ambulante Strukturen. Das ist nicht zuletzt für das Thema Erwerbsfähigkeit bedeutsam. Im Bereich der psychosomatischen Reha dagegen sind die ambulanten Angebotsstrukturen ausbaufähig. U. a. für Patientinnen bzw. Patienten mit psychotischen Erkrankungen mit einem Bedarf an Leistungen der medizinischen wie beruflichen Rehabilitation spielen die RPK-Einrichtungen eine wichtige Rolle, die weder flächendeckend noch wohnortnah zur Verfügung stehen. Da gibt es sicherlich noch eine Versorgungslücke, bei der man mit mobilen oder ambulanten Reha-Konzepten Patientinnen und Patienten hinsichtlich Intensität und Angebotsform besser erreichen könnte, so wie es im Einzelfall erforderlich ist. Wie dafür die Fragen der Kostenträgerschaft gelöst werden können, muss man dann nochmal im Einzelnen anschauen.

Gerade Patientinnen und Patienten, die stationär psychiatrisch im Krankenhaus behandelt wurden und bei denen nach Entlassung die Verbesserung der Teilhabe vorrangig ist, sollten verstärkt über ambulante, ggf. auch mobile Reha-Angebote versorgt werden, damit sie in ihrem Lebensumfeld verbleiben können und für die komplexen Reha-Leistungen nicht den nächsten stationären Aufenthalt anschließen müssen.

Perspektiven der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie?

Aus unserer Sicht kann die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) grundsätzlich ein geeignetes Instrument sein, um die Personalausgaben an die sich verändernden Aufgaben in der stationären Psychiatrie weiterzuentwickeln und für die Patienten und Patientinnen im Krankenhaus und auch auf den Stationen ein leitliniengerechtes Versorgungsangebot sicherzustellen. Der Wunsch nach mehr Flexibilität für die Krankenhäuser ist verständlich, aber die Vorgabe des Stationsbezugs hat natürlich auch den Hintergrund, dass es immer wieder Berichte von Stationen gab, auf denen Patientinnen und Patienten keine oder nur sehr wenig Psychotherapie erhalten. Diese Ungerechtigkeit der Verteilung von personellen Ressourcen im Krankenhaus ist für die betroffenen Patienten und Patientinnen natürlich ein Problem. Die Frage ist, wie kriegt man das in den Griff? Insoweit muss man schon Maßnahmen ergreifen, die tatsächlich

sicherstellen, dass alle Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung haben, eine solche auch erhalten.

Psychotherapie gehört nach evidenzbasierten Leitlinien bei fast allen Indikationen zum Behandlungsstandard dazu. Das gilt auch für die stationäre Krankenhausbehandlung. Wir wissen, dass die Personalanzahlzahlen der PsychPV überholt waren. Deswegen hat der Gesetzgeber dem G-BA u. a. den Auftrag gegeben, die PPP-RL so weiterzuentwickeln, dass der Bedeutung der Psychotherapie für die Behandlung entsprechend Rechnung getragen wird, und dass eine leitliniengerechte Versorgung ermöglicht wird. Ziel war es demnach, dass zumindest strukturell die Voraussetzungen geschaffen werden, dass in den Krankenhäusern eine leitliniengerechte Versorgung realisiert werden kann.

Die entsprechende Erhöhung der Personalmindestanforderungen für die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, so dass in den Kliniken auch hinsichtlich der Intensität eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung realisiert werden kann, steht noch immer aus. Aktuell besteht weiterhin die Problematik, dass mit dem nach Richtlinie erforderlichen Personal gerade einmal eine Behandlungsintensität realisiert werden kann, die sich kaum von typischer Intensität einer Richtlinien-Psychotherapie unterscheidet. Das kann nicht sein, dass wir stationär bei Regelpatientinnen und -patienten keine Intensivbehandlung umsetzen können. Um das künftig zu ermöglichen, kann die PPP-RL schon das richtige Instrument sein. Gleichwohl muss man im Blick behalten, welche Auswirkungen die Vorgaben der PPP-RL auf die kleinen Einrichtungen haben, was die Vorgaben für Tageskliniken bedeuten, die weniger Möglichkeiten haben, kurzfristig auf Personalengpässe und Ausfälle zu reagieren. Hier dürfen keine Fehlanreize gesetzt werden, die dazu führen könnten, dass diese Einrichtungen geschlossen werden oder zu hohe Abschlüsse erfolgen, weil man unter die Mindestanforderungsgrenze gerutscht ist. Es bedarf hier einer Lösung, aber wir würden uns deswegen nicht für ein generelles Aufheben des Stationsbezugs aussprechen. Gerade die Patientengruppen, die sich am wenigsten gegen den Mangel an Versorgungsangeboten wehren konnten, waren nicht selten besonders stark betroffen. Das ist nicht als Vorwurf an die Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf den Stationen zu verstehen. Niemand enthält den Patienten und Patientinnen mutwillig etwas vor. Der Punkt ist vielmehr, dass aufgrund der Mangelsituation Umverteilungen zustande kommen. Die Kolleginnen und Kollegen versuchen, die Behandlung so bedarfsgerecht oder versorgungsgerecht zu gestalten, wie es irgendwie geht. Aber im Ergebnis führt es immer wieder dazu, dass bestimmte Patientengruppen aufgrund der Konzeption der Behandlung auf Station, aber vor

allein weil nicht das Personal für eine intensivere Behandlung verhandelt werden konnte, nicht den Umfang an psychotherapeutischer Mitbehandlung erhalten, der eigentlich erforderlich wäre. Die Problematik, die letztendlich dahintersteht, ist, dass den Krankenhäusern der Puffer fehlt, den sie in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erzielen müssten, damit sie über die aktuellen Mindestvorgaben hinaus entsprechend flexibel auf die vorhandenen Behandlungsbedarfe reagieren können. Das heißt, die Krankenhäuser brauchen immer diesen zusätzlichen Puffer, um darauf reagieren zu können und zu schauen, welches Personal an welchen Stellen mehr eingesetzt werden muss, um dort eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Ein anderer Aspekt, der bei der PPP-RL auch diskutiert wird, betrifft den Austausch zwischen den Berufsgruppen. Da kann man noch mal prüfen, ob und wie den Krankenhäusern mehr Flexibilität eingeräumt werden kann. Das Hauptproblem bleibt aber, dass die aktuellen Personalmindestanforderungen für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichen und es den Häusern oftmals nicht gelingt, mit den Krankenkassen den nötigen Puffer zu verhandeln, um auf Mehrbedarfe und personelle Engpässe flexibel reagieren zu können.

Problematik der Schnittstellen und des sektorübergreifenden Denkens – Bearbeitungsformate

Die Schnittstellenthematik steht auf der Tagesordnung. Die leitungsträgerübergreifende Kooperation, das ist ein ganz wesentliches Thema, das auch mit einer längeren Perspektive neu gedacht werden muss. Dafür braucht es einen konkreten und umfassenden Auftrag. Das ist dann auch die Aufgabe des BMG, einen solchen Auftrag zu formulieren und dafür die anderen betroffenen Ministerien mit an Bord zu holen. Für den künftigen Dialogprozess wäre es dabei wichtig, dass man sich nicht an den eher tagespolitischen Kleintemen orientiert, sondern wirklich die größeren Aufgaben der SGB-übergreifenden Integration in den Blick nimmt. Wir sollten nicht erneut auf ein Thema wie die Gesundheitskioske u. ä. aufspringen, die womöglich die tagespolitische Debatte dominieren.

In der Vergangenheit haben wir unnötig Energie verloren mit der Idee einer zusätzlichen ambulanten Komplexleistung, obwohl der Prozess zur KSVPsych-RL eigentlich schon gelaufen war. So ist bei den Handlungsempfehlungen ein Produkt entstanden, bei dem man sich hinterher fragen musste, »was machen wir jetzt eigentlich wirklich damit?« Daher sollten wir lieber in den Blick nehmen, was die langfristigen, großen Herausforderungen sind. Das ist die leistungsträgerübergreifende Kooperation und Integration und darauf sollten wir einen Fokus legen.

Aktuelle Perspektiven der koordinierten strukturierten Versorgung (KSV-Psych)?

In der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) decken die Krankenhäuser schon viel ab und machen schon Teile von dem, was in der Richtlinie steht. Aber in die Kliniken kommen auch Patienten und Patientinnen aus der beschriebenen Patientengruppe – wenn Sie dann entlassen ist und keinen Weg findet und dann wieder in 14 Tagen bei uns aufschlägt. Und dann fangen wir wieder von vorn an. Insofern wäre es natürlich gut, wenn es ein solches Leistungsangebot gäbe, aber der Punkt ist: Das bedarf einer erheblichen, ich denke auch gesetzlichen, genauen Regelung, wie die Leistungserbringung dann zu erfolgen hat. Es mag vielleicht regional ein bisschen unterschiedlich sein, aber für unser Krankenhaus kann ich das sagen und auch für den Großteil der Krankenhäuser: Die sind offen für solche Netzwerke, für die Mitarbeit in Netzwerken, ohne das unbedingt bestimmen zu wollen. Und wenn dann die Finanzierung geklärt ist, kann das laufen. Die einzelnen Kritikpunkte sind nachvollziehbar und verständlich. Sie sollten aber nicht in den Vordergrund gestellt werden, so dass man sagt »okay, suchen wir doch eine Lösung und versuchen was daraus zu machen!«.

Mobile Rehabilitation psychisch Kranker

Ein Bedarf an dieser Leistung ist unbestritten. Erfahrungen habe ich persönlich nicht. Der Rentenversicherer zahlt zum Beispiel im Suchtbereich solche Leistungen, wo aber immer die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angestrebt wird.

Für psychisch Kranke, denen auf Grund der Schwere ihrer Erkrankung ermöglicht werden soll, wieder am Leben, wenn vielleicht auch eingeschränkt, teilzuhaben, ist die Erwerbsfähigkeit kein Ziel. Da stellt sich dann sofort die Frage der Finanzierung. Da sehe ich nur die Möglichkeit einer extrabudgetären Finanzierung über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder anderer Kostenträger. Diese ist zurzeit nichtabsehbar.

Perspektiven der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie?

Das Ziel, die Qualitätsverbesserung ist nicht absehbar. Angekommen ist vor allem ein Bürokratiemonster. Wenn es genug Personal gäbe, die alles aufschreiben und ausfüllen, dann könnte man das auch mal machen. Aber das machen ja die Mitarbeitenden, die eigentlich andere Arbeit haben. Stationsschwwestern, die auch mal punktuell in die Pflege gehen sollten, kommen dazu gar nicht mehr dazu. Sie sitzen nur noch da um Dienstpläne abzuklären, versuchen Sollstunden zu addieren und müssen dabei zum Teil ihre Leitungstätigkeit hintenanstellen. Das Problem der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) ist eigentlich, dass hier eine Vorschrift gemacht wird, die bindend ist, die sanktionsbewährt ist, wenn man sie nicht einhält, die aber null Budgetbezug hat. Wir haben überhaupt keinen Bezug zwischen der Richtlinie und dem Budget. Das heißt ein Krankenhaus, das durch ein gutes Leistungsangebot die Leistung ausweitet oder ausweiten kann, kann das gar nicht machen. Weil, wenn sie die Leistung ausweiten, haben sie nicht genug Personal, wenn sie das mit dem Personal machen, was sie haben, laufen sie in eine Sanktion und müssen dann noch Personal entlassen, weil sie die Sanktionen finanzieren müssen. Sanktionen in dieser Form gehören in das Strafrecht und nicht in das SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung).

Stationsäquivalente Behandlung?

Es gibt es eine ganz alte Forderung auch der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) für diese stationsäquivalente Behandlung, das ist schon ein altes Thema, was dann tatsächlich in eine gesetzliche Form gekommen ist. Hier ist es nun so, dass von der Kassenseite, vielleicht auch aus Unkenntnis oder aus Budgettaktik, eine hohe Verweigerungshaltung besteht, diese Behandlungsform zu etablieren. Das geht so weit, dass nur die ganz kämpferischen, sozialpsychiatrisch orientierten Krankenhäuser mit dem entsprechenden finanziellen Background das mal probieren und einfach machen und versuchen, es gegen den Widerstand der Kassen aufzubauen. Da wäre es schön, wenn es eine stärkere Unterstützung, eine stärkere Offenheit seitens der GKV gäbe. Häufige Problemlagen sind die Fragen: Wer macht was? Wie wird es gemacht? Wie häufig? Welche Finanzierung? Aber das ist eine Frage, wo man tatsächlich nach vorn gehen müsste, zumal der gesetzliche Rahmen da ist und lediglich im Bereich des bilateralen Verhandlungsgeschäfts

wenig Fortschritte zu verzeichnen sind. Dadurch und weil Krankenhäuser mit vielen anderen Problemen zu kämpfen haben, tun sie es häufig gar nicht.

Problematik der Schnittstellen und des sektorübergreifenden Denkens – Bearbeitungsformate?

Dafür habe ich keine Blaupause. Die Erfahrung zeigt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und die GKV im Rahmen der Selbstverwaltung versuchen, gesetzlich relativ unklare Vorgaben in Richtung einer Lösung zu verhandeln. Dabei stoßen beide Seiten häufig an den Rand der Kompromissfähigkeit. So blicke ich in Richtung Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Von dort sollten Prozesse, die sich in ewigen Verhandlungsrunden befinden durch gesetzliches Handeln zu einer Lösung geführt werden. Dazu gibt es für die Psychiatrie mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ein gutes Vorbild.

Aktuelle Perspektiven der koordinierten strukturierten Versorgung (KSV-Psych)?

Von der jetzigen Konstruktion her stehen die Krankenhäuser ja eher am Rande, als Kooperationspartner, nicht als Netzwerkmitglied, das ist glaube ich für den Anfang auch gut so, weil nämlich eine Einbeziehung der Krankenhäuser als Partner der Netzwerke durch die großen Unterschiede in der Organisation, aber auch in der Vergütung im stationären aber auch im ambulanten Bereich schwierig wird. Das ist, glaube ich, ein Langzeitprojekt, sowas so zu konstruieren, dass Kliniken da auch Partner sein können. Wir haben das natürlich – und das ist kein Geheimnis – in der DGPPN insgesamt kontrovers diskutiert, weil die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft da von den Ideen und Interessen der Krankenhäuser in Teilen zumindest abweichen. Am Ende haben wir uns dazu durchgerungen zu sagen, dass das ein erster Schritt ist, der begrüßenswert ist, aber Herr Dilling: wir können trotzdem nicht einfach nur »Juhu« schreien, das geht halt nicht. Denn der erste Schritt nach dem Abschluss einer neuen Idee oder nach der Geburt einer neuen Idee ist ja schon ihre Verbesserung. Und da müssen wir, glaube ich, alle daran arbeiten. Unsere größte Befürchtung ist, dass diese Netzwerke dort, wo sie am dringendsten gebraucht werden, nicht entstehen, weil die Voraussetzung an Größe und an teilnehmenden Partnern dermaßen hochschwellig ist, dass gerade in den ländlichen und den Flächegebieten sich mit großer Wahrscheinlichkeit die kritischen Massen an ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gar nicht finden. Das ist unsere allergrößte Besorgnis auch in der jetzigen personellen Situation, sodass die Grundidee zu begrüßen ist, aber wir ein bisschen skeptisch sind, dass das Kind schnell laufen lernt.

Ambulante Krisenhilfen als Komplexleistung von Kommune und Krankenkassen?

Die Ist-Situation, was die Krisenhilfe angeht, ist ja in Deutschland extrem heterogen, das ist von Bundesland zu Bundesland verschieden. Nicht nur was die Finanzierung angeht, sondern auch was die Struktur betrifft, was diejenigen angeht, die das leiten und koordinieren und deswegen ist es ganz schwer einen Ist-Zustand

passend für alle zu beschreiben. Die Krisenhilfe ist natürlich für die betroffenen Patienten – Krisenhilfe heißt ja nichts anderes als die sofortige Hilfe im Notfall – etwas extrem Wichtiges. Das Problem scheint mir aber zu sein, dass eine rein auf psychische Gesundheit oder Menschen mit psychischen Erkrankungen orientierte Krisenhilfe den medizinischen Sektor ausblendet. Und so wünschenswert es wäre, dass es immer möglich wäre, sofort zielgenau zu unterscheiden, ob ein Mensch, der in Not ist, nun einen Arzt braucht oder einen Krisendienst, so schwierig ist das in der Realität. Deswegen begrüßen wir Krisendienste, in Bayern sind wir auch gerade dabei, das intensiv auszubauen, sehen aber eben gleichzeitig die Gefahr, dass sich damit das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Notfall noch weiter vom medizinischen Versorgungssystem abkoppelt, als das jetzt schon der Fall ist. Das könnte erhebliche Nachteile bieten. In den ganzen Überlegungen zur Neustrukturierung der Zugänge für die Notfallkliniken ist die Psychiatrie überhaupt nicht mitgedacht. Das klingt also auch ein bisschen so, als wolle man jetzt endgültig eine Mauer bauen, wo Leute auf die rechte oder linke Seite geschickt werden, und so funktioniert Medizin nicht. Ein Mensch, der verwirrt ist, der sich nicht mehr systematisch äußern kann, der nur noch wirres Zeug redet, der kann natürlich eine akute Krise im Rahmen einer Schizophrenie haben, der kann aber ganz genauso gut eine sensorische Aphasie bei einem Schlaganfall haben. Und wenn wir vergessen, dass diese beiden Dinge gerade im Notfall immer hypothesenfrei betrachtet werden müssen, dann gefährden wir die Patienten. Also: Ausbau der Krisendienste ja, aber immer in enger Verbindung zu einem medizinisch ärztlichen Dienst, der mit draufschaut und auch mit eingeschaltet werden kann.

Kooperation und Verantwortung im Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Ich habe tatsächlich interessiert zugehört und überlegt, ob Sie Zahlen dazu haben, wie viele Kliniken wo beteiligt sind, ich weiß es nämlich nicht. Ich weiß nur, dass eigentlich in Bayern in dem Bereich, den ich selbst überblicke, alle Kliniken in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) dabei sind, die bei uns auch insgesamt sehr aktive Gremien sind. Die können nicht immer so wahnsinnig viel bewegen, weil sie ja nicht strukturell unterstützt werden, aber sie sind eine Art Scharnier oder ein Marktplatz, wo die Dinge besprochen werden. Und das kann vielleicht ein Stichwort sein, um dieses vielbeschworene Thema Kommunikation und Zusammenarbeit nochmal in den gegenwärtigen Kontext zu stellen. Sie haben

es eben angesprochen Herr Holke, alle denken ja, und das ist im Prinzip auch richtig, dass Kooperation und Zusammenarbeit letztlich die Effizienz der Arbeit erhöht, und sogar am Ende Arbeit spart. Weil Schnittstellenprobleme weniger werden, etc. Auf der praktischen Seite ist es aber zunächst einmal so, dass Kooperation zeitaufwändig ist. Also man muss es zunächst einmal aus irgendeinem vorhandenen Zeitbudget herauschneiden und dann ist es kein Wunder, dass in der gegenwärtigen extrem herausfordernden Situation aller Beteiligten – das betrifft nicht nur die Kliniken – was Personal angeht diese Dinge natürlich nach hinten rücken. Kooperation fängt damit an, dass der aufnehmende Arzt im Krankenhaus den Einweisenden anruft, und mit ihm vielleicht mal eine viertel Stunde über den Patienten redet, das gehört doch eigentlich, würde man denken, zum Standard. Wenn der Aufnehmende aber alleine schon eine Stunde lang während der Aufnahme damit kämpft, dass er die ganzen Computersysteme der Klinik bedienen muss, bis der Patient endlich aufgenommen ist, das ist der Irrsinn! Die Eingabe der Medikation eines multimorbiden älteren Patienten, die kommen ja mit einer Liste von 10-20 Medikamenten, in so ein modernes, digitales Medikationssystem – von dem uns Herr Spahn immer erklärt hat, dass es uns so viel Arbeit abnimmt – das kostet ungefähr eine halbe Stunde Zeit. Also die Zeit im Krankenhaus, und ich denke aber auch bei den niedergelassenen Kollegen, die geht immer mehr für Dinge drauf, die mit der Behandlung des Patienten und mit Kommunikation und Kooperation absolut nichts zu tun haben. Insofern bleiben alle Forderungen nach einer Verbesserung der Situation so lange völlig hohl, wie sich die Personalsituation nicht verbessert.

Perspektiven der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie?

Das grundsätzliche Problem der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) ist, dass man bei der Idee, die Psych-PV als blueprint zu nehmen, einen sehr, sehr großen Fehler gemacht hat. Ich muss sagen, dass da die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) nicht ganz unschuldig daran war. Die APK hat ganz intensiv daran mitgewirkt, dass man Forderungen ein völlig neues System zu entwickeln, die von Anderen, z. B. von uns kamen, erst mal zurückgestellt hat. Nun gab es dafür schon auch Gründe, ich will das nicht in Grund und Boden verdammen, die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) war nicht schlecht, und das sagt ja auch niemand. Nur: Sie ist grundsätzlich für etwas völlig anderes gemacht, als dafür, Mindestpersonalvorgaben abzubilden. Und bei

dieser Übertragung ist ein massiver Fehler passiert. Wenn ich ein System, das ursprünglich dafür gemacht war, den Personalbedarf einer gesamten Einrichtung abzubilden, letztlich dazu nutze, auf Stationsebene Besetzungen für Personal pro Schicht festzulegen, dann kann das nicht funktionieren. Und genau das hat leider der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemacht. Er hat die Psych-PV genommen, hat sie ein bisschen modifiziert und gesagt, ein Teil, zunächst 85 %, dann 90 %, dann 95 % müssen definitiv erfüllt sein, und zwar auf Stationen bezogen. Und das macht uns jetzt die riesigen Probleme. Und das macht dieses System auch überhaupt nicht anpassungsfähig. Also wenn der Kollege von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gleich sprechen wird, kommt sehr wahrscheinlich das Problem zur Sprache, dass wir eigentlich eine Verbesserung der Situation der Minutenwerte im Bereich der ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapie brauchen. Aber mit diesem Konzept, stations- und monatsbezogen, werden wir das nicht erreichen, sodass wir nach wie vor der Ansicht sind, dass dieses System nicht entwicklungsfähig ist, sondern dass das innerhalb der nächsten Jahre durch etwas völlig Neues ersetzt werden muss.

Ich wollte auf dieses Problem des Stationsbezugs zurückkommen, das ist ein unfreundlicher Anwurf der BPTK, der immer wieder wiederholt wird, auch in Hochglanzpublikationen, in denen der schlechte Zustand der Psychiatrie beklagt wird, solange nicht genug Psychotherapeuten dort sind. Dass da eine Umverteilung zu Ungunsten schwer kranker Patienten stattfindet, das ist Quatsch. Wohin soll denn das Personal verteilt werden? Die Klinik hat ein bestimmtes Personalbudget, das war schon zu Zeiten der Psych-PV so, und das wird natürlich entsprechend der Notwendigkeiten verteilt, die tatsächlich auch schon bei der Psych-PV nicht selten von dem, was vorgegeben war, abwichen. Ich möchte nur an das Problem der Gerontopsychiatrie erinnern, die in der Psych-PV, insbesondere was die Pflege angeht, extrem unterbelichtet war. Es mussten Krankenhäuser, um schwerkranke Patienten mit gerontopsychiatrischen Störungen zu versorgen, auf der Ebene der Stationen gegen die Psych-PV verstoßen, das wäre gar nicht anders gegangen. Und so ist es heute wieder und immer noch, Sie müssen gerade auf Akutstationen, auf denen dann streckenweise sehr viele schwer kranke Patienten sind, deutlich mehr Personal vorhalten, als die PPP-RL vorschreibt, nur bei diesem merkwürdigen System fehlt Ihnen das ja dann am anderen Ende und wenn Sie die Leute haben, wie Herr Voigt sagt, die es aufschreiben, kommt es auch noch raus. Also das ist wirklich eine Katastrophe, glauben Sie mir das. Und es ist nicht so, dass »böse Psychiater armen schizophrenen Patienten Psychotherapie vorenthalten«.

Möglichkeiten der Zwangsvermeidung und Zwangsregister?

Ich würde gerne zum Abschluss noch ein ganz anderes Thema ansprechen wollen, deswegen war das ganz gut von der Reihenfolge her. Ich möchte nochmal das nicht sehr beliebte, aber sehr wichtige Thema Zwang ansprechen. Denn es muss unsere vornehmste Aufgabe sein, nicht nur ambulant gut zu versorgen, tolle Reha zu machen und sonst was, sondern Zwang zu vermeiden. Da ist Primärprävention wichtig, da kommen die Gemeindepsychiatrischen Verbände, die Krisendienste rein, aber wir brauchen auch dort, wo Zwang dann tatsächlich ausgeübt wird, Mittel und Wege, besser zu werden. Da gibt es unsere Leitlinie von der DGPPN, eine S3-Leitlinie zur Vermeidung von Zwang. Aber es wäre ein wichtiges Petitionum, das in den öffentlichen politischen Raum muss, dass wir klare, einheitliche Dokumentationsregeln für Unterbringung, und Zwang jeglicher Art haben. Herr Brieger hat es auch kurz angesprochen, und ich würde sogar fast einen Schritt weitergehen wollen und von einem Zwangsregister sprechen, ähnlich wie bei anderen gravierenden, medizinischen Problemen, wo es offizielle Register gibt. Das muss übergreifend über die Einrichtungen funktionieren, darf dann natürlich nicht nur Krankenhäuser betreffen, sondern auch Heime für alte und behinderte Menschen. Natürlich muss auch die somatische Medizin miteingefasst werden. Denn wahrscheinlich sind jeden Tag in Deutschland mehr Menschen in somatischen Krankenhäusern freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgesetzt als in den Psychiatrien. Da brauchen wir wirklich ein System, bei dem uns die Politik und der Gesetzgeber helfen muss. Denn die gesetzlichen Grundlagen von Zwang sind ja sehr komplex – einerseits länderbezogen, andererseits zivilrechtlich geregelt, und das muss man irgendwie zusammenbringen, um letztlich eine Möglichkeit zu haben, zu wissen worüber man redet und auch zu sehen, ob Interventionen, die man durchführt, auch den gewünschten Erfolg haben. Wir reden über offene Türen, aber was offene Türen wirklich bringen, können wir nicht sehen, bevor wir nicht klar wissen, was hinter diesen Türen, seien sie nun offen oder geschlossen, passiert.

Problematik der Schnittstellen und des sektorübergreifenden Denkens – Bearbeitungsformate

Ich kann gerne den Anfang machen, der vielleicht ein bisschen extrem ist, denn Sie wissen, dass ich auch nicht allzu großer Freund dieses Formats des Dialogs war, weil ich finde, dass es nicht angehen kann, dass die Fragen, die zu beantworten sind, alleine von den Ministerien vorgegeben werden. Es macht also für mich wenig

Sinn, wenn vorher klar ist, »ihr dürft nur dazu was sagen, und dazu nicht, es darf jetzt nur um SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) gehen, es darf nur um Dinge gehen (ich sage das etwas böse) die gerade nicht besonders heiß sind, also über PPP-RL reden wir jetzt nicht«. Ich möchte nicht sagen, dass dabei jetzt nichts Interessantes rausgekommen ist, aber wenn wir eine langfristige Befruchtung der Entwicklung haben wollen, dann muss sich die Politik, der Bundestag, die Ministerien ein Gremium leisten, das unabhängig beraten kann, das sich seine Themen selbst aussucht und das entsprechend auch unabhängige Vorschläge machen kann. Und das muss ein ganz anderes Format sein. [Zwischenruf von Herrn Hannig].

Selbstverständlich, stimmt Herr Hannig, gut dass Sie das reinrufen, es gibt ja immer noch diese Petition aus der letzten Legislaturperiode, die offenbar so schwer zu verstehen und zu lesen ist, dass sie bis heute nicht vom Petitionsausschuss beantwortet wurde. Da muss etwas geschehen. Das sage ich nicht nur an die Adresse des BMG, das ist ja nur ein Player. Aber ich denke die Psychiatrie ist so ein wichtiges Thema gesamtgesellschaftlich, was sich jetzt gerade in diesen Krisenzeiten nochmal zeigt, dass da wirklich was hineingesteckt werden muss, und nicht nur auf der operativen Ebene, was die Finanzierung von Behandlung angeht, sondern auch auf der Ebene, wo neue Konzepte entstehen und wo wir wirklich einen neuen Aufbruch schaffen könnten, wenn man uns das gemeinsam tun lässt.

Aktuelle Perspektiven der koordinierten strukturierten Versorgung (KSV-Psych)?

Vielen Dank für die Frage nach der ambulanten Komplexversorgung. Ich denke, es ist ein ganz wesentlicher Bestandteil, dass die bereits vorhandenen Elemente, vor allem die Akteure, die bereits auf hohem qualitativem Niveau arbeiten – da denke ich natürlich insbesondere an die niedergelassenen Kolleg*innen auf Facharzniveau mit der Fortbildungsverpflichtung, die leitlinienbasiert und damit evidenzbasiert arbeiten – dass diese stärker vernetzt werden. Herr Brieger hat ja auch in seinem Eingangsstatement sehr deutlich gemacht, dass es darum geht, die bestehenden Dinge enger zu vernetzen und zu verzahnen. Und wenn ich an die Komplexversorgung denke, denke ich insbesondere an drei Punkte, die dort imponieren: Das ist zum einen die Kontinuität, zum anderen die niedrigschwellige und zeitnahe Erreichbarkeit, aber auch die umfassende und die sehr effiziente Gestaltung. Was meine ich damit? Die Kontinuität, da habe ich die Bezugstherapeut*innen und die Bezugsgärt*innen vor Augen, welche die Behandlungskontinuität sicherstellen, die auch die Anamnese und die ganzen Mäandrierungen der Patient*innen gut kennen und entsprechend supervidieren. Und die Niedrigschwelligkeit, da ist der Direktzugang zu nennen, d.h. es gibt Überweisungen und Empfehlungen, aber es braucht diese nicht, man kann direkt in diese Versorgung nach sieben Werktagen aufgenommen werden und dann folgt schon eine differenzialdiagnostische Abklärung nach der Eingangssprechstunde und danach – das finde ich besonders wichtig und wesentlich an der ganzen Geschichte – gibt es den Gesamtbehandlungsplan. Das heißt, dass über die diversen Professionen, die dort zusammenkommen, die Bedarfe abgestimmt werden und dass das auch immer wieder kontrolliert wird. Und, auch das klang gestern schon an, dass es über das SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) hinausgeht und die Schnittstellen bereits angelegt sind, und dass über die Kooperationen sowohl die Kliniken als auch die SGB V-Externen bereits mitgedacht sind, bis hin zur Selbsthilfe, aber auch Trauma-Ambulanzen und Suchtberatungsstellen. Das Allerbeste daran, das Ganze wird bereits zum nächsten Ersten starten.

Ich möchte sehr dafür werben, dass die Sachen, die schon da sind, auch die Psychotherapierichtlinie und jetzt die KSV(koordinierte und strukturierte

Versorgung)-Psych Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die ja erst startet und wo bereits jetzt schon die Evaluation mitberaten wird, dass man dieser Richtlinie eine Chance gibt und sich anschaut, was da alles schon angelegt ist, nämlich die meisten der Punkte, die hier nochmal in den Handlungsfeldern und den Zielsetzungen genannt sind, die sind zumindest angerissen. Ich will gar nicht behaupten, dass diese bis zur Perfektion schon ausgestaltet wurden, bei etwas, was noch nicht einmal gestartet ist, aber in jedem Fall angelegt bis hin zur Krisenplanung. Und auch das war schon immer auch Teil von einer Therapieplanung, schon längst vor der Strukturreform. Zu den Fragen der Umsetzung: Bevor wir das zusätzlich noch finanziell fördern, würde es uns viel mehr helfen, wenn diese Hürde fallen würde, dass man einen vollen Versorgungsauftrag braucht, um gerade auch Psychotherapeut*innen mit ins Boot zu holen, die ja am häufigsten auf halben Sitzen arbeiten, stärker als jede andere Arztgruppe. Das würde, glaube ich, viel mehr helfen an dieser Stelle. Und ansonsten möchte ich sagen, dass es gar nicht so schlecht ist, man kann es aber immer noch besser machen und daran arbeiten wir stetig.

Thematik der mobilen medizinischen Rehabilitation?

Wir haben uns mit dem Thema auch schon beschäftigt, aber nicht so intensiv, wie das die Handlungsempfehlungen nahelegen. Vielleicht ist an dieser Stelle auch nochmal eine gute Möglichkeit darauf hinzuweisen, dass das ja aber bereits angelegt ist. Nicht zuletzt in der KSV-Richtlinie sind ja Hausbesuche und aufsuchendes Arbeiten explizit adressiert. Dieser Tenor, der in den Festreden aber auch heute in den Eingangstatements mitgeschwungen ist, das ist alles bereits mitgedacht und angelegt. Es geht häufig um die Intensivierung, also die Frequenz, und ob ein Kontakt denn reichen würde einmal im Quartal, und da kann man ja – das ist natürlich berufsbedingt – auf die G-BA Richtlinie nochmal hinweisen, selbst in der »alten« Psychotherapierichtlinie ist das ja längst vorgesehen, dass man bis zu drei Mal in der Woche einen psychotherapeutischen Kontakt haben kann. Insofern möchte ich dafür werben, die Dinge, die es bereits gibt, aufzugreifen und sinnvoll zu vernetzen für die Bedarfe, die es gibt, und nämlich genau vor dem Hintergrund, dass es patient*innenindividuell ist, dass das, was schon da ist, genutzt wird, und einfach besser verzahnt wird, auch mit Blick auf die Reha.

Relevante (weitere) Themen?

Das ernstnehmend, was ich die ganze Zeit selbst sage, dass man erstmal bei dem anfängt, was man schon hat – in dem Fall bei der KSV-Psych und dem sozialgesetzbücherübergreifenden Ansatz. Allerorts begegnet man diesem, ob das bei den Themen im Innovationsfonds ist oder denen des Nationalen Rats gegen Kindesmissbrauch oder im Rahmen der Richtlinie für die Kinder und Jugendlichen im KSV-Bereich. Man könnte vielleicht von der Seite der Juristerei her anfangen und sagen, »ok, das, was wir jetzt schon angelegt haben an Kooperationen über das SGB V hinaus, bei Trauma-Ambulanzen z. B., was bräuchte es denn noch, um das zu vereinfachen und die Schnittstellen mit weniger Reibungsverlusten aufzustellen?«. Dass man einfach an dieser Stelle weitermacht, das weiter verbessert, statt ganz neue Aktivitäten zu entfalten.

Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen aus Landessicht?

Die Position der Länder zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine besondere, auch historisch.

Es ist als eine Errungenschaft des Gesundheits- und Sozialsystems der Bundesrepublik zu sehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen heute im durch die Sozialgesetzbücher determinierten Regelsystem behandelt werden, genauso wie Menschen mit somatischen Erkrankungen. Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Versorgung ist dabei das krankenkassenfinanzierte Versorgungssystem. Dies war durchaus nicht immer der Fall. Für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gab es bis weit in die 70er Jahre immer ein von Ländern und Kommunen gesteuertes Sondersystem.

Heute stehen die Länder erst dann in der Verantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn im Kontext einer psychischen Erkrankung die Notwendigkeit zu Grundrechtseingriffen entsteht; wenn es darum geht zu verhindern, dass Menschen im Rahmen einer psychischen Erkrankung sich oder andere erheblich gefährden.

Für diesen Fall haben die Länder Gesetze erlassen, die Psychiatrie-Gesetze. In den Psychiatrie-Gesetzen der Länder ist genau geregelt, wie Einweisungen in eine psychiatrische Klinik bei Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgen sollen, wie Menschen durch Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung davor bewahrt werden sollen, sich oder andere zu verletzen und wie notfalls auch eine Behandlung gegen den Willen erfolgen kann. Darüber hinaus implementieren und fördern die Länder eine Reihe von Maßnahmen, die verhindern sollen, dass die in den Psychiatrie-Gesetzen geregelten Grundrechtseingriffe angewandt werden müssen. Dazu gehören auch die Sozialpsychiatrischen Dienste, die von den Ländern im Kontext der auf die Kommunen übertragenen Aufgaben finanziert werden. Deren Aufgabe ist es unter anderem, Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu bringen, damit sie dort behandelt werden können.

An der direkten medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die Länder nicht beteiligt. Die psychiatrisch-medizinische Versorgung befindet sich – wie die Versorgung für somatische Erkrankungen

auch – in der Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens. Auch das Vorhandensein von in Landesträgerschaft befindlichen Kliniken ändert an dieser Zuständigkeit nichts.

Der Aufbau von Parallelstrukturen, etwa ein Sondersystem zur medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Länder und Kommunen, ist aus Effizienz- und Effektivitätsgründen abzulehnen.

Ambulante Krisenhilfen als Komplexleistung von Kommune und Krankenkassen?

Es ist unbestritten, dass psychiatrische Krisendienste, die aufsuchend arbeiten, helfen das Exazerbieren psychischer Erkrankungen frühzeitig abzufangen. Dies beugt dem Einsatz von Grundrechtseingriffen im Kontext der Behandlung vor. Genauso dienen somatische dazu, somatisch-gesundheitliche Krisen abzufangen. Hierfür haben Länder und Kommunen Rettungsdienste eingesetzt. Die Kosten werden von Ländern und Kommunen gemeinsam mit den Krankenkassen getragen. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum dies bei psychiatrischen Krisendiensten, die in enger Kooperation mit dem somatischen Notfalldiensten entwickelt werden sollten, anders sein sollte.

Bislang aber gibt es psychiatrische Krisendienste ausschließlich in Trägerschaft von Ländern (Bayern) oder einzelner engagierter Kommunen. Die strukturelle Ausgrenzung der psychiatrischen Notfallversorgung aus der somatischen Notfallversorgung ist – auch angesichts der großen Inanspruchnahme des Rettungswesens durch Menschen in psychischen Krisen – nicht zeitgemäß.

Möglichkeiten der Zwangsvermeidung und Zwangsregister?

Die Länder, als Zuständige für die Psychiatrie-Gesetze und deren Implementierung haben ein vitales Interesse daran, dass Grundrechtseingriffe im Kontext der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur rechtskonform, sondern vor allem so wenig wie irgend nötig zum Einsatz kommen. Daher ist die Dokumentation von Einweisungen gegen den Willen, von Fixierung und Isolierung sowie Behandlungen gegen den Willen nach den Psychiatrie-Gesetzen ein zentrales Anliegen. Denn nur was gemessen wird, kann auch gezielt verändert werden. Niedersachsen und einige andere Bundesländer, wie z. B. Baden Württemberg erheben seit einigen Jahren systematisch die Grundrechtseingriffe nach den Psychiatrie-Gesetzen und veröffentlichen diese Daten. Andere Länder werden folgen.

Tatsächlich finden aber in der somatischen Versorgung viel mehr Grundrechtseingriffe statt als in der psychiatrischen Versorgung. Hierrüber gibt es keine zusammenfassende öffentlich zugängliche Dokumentation. Und auch in den psychiatrischen Kliniken werden mindestens noch mal so viele Personen nach Betreuungsrecht untergebracht und nach Betreuungsrecht fixiert oder isoliert wie nach den Psychiatrie-Gesetzen. Genaue Daten fehlen. Denn Betreuungsrecht ist Bundesrecht und eine fortlaufende aussagekräftige Dokumentation ist hier nicht implementiert.

Für eine demokratische Gesellschaft sollte es nicht hinnehmbar sein, dass weitgehend unbekannt ist wie oft, an wie vielen Personen und über welchen Zeitraum Grundrechtseingriffe in der medizinischen und in der Pflegeversorgung zum Einsatz kommen.

Ambulante Krisenhilfen als Komplexleistung von Kommune und Krankenkassen?

Herzlichen Dank für die Gelegenheit, an dieser Gesprächsrunde teilnehmen zu können. Frau Bramesfeld, ich wäre froh, wenn sich die Krankenkassen zumindest zum Teil an der Finanzierung des Krisendienstes beteiligen würden, wenn ich auf die Geschichte des Krisendienstes in Stuttgart zurückblicke. Ich war in Stuttgart 40 Jahre tätig – vor allem im Auf- und Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund. Ich betone dies deswegen, weil ich mit daran beteiligt war, welche Hilfen nachts und am Wochenende zur Verfügung stehen. Dank des diakonischen Trägers, der schon sehr früh mit der Einrichtung eines Krisendienstes begonnen hat, wurden zumindest die Nacht und das Wochenende zum Teil abgedeckt. Mit Sicherheit eine positive Entwicklung, aber der Krisendienst war nie leistungsträgerübergreifend und auch nie ausreichend finanziert. Er wird nach wie vor von der Stadt Stuttgart und durch große Eigenanteile des Trägers finanziert. Hinzu kam, dass die niedergelassenen Nervenärzt*innen ausgestiegen sind, weil es sich aus ihrer Sicht nicht mehr finanzierte.

Ich kann die Aussage von Herrn Pollmächer nur unterstreichen, wenn wir die Krisenhilfen 24/7 ausbauen könnten und dann noch in der engen Vernetzung von Behandlung und dem psychosozialen Bereich, wenn möglich noch mit Peer-Unterstützung. Die Versuche, den Krisendienst auf die ganze Nacht und das gesamte Wochenende auszuweiten, sind bislang leider immer wieder gescheitert. Mal war es der Widerstand der Krankenkassen, mal gab es Stimmen aus der niedergelassenen Ärzt*innenschaft, dass es eigentlich gar keinen Krisendienst bräuchte, beides der Weiterentwicklung nicht gerade zuträglich. Diese Stimmen sind inzwischen allerdings verklungen.

Zwischenzeitlich blicken wir etwas neidvoll und gleichzeitig auch mit Hoffnung auf die Situation in Bayern und sind durchaus zuversichtlich, dass die Entwicklung des Krisendienstes in Bayern – natürlich nicht 1:1, sondern respektive der Gegebenheiten in Baden-Württemberg und in Stuttgart – auch eine mögliche Ausstrahlung auf uns haben wird. Ich könnte mir eine Konstruktion in der Richtung vorstellen, dass wir mit den sechs Millionen Euro, die vielleicht vom Land Baden-Württemberg für die Krisenhilfen zur Verfügung gestellt werden ab dem

kommenden Jahr, in einer klugen Verbindung mit möglichen Vorhaltekosten im Rahmen des SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), also dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), und den Sozialpsychiatrischen Diensten eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung möglich wird unter finanzieller Mitbeteiligung seitens der Krankenkassen, um auf diesem Wege doch Schritt für Schritt flächendeckend Krisenhilfen für nachts und am Wochenende in Baden-Württemberg einzurichten.

Wenn ich die Selbsthilfe, sowohl den Psychiatrieerfahrenen als auch den Angehörigen aufmerksam zuhöre, dann muss ich das leider so sagen: Es könnte fast schon latent als skandalös bezeichnet werden, dass wir es immer noch nicht geschafft haben, obwohl seit über 40 Jahren mal mehr, mal weniger gefordert, Krisenhilfen nachts und am Wochenende einzurichten. Das finde ich, um es pointiert auszudrücken fast schon etwas peinlich für uns alle, zumindest ist es kein Ruhmesblatt aller potenziell beteiligten Akteure. Aber ich hoffe doch, dass durch den Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und vor allem auch durch den Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung vielleicht doch die Zeichen so gewertet werden können, ein gutes Stück weiterzukommen in Richtung einer flächendeckenden Umsetzung – und zwar als integrierte Krisenversorgung, d.h. nicht nur als psychosozialer Baustein, sondern gemeinsam mit der Medizin unter Mitbeteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung.

Kooperation und Verantwortung im Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Vorneweg eine übergreifende, grundlegende Anmerkung: Ich denke, dass man nicht die Studien von Tomasello oder Habermas' Theorie des kommunikativen Handelns bemühen muss: Wir Menschen sind entwicklungsgeschichtlich auf Kooperation angelegt und nicht auf Konkurrenz, wenn dies auch von bestimmten Seiten mit entsprechenden Positionen und Haltungen auch ganz anders gesehen wird.

Selbstverständlich nicht nur deswegen gilt für uns in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) – nicht nur in Baden-Württemberg steht die Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden im Psychisch Kranken Hilfe Gesetz – die Leitlinie »Keiner kann es allein und niemand darf verloren gehen«. Und selbstverständlich gehören zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden überall die Kliniken mit hinzu, was leider noch nicht überall der Fall ist. In Baden-Württemberg sind hingegen die Kliniken meines Wissens überall beteiligt,

wobei ich auch sagen muss (das kennen wir aus dem ganzen Bundesgebiet), dass in manchen Regionen Gemeindepsychiatrische Verbände leider auch nur mehr oder weniger auf dem Papier bestehen. Aber dort, wo sie funktionieren und wo sie gut funktionieren – ich glaube, dass wir in Stuttgart aber auch in vielen weiteren Regionen in der Republik gute und lebendige Gemeindepsychiatrische Verbände vorweisen können, sind diese von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und Wertschätzung geprägt. Es gibt durchaus auch Regionen, in denen die Krankenkassen Mitglied im GPV sind, wie auch die Reha Träger und die Jobcenter: Aber – ich möchte auch das nicht verschweigen – die GPVs sind nach wie vor eingliederungshilfelistig. Gleichwohl besteht die Herausforderung wie auch die Möglichkeit, die sogenannten vorrangigen Leistungsträger stärker miteinzubeziehen in die Arbeit der GPVs, um konsequent das vorrangige Ziel der Gemeindepsychiatrischen Verbände umzusetzen: Die regionale Versorgungsverpflichtung. Dies bedeutet, dass alle psychisch kranken Bürger*innen einer Region einigermaßen (ich formuliere diese normative Vorgabe vorsichtig) angemessene Hilfen finden und nicht gegen ihren Willen weit ab von ihrem Sozialraum in irgendwelchen Heimen untergebracht werden, oder – als ein vorrangiges Problem der Großstadt – in der Wohnungslosigkeit enden. Und dazu braucht es die Kliniken, dazu braucht es ebenso die vorrangigen Leistungsträger, dazu braucht es die grundsätzliche Haltung »Keiner kann's allein und niemand darf verloren gehen«. Es gibt da wirklich sehr gute Beispiele, wie dies in der Praxis funktionieren kann.

Möglichkeiten der Zwangsvermeidung und Zwangsregister?

Frau Bramesfeld und Herr Pollmächer haben schon einiges vorweggenommen. Aus meiner Sicht besteht die vorrangigste Aufgabe der Sozialpsychiatrie in der Verringerung von Zwang und Gewalt im ambulanten und stationären Bereich und dies hinsichtlich sichtbarer und weniger sichtbarer, subtiler Gewalt. Und Frau Bramesfeld, ich glaube es gibt schon Beispiele, sogenannte Leuchttürme in der Republik, oder auch wenn wir über den Tellerrand in andere Länder schauen, die aufzeigen, wie es gelingen kann, Menschen vor Chronifizierungsprozessen zu bewahren und gleichzeitig weniger Zwang und Gewalt auszuüben (Geesthacht, Itzehoe, Triest, um nur drei Beispiele anzuführen). Das heißt nicht, dass wir das bei allen Menschen schaffen, auf Zwang und Gewalt als Ultima Ratio verzichten zu können; dass wir es bei allen Menschen schaffen, Chronifizierung zu vermeiden. Aber Chronifizierung wie auch Zwang und Gewalt bedeuten immer auch, dass wir beides als psychiatrisches System in der Praxis mitproduzieren. Chronifizierung

ist ja nicht ein von sozialen Zusammenhängen losgelöstes, in sich verkapseltes, inneres Krankheitsgeschehen, sondern wir produzieren sie mit, sind mit dafür verantwortlich. Zumindest habe ich dies in 40 Jahren ambulanter Arbeit so wahrgenommen und erlebt. Aber ich habe genauso wahrgenommen und erfahren, wie es gelingen kann, durch entsprechende Strukturen, Haltungen und Herangehensweisen berufsgruppenübergreifend und vor allem auch leistungsträgerübergreifend Zwangsfrei(er)e Hilfen und Unterstützung im jeweiligen Sozialraum zu entwickeln. Auf diesem Weg besteht eine gute Chance, wenn auch gleichzeitig herausfordernd, in der Verknüpfung von SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB IX Leistungen (wahrscheinlich auch noch unter Miteinbeziehung weiterer Sozialgesetzbücher) z. B. aus den acht Gemeindepsychiatrischen Zentren, die in Stuttgart fast schon vorbildhaft ausgebaut sind, in Verknüpfung mit der Dezentralisierung von klinischen Ressourcen Behandlungszentren mit Krisenbetten zu schaffen. Die Zusammenführung von Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern gerade für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf ist aus meiner Sicht keine in der fernen Zukunft sich befindende Utopie. Ich würde so weit gehen (unter Miteinbeziehung schon bestehender Erfahrungen – das Rad muss ja nicht immer neu erfunden werden), zu behaupten, dass es an uns liegt, sich in der jeweiligen Region aufzumachen und auf der Grundlage momentaner gesetzlicher Grundlagen Spielräume auszumachen und in die Praxis umzusetzen. Es liegt m. E. vorrangig an uns sozialpsychiatrisch Tätigen, gemeinsam das übergreifende Ziel (die Verflüssigung und Flexibilisierung von ambulant und stationär, um bedürfnisorientierte Hilfen) umzusetzen, indem wir die Systemgrenzen auf allen Ebenen zu überwinden versuchen.

Problematik der Schnittstellen und des sektorübergreifenden Denkens – Bearbeitungsformate

Mein Wunsch wäre, dass der BMG-Dialog seine Fortsetzung findet in einem SGB V-übergreifenden Format in der Verknüpfung mit den Schnittstellen der anderen Sozialgesetzbücher. Ich denke, dass wir dann gerade bei der zentralen Thematik die »Verringerung von Zwang und Gewalt« in Verbindung mit regionaler Versorgungsverpflichtung in den Regionen einen ganz entscheidenden Schritt weiterkommen. Wir haben z. B. in Stuttgart die regionale Versorgungsverpflichtung umgesetzt, allerdings m. E. zu einem relativ hohen Preis: Wir haben geschlossene Wohnheimplätze nach § 1906 eingerichtet. Und wir bekommen immer noch wöchentlich aus der ganzen Republik, auch aus Regionen, die sich sozialpsychia-

trisch definieren, Anfragen nach Aufnahmen in die § 1906 Einrichtungen, die wir natürlich zurückweisen mit der Begründung, in der anfragenden Region die Verantwortung für alle psychisch kranken Bürger*innen innezuhaben und zu übernehmen. Aus meiner Sicht gibt es keine Alternative zur Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung und diese praktisch, praxisorientiert, leistungsträgerübergreifend in den Blick zu nehmen und dann konsequent weiter auf dem Weg zur Verringerung von Zwang und Gewalt voranzukommen.

Gesprächsrunde 2: Partizipation bei der Psychiatriereform

Statements:

Hermann Stemmler

Netzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG)

Geschichtlicher Hintergrund, Erfahrungen der letzten Jahre

Ohne die ganze Vorgeschichte, ist die derzeitige Entwicklung nicht verständlich. Deswegen ein kurzer persönlicher Rückblick. Ich bin jetzt knapp 50 Jahre im Psychiatrie-Geschäft. Ich war früher mal Profi. Ich habe viele unterschiedliche Facetten der psychiatrischen Versorgung in meiner beruflichen Praxis als Sozialpädagoge kennengelernt: einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi) der ersten Stunde Anfang der 80er aufgebaut, verschiedenste Wohnformen initiiert und betreut, unterschiedlichste Beratungsstellen z. B. für Wohnungslose, Suchtkranke, überschuldete Haushalte. Auch war ich als Geschäftsführer bei einem Trägerverein eines Spitzenverbands mit über 40 Einrichtungen und über 800 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen tätig. In meiner späteren Position als Psychiatriekoordinator des Bezirks Oberbayern erkrankte ich erstmals selbst und bin dadurch in eine Doppelrolle – eigentlich in eine dreifache Rolle (betroffene Familienangehörige) gekommen: In die des Profis, des Psychiatrieerfahrenen und des Angehörigen.

Wenn ich die Geschichte der psychiatrischen Partizipation anschau, dann ist nach der Psychiatrie-Enquête die »Antipsychiatrie« notwendig gewesen, um die Aspekte der Selbst-Betroffenen in den Vordergrund zu rücken und ihnen die Wertigkeit und Stimme zu geben, die dann zum Bewusstsein des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen, und damit zu politischen und juristischen Entscheidungen geführt hat. Die Menschenrechtskonvention, die letzte 2005, hätte so nie stattgefunden, wenn es nicht die starke antipsychiatrische Bewegung der frühen 70er/80er/90er Jahre gegeben hätte. Ich betone das deswegen, weil ohne die massive Forderung der Betroffenen und Angehörigen nach Beteiligung, Mit- und Selbstbestimmung hätte die Partizipationsentwicklung nicht in der aktuellen Dimension stattgefunden. Ich möchte damit nicht sagen, dass Partizipation auch in der Zeit der 70er und 80er keine Rolle gespielt hat. Aber es war damals einzel-fallabhängig, personenabhängig. Meine Freundin Hilde Schädle-Deininger hat mir oft und wiederholt geschildert, welche Widerstände in den psychiatrischen Einrichtungen, Diensten da waren, wenn sie aus ihrer Perspektive als junge Psychiatrieschwester versucht hat, Partizipationsschritte zu realisieren. Unter wel-

chem Druck die Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen standen, als sie versuchten Betroffene aktiv am Behandlungsprozess mit zu beteiligen. Die Definitionsmacht der Erkrankung und der notwendigen Behandlung war und wird bis heute sehr stark definiert durch die Profis.

Ein paar Worte zur Gegenwart. Sie mögen hart klingen und pauschal, aber ich möchte sie dennoch aussprechen. Partizipation geschieht eher halbherzig. Partizipation ist häufig nur politisches Beiwerk, ein Feigenblatt. Das hat seine Ursachen und Gründe:

- Ein wichtiger Aspekt liegt darin, dass die **Ausbildungen, die Fortbildungen und die Berufspraxis der professionellen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen** unter fehlender Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen nicht ausreichend Platz lassen für die Vermittlung von Bildungsinhalten partizipativer Beteiligung, von Empowerment- und Recovery-Methoden. Ich plädiere seit Jahren dafür, dass die Ausbildungen aller Berufsgruppen, die mit psychisch kranken Menschen zu tun haben, durchgängig die Methoden beinhalten, um das nötige Bewusstsein, die nötige Haltung und den nötigen Blickwinkel zu vermitteln, damit Profis selbstverständlich partizipativ arbeiten können.
- Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang betrifft die Notwendigkeit der Information, Aufklärung und **Qualifizierung von Betroffenen selbstvertretungen**. Das soll heißen – wir Selbst-Erfahrenen sind heutzutage aufgefordert, auf allen Ebenen politischer Arbeit beteiligt zu sein, aber niemand gibt uns das notwendige Wissen dafür. Wir müssen es uns entweder selbst erarbeiten oder wir gehen da unerfahren rein und sind dann »dumm und oft auch stumm«, weil wir nicht das nötige Fachwissen haben oder sehr schnell lernen, dass wir hoffnungslos überfordert sind durch die Worte, durch die Sprache und durch die Vorgänge, die viel zu intransparent und unklar sind und auch nicht erklärt werden.
- Noch ein letzter Punkt: Wenn es um Versorgung geht, dann auch um die Definitionsmacht und Machtverteilung im Versorgungsgeschehen. Es wäre aus meiner Sicht äußerst wichtig, die nötige **Transparenz** und Mitbeteiligung im Zusammenhang mit Entscheidungen, mit Planungen und mit Ausführungen herzustellen und so etwas zu hinterlegen wie eine praktikable, abgestimmte Behandlungsvereinbarung, einen verbindlichen Plan für Betroffene und auch Angehörige, die das auch verstehen und akzeptieren können sollen/müssen, was mit ihnen geschieht. Aber vielleicht auch eine praktische Ausführungsverordnung für die Profis, die auf einer anderen Ebene häufig mit relativ offenen und unklaren Definitionen und Zwängen der politischen Entscheidungen

haushalten müssen und das in ihre Bahnen, in die praktische Umsetzbarkeit lenken müssen. Also ich denke mehr Transparenz auf allen Ebenen tut Not.

Prävention

Frau Kappert-Gonther hat vorhin etwas Wichtiges angesprochen: »Prävention«. Ich sehe die wichtige Notwendigkeit, zu verhindern, dass dauerhaft immer mehr Menschen in das Netz der Psychiatrie geraten, obwohl sie gar nicht da hingehören würden, wenn ihnen zum richtigen Zeitpunkt die richtige präventive Hilfe angeboten würde. Eine unserer Forderungen von NetzG im Rahmen des Dialogs war, den § 20 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) aufzubrechen, der den Bereich der Prävention behandelt. Denn dort ist nur die Primärprävention in der Förderung. Wenn der Paragraph um die sekundäre und tertiäre Prävention erweitert würde, dann wäre beispielsweise die Bildung, Ausbildung und Qualifizierung von Peers möglich – auch Angehörigenqualifizierung, -schulungen, -fortbildungen. Durch diese Multiplikatoren-Schulung könnte eine gute Ebene der Information, Beratung, lebensnahen Qualifizierung und Selbsthilfe aufgebaut werden, die im Vorfeld einer Erkrankung wirkt und unter Umständen einen Ausbruch verhindert. Als Best Practice Beispiele hierfür seien niedrigschwellige »Empowerment-Colleges« genannt.

Partizipation

Um die Zukunft der Partizipation anzuschauen, möchte ich nicht reden über »ob Partizipation« oder »wie Partizipation«. Ich denke, da sollten wir schon lange einen Schritt weiter sein. Selbstverständliche Partizipation als Teil des Grundrechts, der Menschenrechte, die es schon lange vor der Menschenrechtskonvention gab.

Jeder hat ein Bild von Barrieren, von Menschen mit körperlichen- oder Sinnes-Behinderungen. Als Grundlage gelungener Partizipation zählt auch die klare Definition von Barrieren von Menschen mit »psychischen Handikaps«. Unter anderem deswegen wollen wir eine trialogische Arbeitsgruppe »Partizipation« innerhalb der APK initiieren, um dem Begriff »Barriere« endlich ein konkretes Gesicht zu geben. Ich kann nur über Barrieren sprechen, wenn ich wirklich weiß, was bedeutet das, d.h. welche Konsequenzen ergeben sich daraus für alle Beteiligten.

Ein weiterer Punkt, den ich mir wünschen würde, wäre die Anpassung, vorhin schon angedeutet, der Aus- und Fortbildungsinhalte von Profis, die Beteiligung von Peers in diesem Zusammenhang. Ich bin selbst an der Uni München für

Masterstudiengänge und weiß, wie groß das Defizit und die Neugier auf deren Seite sind. Durch diese Ausbildungsarbeit wurde mir bewusst, wie wichtig es ist, betroffen zu machen, wie wichtig es für die Studenten und Studentinnen ist, die betroffenen Menschen mit ihren Gefühlen und Ängsten zu sehen, die hinter den Lerninhalten der Psychiatrie und psychiatrischen Methoden verborgen sind. Ich würde mir auch eine Beteiligung auf allen Ebenen der Versorgung, Planung, politischen Entscheidung und ein echtes Stimmrecht, wie schon wiederholt angesprochen, wünschen. Dazu zählt aber auch, dass eine entsprechende Schulung von selbst-betroffenen Personen, die mitarbeiten wollen und sollen, geschieht. Wenn diese nicht wissen, um welche Inhalte und Zusammenhänge es überhaupt geht, wie soll denn dann eine partizipative, gesellschaftspolitisch wichtige Rolle einzunehmen, funktionieren. Dazu zählt aber auch, die nötige Finanzierung, um diese Qualifizierung sicher zu stellen. Betroffene haben häufig nicht die entsprechenden Finanzmittel, um die Ausbildungsinhalte aus eigener Tasche bezahlen zu können.

Ich habe eine Vision und die möchte ich jetzt am Ende äußern. Matthias Rosemann hat gestern rückwärts gedacht, 2030 und seine Vision von Psychiatrie geäußert. Dasselbe Modell hatte ich auch aufgenommen und der Stand der politischen Partizipation 2030 aus Patientensicht:

Ich bin aufgeklärt, ich bin qualifiziert, ich bin selbstbewusst kritisch, ich bin mündig und etwas sehr Wichtiges, ich bin verantwortlich, und zwar selbst. Ich habe nicht nur Rechte, ich habe auch Pflichten.

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V. (DGBS)

Die Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen ist eine trialogische Gesellschaft. Das heißt also, wir haben drei Ärzte im Vorstand, zwei Betroffene und zwei Angehörige. Da sieht man schon, es gibt eine gewisse Augenhöhe, die dort herrscht. Es wurde über meine Mitgliedschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesprochen und ich muss sagen, dass die Patientenvertretung gehört wird und sie einen guten Stand dort hat. Ich versuche dort, dann auch meine Bedenken und meine gewissen Einwände einzubringen, was auch sehr gut war und auch sehr viel geholfen hat. Ich bedauere nur, dass wir noch kein Stimmrecht haben. Aber was ich auch bedauere, und da muss ich Herrn Hannig auch recht geben, wir haben keinen so starken Stab, der uns unterstützt wie die anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Was ich natürlich schade finde, ich mache jetzt eine bundesweite Antistigma-Kampagne mit Hilfe der AOK. Warum muss ich das überhaupt machen? Hat das was mit Partizipation oder Augenhöhe zu tun? Ich denke das hat mehr mit Ignoranz und mit anderen Sachen zu tun, dass wir gesellschaftlich einfach noch nicht so weit sind.

Was muss sich verändern?

Was ich mir wünschen würde, dass sich verändert, wäre, dass man Menschen, die mit psychischen Erfahrungen eine Zeit lang auch in der Psychiatrie waren, wieder besser eingliedern sollte. Wir haben zurzeit Arbeitskräftemangel auf dem freien Arbeitsmarkt. Was brauchen wir dazu? Wir brauchen eine andere Arbeitszeit, eine flexiblere Arbeitszeit und vielleicht auch einen Begriff der Arbeit, der sich etwas verändert. Verändert dahingehend, dass man sagt, das ist ein wertvoller Mensch. Der kann eine gewisse Tätigkeit ausführen in einer gewissen Zeit, aber er ist vielleicht ein bisschen eingeschränkt und diese Zeit muss etwas länger sein, oder etwas kürzer sein. Es muss keine bestimmte Arbeitszeit z. B. eine 40-Stunden Woche sein, sondern vielleicht drei oder zwei Tage die Woche. Nicht die Beratung der Agentur für Arbeit: »Naja, es wäre vielleicht doch besser, wenn du in Rente gehst.« Das ist keine Lösung für Menschen mit psychischen Erfahrungen.

Und das andere, was ich mir gerne wünschen würde, ist ja eine ganz lustige Geschichte. Es gab einmal jemanden, der hieß Herr Schäuble. Der war ein vielleicht netter Mensch, der mal angeregt hatte, dass man ein Behindertenparlament schafft. Dies ist irgendwann in der Versenkung so verschwunden, dass es nie mehr

aufgetaucht ist. Das wäre vielleicht auch eine kleine Chance, Menschen mit seelischen Erfahrungen doch eine Stimme zu geben. Natürlich wünsche ich mir auch im G-BA das Stimmrecht. Also, das geht da um Macht. Man ist ja nicht hilflos. Man kann ja auch Anträge stellen, das ist möglich. Und da müssen sie auch reagieren. Und was ich mir noch wünschen würde, dass sich unser gesellschaftliches Verständnis für Menschen mit seelischen Einschränkungen verändert. Das sind keine schlechten Menschen und die gehören auch nicht irgendwo in eine Ecke gestellt. Das sind sehr liebenswerte und auf der anderen Seite auch leistungsstarke Menschen in bestimmten Bereichen. Das würde ich mir wünschen.

Partizipation für Angehörige

Wir Angehörige als größte Gruppe im Bereich der Psychiatrie haben das Recht auf Selbstbestimmung! Auch für uns gilt das Motto aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK): »Nicht über uns ohne uns!«. Wir bilden den überwiegenden Teil des sozialen Nahraums, in dem die Betroffenen leben, und wir sind somit direkt oder indirekt von allen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem erkrankten Menschen betroffen.

Wir sind die Expert:innen aus Erfahrung insbesondere für den vor- und nachklinischen Bereich und die Versorgung von psychisch erkrankten Personen. Dabei sollte nicht immer nur an die schweren Krankheitsfälle gedacht werden, sondern an die weit überwiegende Anzahl der erkrankten Menschen, die nur sehr begrenzt das psychiatrische System beanspruchen. Dennoch hat die Erkrankung häufig nachhaltige Folgen für ihr weiteres Leben – und für das von uns Angehörigen.

Ist partizipative Entscheidungsfindung der Goldstandard in der medizinischen und psychiatrischen Behandlung und wird von Partizipation in vielen Bereichen der Politik gesprochen, so sollten sie auch und gerade für uns Angehörige gelten.

Findet Partizipation statt? Ja und nein. Im unmittelbaren Nahbereich scheint es immer noch oder immer wieder zu konkreten Umsetzungsschwierigkeiten bzgl. der Partizipation von Angehörigen zu kommen: Die Berichte in den Angehörigengruppen unseres Verbandes sind voll von Beispielen der Exklusion.

Mehr Möglichkeiten zur Partizipation ergeben sich in Gremien. Die kommunale Ebene bietet in vielen Fällen Mitwirkungsangebote, die gleichwohl von Kommune zu Kommune und von Bundesland zu Bundesland verschieden sind. So ist in Schleswig-Holstein auf kommunaler Ebene die Beteiligung an Besuchskommissionen nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, an Arbeitskreisen der Gemeindefür Psychiatrie und an Gemeindepsychiatrischen Verbänden möglich. Während die UN-BRK die Einbeziehung der Betroffenen in Gremien fordert, werden Angehörige hier häufig nur geduldet oder haben keinerlei Stimmrecht. Die UN-BRK sieht in diesem Zusammenhang für die Angehörigen auch keinen Trialog, sondern eine dienende Rolle vor (... to contribute ...).

Eine Ausnahme ist das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG). Hier haben Angehörige im trialogischen Zentrumsrat das gleiche Stimmgewicht wie Betroffene oder Profis.

Gleichwohl gibt es anderenorts eine Vielzahl struktureller Barrieren, die Partizipation von Angehörigen in Gremien erschweren:

1. Wir Angehörigen sind immer da, wenn uns die betroffene Person braucht. Das heißt, eine psychische Krise trifft auch die Angehörigen und nimmt uns häufig die Möglichkeit zu einer kontinuierlichen Mitarbeit.
2. Auch die hohe Quote der Erwerbstätigkeit aller Angehörigen von über 80% erschwert die Partizipation. Häufig liegen Termine in der Arbeitszeit, so dass Überstundenfreizeit, Urlaub oder unbezahlter Urlaub genommen werden müssen. Dies ist nur in einem begrenzten Umfang möglich, ohne dass es zu Konflikten mit den Arbeitgeber:innen kommt.
3. Wenn Angehörige in Teilzeit gehen – und damit kurzfristig Lohn- sowie langfristig Renteneinbußen in Kauf nehmen – so gehört die gewonnene Zeit primär den Betroffenen. Die Pauschalen und Vergünstigungen für das »Ehrenamt« können diese Verluste nicht annähernd ausgleichen.
4. Der Zeitpunkt, an dem die Termine, insbesondere im Zusammenspiel mit Professionellen, stattfinden, erschwert die Zusammenarbeit. Darunter fällt u. a. der Mittwochnachmittag im Bereich der medizinischen Berufe, der in den meisten anderen Berufsfeldern ein zentraler Arbeitstag ist.
5. In vielen Entscheidungsgremien besteht keine Parität hinsichtlich der Stimmen. Wir Angehörige haben nur EINE Stimme bei Abstimmungen und werden von den vielen anderen teilnehmenden Organisationen mit Leichtigkeit überstimmt.
6. Die Besetzung von manchen Gremien erfolgt teilweise intransparent, willkürlich oder zufällig.
7. Nicht nur zu Beginn der Erkrankung eines Betroffenen sieht sich der Angehörige einem neuen komplexen Feld an Begriffen und Regelungen gegenüber. Je stärker er sich engagieren möchte, desto tiefer muss er sich in diese Materie bzw. Fachlichkeit einarbeiten. Dass dies auf Grund ihrer inhärenten Komplexität kaum zu schaffen ist, zeigt nicht zuletzt die Spezialisierungen auf der Seite der Profis. Ist dieses im unmittelbaren sozialen Nahraum zum Betroffenen und mit den Profis aus Medizin, Betreuung, Sozialrecht, etc. schon schwierig, wird eine Partizipation auf kommunaler, Landes- und schließlich Bundesebene fast unmöglich. Angehörige treffen hier zunehmend auf Gesprächspartner, die sich professionell und meist seit vielen Jahren mit den spezifischen Themen beschäftigen.
8. Stellt die Fachlichkeit an sich schon eine große Barriere für die Partizipation dar, so wird diese im wissenschaftlichen Bereich erhöht – spätestens, wenn

mit der englischen Sprache andere kulturelle Strukturen und Begriffszuordnungen Einzug halten.

Veränderungen, die zu mehr Partizipation führen

- a. Zusätzliche bezahlte Zeiten für das organisierte Ehrenamt wie bei politischen Mandaten oder der Arbeitnehmer:innenvertretung und/oder ein Ausgleich für den/die Arbeitgeber:in, um Beruf und Partizipation besser zu vereinbaren.
- b. Entsendemöglichkeit für die organisierten Angehörigen in Gremien, um qualifizierte Angehörigenvertreter:innen partizipieren zu lassen.
- c. Anpassung der Reisekostenrichtlinien und insbesondere die Anerkennung als Dienstreise, um der Vergünstigungssteuer in vielen Städten zu entgehen und nicht auf Reisekosten sitzen zu bleiben.
- d. Trialogische Gremien mit paritätischer Stimmengewichtung, um eine angemessene Berücksichtigung der Angehörigen auch in der Gremienarbeit zu gewährleisten.
- e. Eine stabile Finanzierung der Angehörigenarbeit mit selbstgewählten, professionellen Unterstützungsstrukturen – wie z. B. in Frankreich – auf Landes- und Bundesebene, um eigenständige Fachlichkeit in die Gremienarbeit mit einzubringen. Hierzu gehört auch der Aufbau einer Organisation für den Wissenstransfer.
- f. Entlastung von nicht wertschöpfender Bürokratie (Lobbyregister des Bundestages und teilweise der Landtage; Geldwäschegesetz; Notarielle Beurkundung Vereinsregister; ...), um nicht wertvolle Zeit für das Engagement zu verlieren und zunehmend Interessierte zu demotivieren.
- g. Angehörigenbegleiter:innen in Kliniken und anderen Organisationen durch PPP-RL und Pflegesatzrichtlinie wie bei den Genesungsbegleiter:innen auch, um Angehörige in ihren schmerzhaftesten Zeiten wertschätzend abzuholen und frühzeitig den Weg für eine positive Zukunft zu bereiten.

Meine Erfahrungen

Schon der Titel dieser Gesprächsrunde: Partizipation bei der Psychiatriereform ist für mich irritierend. Welche Psychiatriereform dabei gemeint ist? Die alte Psychiatrie-Enquête, oder die jetzigen zaghaften Versuche, etwas in der Psychiatrie zu verändern, die man aber nicht als ernsthafte Reform bezeichnen könnte. Meine Erfahrungen als Selbsthilfe- und Betroffenenvertreter, was die Partizipation betrifft mit Rückblick auf 20 Jahre ehrenamtliche Tätigkeit, sind sehr gemischt und meistens nicht übermäßig positiv. Allerdings habe ich auch gewisse kleinere Erfolge erlebt und für mich besteht auch kein Grund zu resignieren und aufzugeben. Ich habe viele Jahre Erfahrung als Patientenvertreter in verschiedenen Gremien auf Bundes- und Landesebene, u.a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Patientenvertreter/innen haben in meisten Gremien kein Stimmrecht, also dürfen sie nicht mitentscheiden.

Im G-BA können sie, meiner Meinung nach, trotzdem etwas besser als in anderen Gremien partizipieren – es ist dort mehr als eine Schein-Partizipation, weil sie dort besser organisiert sind. Sie haben immerhin Beratungs- und Antragsrecht und werden auch von der Stabsstelle Patientenbeteiligung unterstützt. Es wird außerdem ein gewisser Wert sowohl von den stimmberechtigten Bänken (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Dachverband der deutschen Krankenhausträger (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) und von den Unparteiischen gelegt, dass die Entscheidungen von der Patientenvertretung mitgetragen werden.

Wesentlich schlechter sieht die Situation auf der Landesebene (Beispiel Hamburg) aus.

Aktuell gibt es keine Koordinierungs- bzw. Stabsstelle Patientenbeteiligung in Hamburg, weil sich niemand für die Finanzierung einer solchen Stelle zuständig fühlt.

Auch andere Gremien, in denen Vertreter von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen partizipieren könnten, wie unabhängige Beschwerdestelle und trialogischer Psychiatrie-Beirat sind in Hamburg nicht vorhanden und ich sehe da kein ernsthaftes Interesse der Stadt/des Landes Hamburg, sie zu gründen.

Besser sieht meiner Ansicht nach das Thema Partizipation im Bereich der

allgemeinen Behindertenpolitik aus, in der ich auf der Landesebene auch aktiv bin. Aber die Themen, die spezifischen Probleme der Mitbestimmung im Bereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, werden dort, wenn überhaupt, nur am Rande angesprochen.

Änderungsbedarfe

Die Patientenvertretung in allen wesentlichen Gremien auf Landes- und Bundesebene müsste gestärkt werden durch Stimmrecht und auch durch Einführung der entsprechenden Klauseln, damit die Patientenvertretung nicht ohne Weiteres überstimmt werden könnten (keine wesentlichen Entscheidungen ohne dass die Patientenvertreter/innen sie mittragen).

Außerdem müssten Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten für Patientenvertreter/innen wesentlich verbessert und gestärkt werden und die aktuell oft starren Abläufe, wie insbesondere im G-BA, den realen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientenvertreter/innen angepasst werden.

Auf der Landesebene müsste die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung dauerhaft finanziert werden (zumindest eine halbe Stelle).

Was andere Gremien und Beteiligungsmöglichkeiten von Betroffenen und Angehörigen auf Landesebene betrifft, sollten sie meiner Meinung nach in einem neuen, künftigen Bundespsychiatriegesetz fest verankert werden, beispielsweise verpflichtende dialogische Besetzung der Besuchskommissionen, Psychiatriebeiräte und Unabhängigen Beschwerdestellen und Expertengruppen.

Auch die Menschen, die einen rechtlichen Betreuer oder Betreuerin haben, verbleiben weiterhin geschäftsfähig und sollen nicht nur bei ihrer individuellen Versorgung mitbestimmen, sondern gleichberechtigt mit anderen sich auch aktiv an den psychiatrie-, gesundheits- und sozialpolitischen Gremien beteiligen.

Bei den geplanten Veränderungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung wie beispielsweise bundesweite Implementierung der Krisendienste, muss die Expertise von Betroffenen und Angehörigen gleichberechtigt mit professioneller Expertise berücksichtigt und auch angemessen honoriert werden.

Deutsche Alzheimergesellschaft e. V.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und ihre Mitgliedsgesellschaften sind Ende der 1980er Jahre als Angehörigen-Selbsthilfeorganisation gestartet. Wir sind durch das ehrenamtliche Engagement von Angehörigen entstanden. Vor 37 Jahren ist die erste Alzheimer Gesellschaft gegründet worden. Diesen ersten Vorkämpfer:innen für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, die ihre Stimme erhoben haben, ist es zu verdanken, dass es uns als Bundesverband gibt. Den Einbezug der Angehörigen zu fordern und zu leben, sind wir gewohnt – auf regionaler, Länder- und Bundesebene.

Vor ungefähr 10 Jahren begann es, dass Menschen mit Demenz sich selbst immer mehr zu Wort gemeldet haben und für sich selbst sprechen wollten. Möglich wurde dies durch eine verbesserte frühere Diagnostik. Das hat uns als Verband, auch intern, erst einmal vor Herausforderungen gestellt. Unsere Beratungsstrukturen waren auf Angehörige ausgerichtet. Plötzlich sitzen aber die Betroffenen in der Beratung. Das macht etwas mit den Vereinen. Das ist ein Lernprozess, der nach wie vor andauert. Und der uns guttut. Unsere Satzungen sehen vor, dass mindestens 50% der Vorstandsmitglieder Angehörige sind. Es gibt noch keine Regelung zu Menschen mit Demenz im Vorstand. Aber in der Praxis gelebt wurde es bereits. In der Alzheimer Gesellschaft München war eine Zeit lang eine Dame mit Demenz auch im Vorstand tätig. Das ist eine begrüßenswerte Entwicklung, die aber eine Begleitung erfordert. Dies ist auch eine Aufgabe, die wir für uns als Bundesverband sehen. Den Einbezug zu befördern und auf politischer Ebene den direkten Einbezug der Betroffenen immer wieder zu fordern.

Ein Beispiel, an dem die Verbesserungspotenziale beim Einbezug von Menschen mit Demenz deutlich werden: Im Jahr 2020 wurde die Nationale Demenzstrategie vorgestellt, nachdem ein Jahr lang daran gearbeitet wurde. Nicht ein Mensch mit Demenz war an den Sitzungen beteiligt. Als Deutsche Alzheimer Gesellschaft hatten wir je einen Sitz in allen vier Arbeitsgruppen und konnten unsere Rolle als Interessenvertretung für die Angehörigen und stellvertretend natürlich auch für die Menschen mit Demenz wahrnehmen. Aber im Grunde genommen ist das nicht genug und wird dem Anspruch der Partizipation und Teilhabe nicht gerecht. Um dies zukünftig gewährleisten zu können, müssen sich die Organisation und die Struktur solcher Prozesse grundlegend verändern. Vier ganztägige Sitzungen in einem Jahr mit Papieren von 30 oder mehr Seiten, die in kurzer Zeit durchzuarbeiten sind, sind kein geeignetes Format.

EX-IN Deutschland e. V.

Frau Weißenborn, Sie fragen mich nach Erfahrungen der diskriminierungsfreien Ausübung des Rechtes an Partizipation. Ich bin heute hier als eine von drei gleichberechtigten Vorstandsmitgliedern des Vereins EX-IN Deutschland. Kurz für die, die es nicht wissen: Die Abkürzung steht für ›Experienced Involvement‹ – Einbeziehung von Erfahrenen.

Die Erfahrung ist die, dass 2005-2007 in einem Bildungsprogramm der EU ein 12-moduliges Curriculum für eine Qualifizierung für Menschen mit seelischen Krisenerfahrungen zur Genesungsbegleiter:in entwickelt wurde. Diese Qualifizierungsmöglichkeit verbreitete sich noch während der Projektzeit als ›Grassroots‹ Bewegung in Deutschland. Unterschiedliche Träger interessierten sich für das Curriculum. Es wurden Trainer:innen ausgebildet und in 2011 wurde mit der Gründung des EX-IN Deutschland Vereins dem Bedarf entsprochen, eine Organisation ins Leben zu rufen, die ›das Ganze‹ zusammen halten sollte.

Das ist jetzt elf Jahre her. Die Erfolgsgeschichte einer Bewegung, die ins Machen gegangen ist und deren Wirksamkeit sich ohne institutionelle oder sonstige finanzielle Unterstützungen zeigen und ausbreiten konnte.

Da die Qualifizierung auf dem Konzept der Salutogenese und dem ressourcenorientierten Handeln basiert, erfahren die meisten Teilnehmer:innen während des Ausbildungsjahres eine Stärkung ihrer Person, auch wenn das ›Gesundheitssystem‹ sie als ›krank‹ diagnostiziert hat. Die meisten Genesungsbegleiter:innen arbeiten also als ›chronisch Kranke‹, meine Person eingeschlossen.

Die Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen, die dann in der Arbeit folgen, sind zum allergrößten Teil positiv was die Begegnung und die Begleitung der Menschen mit Unterstützungsbedarf betrifft. An der Akzeptanz durch oft nicht ausreichend informierte Kolleg:innen darf noch gearbeitet werden. Hier ›im Einsatz‹ zeigt sich Diskriminierung nicht nur im zwischenmenschlichen Bereich, sondern vor allem auch in der Finanzierung.

Die EX-IN Qualifizierung wird heute an über 35 Standorten in Deutschland (und weiteren in Österreich und der Schweiz) angeboten. Diese sind finanziell und operativ unabhängig vom Verein, erklären sich jedoch bereit zur Einhaltung der inhaltlichen Qualitätsstandards, welche gemeinschaftlich im Sinne der basisdemokratischen Mitgliedschaft von derzeit circa 280 Menschen seit zehn Jahren kontinuierlich weiterentwickelt werden, um die ›Güte‹ der EX-IN Qualifizierung von Psychiatererfahrenen zu Genesungsbegleiter:innen zu gewährleisten.

Während durch den hohen Bedarf der weiterhin steigenden Anmeldezahlen die Standorte wirtschaftlich denken und arbeiten, ist der Vorstand des Vereins weiterhin im Ehrenamt, also unentgeltlich, tätig. Die Arbeitslast steigt durch ›Professionalisierung‹ und ›Anerkennung‹ und damit einhergehende immer neue Erwartungshaltungen und Ansprüche von allen Seiten.

Die Implementierung in das System der Eingruppierungslogik von ver.di ist seit vielen Jahren für uns als Vorstands-Ehrenamtler:innen eine Herausforderung. Wir kämpfen darum, dass die EX-IN Qualifikation eine Anerkennung erhält im Sinne der bisher üblichen und bekannten Ausbildungskonzepte. Da sind wir wieder beim ›Kapital‹ der Experten aus Erfahrung: Nämlich ihrem ›Erfahrungswissen‹ und der Frage, wie sich dieses ›informell‹ erworbene Expertenwissen, nämlich aus der Nutzerperspektive, über das Versorgungssystem und dessen Angebote durch Menschen, die keine eigene massive Krisenerfahrung haben (oder sie nicht transparent machen wollen und/oder dürfen), also, wie sich diese spezielle Form des subjektiven Wissens eben ›prüfen‹ lässt.

Sowohl in der Peer-Counseling-Methode, die durch den Verein Interessensgemeinschaft Selbstbestimmt Leben (ISL) initiiert und mitentwickelt wurde, wie in der EX-IN Qualifizierung sind Selbsterfahrungs- und Begleitungs- bzw. Beratungsanteile enthalten, denn ein wichtiger Aspekt ist die Aufklärung der Menschen mit Behinderungen über ihre Rechte.

Beiden Qualifizierungen könnten durch Zusatzmodule möglicherweise bessere Chancen zur Äquivalenz herkömmlicher Ausbildungsgänge erhalten. Aber das Problem ist, wie so oft, die Finanzierung. Beide Programme, also EX-IN und Peer-Counseling, kosten derzeit über 2.000 EUR. Die Finanzierung dieser Qualifizierungen ist für krisenerfahrene Menschen ein Thema. Es wäre also wünschenswert, auf Bundesebene gemeinsam zu überlegen, wie möglicherweise von Bundeseite aus eine Finanzierung ermöglicht werden könnte.

Herr Zedlick, Sie fragten mich nach Wünschen und Vorstellungen. Vorschläge was sich verändern muss. Da möchte ich gleich auf Herrn Dilling zurückkommen und seine Aussage, die Schnittstelle zwischen dem SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) und dem SGB IX (Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung) interessiere ihn, weil er als Zuständiger in seinem Fachbereich SGB V sehr gut unterwegs sei, aber im Bereich des SGB IX Nachholbedarf hat.

Ich habe mitgewirkt an einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstelle in Berlin. Das ist 2017 ausgeschrieben worden. Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat die Partizipation in Form des Peer-Ansatz als Beratung von Betrof-

fenen für Betroffenen sehr in den Fokus gestellt. Leider waren die bürokratischen Hürden für Selbsthilfevereine genauso groß (oder klein) wie für einen kleinen Verein oder andere bundesweit agierende Unternehmen, die die nicht bezahlten Projektleitungs- und Geschäftsführerkosten auf andere Projekte verteilen konnten. Für einen ›kleinen‹ Verein, der keine Personalverwaltungsabteilung hat, muss dieses Wissen kontinuierlich entweder selbst angeeignet werden (in der Freizeit als Ehrenamtler:in) oder von der dann viel zu knapp ausgelegten sogenannten ›Verwaltungspauschale‹ bezahlt werden. Diese Hürde war zu groß!

Der Mensch, der heutzutage in eine Krise gerät, der hat eben nicht nur mit dem SGB V zu tun, der hat auch mit dem SGB IX zu tun und möglicherweise noch weiteren Sozialgesetzbüchern. Alle Angehörigen und Selbsthilfeorganisationen und Helfern im Hilfesystem müssen sich hiermit auseinandersetzen. Es wäre angebracht, wenn die zuständigen Menschen in Entscheidungspositionen dies auch täten.

Warum brauchen wir einen ›Gesundheitskiosk‹ und was sind dessen Beratungsangebote? Bedeutet das, dass die Bürgerin nun für Fragen zum SGB IX in die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) und für alle anderen Gesundheitsfragen in den ›Gesundheitskiosk‹, der aus dem Budget des Ministeriums für Gesundheit und den Krankenkassen bezahlt wird, gehen sollte?

Da brauchen wir als Selbsthilfe und Angehörige und Menschen mit Unterstützungsbedarf Unterstützung. Das können wir nicht allein leisten. In Sinne des ›Offenen Dialogs‹ rufe ich daher auf: »Wir müssen reden«. Und zwar sozialbuchübergreifend und auf Augenhöhe.

Um eine messbare Antwort auf die Frage ›Wie viele Peers gibt es eigentlich?‹ zu erhalten, ist der EX-IN Deutschland Verein seit Juli 2021 als Kooperationspartner Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) und dem Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg (UKE) tätig. Mit Projektende in 2023 wird eine ›Kartographie‹, eine visualisierte Datenbankabfrage in Form einer Landkarte von Deutschland veröffentlicht, in der neben der EX-IN Qualifizierung alle weiteren Peer-Ausbildungen nach verschiedenen Parametern durchsucht werden kann.

Parallelsymposien

I Reformbedarfe psychiatrischer Hilfen

Ambulante Komplexleistungen

Nils Greve

Warum Komplexleistungen?

Menschen, die schwere psychische Erkrankungen mit entsprechenden Karrieren haben und Schritte der Lebensentwicklung nicht erfolgreich meistern, sind deswegen häufig keine guten »Kunden«. Einerseits haben sie einen Bedarf an vielfältigen Hilfen, den sie aber andererseits ohne Unterstützung nicht selbst als Auftraggebende decken können. Deswegen sind wir in der Pflicht, Leistungen komplexer Art – also mehrere Hilfearten, die zusammenkommen müssen – so zu organisieren, dass sie die Betroffenen erreichen.

Leitliniengerechte Versorgung

Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2018) bildet seit ihrem ersten Erscheinen im Jahr 2013 die notwendige Ergänzung zu den vielen störungsspezifischen Leitlinien und wird zurzeit erneut überarbeitet. Ihre »Systemempfehlungen« Nr. 10 bis 14 beschreiben, wie eine leitliniengerechte Komplexversorgung aufgebaut sein soll:

- Sie muss sich auf *definierte Versorgungsregionen* beziehen.
- Sie muss ihren Schwerpunkt *im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen* haben, also *aufsuchend* arbeiten, und zwar nicht nur räumlich aufsuchend, sondern vor allem gedanklich aufsuchend – nämlich ausgehend davon, wie die hilfebedürftigen Menschen leben, was sie brauchen.
- Es muss sich um *gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Behandlungsteams* handeln, welche die gemeinsame Verantwortung für *die gesundheitliche und die psychoziale Versorgung* übernehmen und dabei *personelle Kontinuität* sichern. – Behandlung heißt hier, ausgehend vom englischen Wort »Treatment«, mehr als die Leistungen des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung).
- Schließlich muss die Versorgung *vorwiegend ambulant* und nicht stationär sein.

Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung

STEINHART und WIENBERG (2017) haben modellhaft dargestellt, wie ein solches Versorgungssystem aussehen könnte (Abb. 1).

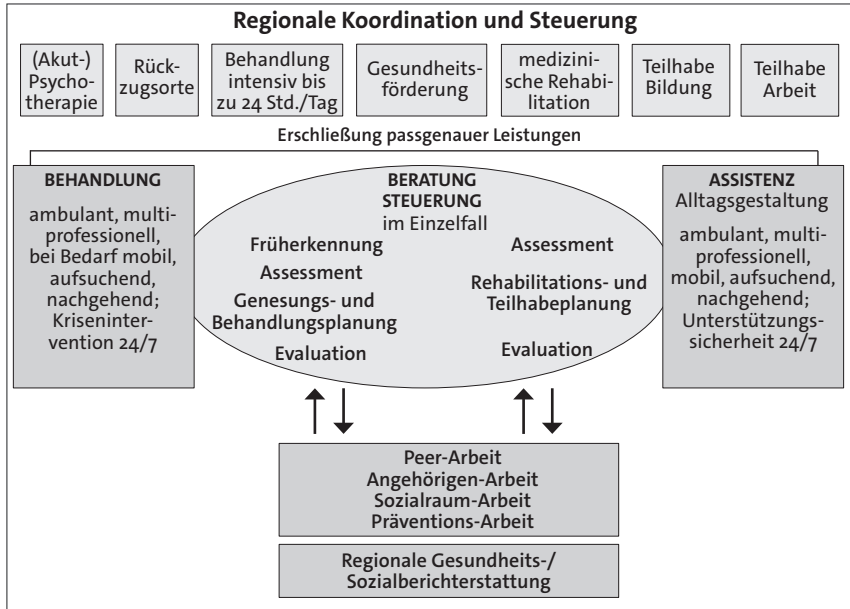


Abb. 1: Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung (nach STEINHART & WIENBERG 2017)

In der Mitte steht das multiprofessionelle, mobile Team, das die Bedarfsklärung übernimmt und die nötigen Hilfen passgenau erschließt, und zwar sowohl im Behandlungsbereich als auch im Bereich der Rehabilitation- und Teilhabeförderung.

An diesem Modell hat mich immer fasziniert, so sehr es integrierend gemeint und gemacht ist, dass es den Graben zwischen SGB V und SGB IX (Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) auch nicht völlig überwinden kann: Links im Schaubild ist der SGB V-Bereich, rechts der Bereich des SGB IX und weiterer rehabilitativer Leistungen. Aber immerhin soll dieses Team eben sowohl den Bereich der Behandlung als auch den Bereich der Hilfen anderer Gesetzbücher erschließen. Teams mit einer solchen umfassenden Zuständigkeit haben wir derzeit nicht.

Gemeindepsychiatrische Verbände

Steinhart und Wienberg haben mit ihrem Modell das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbunds aufgenommen und aktualisiert, das bereits die Expertenkommission zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung formulierte (1988). Seitdem haben sich in vielen Regionen Sozial- oder Gemeindepsychiatrische Verbände gebildet, die sich um eine Zusammenführung der rechtlich und institutionell zersplitterten einzelnen Hilfen bemühen.

Die 2006 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) mit ihren derzeit 27 Mitgliedsregionen hat in ihren Qualitätsstandards (2019) unter anderem das Konzept der »koordinierenden Bezugsperson« formuliert, die in der Regel allerdings kein Mandat einer »Steuerung« im engeren Sinne hat.

Mangels rechtlicher Normierungen sind die regionalen Verbände bislang auf freiwillige Kooperation ihrer Mitglieder angewiesen; die Vorstellungen der Expertenkommission von regionalen Verbund-Holdings haben sich nicht durchgesetzt.

Annäherungen

Multiprofessionelle mobile Teams, die übergreifend *alle* Hilfen erschließen und steuern, sind in keinem Sozialgesetzbuch als Regelfallversorgung kodifiziert und finanziert. Menschen, die eine solche Vernetzung komplexer Hilfen benötigen, treffen wir aber überall: in den Institutsambulanzen, auf den Stationen, in der Eingliederungshilfe, in der Arbeitsförderung usw. Darum versuchen alle Leistungserbringer mit ihren Regelleistungen, diesem Ideal möglichst nahe zu kommen, sowohl im SGB V-Bereich als auch in der Eingliederungshilfe. Da ich mein Berufsleben bei einem Träger verbracht habe, der beide Seiten anbietet – Tagesklinik mit Institutsambulanz ebenso wie Eingliederungshilfe, Hilfen zur Arbeit usw. – war ich Zeuge davon, wie das von allen Seiten versucht wird. Nicht zu vergessen die gesetzlichen Betreuer bzw. Betreuerinnen, die ja eigentlich nur Auftraggebende der Hilfen sein sollen, aber immer wieder darüber klagen, dass sie fehlende Leistungen dann eben selbst erbringen müssen. Einige Beispiele:

Die *Soziotherapie* ist inzwischen, nach vielen Jahren Dornröschenschlaf, doch ein bisschen in Schwung gekommen, seit es die Möglichkeit von Schiedsverfahren gibt. Es gibt zunehmend mehr Landesrahmenverträge und dementsprechend auch Leistungserbringer aus dem Bereich der gemeindepsychiatrischen Vereine,

so dass wir wahrscheinlich damit rechnen können, dass Soziotherapie ein Faktor im Aufbau von Komplexleistungen sein wird. Allerdings ist sie zumindest formal auf Leistungen des SGB V beschränkt: *Behandlungsleistungen* sollen gefördert werden, zu diesen Leistungen sollen die Betroffenen motiviert werden. Von Teilhabeleistungen ist weder in der Richtlinie noch im Gesetz die Rede.

Das gilt so ähnlich auch für *psychiatrische häusliche Pflege*, auch sie ist zunächst einmal eine SGB V-Leistung und nicht SGB-übergreifend angelegt. Sie eignet sich aber, da gibt es bei uns gute Beispiele unter den Mitgliedern des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, gut zur Akutversorgung, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht zwingend erforderlich ist, sowie als Teil gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen. Die Umsetzung leidet allerdings unter Fachkräftemangel und hohen Zulassungshürden. Außerdem ist es nicht leicht, sie kostendeckend zu erbringen, ohne dass die Pflegenden unter hohem Zeitdruck arbeiten müssen.

Stationsäquivalente Behandlung (StäB) könnte ein Teil ambulanter Komplexleistungen sein, weil sie ja ebenfalls als aufsuchende, lebensweltorientierte Leistung angelegt ist. Laut einer internen Statistik der Arbeitsgruppe »StäB« bei der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) vom Stand März 2022 haben 55 Kliniken bzw. Abteilungen, also etwa ein Siebtel aller stationären Klinikeinrichtungen, 350 Plätze entweder schon im Betrieb oder planen sie, bei 56.000 existierenden Betten/Plätzen. Die »StäB« ist somit bisher leider noch keine breit verfügbare Regelleistung. Noch weit weniger Klinikeinrichtungen machen von der Möglichkeit Gebrauch, auch andere Leistungserbringer einzubeziehen. StäB ist somit derzeit nicht wirklich vernetzt.

Eine Gesamtversorgung als Komplexleistung lebt davon, dass sie niederschwellig, leicht erreichbar und jederzeit zumindest per Ansprechpartner verfügbar ist; anderenfalls kommt es auch weiterhin zu unnötigen Krankenhauseinweisungen, weil Krisen eben nicht immer »nine to five« auftreten. *Krisendienste* sind daher ein unverzichtbarer Bestandteil regionaler Komplexleistungen und sollten, den Beispielen der Bundesländer Berlin und Bayern folgend, flächendeckend implementiert werden (GREVE 2023).

Projekte und Modellvorhaben

Es hat mehrere groß angelegte Versuche gegeben, dem Ziel des mobilen multi-professionellen Teams und der Gesamtvernetzung über Modellvorhaben und Projekte näher zu kommen.

Zum einen gab es schon früh einige *Kliniken*, die Home Treatment aufgebaut haben. Daneben haben mehr als 20 Kliniken und Abteilungen Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V verwirklicht, und in Hamburg wurde das RECOVERY-Projekt implementiert. Kurz zusammengefasst, sind alle diese Modelle nicht SGB-übergreifend angelegt. Lediglich RECOVERY hat einen Leistungserbringer einbezogen, der außerhalb des SGB V tätig ist.

Trotzdem ist das regionale Krankenhaus-Gesamtbudget aus meiner Sicht insofern ein ausgesprochen gutes Konzept, als die inneren Sektorengrenzen offensichtlich tatsächlich wirksam überwunden werden können, so dass eine flexible, patientengerechte Krankenhausbehandlung möglich wird, statt alles danach auszurichten, dass die Betten voll sein müssen.

Die 64b-Krankenhäuser sind übrigens bisher fast ausschließlich Versorgungskrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft. Ein Globalbudget in den Händen eines Krankenhauskonzerns, der es unter vorwiegend betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten betreiben würde, mag ich mir nicht ausmalen.

Der *Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)* hatte das NPPV-Projekt (NPPV für Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung), aus dem die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-Richtlinie) hervorgegangen ist. Diese Richtlinie ist ja eigentlich mit der Idee gesamtzuständiger Netzverbände angetreten. Sie ist aber ebenfalls nicht rechtskreisübergreifend angelegt, es gibt lediglich relativ unverbindliche Vorschriften, andere Leistungserbringer zu berücksichtigen. Das kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten im Netzverbund einen Gesamtbehandlungsplan erhalten, und wenn sie dann zufällig auch z. B. ambulante Eingliederungshilfe bekommen, erhalten sie daneben noch einen Gesamteilhabeplan, d. h. sie haben dann zwei sogenannte Gesamtpläne. Meines Wissens ist auf beiden Seiten nicht definiert, wie diese Pläne zueinander finden sollen. Einerseits kann man die Richtlinie somit als einen ersten Schritt sehen, man kann aber auch befürchten, dass wir nun jahrelang damit leben müssen, dass Menschen zwei »Gesamtpläne« haben.

Außerdem teile ich die Sorge, die Herr Pollmächer heute Morgen schon geäußert hat, dass die hohe Anzahl von Mindestpartnern im Netzverbund dazu führt, dass diese zumindest nicht überall wirklich auf Versorgungsregionen bezogen organisiert werden können. Denn wenn man mindestens zehn Ärzte bzw. Ärztinnen/Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen braucht, davon mindestens vier Fachärzte oder Fachärztinnen, kann es Verbundregionen geben, die fast ein ganzes Bundesland umfassen, und das widerstrebt der Idee, dass alle sich gemeinsam auf die gleiche Versorgungsstruktur beziehen, eben die definierte » Versorgungsregion« der Leitlinie.

Die Selektivverträge der *gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer* zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) gehen von der Idee aus, die ambulante Behandlung um Elemente zu ergänzen, die fehlen, um stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung zu reduzieren: Bezugsbegleitung, Fallkoordination, 24/7-Kriendienst. Im Höhepunkt dieser Verträge gab es ungefähr 80 teilnehmende Regionen, in denen solche Verträge mit einer ganzen Reihe von Krankenkassen verwirklicht wurden, und eine fünfstellige Zahl teilnehmender Versicherter. Leider haben wir den Krankenkassen nicht beweisen können, dass sie mit diesen Verträgen Kosten einsparen. Das hätte man vielleicht auch vorher wissen können, denn natürlich haben wir auch Leistungen veranlasst – z. B. Psychotherapie – die vorher für die teilnehmenden Versicherten nicht erreichbar waren. Die Krankenkassen waren aber darauf angewiesen, das, was sie für diese Verträge ausgegeben haben, an anderer Stelle einzusparen, und zwar vor allem im Krankenhausbereich. Dieser Nachweis ist uns nicht gelungen. Deswegen gehen diese Verträge jetzt nach und nach zu Grunde. Das heißt, auch mit diesen Selektivverträgen ist es uns nicht gelungen, die Systemempfehlungen der Leitlinie eins zu eins in Deutschland umzusetzen.

Aus diesen IV-Verträgen ist das vom Innovationsfonds geförderte Projekt *Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)* hervorgegangen. In der Abbildung 2 (Seite 129) aus der Präsentation des GBV-Projekts (www.gbv.online) sieht man alle Leistungen der Regelversorgung – SGB V, SGB IX, alle anderen und sogar nicht psychiatrischen Hilfen – außen herum und die Leistungen, die im Rahmen des GBV-Projekts zusätzlich erbracht werden, in der Mitte. Im Wesentlichen sind dies Bezugsbetreuung, Vernetzung, Fallmanagement und Krisendienst. Diese Leistungen, die auch im Zentrum des Steinhart/Wienberg-Modells stehen, fehlen in Deutschland. Wir erbringen sie im GBV-Projekt additiv zu den Regelleistungen.

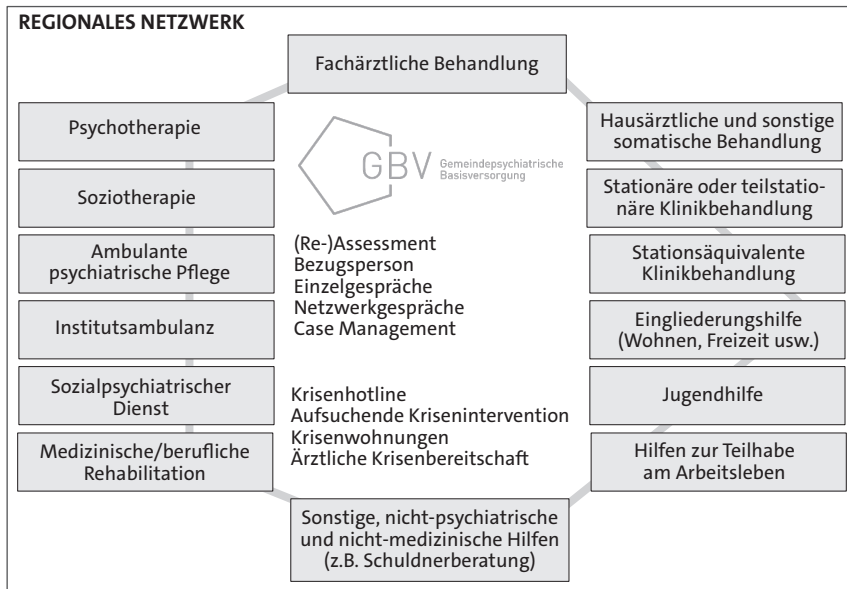


Abb. 2: Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)

Die Abbildung 3 (S. 130) soll illustrieren, wie es aussehen würde, wenn die verschiedenen beteiligten Leistungserbringergruppen versuchten, solche integrativen Leistungen von sich aus zu erbringen. Die Figur mit durchgezogener Linie zeigt, was die Kliniken (einschließlich ihrer Institutsambulanzen) leisten könnten, wenn sie diese Art von multiprofessionellen mobilen Teams hätten. Lang gestrichelt sieht man, was der Eingliederungshilfe, der Familienhilfe usw. leicht zugänglich wäre, in der Figur mit kurzen Strichen, was theoretisch die KSVPsych-Richtlinie organisieren könnte. Die Abbildung soll vor allem zeigen, dass niemand im Rahmen der SGB-Regelleistungen über die gesamte Bandbreite aller Leistungen verfügen und sie miteinander vernetzen kann.

Additive oder integrierte Komplexleistungen?

Wie können wir zu Komplexleistungen kommen, die wirklich umfassend sind? Wie bekommen wir es endlich hin, dass alle Leistungen intensiv und verbindlich zu Komplexleistungen vernetzt werden? Herr Brieger hat heute Morgen gesagt: »Aus einer Hand oder wenigstens so eng koordiniert, dass es wie aus einer Hand ist«. Ich sehe zwei Möglichkeiten, wie wir hier vorankommen können (Abb. 4, S. 130).

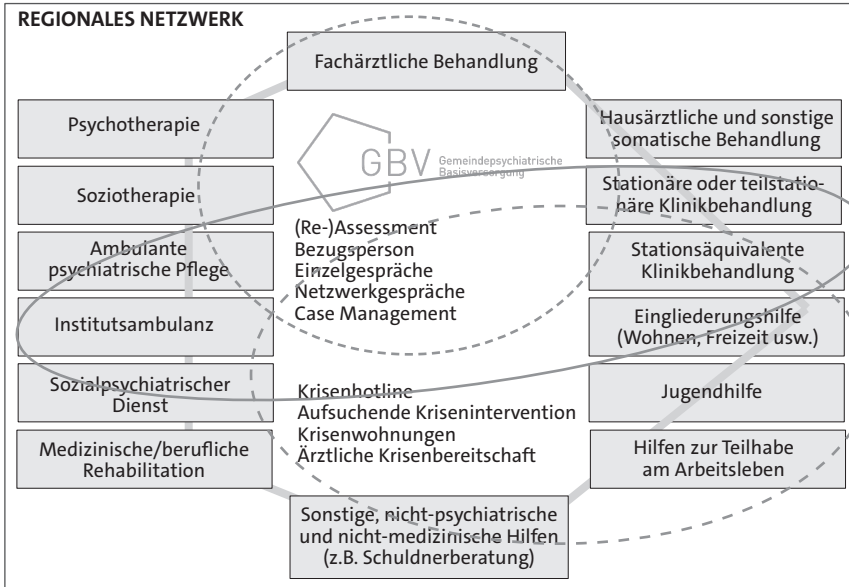


Abb. 3: Reichweiten der Standardversorgung (Erläuterungen im Text)

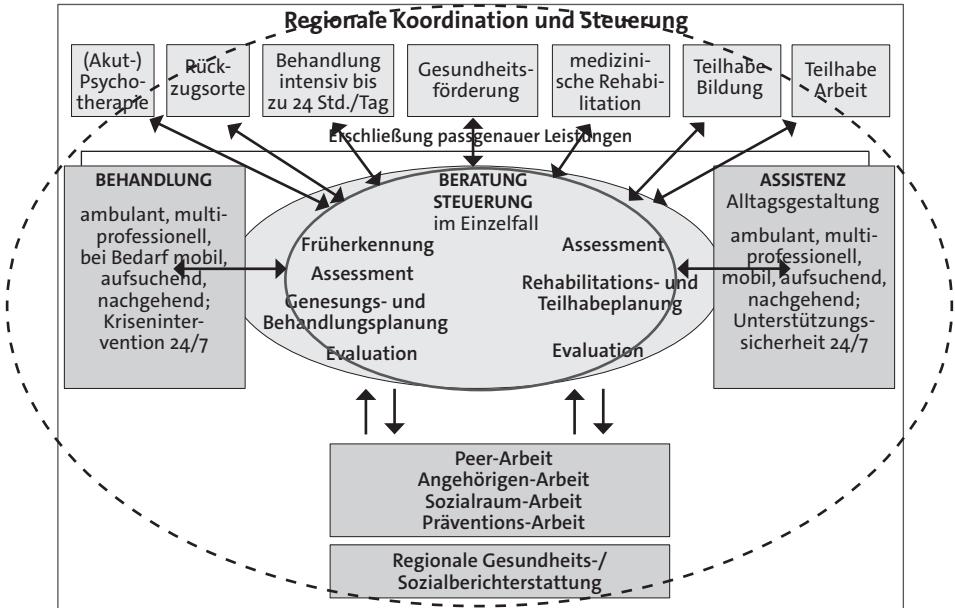


Abb. 4: Additive (—) und integrierte (---) Komplexleistung

Die *erste Variante* möchte ich als *additive Komplexleistung* bezeichnen (Dachverband Gemeindepsychiatrie 2022): Wir ergänzen die Leistungskataloge aller SGB-Bände um die fehlenden Leistungen, die ich oben beschrieben habe, eben *Bezugsbegleitung und Vernetzung* aller Hilfen. (Eigentlich würde auch ein Krisendienst dazu gehören, aber den lasse ich an dieser Stelle unberücksichtigt.) *Bezugsbegleitung und Vernetzung* werden also in allen Sozialgesetzbüchern als eigene zusätzliche Regelleistungen verankert – das heißt, wenn jemand im Zusammenhang mit psychischer Krankheit zum Beispiel Familienhilfe braucht, dann kann die Jugend- und Familienhilfe neben ihren eigenen Leistungen eine solche Leistung anstoßen und sich an ihrer Erbringung beteiligen. Wenn jemand Krankenbehandlung braucht, können das die Behandelnden des SGB V ebenso tun. Wenn jemand Teilhabeleistungen erhält, können es die Leistungserbringer des SGB IX. Alle müssen diese Leistungen verpflichtend erbringen im Sinne eines *Kooperationsgebots*.

Wenn eine solche zusätzliche Regelleistung in allen SGB-Bänden vorgesehen wäre, mit einem Kooperationsgebot für alle Beteiligten, würde daraus eine komplexe Gesamtversorgung gemäß dem Modell des Gemeindepsychiatrischen Verbundes entstehen (s. o.). Bisher sind die GPV allerdings, das wurde heute Morgen schon gesagt, weitgehend auf das SGB IX beschränkt und außerdem in ihrer Kooperation unverbindlich. Das skizzierte Vorgehen einer Ergänzung aller SGB-Bände wäre insofern eine Fortschreibung des GPV-Ansatzes mit dem Ziel einer größeren Vollständigkeit und höheren Verbindlichkeit.

Die *zweite Variante* wäre eine *integrierte Komplexleistung*: Als neue Struktur wird das multiprofessionelle mobile Team zusätzlich aufgebaut und erbringt die Kernleistungen wie in der Variante 1, aber darüber hinaus möglichst viele Leistungen im selben Team. Das Team erbringt also beispielsweise Soziotherapie, Pflege, ärztlich-psychotherapeutische Behandlung, ebenso aber auch ambulante Eingliederungshilfe, Hilfen zur Arbeit usw. Dann wird zu klären sein, wie das finanziert wird.

Eine Annäherung, die ich naheliegend fände, wäre, dass es sich primär um ein SGB V-finanziertes Team handelt, so ist es ja auch im GBV-Projekt. Die Leistungen aus anderen SGB-Bänden kommen dann fallbezogen hinzu. Noch weitergehend wäre es, tatsächlich alle diese Leistungen in das Team zu integrieren, also insbesondere die ambulanten Assistenzleistungen. Dann müsste dieses Team entweder Einzelleistungen mit mehreren Kostenträgern abrechnen, oder es müssten trägerübergreifende Budgets gebildet werden; das halte ich nach meinen bisherigen Praxiserfahrungen allerdings für sehr schwierig.

Literatur

- BAG GPV – Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (2019): Qualitätsstandards für GPVs in der BAG GPV. <https://www.bag-gpv.de/ueber-bag-gpv/qualitaetstandards-fuer-gpvs>. Zugegriffen: 4. Januar 2023
- Dachverband Gemeindepsychiatrie (2022): Vorschlag zur Schaffung sektoren- und rechtskreisübergreifender Komplexleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/Positionspapier_Komplexleistungen.pdf, Zugriff am 17.01.2023
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hrsg.) (2018): S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. Springer, Berlin.
- Expertenkommission der Bundesregierung (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.
- GREVE N (2023): Regionale Krisendienste in Deutschland. Soziale Psychiatrie 47 (1), 24-26
- STEINHART I, WIENBERG G (Hrsg.) (2017): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie Verlag, Köln

Krisenhilfe

Michael Welschehold

Was lange währt – gesetzliche Verankerung von Krisendiensten in Bayern

Obwohl unzureichende psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung allseits bekannt war und immer wieder Forderungen und Vorschläge (1) zur Behebung dieses Versorgungsproblems laut wurden, dauerte es seit der Psychiatrie-Enquête mehr als 40 Jahre, bis mit der Verabschiedung des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern 2018 erstmals die gesetzliche Grundlage zur Schließung dieser Versorgungslücke geschaffen und ein flächendeckendes Krisenhilfeangebot für ein Bundesland errichtet werden konnte.

Mit dem ausdrücklichen Ziel der Weiterentwicklung und Stärkung der psychiatrischen Versorgung beauftragte der Gesetzgeber die sieben bayerischen Bezirke mit dem Aufbau von 24/7 erreichbaren Krisendiensten.

Das so entstandene, seit dem 01.07.2021 bayernweit verfügbare Hilfeangebot stellt spezifische fachprofessionelle Hilfe ohne jede Einschränkung rund um die Uhr nicht nur jeder hilfeschendenden Person zur Verfügung. Das Gesetz legt darüber hinaus fest, dass die für Unterbringungen zuständigen Instanzen (Kreisverwaltungsbehörden und Polizei) eine Unterbringung nur dann anordnen dürfen, »wenn die Gefahr nicht durch weniger einschneidende Mittel abgewendet werden kann, insbesondere auch nicht durch die Hinzuziehung eines Krisendienstes«. (2)

Dazu »sollen die Kreisverwaltungsbehörden und die Polizei die Krisendienste in geeigneter Art und Weise hinzuziehen.« (3)

Umsetzung

Da die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in den sieben bayerischen Bezirken bis zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes unterschiedliche Voraussetzungen aufwiesen, waren im Gesetz keine konkreten Vorschriften formuliert, wie der Aufbau (z. B. bzgl. Trägerschaft und Rechtsform) zu erfolgen und die Angebotsstruktur im Einzelnen auszusehen hat. Die Ausgestaltung sollte unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten »im eigenen Wirkungskreis« erfolgen.

Einige der wichtigsten gesetzten Eckpunkte waren:

- eine Leitstelle pro Bezirk,
- erreichbar unter einer bayernweit einheitlichen Rufnummer,
- der Hinweis zur Vermeidung der Entwicklung von Doppelstrukturen sowie
- die Maßgabe zu Errichtung eines Begleitgremiums beim Bayerischen Bezirkstag, dem kommunalen Spitzenverband der sieben Bezirke in Bayern.

In diesem vom Referat Gesundheit und Psychiatrie geführten Gremium mit Vertretungen verschiedenster relevanter, einschlägig im Bereich Krisenversorgung engagierter Akteure auf Landesebene, inklusive organisierter Betroffener und Angehöriger, werden die Entwicklungen in den Bezirken seither regelmäßig gemonitort, koordiniert und damit der Rahmen für eine bayernweit abgestimmte, einheitliche Entwicklung gesetzt.

Mit dem Gesetz wurde auch die Finanzierung des neuen Angebotes festgeschrieben: Die Kosten für die sieben Leitstellen trägt das Land Bayern, die Kosten für die aufsuchenden mobilen Teams (siehe unten) der jeweilige Bezirk in seiner Funktion als überörtlicher Sozialhilfeträger.

Aufbau von Netzwerkstrukturen

Gemäß der Anforderung zur Vermeidung von Doppelstrukturen folgte die Entwicklung den in den vorbestehenden Krisendiensten in Mittelfranken und Oberbayern vorhandenen Konzepten, Erfahrungen und seit Jahren bewährten Wegen, das neue Krisenhilfeangebot auf den bestehenden Versorgungsstrukturen (in erster Linie ambulante und stationäre Behandlungsangebote sowie Sozialpsychiatrische Dienste als landesweit vorhandene Regelstruktur psychosozialer Grundversorgung) aufzubauen und diese spezifisch zu ergänzen. Die zwei hierzu erforderlichen Komponenten sind zum einen die rund um die Uhr telefonisch erreichbaren Leitstellen, zum anderen fachprofessionell besetzte mobile Einsatzteams, die möglichst innerhalb einer Stunde nach Eingang eines Anrufes in der Leitstelle vor Ort sein sollen.

Mit der Implementierung der Krisendienste wurde die Grundlage einer krisenversorgungsspezifischen Netzwerkstruktur geschaffen, die nun (auf Ebene der einzelnen Bezirke) Zug um Zug durch verbindliche Kooperationen mit definierten Schnittstellen zwischen den Versorgungsbausteinen zu einer funktionierenden Gesamtstruktur weiterentwickelt wird.

Eingangstür in das Hilfeangebot der Krisendienste Bayern sind die Leitstellen. Gemäß vorgegebener Qualitätsanforderungen sind hier ausnahmslos einschlägig

berufserfahrene, spezifisch für ihre Aufgabe telefonischer Krisenintervention und Beratung geschulte und intensiv eingearbeitete Mitarbeitende tätig, im Wesentlichen aus den Berufsgruppen Psychologie, Sozialpädagogik und Fachpflege Psychiatrie. Ärztliche Kompetenz ist entweder durch in einer Leitstelle direkt beschäftigte Fachärzt:innen für Psychiatrie (Oberbayern, Unterfranken, Schwaben) oder durch verbindliche Absprachen im regionalen Versorgungssystem verfügbar.

Aktuell sind in den sieben Leitstellen in Bayern insgesamt ca. 150 Mitarbeitende auf derzeit etwa 100 Vollzeitstellen tätig.

Die Leitstellen – Sofortintervention und Lotsenfunktion

Die Leitstellen bieten nicht nur sofortige professionelle Krisenintervention an, sondern übernehmen in Fällen benötigter weiterführender Hilfen eine Lotsenfunktion. Hierzu verfügen alle Mitarbeitenden über fundierte Kenntnis der aktuellen regionalen Versorgungsangebote.

Es gibt keine Ausschlusskriterien oder Zugangsbeschränkungen – anrufen dürfen Betroffene selbst, deren Angehörige, Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld, aber auch jegliche andere »Dritte«, die mit einem Menschen in einer psychischen Notlage konfrontiert sind und sofortige fachkundige Hilfe suchen, sowie die genannten Behörden. Auch Professionelle (z. B. Beratungsstellen; niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen) können sich in zugespitzten Situationen mit ihrer Klientel kollegiale Beratung bei den Leitstellen einholen.

Im Vordergrund des Telefonates steht die Erfassung der Notlage, deren Abklärung sowie insbesondere die Erkennung von Gefährdungsmomenten. Grundlage der Krisendienstarbeit ist ein subjektives Krisenverständnis: der betroffene Mensch selbst entscheidet, ob er/sie sich in einer Krise befindet. Hieran gilt es anzuknüpfen und sich ein umfassendes Bild zu machen, um Ansatzpunkte für Unterstützungsmöglichkeiten zu finden. Das Vorgehen ist lösungs- und ressourcenorientiert, fokussiert auf das aktuelle Krisengeschehen. Ziel ist eine möglichst rasche Deeskalation der meist zugespitzten Situationen, um von dort aus nächste Schritte in Richtung weiter benötigter Hilfen vornehmen zu können. Sehr oft (ca. 75 %) reicht das eingehende, klärende telefonische Gespräch, um mit den Betroffenen oder den aus ihrem Umfeld anrufenden Personen erste, oft auch nur kleine, aber machbare Schritte in Richtung Entlastung, Orientierung und Problemlösung zu gehen, wenn möglich unter Nutzung und (Wieder-)Aktivierung eigener Bewältigungsstrategien. Immer ist dies das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses, in dem das realisiert wird, was unter den konkreten aktuellen Bedingungen sowohl

auf Seiten des Betroffenen(systems) wie verfügbarer weiterführender Hilfeangebote möglich ist.

Um sicherzustellen, dass Nutzende der Krisendienste bei Anruf der bayernweit einheitlichen Rufnummer an die für sie zuständige bezirkliche Leitstelle gelangen, werden die Anrufe durch ein georouting-basiertes System zugeordnet. Für die Nachtzeiten haben sich teilweise mehrere Leitstellen zu einem Verbund zusammengeschlossen. Trotzdem ist auch hier die korrekte Zuordnung zum jeweiligen Bezirk gewährleistet und nachvollziehbar, z. B. falls weiterführende Kontakte am nächsten Tag erforderlich werden.

Mobile Einsatzteams

In telefonisch nicht sicher beurteilbaren Gefährdungssituationen, nicht klärbaren komplexen Problemlagen oder in unübersichtlichen Situationen mit mehreren Beteiligten (z. B. Familien) kann der Leitstellenmitarbeitende ein doppelt besetztes, mobiles Fachteam vor Ort schicken – in der Regel in die Privatwohnung, aber auch an einen Arbeitsplatz, in eine Behörde oder an jegliche Orte im öffentlichen Raum. Möchte ein/e Klient:in dies nicht, sind alternativ persönliche Beratungen an den Dienststandorten der Teams möglich.

Die Verortung der Einsatzteams ist unterschiedlich. Überwiegend werden sie in deren Tagesöffnungszeiten von den Sozialpsychiatrischen Diensten gestellt, die dazu eine Personalaufstockung erhielten. Außerhalb der Regelöffnungszeiten – nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen – haben die Bezirke unterschiedliche Wege gewählt. Auch diese Teams sind ausschließlich mit einschlägig ausgebildeten Fachkräften besetzt, oft auf Basis geringfügiger Beschäftigung und in Form vorgehaltener Bereitschaftsdienste.

Auch die zeitliche Verfügbarkeit dieser Teams ist wegen des noch nicht überall abgeschlossenen Aufbaus dieser Strukturen derzeit unterschiedlich. Einige Bezirke halten bereits 24/7 mobile Einsatzteams vor, in anderen Bezirken stehen mobile Teams täglich über mindestens mehrere Stunden für Einsätze bereit.

Wird im Telefonat oder aus einem Einsatz heraus erkennbar, dass weiterführende Hilfen nötig sind, wird eine Vermittlung veranlasst oder eine Empfehlung ausgesprochen. Das Spektrum reicht von stationärer Aufnahme über tagesgleiche Termine in Psychiatrischen Institutsambulanzen bis zur Weiterleitung an Sozialpsychiatrische Dienste oder Beratungsstellen.

Gemeinsame Standards

Mit der Zielsetzung landesweit als einheitliches, professionelles und verlässliches Hilfeangebot wahrgenommen zu werden, ist es für die Krisendienste Bayern entscheidend, die richtige Balance zwischen Berücksichtigung regionaler Besonderheiten einerseits und gemeinsamen Standards andererseits zu finden.

Eine Grundlage für gemeinsame Standards wurde bereits in der Frühphase des Aufbaus der Krisendienste durch Verabschiedung der »Qualitätsstandards für Krisendienste in Bayern« (4) gelegt, in denen wesentliche fachliche Merkmale der Krisendienste festgehalten sind. Auf dieser Basis entstanden die inzwischen landesweit umgesetzten Konzepte für einheitliche Qualifizierungsschulungen neuer Mitarbeitenden, sowie ein einheitliches Corporate Design mit gemeinsamer Webseite (5), gleichlautenden und -gestalteten Infomaterialien, einem einheitlichen Dokumentationssystem und darauf aufsetzendes gemeinsames Berichtswesen, das eine Zusammenschau der Leistungsangebote auf Landesebene ermöglicht. Die dazu erforderlichen vielfachen fachlichen und organisatorischen Abstimmungen werden gewährleistet über themen- bzw. projektbezogene Arbeitsgruppen, die auf Ebene der Leitstellen in einem regelmäßigen Austausch stehen und dafür sorgen, dass alle fachlichen Weiterentwicklungen von der Fachbasis getragen, mit den regionalen Vorgaben kompatibel und zugleich bayernweit praktikabel sind.

Ähnlich das Vorgehen bezüglich Zusammenarbeit mit den wichtigsten Kooperationspartnern und der Regelversorgung: Unter der Prämisse Kooperation statt Doppelstrukturen und mit dem klaren Ziel der festen Verankerung im gesamten Versorgungssystem sind in allen Bezirken

- Schritte zum Aufbau von krisenhilfebezogenen Netzwerkstrukturen eingeleitet worden,
- bereits jetzt teils schriftliche Vereinbarungen zwischen Krisendiensten und den regionalen Polizeipräsidien entstanden, sowie
- über gemeinsame Arbeitsgruppen und in enger Abstimmung mit dem Bayerischen Bezircketag Initiativen auf Landesebene zur Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen zunächst mit dem Rettungswesen/Integrierten Leitstellen, den für Unterbringungen zuständigen Kreisverwaltungsbehörden und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gestartet worden.
- Weitere Kooperationen, etwa mit dem Bereich der Jugendhilfe und Gesundheitsämtern, sollen folgen.

Öffentlichkeitsarbeit, Reichweite, aktuelle Zahlen

Nur wenn es ausreichend bekannt ist, kann das Angebot fachlicher Krisenhilfe greifen.

Neben regionaler, von den einzelnen Krisendiensten selbst durchgeführter Öffentlichkeitsarbeit findet dazu über den Bayerischen Bezirkstag zunehmend die Bündelung und Koordination verschiedenster Aktivitäten von Öffentlichkeitsarbeit statt, etwa anlassbezogene Kampagnen oder Platzierung fachlicher Themen im Kontext Krise und Krisenintervention sowohl in Printmedien wie über Rundfunk, Fernsehen sowie Social Media. Vorgesehen und teilweise lokal schon umgesetzt sind gemeinsame Plakataktionen, teilweise im Rahmen von Werbepartnerschaften z. B. mit regionalen/überregionalen Verkehrsbetrieben oder durch regelmäßige Berichterstattung in überregionalen redaktionellen Zusammenschlüssen. Weitere öffentlichkeitswirksame Aktivitäten unter Mitwirkung von Testimonials/bekannten Persönlichkeiten oder landesweit agierender und bekannter Vertretungen verschiedener gesellschaftlicher Gruppierungen sind in Vorbereitung.

Ein in zwei Leitstellen noch in Erprobung befindliches Angebot telefonischer Dolmetscherleistung soll bei positivem Ergebnis in naher Zukunft von allen Leitstellen in Bayern übernommen werden. Damit könnte das Hilfeangebot der Krisendienste Bayern künftig auch Betroffenen ohne ausreichende Deutschkenntnisse zur Verfügung gestellt werden.

Im Zeitraum 01.03.2021 bis 31.12.2021 konnten die Leitstellen der Krisendienste Bayern bereits knapp 54.000 Telefonkontakte verzeichnen. 2.340 mal wurden Einsatzteams zu Betroffenen vor Ort geschickt, der größte Teil davon in Oberbayern, dem mit der Metropole München bevölkerungsstärksten Bezirk (4,7 Mio. Einwohner:innen) Bayerns (13,17 Mio. Einwohner:innen).

Standortbestimmung und Ausblicke

Wo stehen die Krisendienste Bayern – ungeachtet der Tatsache, dass Krisendienste in Mittelfranken (1998) und Oberbayern (2016) schon seit geraumer Zeit bestanden – ein gutes Jahr nach dem gemeinsamen Start?

Bezogen auf den vom BMG initiierten Psychatriedialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen und den dort in Stellungnahmen formulierten Anforderungen an ambulante Krisenhilfen lässt sich eine erstes Zwischenfazit ziehen.

Erfüllt sind die Anforderungen bezüglich der flächendeckenden, jederzeitigen Sicherstellung ambulanter, niedrigschwelliger Hilfen bei psychischen Krisen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen durch fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe, sowie der Anspruch, dass psychiatrische Krisenhilfe diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen beinhaltet.

Auch die Empfehlungen der Krisenhilfe durch im Versorgungssystem tätige Fachkräfte sowie die Gewährleistung ärztlicher Erreichbarkeit ohne ständige ärztliche Präsenz und Beteiligung wurden umgesetzt. Noch nicht flächendeckend realisiert bzw. noch in Bearbeitung sind diese Aspekte:

- Kooperationsverträge sichern bei Bedarf therapeutischer Leistungen,
- Zusammenarbeit mit Leitstellen des Rettungsdienstes und
- arbeitsteilige Zusammenarbeit mit Sozialpsychiatrischen Diensten verbindlich regeln.

Mit Blick auf die Aussagen des Koalitionsvertrages (6; s. dort S. 86: »Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.«) kann aus bayerischer Sicht festgestellt werden, dass das Ziel des flächendeckenden Ausbaus der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung als erreicht betrachtet werden kann.

Unklar bleibt, ob bzw. inwieweit die Krisendienste Bayern bei dem Vorhaben des Um- und Ausbaus der Notfallversorgung gerade als inzwischen landesweit flächendeckend verfügbares spezifisches Hilfeangebot angemessen berücksichtigt werden. Auch hier sollten zur Vermeidung von Doppelstrukturen alle Anstrengungen unternommen werden, diesem in Bayern zunehmend etablierten und in der Bevölkerung bekannter werdenden Angebot einen festen Platz mit sinnvoll definierten Schnittstellen zum übrigen Notfallversorgungssystem zu geben.

Eine Besonderheit im Angebotsprofil der Krisendienste Bayern liegt in der Kompetenz zum professionellen Umgang mit der häufig untrennbar mit akuten seelischen Notlagen einhergehenden Suizidalität.

Alle Mitarbeitenden der Krisendienste werden speziell für die sichere Erkennung und Beherrschung suizidaler Krisen sowie die zu beachtenden rechtlichen Gegebenheiten im Laufe der Qualifizierung intensiv geschult. Die hier vorhandene Expertise entspricht in weiten Teilen den Empfehlungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (7), die fordern:

- Wirksame Suizidprävention basiert auf einem akzeptierenden und verstehenden Beratungsangebot auf Augenhöhe.

- Gründung einer **bundesweiten** Informations- und Koordinationsstelle zur Suizidprävention, die
 - kompetent mit Beschäftigten besetzt werden soll, die erste telefonische Krisenintervention/ Beratungsgespräch leisten,
 - die zur Inanspruchnahme regionaler Unterstützungsangebote ermutigen,
 - die über längerfristige Behandlungen beraten können,
 - für folgende Zielgruppen:
 - Menschen mit Suizidgedanken
 - Angehörige, Freunde, ... und weitere mittelbar durch Suizidgedanken oder Suizidversuche anderer betroffener Menschen
 - Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Suizidgefährdeten in Kontakt stehen und sich nicht hinreichend qualifiziert fühlen.

Das Hilfeangebot der Krisendienste Bayern erfüllt alle hier aufgeführten Empfehlungen. Planungen in Richtung eines Ausbaus von Strukturen zur Suizidprävention auf Bundesebene sollten dies berücksichtigen, nicht zuletzt um auch hier die Entstehung von Doppelstrukturen auszuschließen.

Quellenverzeichnis:

- (1) WIENBERG G. (Hrsg.) Bevor es zu spät ist: Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie; Standards und Modelle. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1993
- (2) Bayerische Staatskanzlei. Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. 24. Juli 2018. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPsychKHG?AspxAutoDetectCookieSupport=1> zuletzt abgerufen 03.01.2023
- (3) https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/verwaltungsvorschriften_zum_baypsychkhg.pdf; zuletzt abgerufen 03.01.2023
- (4) Bayerischer Bezirketag. BOHNERT R et al. Qualitätsstandards für Krisendienste in Bayern (April 2019). https://www.bay-bezirke.de/data/download/qualitaetsstandards-fuer-krisendienste_empfehlungen_2019.pdf; zuletzt abgerufen 03.01.2023
<https://www.krisendienste.bayern> ; zuletzt abgerufen 03.01.2023
- (5) Koalitionsvertrag 2021 (bundesregierung.de); zuletzt abgerufen 03.01.2023
- (6) Empfehlungen_Suizidpraevention_Nov2021.pdf (naspro.de); zuletzt abgerufen 03.01.2023
- (7) Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen; <https://www.psychiatriedialog.de/startseite> zuletzt abgerufen am 03.01.2023

Mobile Medizinische Rehabilitation in der Gemeindepsychiatrie

Jürgen Armbruster, Andres Plieninger

Die Rudolf-Sophien-Stift gGmbH (RSS) führt seit Dezember 2020 bis November 2022 ein vom Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg finanziertes Modellprojekt zur Etablierung mobiler medizinischer Rehabilitationsleistungen für psychisch kranke Menschen im Gemeindepsychiatrischen Verbund durch. Projektzielsetzung ist, die mobile medizinische Rehabilitation zu implementieren und dazu die Konzeption zu erarbeiten, die Praxis zu entwickeln und in der Folge mit den Krankenkassen über einen Versorgungsvertrag zu verhandeln, damit dieses Angebot perspektivisch Teil der Gemeindepsychiatrischen Versorgung werden kann.

Rehabilitation für psychisch kranke Menschen geschah in der Vergangenheit für eine begrenzte Zielgruppe in speziellen Rehakliniken, die irgendwo auf dem Lande angesiedelt sind, fernab der Lebenswelt der Betroffenen sowie in den stationären und ganztagsambulant Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (RPK). Mobile Medizinische Rehabilitation hingegen hat zum Ziel, ein integraler Bestandteil, gewissermaßen eine Scharnierfunktion, innerhalb einer Gemeindepsychiatrischen Versorgung zu sein.

In Stuttgart besteht eine sehr differenzierte Gemeindepsychiatrische Versorgung mit acht Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ). Die Evangelische Gesellschaft, Trägerin des Rudolf-Sophien-Stifts in Stuttgart, ist Mit-Trägerin drei dieser Gemeindepsychiatrischen Zentren. Diese werden gemeinsam mit dem Caritasverband und dem Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart flächendeckend organisiert. Zum Angebot der GPZ gehören Sozialpsychiatrische und Gerontopsychiatrische Dienste. In den jeweiligen Regionen bestehen Fachdienste für Suchtkranke, für Wohnungslose und ein differenziertes Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens – jeweils in und um die GPZs organisiert. Außerdem gehören niederschwellige Zugänge zu Arbeit und soziokulturelle Tagesstrukturangebote zu den Gemeindepsychiatrischen Zentren.

Ziel der strukturellen Entwicklung der Gemeindepsychiatrischen Zentren war und ist es in den vergangenen Jahren, alle zugänglichen Leistungen aus dem SGB V-Bereich (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) zu erschließen und diese über die Gemeindepsychiatrischen Zentren für den Personenkreis psychisch erkrankter Menschen zugänglich zu machen. Über einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst, das Angebot der Ergotherapie und

der Etablierung von Soziotherapie gelingt dies bereits vielfach. Durch ärztliche Sprechstunden der Psychiatrischen Institutsambulanz in diesen Gemeindepsychiatrischen Zentren ist ebenfalls medizinische Behandlung unmittelbar vor Ort zugänglich. In einem dieser GPZ ist das Rudolf-Sophien-Stift damit befasst, mit der eigenen psychiatrischen Fachklinik auch stationsäquivalente Behandlung (StäB) zu realisieren und so alternative Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld zu erbringen. In einem weiteren dieser Gemeindepsychiatrischen Zentren ist das Projekt der Mobilen Medizinischen Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen angesiedelt.

Das Rudolf-Sophien-Stift, als Tochterunternehmen der Evangelischen Gesellschaft, ist eine Einrichtung mit einem sehr differenzierten klinischen und gemeindepsychiatrischen Angebot: Neben einer psychiatrischen Klinik mit einer Institutsambulanz, einer Rehabilitationsreinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK-Einrichtung), ambulanten und besonderen Wohnangeboten ist das RSS der einzige Leistungserbringer im Bereich der Arbeit für psychisch Kranke in Stuttgart. Das Unternehmen hält ein breites Spektrum an lebensweltorientierten Werkstattangeboten sowie an Angeboten zur beruflichen Orientierung und Teilhabeförderung auf dem ersten Arbeitsmarkt vor.

Die Mobile Medizinische Rehabilitation ist hierbei ein Schnittstellen-Projekt zwischen der RPK, durch die wir die Kompetenz zur medizinischen Rehabilitation sicherstellen können, und den Gemeindepsychiatrischen Zentren, mit dem Erfahrungshintergrund der aufsuchenden und gemeindenahen Arbeit, der Expertise zur Vernetzung, zur sozialräumlichen Kooperation und der Niederschwelligkeit.

Die übergreifende Zielperspektive unserer Gemeindepsychiatrischen Entwicklung ist die Integration der psychosozialen und medizinischen Behandlung. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist deswegen beispielsweise dezentral an allen Standorten der Gemeindepsychiatrischen Zentren, in einigen Werkstätten und zum Teil in den besonderen Wohnformen tätig, um niederschwellig die fachärztliche Versorgung sicherzustellen und in den gemeindepsychiatrischen Angeboten zu gewährleisten. Personenzentrierte Behandlungspfade im klinischen Bereich zu entwickeln ist eine zentrale Maxime des komplexen Hilfesystems und war auch der Hintergrund für das Engagement im zwischenzeitlich auslaufenden Projekt der Integrierten Versorgung. Die Gestaltung der personenzentrierten Übergänge zwischen der klinischen, der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation sowie der sozialen Eingliederung stellt uns vor große Herausforderungen und bildet den konzeptuellen Kontext des Projekts RESET – Mobile Medizinische Rehabilitation für seelische Gesundheit und Teilhabe.

Mit der Mobilen Medizinischen Rehabilitation beschäftigt sich die Fachwelt und das Unternehmen seit dem Jahr 2008 im Kontext der Diakonie Deutschland. Bereits damals wurde ein Konzept zur mobilen Rehabilitation erarbeitet, nachdem mobile Rehabilitation grundsätzlich 2006 auf der Grundlage von § 40 Abs. 1 im SGB V vor allem im Bereich der Geriatrie und im kleinen Rahmen im Bereich der Neurologie etabliert wurde. Die damals gebildete Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. (BAG MoRe) hat sich große Verdienste bei der Implementation Mobiler Medizinischer Rehabilitation erworben. Im Kontext der Diakonie Deutschland entstand damals ein Projekt, das der Frage nachging, wie sich diese Erfahrungen auf andere Zielgruppen übertragen ließen.

Bei Betrachtung der Rahmenempfehlungen zur Umsetzung der mobilen medizinischen Rehabilitation in der Geriatrie mit der Brille eines gemeindepsychiatrisch Erfahrenen, findet man dort bei der Beschreibung der Zielgruppe den Bezug zu Menschen,

- die in ihrer häuslichen Umgebung krankheitsbedingt funktionale Beeinträchtigung haben,
- in deren Lebensumfeld Angehörige bei der Gestaltung von Rehabilitationsprozessen mit einbezogen werden müssen,
- deren behinderungsrelevante Barrieren sich im Alltag stellen
- und deren Ressourcen auch im Alltag erschlossen werden müssen.

Diese Zielgruppenbeschreibung der geriatrischen und neurologischen Klientel lässt sich unmittelbar auf die Lebensrealität vieler, auch chronisch psychisch kranker Menschen, übertragen. Aus diesem Grund entstand damals die Forderung, die mobile medizinische Rehabilitation speziell auch für die Zielgruppe der chronisch psychisch kranken und der chronisch suchtkranken Menschen zu erschließen.

(Chronisch) psychisch erkrankten Menschen steht nach einer Akutbehandlung nur in seltenen Fällen, sofern sie dem Arbeitsmarkt nahe sind, ein Angebot einer RPK zur Verfügung oder psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichtete klinische Einrichtungen, die für sie meist nicht das passende Angebot bieten und deren Zielgruppe sie nicht sind. Die Tatsache, dass psychisch erkrankte Menschen nach einer Phase der Akutbehandlung regelhaft ohne vorherige medizinische Rehaangebote auf die Förderung der sozialen Teilhabe verwiesen werden, kann als rehabilitationspolitischer Skandal bezeichnet werden.

Angebote der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel der Restitution, also der Wiederherstellung funktionaler Gesundheit, dem Ziel der Adaption, also der Anpassung der Umweltbedingungen, und mit dem Ziel der Kompensation, also

Ersatzstrategien zu entwickeln und verbliebene Funktionen und Fähigkeiten zu nutzen, bleiben ein seltenes Gut. Vergleichbar ist diese Situation, als ob eine hüftoperierte Patientin unmittelbar auf die Nutzung eines Rollstuhl verwiesen würde, um auf diese Art und Weise ihre soziale Teilhabe zu realisieren, ohne vorher an der Wiederherstellung ihrer Beweglichkeit, der Anpassung des Wohnraums und der Schulung im Umgang mit dem Rollstuhl zu arbeiten.

Das Bundesteilhabegesetz hat diese Thematik noch einmal verschärft: In den Leistungsgruppen des § 5 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), die eigentlich Grundlage und Teil der Teilhabeplanung sein sollen, steht an erster Stelle die Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Demnach sollte medizinische Rehabilitation regelhaft in der Teilhabeplanung vorrangig vor Eingliederungshilfemaßnahmen angeboten werden. Diese Maßgabe verweist leider in ein Angebotsvakuum.

Vor diesem Hintergrund brachte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg dieses Projekt zur Etablierung von Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation auf den Weg, explizit als Teil des Gemeindep psychiatrischen Verbundes, mit dem Ziel des Abschlusses eines Versorgungsvertrags nach § 40 Abs. 1 in Verbindung mit § 111 c des SGB V. Wir nennen das Projekt *RESET – Mobile Medizinische Rehabilitation für seelische Gesundheit und Teilhabe*. Die zweijährige Projektlaufzeit von Dezember 2020 bis November 2022 neigt sich dem Ende und das Ziel eines Versorgungsvertrags wird nicht unmittelbar erreicht werden. Die Verhandlungen mit den Kassenverbänden sind jedoch fortgeschritten und die konzeptionelle Beschreibung und Abstimmung ist auf der Zielgeraden.

RESET soll Menschen erreichen, die zunächst aus persönlichen Gründen für stationäre und ambulante Angebote nicht in Frage kommen bzw. diese nicht wahrnehmen können und Menschen, die durch eine konzentrierte und kurzfristige Interventionsmöglichkeit nachhaltig gefördert, gewissermaßen in ihrer funktionalen Beeinträchtigung so unterstützt werden können, dass sie ein größeres Maß an Teilhabe nutzen können. Zugangswege, Indikation und Weiterbegleitung nach RESET sind in Abbildung 1 dargestellt:

Die Mobile Medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen kommt für all diejenigen Personen in Frage, für die ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote nicht geeignet sind oder für die der größte Rehabilitationserfolg im direkten häuslichen Umfeld zu erwarten ist. Zu dieser Zielgruppe gehören beispielsweise Menschen:

- mit Care-Verpflichtungen, bei denen die Versorgung eines Kindes oder der Eltern keine mehrstündige Abwesenheit möglich macht.

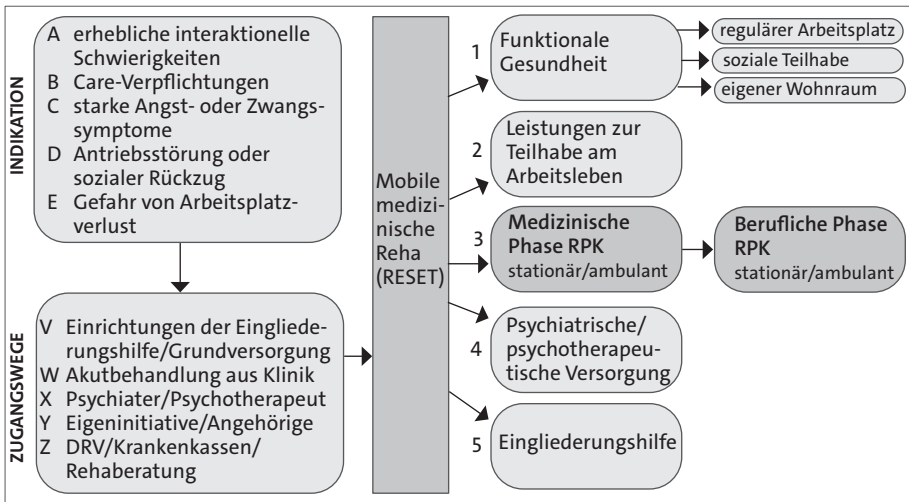


Abb. 1

- deren Arbeitsplatz gefährdet wäre, wenn sie ambulant oder stationär in Rehabilitation gehen würden.
- denen die Transferleistung von erworbenen Kompetenzen von einer Einrichtung in das eigene Umfeld nicht gelingt. Alle Personen, die in Kliniken, in Rehaeinrichtungen und anderen Angeboten Strukturen und Methoden erlernen, die ihnen den Umgang mit sich, anderen Menschen und der Umwelt erleichtern und denen es wiederholt nicht gelingt, diese Fähigkeiten aufrechtzuerhalten – klassische Drehtürpatientinnen und -patienten der psychiatrischen Kliniken.
- die als Krankheitssymptom oder Krankheitsfolge für sogenannte »Komm-Strukturen« ungeeignet sind: Menschen mit Angst- und Zwangserkrankungen, mit starken Antriebsstörungen und mit Negativsymptomatik.

Für all diese Personen stellt die ambulante und stationäre Rehabilitation als Institution an sich schon das Ausschlusskriterium dar, auf Grund der langen Anfahrt mit dem ÖPNV, der vorgehaltenen Gruppenangebote und der Überforderung durch langandauernde Rehabilitationstage. Diese Personen profitieren von mobiler Rehabilitation, weil sie dem geminderten Antrieb Rechnung trägt und das Angebot nach Hause bringt, weil soziale Interaktionen im kleinen Rahmen in vertrauter Umgebung geübt werden können und weil einzelne Einheiten sich mit Phasen der Erholung und des Rückzugs abwechseln können.

Die Zuweisungen zur Mobilen Medizinischen Rehabilitation können vielfältig sein und erfolgen über Akutkliniken, über niedergelassene Fachärzte, über Therapeuten und alle Anbieter gemeindepsychiatrischer Angebote.

Die durchgeführte mobile Rehabilitation führt im Idealfall dazu, dass eine Person ein Maß an funktionaler Gesundheit erreicht, so dass sie in der Folge mit ihrem Leben so weit zurechtkommt, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und über soziale Teilhabe und über ihren eigenen Wohnraum verfügen kann. Alternativ kann die Person in der Folge der medizinischen Rehabilitation Leistungen der beruflichen Rehabilitation oder der Teilhabe im Bereich des Arbeitslebens in Anspruch nehmen oder möglicherweise bei RESET darauf vorbereitet werden, eine ambulante oder stationäre RPK-Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Die Vermittlung in Angebote der Eingliederungshilfe oder in psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung kann ebenfalls Ziel und Folge von RESET sein.

Mobile Rehabilitation zeichnet sich durch die besondere Berücksichtigung des Kontexts aus. Die funktionalen Beeinträchtigungen können im mobilen Setting vor dem Hintergrund der Kontextbedingungen, also des Alltags, verstanden werden, welche sowohl die Barrieren des Lebens eines psychisch kranken Menschen kennzeichnen. Genauso können die förderlichen Ressourcen der Lebenswelt unmittelbar sichtbar gemacht und genutzt werden. Mobile Rehabilitation erreicht andere Personenkreise als bestehende Angebote!

RESET kann auch als unmittelbare Anschlussrehabilitation verstanden werden und hat eine hohe Bedeutung auch im Sinne des Clearings und der Vermittlung in bestehende weiterführende Angebote.

Die Mobile Medizinische Rehabilitation wird als Maßnahme im Zeitraum von zwölf Wochen durchgeführt mit der Möglichkeit der Verlängerung. Mobile Medizinische Rehabilitation im geriatrischen Bereich umfasst in der Regel 60 Therapieeinheiten, die an 20 Tagen mit je drei Therapieeinheiten, also in einem sehr kurzen Zeitraum durchgeführt werden sollen. Bei psychisch kranken Menschen spielt der Zeitfaktor eine wesentlich größere Rolle, da innerpsychische Prozesse, Medikationsanpassungen und Veränderungen im Verhalten und Erleben zeitintensive und andauernde Prozesse erfordern, sodass der Zeitraum der Leistungserbringung ausgedehnt werden muss auf zwölf Wochen bei gleichzeitiger Reduktion der Behandlungsdichte, sodass ebenfalls 60 Therapieeinheiten vorgesehen sind. Ziel ist es, die Menschen zunächst im häuslichen Umfeld durch Einzelkontakt zu erreichen. Wir arbeiten aber darauf hin, auch andere Formen der therapeutischen Arbeit zu ermöglichen und den Ort der Therapieeinheiten im Verlauf auszuweiten auf das weitere häusliche Umfeld möglicherweise bis hin zu Einheiten in Beglei-

tung in unsere Gemeindepsychiatrischen Zentren. Die Maßnahme umfasst eine ärztliche Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik sowie eine ständige ärztliche Begleitung des Rehabilitationsprozesses. Medizinische Rehabilitation ist eine Maßnahme, die ärztlicherseits verantwortet werden muss.

Die ersten zwei Wochen der Reha-Maßnahme beinhalten eine Einstiegs-/ Clearingphase mit intensiver Diagnostik und Erstellung des Rehabilitationsplans. Die eigentliche Rehabilitationsmaßnahme von acht Wochen folgt mit strukturierten Angeboten aller Berufsgruppen (Ergotherapie, Sozialarbeit, Psychotherapie, Medizin und psychiatrische Pflege; ergänzt durch Ernährungsberatung und sportliche Aktivitäten), gefolgt von zwei Wochen für eine Phase der Stabilisierung, Weitervermittlung und Prophylaxe. Eine Verlängerung der Maßnahme über den Zwölf-Wochen-Zeitraum hinaus ist möglich und wird häufig notwendig werden.

Das Team von RESET gewährt die Verzahnung von gemeindepsychiatrischer Kompetenz und Rehabilitationsexpertise und setzt sich aus Mitarbeitenden aus der hauseigenen RPK-Abteilung und aus Mitarbeitenden, die aus dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum kommen, zusammen.

Die Kompetenz, medizinische Rehabilitation erbringen zu können mit der spezifischen Fachlichkeit, welche RESET erfordert und die notwendige Erfahrung, im Sozialraum agieren zu können, kennzeichnen die mobile Rehabilitation. Auf diese Weise entsteht eine hybride Wissens- und Personal- und Organisationsstruktur.

Zur Verdeutlichung des Angebots, zur Darstellung der Zielgruppe und als praktische Illustration der Erfahrungen von RESET dienen folgende Fallbeispiele aus zwei Jahren Mobiler Medizinischer Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen im Gemeindepsychiatrischen Verbund in Stuttgart:

Zur Person: Ein 24-jähriger Mann, Abitur abgebrochen. Seit dem 19. Lebensjahr an Depression erkrankt. Wohnt gemeinsam mit den Eltern. Verschiedene Behandlungsversuche sind erfolglos abgebrochen worden.

Zu den Inhalten: Es fanden psychotherapeutische Gespräche statt, kognitives Training, Familiengespräche, Entwicklung eines förderlichen Krankheitsverständnisses, Aktivierung im häuslichen Umfeld und der Wohnung, Nutzung wohnortnaher Freizeitangebote.

Ergebnis: Der junge Mann hat wieder ein besseres Zutrauen zu seinen eigenen Fähigkeiten und erwägt eine weiterführende RPK-Maßnahme zu besuchen. Es konnte Selbstwirksamkeit erlebbar gemacht werden, ein Zutrauen in die weiterführenden Hilfen des Versorgungssystems geschaffen werden und im Patienten und der Familie eine Aufbruchstimmung erzeugt werden.

Zur Person: 57-jährige Familienmutter, Sozialpädagogin. Langjährige depressive auch zum Teil psychotische Krisen. Bezieherin einer Erwerbsminderungsrente. Verzweifelte Familie mit einer Tochter auf der Suche nach psychiatrischer Unterstützung. Hilflosigkeit im Hilfesystem, weil alle Maßnahmen kurzfristig erfolgreich, aber nicht nachhaltig sind.

Zu den Inhalten: Familiengespräche, Arbeit am Selbstbild und am Krankheitsverständnis. Organisation des Haushalts, Unterstützungsangebote sichten. Sicherstellung der Lagerung und Einnahme der Medikation, Hilfe bei der Abgrenzung und beim Verständnis der Familie.

Ergebnis: Erreicht durch das Angebot ein anderes Verständnis ihrer Erkrankung und ist im Zuge dieser rehabilitativen Phase in der Lage, bestehende gemeindepsychiatrische Angebote der Förderung der sozialen Teilhabe zu nutzen. Die Tochter kann bei AUFWIND, einem Angebot der Evangelischen Gesellschaft für Kinder psychisch kranker Eltern, Unterstützung finden.

Ein 47-jähriger Architekt mit paranoider Schizophrenie, der völlig rückzögerlich ohne Fähigkeit und Zutrauen zu Angeboten der Rehabilitation oder Eingliederungshilfe lebte, nahm nach RESET eine RPK-Maßnahme auf und arbeitet inzwischen als Architekt in einem angesehenen großen Büro.

Ein junger Mann aus der Wohnungsnotfallhilfe konnte ins Hilfesystem der Eingliederungshilfe übergeleitet werden. Viele weitere Fallbeispiele zeigen die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit dieses Angebots. Gerontopsychiatrische Fälle, welche eine Personengruppe mit hohem Rehabilitationsbedarf repräsentieren, sind hierbei noch gar nicht berücksichtigt.

Der Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Krankenkassen als Grundlage für eine breit aufgestellte Weiterentwicklung des Angebots Mobiler Medizinischer Rehabilitation könnte die Versorgungsstruktur im Vorfeld und in Ergänzung der Angebote der Eingliederungshilfe erweitern und passgenau im Lebensumfeld der Menschen zu einer verbesserten Teilhabe psychisch erkrankter Menschen beitragen!

Prävention

Ulrich Krüger

Ich beziehe mich in den Stichworten, die ich bringen möchte, vor allem auf Diskussionen im Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen und auf Überlegungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK). Als das Präventionsgesetz verabschiedet wurde, ist die Prävention von der Bedeutung her sehr hoch bewertet worden, als »vierte Säule der Versorgung« neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege. Die Prävention sollte in ihrer Bedeutung, aber auch in ihrem Umfang stark ausgebaut werden. Prävention ist im SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)) als Pflichtaufgabe der GKV aufgenommen und mit einem Festbetrag pro Versicherten finanziell abgesichert worden. Dadurch ist das SGB V in diesem Bereich wegweisend geworden. Auch in anderen Sozialgesetzbüchern war und ist von Prävention die Rede. Es gab dafür jedoch keine Regelungen zur Finanzierung. Mit vielen Jahren Abstand wurde im letzten Jahr im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) ebenfalls die Prävention als Leistungsbereich der Pflegeversicherung aufgenommen und mit Geldbeträgen pro Versicherten hinterlegt – bedauerlicherweise begrenzt auf die stationäre Pflege. Ich komme später darauf zurück.

Im Rahmen der von den Krankenkassen geförderten Prävention bezieht sich nur ein sehr geringer Teil auf die Prävention psychischer Erkrankungen. Es gibt zwar Entspannungstrainings, Angebote zum Zeitmanagement und vergleichbare Angebote, aber eingesetzten Mittel und die Anzahl der entsprechend angebotenen Gruppen sind gering, wenn man die Relationen betrachtet, also die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und deren Anteil an den gesamten Erkrankungen. Die bestehenden Präventionsmaßnahmen sind weitgehend unspezifisch. Sie dienen nicht der Prävention spezieller psychischer Belastungen bzw. Störungen, sondern beziehen sich eher allgemein auf den Abbau psychischer Belastungen. Das ist sicher hilfreich, spricht aber nicht gezielt Menschen in psychischen Gefährdungssituationen oder Menschen mit erhöhtem Risiko einer psychischen Erkrankung an. Dafür fehlen Präventionsangebote weitgehend.

Das sollte geändert werden. Viele psychische Erkrankungen kündigen sich schon vor ihrem Ausbruch an. Subjektiv und auch von außen erkennbar bestehen hohe psychische Belastungen und es sind Belastungs- und Überlastungsreaktionen festzustellen, ohne dass man schon von einer Erkrankung sprechen kann. Dabei kann es sich um Schlafstörungen handeln, ein Gefühl der Angspanntheit, beson-

ders starke Reaktionen auf spezifische Stressoren oder andere Anzeichen darauf, dass eine Überlastungssituation oder eine sehr starke psychische Beanspruchung gibt. Dies ist die Zeit, in der aus unserer Sicht gut und wirksam interveniert werden könnte. Die Belastung kann zu einer Erkrankung führen, vor allem wenn man nicht reagiert. Die Erkrankung kann aber auch abgewendet werden, zum Beispiel, wenn man individuelle Stressoren identifiziert und dann Strategien entwickelt und durchführt, diese Stressoren abzumildern und die Krise zu bewältigen. Das wäre eine gelungene Prävention.

In diesem Zusammenhang gibt es nun eine Reihe von Hindernissen und Schwierigkeiten. Die wesentliche Schwierigkeit entsteht daraus, dass in den Paragrafen § 20 ff des SGB V immer nur von *Primärprävention* gesprochen wird. Damit ist zum einen die Sekundärprävention ausgeschlossen. Das ist die Verhinderung von Rückfällen, von Wiedererkrankungen. Ebenfalls ausgeschlossen ist die Tertiäre Prävention, die die Krankheitsfolgen lindert. Das ist weitgehend synonym mit der Rehabilitation bzw. den Hilfen zur Teilhabe. Daraus wird geschlossen, dass Menschen mit psychischen Vorerkrankungen und erst recht Menschen mit Behinderung gesetzlich von Prävention ausgeschlossen und auch entsprechende Präventionsangebote nicht förderfähig seien. Das ist eine Fehleinschätzung mit negativen Folgen.

Wer im Laufe seines bzw. ihres Lebens eine psychische Erkrankung erleidet, hat alle Chancen vollständig zu genesen. Es kann allerdings sein, dass infolge der Erkrankung eine erhöhte Sensibilität gegenüber psychischen Belastungen besteht oder bereits vor der Erkrankung bestanden hat. In diesen Fällen ist das Wissen besonders wichtig, wie man solchen Belastungen ausweicht bzw. wie man Kompetenzen zu ihrer Bewältigung fördert – kurz: Wie man die eigene Resilienz stärkt. Das sind Aufgaben der Prävention und man sollte die entsprechenden Leistungen auch der Prävention zuordnen. Es ist ein falscher Weg, bei gesunden Menschen immer weiter eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose zu stellen, damit sie Leistungen zur Stärkung ihrer Abwehrkräfte oder ihrer Fähigkeit zur Erkennung früher Signale psychischer Überlastung erhalten können. Dieser Weg wird gebahnt, wenn man jegliche Prävention nach einer Erkrankung der Sekundärprävention und damit dem Behandlungsbereich zuordnet. Die Folge ist, dass zu oft Behandlungsmaßnahmen angewandt werden, wo Prävention angezeigt wäre. Zudem erhält die stigmatisierende Fehleinschätzung Nahrung, dass psychische Erkrankungen unheilbar seien.

Der Begriff der *Primärprävention* wird häufig so interpretiert, dass es sich um unspezifische Maßnahmen handelt, meistens oder am liebsten schon in der Frühkindheit, zu einer Zeit, in der es weder irgendeinen Hinweis auf oder einen

Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen gibt. Damit ist das Thema ›individuelle psychische Stressoren‹ ausgeschlossen oder auf eine allgemeine Ebene verlagert. Das wurde unter dem Begriff ›zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken‹ auch im ›Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen‹ diskutiert. Gemeinsam wurde festgehalten: »Zur Verhütung psychischer Erkrankungen sind auch Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete Menschen sowie Präventionsleistungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sinnvoll.« Ein Teil der Dialoggruppe forderte in diesem Zusammenhang auch gesetzliche Änderungen: Danach soll im SGB V ausdrücklich auch »indizierte und selektive Prävention« aufgenommen werden. Dazu heißt es in dem Empfehlungsentwurf:

»Psychische Belastung äußert sich subjektiv und in objektivierbaren Erscheinungen vielfach lange vor dem Eintritt einer psychischen Erkrankung. In solchen Phasen können Präventionsleistungen besonders wirksam sein.

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention sollen dahingehend ergänzt werden, dass Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf Versicherte mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und komplexem Interventionsbedarf ausgerichtet werden können. Dies ist zum Beispiel wichtig für Präventionsleistungen bei minderjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern, aber auch bei psychisch und körperlich besonders belasteten Personen oder Menschen nach einer überwundenen psychischen Erkrankung oder einem Suizidversuch (indizierte Prävention bei Menschen mit minimalen Symptomen oder Frühwarnzeichen sowie selektive Prävention bei Personen oder Gruppen mit erhöhtem generellem Krankheitsrisiko).«

Diese Einschätzung ist aus unserer Sicht nach wie vor zutreffend und die Empfehlung sollte vom Gesetzgeber aufgegriffen werden.

Zurecht enthält der Text den Hinweis auf minderjährige Kinder psychisch erkrankter Eltern. Im Gesetz wird sehr viel gesprochen von Lebenswelten. Die gesetzlich vorgesehenen Präventionsmaßnahmen sollen in Lebenswelten stattfinden. Lebenswelten sind im weiteren Sinne institutionell zu verstehen. Das sind Schulen, Kindertagesstätten, auch der Betriebe. Die ganze Arbeitswelt hat eine große Rolle gespielt, auch um zu regeln, dass dafür nicht die GKV, sondern die Unternehmen zuständig sind. Die Familie taucht unter den aufgezählten Lebenswelten nicht auf.

Die Familie ist gesetzlich keine Lebenswelt, weil sie im weiteren Sinne nicht institutionell ist. Allerdings stehen minderjährige Kinder psychisch erkrankter Eltern, einschließlich suchtkranker Eltern, in der Regel unter besonderem psychi-

schem Stress. Sie sind auch einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst psychisch zu erkranken. Hier sind Präventionsleistungen sinnvoll und nötig. Krankenkassen-geförderte Prävention ist jedoch selten, da die Familie gesetzlich keine Lebenswelt und damit kein Einsatzgebiet der Primärprävention ist. Auch hier ist wieder festzustellen: Das ist ungünstig und sollte geändert werden.

Ich möchte noch zwei weitere Bereiche mit starkem Bezug zur Prävention hervorheben.

Der Suizidprävention kommt besondere Bedeutung zu. Sie wird aktuell verstärkt diskutiert, weil es nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts aus Gründen der Selbstbestimmung und der Gleichbehandlung im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung nötig ist, Institutionen zuzulassen, die geschäftsmäßig Tötungen vornehmen. Wir reden hier nicht vom assistierten Suizid, sondern es geht um Dienstleistungen für Menschen, die selbst suizidale Handlungen nicht vollführen können. Es geht also um eine auch geschäftsmäßig ermöglichte Tötung auf Verlangen. Das soll gemäß mehrfach geäußertem Willen des Parlaments eingebettet werden in eine deutlich verstärkte Intensität der Suizidprävention. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung bewegt man sich im Bereich der Sekundärprävention. Bei Menschen in psychischen oder sozialen Krisen, die aktuell an keiner psychischen Erkrankung leiden, müsste man von Primärprävention sprechen. Dazu kann individuelle Beratung in Krisen gehören. Der bereits erwähnte Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen hat sich mit dem Thema Krisenhilfe befasst. In den konsentierten Zielsetzungen und Handlungsfeldern wird der Ausbau der Krisenhilfe und deren verstärkte Vernetzung unter Einbeziehung bestehender Strukturen empfohlen.

Ein weiterer besonders bedeutsamer Bereich ist die Primärprävention im Pflegebereich oder bei Menschen mit Behinderung. Wie erwähnt ist im SGB XI die Prävention aufgenommen worden. Grundsätzlich setzt die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI das Bestehen einer Erkrankung oder Behinderung voraus. Man könnte also schlussfolgern, dass dadurch das Feld der Primärprävention verlassen und allenfalls der Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention eröffnet ist. Diese Grundhaltung ist aber oft falsch. Denn eine Grunderkrankung oder Behinderung, die Pflegebedarf begründet, kann mit einem erhöhten Risiko verbunden sein, gesundheitliche Probleme auf anderen Gebieten zu bekommen. So kann eine psychische Erkrankung mit Einschränkungen der Motivation und der Mobilität verbunden sein. Die Linderung der Symptome der psychischen Erkrankung ist dann Aufgabe psychiatrischer Behandlung (Sekundärprävention) bzw. psychiatrischer Rehabilitation (Hilfe zur Teilhabe, Tertiärprävention). Die Verhütung von

Übergewichtigkeit, Bewegungsarmut, Fehlernährung, Genussgiften usw. sind und bleiben Aufgaben der Primärprävention. Die diesbezüglichen Präventionsleistungen nach SGB V und SGB XI stehen daher auch Menschen mit Behinderung und Menschen in Einrichtungen offen.

Krankheit, Pflegebedarf und Behinderung schließen Prävention nicht aus. In vielen Fällen erhöhen sie eher die Bedeutung von Prävention. Präventionsleistungen sind auch bei oder nach Krankheit, Pflegebedarf und Behinderung möglich – sofern es sich um Primärprävention im Sinne des Gesetzes handelt. Es wäre wünschenswert, dies auch im Gesetz deutlicher zu klären.

Soweit einige Stichworte, wir belassen es dabei. Die Zeit ist erschöpft.

II Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – Hilfen und Schnittstellen

Alte Antworten auf neue Herausforderungen? Psychosoziale Auswirkungen der Corona-Pandemie auf junge Menschen der Generation Z

Jörg M. Fegert

Einleitung

In den ersten Monaten nach Beginn der Corona-Pandemie publizierten wir eine Literaturübersicht zu Folgen lokaler Epidemien und Wirtschaftskrisen und prognostizierten einen langen Rückweg zu einer gewissen Normalität (FEGERT et al. 2020). Damals, und in Deutschland auch noch lange Zeit danach, wurden die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche kaum diskutiert. Heute ist das Papier, keine zwei Jahre danach, in mehr als 700 wissenschaftlichen Publikationen weltweit zitiert und man stellt sich überall die Frage, welchen Preis Kinder und Jugendliche auch im Rahmen der Pandemiemaßnahmen bezahlen mussten (LANGE et al. 2022). Mit vergleichbaren Erhebungsinstrumenten zur Bella-Studie vor der Pandemie zeigte die COPSY-Studie von RAVENS-SIEBERER et al. (2022) einen Anstieg der Probleme in der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Alter zwischen 7 und 17 Jahren von 17,6 % auf 28,8 % zwischen Mai und Juni 2020 dann auf 30,6 % zwischen Dezember 2020 und Januar 2021 und schließlich 28 % im September 2021 – Oktober 2021. Die Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes zeigte signifikante Anstiege der Kinderschutzmeldungen und auch der durch die Jugendämter verifizierten Fälle, insbesondere auch bei der psychischen Misshandlung. Heute wissen wir, dass Corona nicht alle Kinder und Jugendlichen gleich getroffen hat, sondern Vorbelastungen in der Familie, die Probleme während der Pandemie verstärkt haben. Kinder psychisch kranker Eltern, Kinder mit psychischen und/oder körperlichen Vorerkrankungen und/oder Behinderungen, Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, Familien, in denen z. B. die Elternteile oder die Kinder mehrere belastende Kindheitserfahrungen erleben mussten, Familien mit geringer sozialer Teilhabe haben deutlich stärker auf die Belastungen reagiert.

Es gibt aber auch Entwicklungsaufgaben, die unter den Pandemiebedingungen besonders schwierig zu bewältigen waren. Dies gilt für alle Transitionsphasen, z. B. den Übergang vom Kindergarten in die Grundschule, von der Grundschule in die

weiterführende Schule und von der Schule in die Ausbildung oder das Studium. Die zusätzliche Belastung resultiert aus einer Akkumulation von Stressoren bei gleichzeitigem Wegfall wichtiger Ressourcen. So haben z. B. gerade Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung in der Pandemie ihre Unterstützung durch Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter und andere Formen der Assistenz verloren (vgl. HENN et al. 2020).

Wir müssen also differenzieren. Es gibt belastete Kinder und Kinder in belasteten Familien und es gibt belastete Kinder, welche in belasteten Familien aufwachsen (Person x Familie). FERRARO, SHIPPEE und SCHÄFER (2009) haben aus einer soziologischen Perspektive die in diesem Zusammenhang hilfreiche »Theorie der kumulativen Ungleichheit« formuliert, welche uns erklärt, weshalb die Schere zwischen belasteten Kindern und nicht Belasteten während der Corona-Pandemie auseinandergegangen ist. Sie beschrieben fünf Gesetzmäßigkeiten für ihre Theorie: Soziale Systeme erzeugen Ungleichheit, die sich im Laufe des Lebens durch demografische und entwicklungsbezogene Prozesse manifestiert. In diesem Zusammenhang erhöht ein Nachteil das Risiko, ein Vorteil erhöht die Chancen. Lebensläufe werden durch die Akkumulation von Risiken, verfügbare Ressourcen, Chancen und menschliches Handeln geprägt. Die Wahrnehmung von Lebensläufen beeinflusst spätere Lebensläufe. Kumulative Ungleichheit kann zu vorzeitiger Sterblichkeit führen. Daher nimmt die Ungleichheit bei nicht kontrollierten Studien im späteren Leben teilweise ab. Es macht also Sinn, sich während und nach der Corona-Pandemie primär mit den stärksten Interventionen auf die ohnehin schon bekannten Kinder und Familien mit Problemen zu konzentrieren. Die oft prekäre Balance, welche noch ambulante Unterstützung möglich gemacht hatte, war durch Wegfall solcher Unterstützung häufig ins Wanken geraten. Hinzu kommt der Anstieg von Symptomen, emotionaler Belastung und von Verhaltensauffälligkeiten. Krankenkassendaten (DAK Gesundheit) legen nahe, dass es auch tatsächlich zu einem Inzidenzanstieg gekommen ist. So stieg z. B. die Inzidenz pro 1.000 (10 – 17-Jährige) bei Essstörungen von 3,2 in 2019 auf 4,3 in 2021. Bei Angststörungen von 29,15 im ersten Corona-Jahr 2020 auf 30,75. Also ein Anstieg von 1,6, der sich 2021 auf 30,4 reduzierte, also 1,25 im Vergleich zu 2019. Bei Depressionen stieg die Inzidenz von 23,3 2019 auf 25,2 (plus 1,9) an. Daraus ergibt sich nach unseren eigenen Berechnungen, in einem noch laufenden Projekt für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), in Kooperation mit Frau Juniorprofessorin Eva-Maria Wild von der Universität Hamburg, eine unmittelbare aktuelle Mehrkostenschätzung allein im Gesundheitswesen von über 100 Mio. Euro. Tatsächliche gesellschaftliche

Folgekosten dürften insgesamt erheblich höher anzusetzen sein. Bisher ist hier ja nur das erfasste Inzidenzhellfeld eingegangen. Die vermiedene Inanspruchnahme wird hier noch nicht berücksichtigt. Noch nicht berücksichtigt werden können Mehrausgaben durch mittel-, langfristige- und dauerhafte Beeinträchtigungen, Teilhabedefizite und Arbeitslosigkeit.

Politische Reaktionen

Die europäische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat früh eine Art Marshallplan für psychisch belastete Kinder und Jugendliche und ihre Familien gefordert (FEGERT et al. 2021). Auch der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen beim BMFSFJ hat in einer Kurzstellungnahme ein gezieltes Förderprogramm angemahnt (<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/178726/cd4d0a672490daaae24d65b2c0202acf/202103-erholung-und-gezielte-unterstuetzung-wissenschaftlicher-beirat-data.pdf>) und tatsächlich wurde in der letzten Legislatur das Aufholpaket beschlossen und auch teilweise in den Bereichen Bildung und Jugendhilfe, soziale Unterstützung für Kinder und Jugendliche umgesetzt. Im Gesundheitswesen gab es Diskussionen um Versorgungsengpässe, lange Wartelisten, es gab Appelle und Hilferufe der pädiatrischen Verbände und es gab Vorschläge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Erhöhung der bestehenden Behandlungsangebote der Krise Herr zu werden. Dies ist insofern befremdlich, weil z. B. die Zusage von mehr Krankenhausbetten aufgrund der langen Umsetzungsdauern im Krankenhausbau keine adäquate Lösung in einer Krisensituation sein kann. In Deutschland gibt es jetzt schon, im europäischen Vergleich, mit die meisten stationären Behandlungsangebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kann also »More of the Same« hier tatsächlich der richtige Weg sein? Glücklicherweise gab es auch Vorschläge mehr StäB-Teams (StäB für stationsäquivalente Behandlung) aufzubauen und insgesamt in einem Stepped-Care-Approach gestaffelte Angebote zu machen und so den negativen Effekten des so genannten »Inverse Care Law« vorzubeugen. Leider ist es nämlich in solchen Situationen eines erhöhten Bedarfs und eines verknappten Angebots so, dass sich in der Regel die Familien mit den meisten Ressourcen bei der Inanspruchnahme, insbesondere ambulanter, eher hochschwelliger Hilfen wie Psychotherapie und PIA-Behandlung (PIA für Psychiatrische Institutsambulanz) durchsetzen, während diejenigen, die vielleicht Hilfe am Nötigsten hätten, gar nicht in der Lage sind, sich noch einen Termin zu ergattern oder längere Zeit auf diesen warten. Es kommt also zu ei-

ner gesteigerten Inanspruchnahme und dennoch wird die zentrale Problematik nicht verbessert oder angegangen. Deshalb ist es wichtig, sich heute Einstellungen junger Menschen zu ihrer seelischen Gesundheit, zu ihren Ängsten und zu ihrer Zuversicht im Umgang mit den bestehenden Herausforderungen anzuschauen.

McKinsey Health Survey 2022¹

Im Vorfeld des Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP) in Maastricht, hatte das McKinsey Health Institute, vermittelt über die Policy Division der ESCAP, deren Vorsitzender der Erstautor dieses Papiers ist, welcher auch Vorstandsmitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) und deshalb Leiter der entsprechenden Arbeitsgruppe der APK ist, die Gelegenheit gegeben, dass Fachleute der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aus verschiedenen europäischen Ländern beratend bei der Vorbereitung und Interpretation einer von McKinsey Health als Konsumentenforschung durchgeführten, weltweit angelegten Umfrage zur psychischen Gesundheit, hier für die europäische Region, beteiligt werden konnten. Erste Ergebnisse wurden in einem Workshop mit jungen Menschen aus Europa zum Auftakt des Kongresses diskutiert und im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung vorgestellt und kommentiert. Im Mai 2022 hat das McKinsey Health Institute ca. 10.000 Verbraucherinnen und Verbraucher in zehn europäischen Ländern befragt. Neben Deutschland waren beteiligt Frankreich, Italien, die Niederlande, Polen, Spanien, Schweden, die Schweiz, die Türkei und das Vereinigte Königreich. Die Stichprobe war gekennzeichnet durch ein Oversampling, das heißt eine besondere Gewichtung in der Altersgruppe der 18 – 24-jährigen jungen Erwachsenen (Generation Z). Sie enthielt 6.247 antwortende Personen. Sie enthielt auch nennenswerte Vergleichsstichproben unter den so genannten »Millennials« oder »Generation Y« (25 – 40 Jahre alt, N = 1.229), der »Generation X«, die heute 41 – 56 Jahre alt ist mit 1.300 Teilnehmenden und der so genannten »Babyboomer«, die heute zwischen 57 und 75 Jahre alt sind mit 1.391 antwortenden Personen. Auch über 100 noch ältere Personen wurden befragt, finden hier aber keine Berücksichtigung.

Erfreulicherweise gestattet und unterstützt das McKinsey Health Institute die Weiterverwendung und die gemeinsame Bearbeitung des entstandenen Datensatzes. Das McKinsey Health Institute ist eine Non-Profit-Organisation innerhalb

1 Der Autor bedankt sich bei Dr. Ulrike Deetjen, Partnerin bei McKinsey & Company, für ihre Mitarbeit und den Zugang zum analysierten Datensatz

der weltweit agierenden Beratungsfirma McKinsey, welche erfahren darin ist, extrem zeitnahe Verbraucherumfragen durchzuführen. Es handelt sich dabei nicht um eine langfristig akademisch geplante Studie, sondern um eine sehr zeitnahe Momentaufnahme. Ein Überblick findet sich auf der Homepage des McKinsey Health Institute (Quelle: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/heat-waves-the-war-in-ukraine-and-stigma-gen-zs-perspectives-on-mental-health>). Einige ausgewählte Ergebnisse werden hier vorgestellt.

In Deutschland schätzen 19 % der Angehörigen der Generation Z ihre psychische Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Diese Antworten lagen noch im Mittelfeld. Deutlich negativere Werte wurden in Großbritannien (35 %), in Schweden und Polen (27 %) gefunden. Auch zwischen den Generationen fällt ein erheblicher Unterschied auf, denn während 21 % der Generation Z in den zehn europäischen Ländern diese Einschätzung hatten, hatten nur 13 % der Generation Y, der sogenannten »Millennials« und 12 % der Generation X und nur 4 % der Babyboomer eine solche negative Einschätzung ihrer Gesundheit.

Neben der Pandemie waren auch der Klimawandel und der Krieg in der Ukraine berichtete Belastungsfaktoren. 43 % der deutschen Teilnehmenden berichteten einen hohen Stresswert aufgrund des Klimawandels, 42 % aufgrund des Ukrainekriegs, nur 29 % aufgrund der Pandemie.

Besonders auffällig war die Dimension »Selbststigmatisierung« und »soziales Stigma«. 44 % der deutschen Teilnehmenden aus der Generation Z, welche eine psychische Störung hatten, berichteten darüber, dass sie sich selbst deswegen schämten und sich Vorwürfe machten (Self-Stigma). 38 % meinten, dass psychische Erkrankungen das Resultat von Erziehungsversagen oder Charakterschwäche von Persönlichkeiten seien. Dieser Wert ist deutlich höher als der Durchschnittswert der anderen Generationen in Deutschland, der bei 25 % lag.

Aber die Generation Z zeigte eine höhere Sensibilität in Bezug auf diskriminierendes Verhalten, welches sich gegen Personen mit psychischen Erkrankungen richtet und ungefähr 58 % gaben an, kein solches diskriminierendes Verhalten zu zeigen. Hier zeigt sich ein positiver Trend, verglichen mit dem Durchschnittswert für alle anderen Generationen in Deutschland, der bei 54 % lag. 71 % der Angehörigen der Generation Z berichteten, dass sie in ihrem schulischen oder Ausbildungskontext Stigmatisierung wahrgenommen haben. Am ehesten (43 %) fühlen sich Angehörige dieser Generation in Deutschland frei über psychische Probleme zu sprechen, wenn sie mit einer Ärztin oder einem Arzt reden, gefolgt von Freunden/Peers (41 %) und der Familie (35 %). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten in Deutschland aus der Generation Z gaben

an, dass Angebote aus dem Bereich Mental Wellbeing, Zugang zu Beratung, Mediation, Trainings und Selbstmanagement für sie wichtig seien, wenn sie nach einem zukünftigen Arbeitgeber schauen. Diese Werte waren geringer als in vielen anderen europäischen Ländern.

Beunruhigend für die aktuelle Debatte zur Versorgung dieser jungen Menschen waren die Antworten zur Frage des regionalen Zugangs zu Hilfe und Therapie. 40 % der Angehörigen der Generation Z in Deutschland gaben an, dass sie es sehr oder extrem schwer fänden in ihrer Region eine Überweisung zu einer Spezialistin oder einem Spezialisten zu erhalten. Auch der Zugang zu Beratung (29 %) und Unterstützung in Krisen (ebenfalls 29 %) wurde in dem eigentlich flächendeckenden gut versorgten Deutschland, im Vergleich zu vielen anderen Ländern, sehr hoch eingeschätzt. Durchschnittswerte über alle europäischen Länder hinweg lagen für die Überweisung bei 32 %, 23 % berichteten über Schwierigkeiten, Beratung oder andere Unterstützung zu erhalten und 24 % klagten über schwer zugängliche Krisenhilfen. Nur im Vereinigten Königreich lagen die Durchschnittswerte deutlich höher als in Deutschland. Auffällig war auch, dass in der Generation Z das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutische Hilfe insgesamt in Deutschland, im Vergleich zu anderen Generationen, gesunken war.

Diskussion

Betrachtet man diese Schlaglichter aus der aktuellen Befragung des McKinsey Health Institute wird deutlich, dass das vorhandene Potential psychiatrischer, psychotherapeutischer und beraterischer Hilfe in Deutschland gerade von diesen jungen Menschen wenig ausgeschöpft werden kann, weil sie die Zugänge als zu hochschwellig betrachten. Die im europäischen Vergleich relativ gute Ausstattung mit stationären Behandlungskapazitäten hat also keine Auswirkung auf den wahrgenommenen Zugang zu Versorgungsangeboten, noch nicht einmal auf die wahrgenommene Krisenversorgung. Beunruhigend ist die immer noch wachsende Selbststigmatisierung der jungen Menschen, welche an einer psychiatrischen Erkrankung oder psychischen Problemen leiden. Auch wenn sich diese Generation im Verhalten stark darum bemüht psychisch Kranke nicht zu diskriminieren, haben viele junge Menschen Vorstellungen, dass psychische Erkrankung auf einem Erziehungsdefizit oder auf einem Charaktermangel beruhen. Solche Zuschreibungen und erst recht Selbstvorwürfe können wichtige rechtzeitige Inanspruchnahme von Hilfe verhindern, da die Selbststigmatisierung lähmend wirkt. Es kann also nicht allein darum gehen traditionell in einem »More

of the Same« Behandlungskapazitäten auszubauen, sondern es geht um neue niederschwellige Zugänge, z. B. schulbasierte frühe Interventionen, es geht um Informationsangebote, um Peer-Unterstützung, um Unterstützung von Familien und um das Bild von Menschen, die z. B. Angst in sozialen Situationen haben, die Selbstmordgedanken haben, die depressiv sind oder mit ihrem Essverhalten nicht mehr klarkommen.

Mittlerweile ist auch die Trendstudie »Jugend in Deutschland« veröffentlicht worden, welche im Oktober 2022 im Feld war. Die größten Sorgen, die die jungen Menschen hier angaben, betrafen Inflation, Krieg in Europa, Klimawandel, Wirtschaftskrise, Energieknappheit und drohende Altersarmut (repräsentativ befragt wurden durch die Arbeitsgruppe um Simon Schnetzer und Klaus Hurrelmann 14 – 29-jährige junge Menschen in Deutschland (<https://simon-schnetzer.com/jugend-in-Deutschland-Trendstudie-Winter-2022-2023/>). Einer der zentralen Befunde auch dort ist, dass sich die Bewertungen der jungen Menschen in Bezug auf ihre psychische Gesundheit und in Bezug auf ihre finanzielle Lage verschlechtert haben. 25 % der Befragten bezeichneten sich als (sehr) unzufrieden über ihre psychische Gesundheit. Dies bedeutet auch noch eine Verschlechterung gegenüber dem Jugendbarometer im Mai 2022.

Im Abschlussbericht des APK KIJU Projekts waren Handlungsempfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesgesetzgeber und an den Gemeinsamen Bundesausschuss noch zu einem Zeitpunkt ausformuliert worden, als die Folgen der Corona-Krise für junge Menschen noch nicht so offensichtlich waren. Dieses Weiterentwicklungsprojekt beruhte auch auf Ergebnissen einer Bilanzierung in einem ersten Projekt, noch vor 2019. Neben der Personenzentrierung mit Familienzentrierung, inklusive Geschwister, wurde der gleichberechtigte Zugang junger Menschen aus allen Lebenslagen als zentrales Kriterium bei den Handlungsempfehlungen berücksichtigt. Hinzu kommen Prävention, Kooperation, verbindlicher Einbezug von Beteiligten aus unterschiedlichen Versorgungssystemen und insbesondere die Partizipation der Betroffenen. Insofern war die zentrale erste Handlungsempfehlung, Information sicherzustellen und Partizipation zu stärken. Die oben dargestellten Befragungsergebnisse, insbesondere die zum Nachdenken anregenden Antworten der jungen Menschen, unterstreichen diesen Punkt. Erfreulicherweise hat das BMG mittlerweile ein erneutes Projekt der APK AG Kinder und Jugendliche (KIJU), genau zu dieser Thematik gefördert. Alle Forderungen finden sich auf der Homepage der APK unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf. Sie sind angesichts der geschilderten Problemlage nur

noch wichtiger geworden. Versorgungsunterschiede zwischen großen Städten und ländlichen Regionen müssen noch stärker beachtet werden und Angehörige dieser Kinder und Jugendlichen müssen stärker unterstützt werden.

Literatur

- FEGERT, J.M., VITIELLO, B., PLENER, P. & CLEMENS, V. 2020, »Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality«, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 14, pp. 20.
- FEGERT, J., KEHOE, L., CUHADAROGLU, C., DOYLE, M., ELIEZ, S., HEBEBRAND, J., HILLEGERS, M., KARWAUTZ, A, K., KISS, E., PEVJOVIC-MILOVENCIEVIC, M., RÄBERG CHRISTENSEN, A., RAYNAUD, J. & ANAGNOSTOPOULOS, D. 2021, »Next generation Europe: a recovery plan for children, adolescents and their families – For the time after the pandemic, we need a vision and investments for the future«, *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- FERRARO, K. F., SHIPPEE, T. P., & SCHAFFER, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. BENGSTON, D. GANS, N. M. PULNEY, & M. SILVERSTEIN (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 413–433). Springer Publishing Company.
- HENN, K., SCHÖNECKER, L., LANGE, S., FEGERT, J.M. & ZIEGENHAIN, U. 2020, »Unterstützung durch Schulbegleiterinnen (m/w/d**) trotz corona-bedingten Schulschließungen«, *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, vol. 93, no. 10, pp. 482-488.
- LANGE S, ALTROCK CM, GOSSMANN E, FEGERT JM, JUD A. COVID-19-What Price Do Children Pay? An Analysis of Economic and Social Policy Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 21;19(13):7604. doi: 10.3390/ijerph19137604. PMID: 35805261; PMCID: PMC9265511.
- RAVENS-SIEBERER, U., ERHART, M., DEVINE, J., GILBERT, M., REISS, F., BARKMANN, C., SIEGEL, N.A., SIMON, A.M., HURRELMANN, K., SCHLACK, R., HÖLLING, H., WIELER, L.H. & KAMAN, A. 2022, »Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSYP Study«, *Journal of Adolescent Health*, vol. 71, no. 5, pp. 570-578.

Empfehlungen aus dem KiJu-Projekt

Maik Herberhold

Ich freue mich sehr hier zu sein und die Empfehlungen aus dem KiJu-Projekt darzustellen, weil das eine schöne Aufgabe ist. Ich habe 15 Minuten, die Dinge sehr komprimiert darzulegen. Deswegen hatte ich mir überlegt, eher so eine Art Führung zu machen, so wie in einem Museum, wo viele Bilder hängen, und Ihnen in dieser Form die Grundideen der Handlungsempfehlungen, die in dem Projekt diskutiert und verschriftlich worden sind, darzulegen.

Ich werde Ihnen jetzt nicht jede Handlungsempfehlung vorlesen. Das würde sie in den Tiefschlaf bringen. Es geht tatsächlich um die Frage: Was war der Geist der ganzen Geschichte?

Ich habe vorhin gedacht, dass die Parallelität zwischen den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu ambulanten Komplexleistungen, die auch im Dialogprojekt eine große Rolle gespielt haben, und eben dem Dialogprojekt ganz interessant war. Eben diese Parallelität wurde zunächst als Problem gesehen, da hat sich aber vielleicht eine ganz interessante Wechselwirkung ergeben. Wobei ich befürchte, dass das im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie möglicherweise gar nicht so gut zu Tage getreten ist, wie ich hoffe, dass es in Bezug auf ambulante Komplexleistung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden wird, denn die ist gerade erst in der Beratung.

Ich steige jetzt, weil die Kritik an der Richtlinie des G-BA vorhin ein Thema war, da ein. Ich habe keine grundsätzliche Kritik an dieser Richtlinie zur ambulanten Komplexleistung. Aber wir haben die ganze Zeit über Partizipation gesprochen und in diesen ganzen vielen Seiten und Paragrafen gibt es genau einen Satz und der heißt: »Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.« Also ich meine, ehrlich gesagt, das ist es nicht! Es wird wirklich alles ausgeführt zu den Perspektiven, die Leistungserbringer und Finanziere wie Krankenkassen und meinetwegen auch Steuerungsinstrumente der Politik haben – aber das ist dann das, was Partizipation sein soll?! Also: die Wünsche »sind zu berücksichtigen«?! Also entschuldigen Sie, jetzt werde ich emotional: das ist es nicht!

Jetzt sind wir bei einem wichtigen Punkt. Ich glaube, das Wort Partizipation ist schon ein Schritt nach vorne und es ist schön, dass wir das benutzen. Aber vorhin kam auch mal dieser Satz, der durchaus in der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) so vertreten worden ist, dass so etwas wie Komplexleistungen am besten

»aus einer Hand« zu erbringen sind. Das ist auch wieder ein Denken, das ausgeht vom Leistungserbringer, der »aus einer Hand« das organisieren möchte – dann gibt man sich sozusagen »in die Hand« desjenigen, der einen da komplex behandelt.

Ich habe eine Grafik (Abb. 1) entwickelt, die ich jetzt nicht im Detail darstellen möchte.

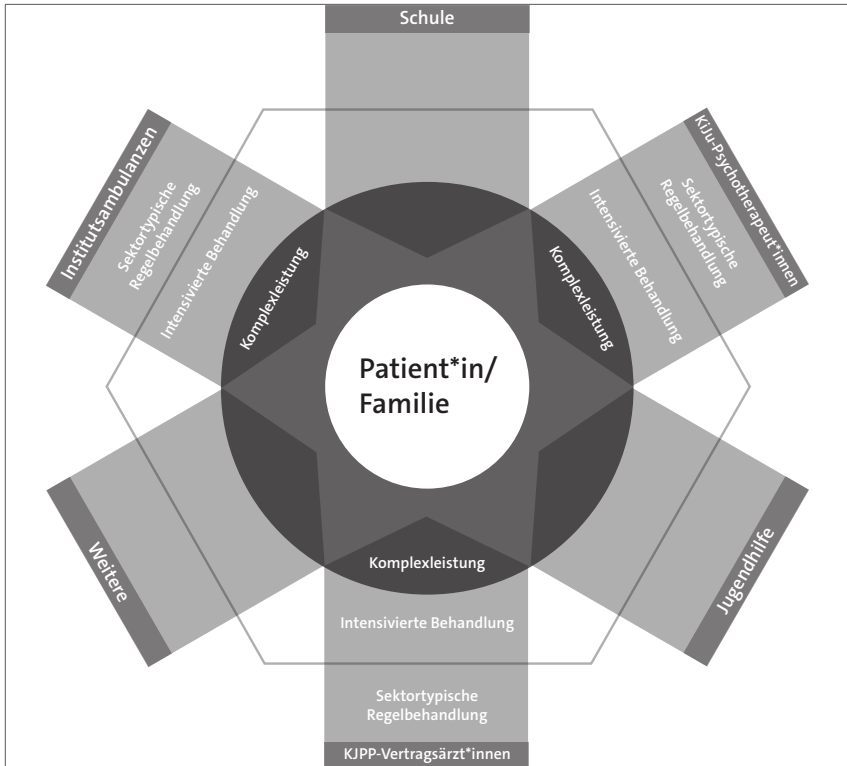


Abb. 1: Patienten- und Familienzentrierung

Aber der »Runde Tisch« ist so eine Idee, die Folgendes gewährleisten soll: Die Organisation von alledem, was passiert, müsste im Grunde aus dem Zentrum kommen, nämlich aus dem Zentrum, das die Patientinnen und Patienten bilden – im Kinder- und Jugendbereich gibt es vielmehr eine Triade. Was ja auch sehr schön vorhin dargestellt wurde: Dass wir es immer mit den jeweiligen Patientinnen oder Patienten und den Angehörigen zu tun haben plus eben Behandlerin bzw.

Behandler, insofern eine Dreierkonstellation – und die Grundfrage ist: »Wie kann man das organisieren?«

Das war das Bemühen in diesen Handlungsempfehlungen: Immer wieder sprachlich einzuflechten, dass es hier um eine Vertrauensbildung ausgehend von Patientin und Patient sowie Familie mit ausgesuchter Vertrauensbehandlerin bzw. ausgesuchtem Vertrauensbehandler geht. Das ist die Grundstruktur, der Kern der ganzen Sache, daraus heraus kann sich eine Komplexbehandlung entwickeln. Das heißt, das ist der zentrale Punkt, dass wir statt der Partizipation – jetzt bin ich mal ganz frech – demnächst noch mehr in die Teambildung denken müssten. Als ein Behandlungsteam wird im Moment nur bezeichnet, dass meinetwegen eine Ärztin und eine Sozialpädagogin zusammenarbeiten. Das ist (in diesem Denken) das Behandlungsteam. Das Behandlungsteam müsste aber doch eigentlich Patientin oder Patient, Familie und entsprechende Behandlerinnen bzw. Behandler sein. Das ist Teambildung.

Vorhin kam die wunderbare Anmerkung, dass man für die aktive, auch politische Partizipation ein Empowerment braucht, d. h. eine Beratung und auch eine Weiterbildung und Fortbildung und Schulung, wie ich meine Rechte entsprechend verkünden kann. Das war gerade sehr schön dargestellt, wie man da so alleine im G-BA sitzt und hat noch nicht einmal ein Stimmrecht und soll sich dann irgendwelche Fachdinge rein tun und hat keinen Stab um sich herum oder juristische Beratung.

Also das ist eine Sache, wo ich sie jetzt reinschubse, sehr vehement hier im Moment, weil es wirklich ganz schwierig ist, diesen Perspektivwechsel dann wieder sprachlich so zu formulieren, dass das in den Strukturen umsetzbar wird. Das werden Sie jetzt auch bei den weiteren Handlungsempfehlungen noch mitdenken müssen, dass man an verschiedenen Ansatzpunkten das dann so formulieren muss, dass es wieder in die Logik des G-BA, der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft und der Niedergelassenen usw. passt, dass es da irgendwie Andockpunkte geben kann.

Gut. Also, die Ausgangslage wäre jetzt diese: Dass man bei diesem Dialogprojekt, – das ist ja auch schon eine sehr gute Idee gewesen – vertrauensvoll miteinander spricht. Man hat sich zunächst die Ausgangslage angeguckt und da wurde gesagt, dass die aktuellen Versorgungsprobleme eben nicht innerhalb der jeweiligen sektoralen Versorgung primär zu sehen sind. Ich meine, da ist auch jede Menge verbesserungswürdig, aber darum geht es nicht zentral, sondern (das wurde heute ja Mantra-artig wiederholt) es geht um Koordination und Kooperation, Organisation und die Finanzierung davon. Und der Verbesserungsbedarf bei den

komplexen Behandlungsbedarfen jenseits der sektortypischen Regelbehandlung ist in der Diskussion, die sich dann entwickelt hat, von allen gesehen worden. Auch intensiviertere Behandlung, flexibilisierte Behandlung war als Problem gesehen worden. Auch das war ein paar Mal gesagt worden: es soll nicht das Rad neu erfunden werden oder neue Leistungen geschaffen werden, die wieder Geld kosten. Existierende Leistungsstrukturen und Kompetenzen sollen synergistisch gestärkt werden.

Ich will auch nochmal aus dem Nähkästchen plaudern. Ich war bei den Verhandlungen oder auch beim Dialogprojekt im Erwachsenenbereich nicht mit dabei, aber ich muss sagen, dass sich über die Jahre eine relativ gute und vertrauensvolle Kommunikation auch zwischen Niedergelassenen und Klinikern bzw. Klinikerinnen entwickelt hat. Das ist nicht selbstverständlich, wer ein bisschen hinter die Kulissen guckt, weiß das. Und dies wurde wirklich auch in diesem Projekt sehr deutlich: Dass man da etwas erarbeitet hat miteinander. Wir konnten uns wirklich (trotz vieler Interessensgegensätze, die da sind) für den Bereich dessen, was man in der Politik vermitteln will, sehr gut darauf konzentrieren, dass es darum geht, diese Knackpunkte, die ich gerade genannt habe – wie komme ich jetzt nochmal zu den Zielen – wirklich gemeinsam vertritt. Da sind wir überhaupt nicht weit auseinander und dass merkt man dann erst, wenn man viele Barrieren überwinden kann.

So, was sind jetzt die Ziele gewesen, die wir vorneweg hatten? »Ein patienten- und familienzentrierter Ansatz in einem prozessorientierten Vorgehen.« Sehr schön kondensierter Satz. Der ist aber deswegen nicht schlecht, weil auch da nochmal die Idee drin ist, dass das nicht statisch ist. Das heißt eben, wenn man so eine Teambildung macht, wie ich das gerade vorhin dargestellt habe, dann geht es eben darum, dass man immer weiter in einen Dialog und einen Gesprächsprozess bleibt. Und nicht einfach eine Struktur hat (... »und da gehst du jetzt hin und dann musst du und da wirst du jetzt behandelt und dann bleibt das so« ...). Sondern, dass es eben ein dynamisches Geschehen ist. Und das heißt, das ist das erste Empowerment.

Partizipation muss gestärkt werden durch Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten und deren Familien durch Expertinnen und Experten. Nur das ist im Grunde das, was man anfordern kann. Wenn man in einer eher ja doch schwachen, vielleicht wenig informierten und gleichzeitig auch noch kranken Situation ist, geht man irgendwo hin. Dann will man aber nicht gemaßregelt werden, sondern sollte man empowert werden. D. h. es sollte eine gute Gesprächssituation geben, in der dann überlegt wird: was kann denn jetzt passieren?

Voraussetzung dafür ist aber der Rahmen drumherum: dass nämlich ein unkoordinierter Wettbewerb verschiedener Anbieter (ambulant jetzt mal gesehen) schlecht ist, weil man im Grunde dann ja wieder sozusagen den hilflosen Konsumenten vor ein großes Regal setzt, wo er sich jetzt irgendetwas aussuchen soll. Aber im Grunde genommen wäre dadurch nicht wirklich gewährleistet, dass er das für sich Beste auch wirklich aus dem Angebot auswählt.

Das heißt idealtypisch müssten sich diese verschiedenen Wettbewerber, die natürlich finanzielle Interessen haben, dennoch zum Wohle der Patientin bzw. des Patienten darauf einigen, dass sie nicht vordergründig hauptsächlich wettbewerben. Anreize für eine kooperative Versorgung müssen dann gesetzt werden. Das ist natürlich immer etwas Finanzielles. Anreize in unserem kapitalistischen System sind finanziell. Die Anreize für die rein sektorale Versorgung sollten nicht noch weiter ausgebaut werden. Die soll jetzt auch nicht verringert werden, aber das wäre jetzt nicht der zentrale Punkt, der gerade nötig wäre.

Und das heißt auch, dass man natürlich diese Kooperation verlässlich strukturieren muss, also stärken muss – und man muss regional denken. Man muss das nicht als eine Struktur planen, die für das ganze Bundesgebiet von Sachsen-Anhalt bis Ruhrgebiet gleich sein muss. Das geht nicht. Ich komme aus dem Ruhrgebiet. Da haben wir eine ganz andere Versorgungsstruktur, ganz viele oder relativ viele niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychiaterinnen. Das haben sie in Sachsen nicht.

Das ist z. B. auch vorhin kritisiert worden, dass sich diese Richtlinie des G-BA im Erwachsenenbereich abarbeitet an der Idee auch sehr umfangreicher Netzwerkbildung. Netzwerkbündnisse, das sind so Schlagworte, die hören sich super an, finde ich toll. Aber dann müssen da so und so viele daran teilnehmen und die müssen auch noch einen vollen Versorgungsauftrag haben. Also das ist im Grunde genommen der Tod für jede schlecht versorgte Region. Da werden wir keine Netzwerke bilden. Jetzt kann man natürlich sagen, ja dann gibt es die da nicht. Aber da sind ja vielleicht drei Leute, die wunderbar kooperativ, sehr klasse zusammenarbeiten können und gerade in dieser Situation der Mangelversorgung an dieser Stelle eine synergistische Behandlungsplanung machen könnten und dann können die das nicht, weil die Vorgaben entsprechend sind.

Also das heißt: Kooperation und Koordination sind die zentralen Bausteine einer Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen psychotherapeutischen Versorgung und Konsens unter allen, die diskutiert haben. Zentraler Punkt ist die Perspektive, vom Bedarf der Patientin und des Patienten und der Sorgeberechtigten auszugehen. Die Kooperation der Leistungserbringer muss

sich darauf beziehen und nicht auf die Stillhalteabkommen untereinander oder die genaue Strukturierung des Marktes, den man sich da teilen will. Es muss sich darauf beziehen, was diejenigen, um die es geht, eigentlich wollen und brauchen. Unbedingt nötige Vernetzung bereits bestehender Versorgungsangebote, intersektorale Versorgung erleichtern – und jetzt kommt noch ein Punkt, der vorhin auch angesprochen wurde: Anschlussmöglichkeiten an Hilfesysteme und Partizipationsstrukturen anderer Sozialgesetzbücher schaffen! Da muss ich sagen, dass z. B. die Hilfeplankonferenzen im Jugendhilfebereich eigentlich gar nicht so schlecht sind. Da gibt es natürlich auch ein Machtgefälle und die Kommunen sagen dann, was sie bezahlen und die Jugendlichen, die Kinder und Eltern werden auch nicht immer gleichberechtigt gesehen. Aber von der Grundidee her ist das was, was wir gar nicht im Bereich des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) haben.

Über alle Handlungsempfehlungen hinweg zu berücksichtigen sind zentrale Kriterien wie eben die Personenzentrierung, der gleichberechtigte Zugang, Partizipation, verbindliche Einbeziehung aller weiteren Beteiligten und die Kooperation regional und intersektoral (Abb. 2).

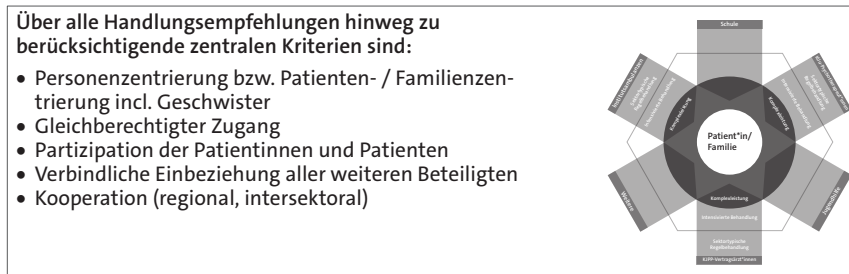


Abb. 2: Zentrale Kriterien der Handlungsempfehlungen

Das sind Handlungsempfehlungen die an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesgesetzgeber gerichtet waren (Abb. 3, S. 168).

Das erste ist die Handlungsempfehlung »Information sicherstellen und Partizipation stärken« und ich bin total froh, dass dies als erstes da steht und nicht nur »die Wünsche sind zu berücksichtigen«. Davon muss es ausgehen.

Information sicherstellen, Partizipation stärken heißt eben, dass es auch eine Bereitstellung von kindgerechter, vermittlungsnotwendiger Information gibt. In unserem Bereich ist ja immer wichtig, dass da eine Entwicklungsperspektive mit drin ist und dass ein Fünfjähriger nicht einfach über seinen Kopf hinweg

Priorisierte Handlungsempfehlungen vorrangig adressiert an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesgesetzgeber:

- Information sicherstellen und Partizipation stärken
- Ambulante Komplexleistungen ermöglichen
- Vorstationäre Behandlung stärken
- Partizipative, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund
- Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe
- Arzneimitteltherapie - Sicherheit Off-Label-Use stärken
- Ambulante, mobil-aufsuchende Rehabilitation aufbauen
- Präventionsempfehlungen erweitern
- Versorgungsforschung weiter ausbauen

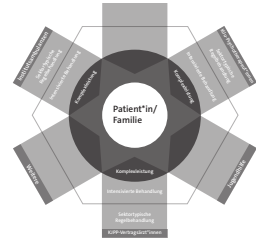


Abb. 3: Priorisierte Handlungsempfehlungen

irgendwelche Dinge entschieden bekommen sollte. Natürlich gibt es Sorgeberechtigte und wir sind immer in dem Zwiespalt zwischen der Fürsorge und der Partizipation. Das ist in unserem Bereich besonders, denn da kommt auch noch der Bereich Kinderschutz dazu, also Kindeswohlgefährdung. Insofern hat es ein Spannungsfeld. Aber grundsätzlich soll man doch davon ausgehen, dass Kinder in den Stand versetzt werden sollen, sich zu Fragen der Behandlung zu äußern. Das können sie auch. In meiner Praxis fange ich immer erstmal an die Kinder zu fragen und wenn es z. B. um Medikation geht (das schlimme Ritalin® und solche Dinge), dann werden sie miteinbezogen. Und wenn sie sagen, ich finde das nicht so doll, dann ist das erstmal relevant. Ich meine: Klar kann man sie nochmal überzeugen, aber grundsätzlich gesehen ist es sehr spannend, dass man mit Kindern sehr vernünftig reden kann und sie oft auch sehr vernünftig sind und sich dann der Vernunft durchaus auch offen zeigen. »Mündige Nutzer und Nutzerinnen« ist das Nächste. Informationsmaterialien sollten zur Verfügung gestellt werden. Das war eine Konkretisierung der Handlungsempfehlung.

Zur ambulanten Komplexleistung habe ich schon sehr viel gesagt. Sie soll von den Familien ausgehen.

Schlagworte sind ja wohlfeil. Deswegen: Was wirklich extrem schwierig ist in Gremienarbeit, Berufspolitik usw. ist, eine Haltungs- und Perspektivfrage in eine Formulierung zu bringen, die dann nicht nochmal gedreht werden kann und 180 Grad das Gegenteil bewirkt. Schlagwort »Zentrierung«: Ich kann natürlich irgendwelche Poliklinik-Modelle aufbauen und dann ist die gesamte Region von einem Zentrum aus organisiert und dann können da alle hinfahren und das macht dann ein Konzern und die kriegen da ihr Geld und die sagen natürlich »ganz toll,

wir haben das alles super koordiniert und wir kooperieren« ... natürlich auch wunderbar, weil das ja alles unsere Angestellten sind – wir kooperieren unter uns!

Das ist eben die Herausforderung, wenn man sagt, man will so einen »Floh-zirkus«: Da gibt es Niedergelassene, dann gibt es da noch (jetzt gehe ich mal über das SGB V hinaus) Jugendhilfe und dann die Klinik und so weiter. Man will die alle irgendwie kooperativ miteinander verbinden – das ist schwierig und man muss das auch wollen. Man muss diese Perspektive haben – wenn man eine andere hat, kann man allerdings auch »interdisziplinär« hinschreiben und dann sage ich: Das habe ich in meiner Ambulanz ... Da habe ich dann eine interdisziplinäre Ambulanz. Das ist ja toll. Da habe ich alles ... Man muss also genau ausdrücken, was ist die Grundhaltung, die dahinter steckt!

Die ambulante Komplexleistung, was ist das überhaupt? Die sollte sich natürlich nur auf Patientinnen und Patienten beziehen, die in intensivster Form diese sehr intensive Form von Kooperation auch benötigen. Es ist keine Regelbehandlung. Das ist nicht die Idee. Natürlich ist es schön, wenn man in der Regelbehandlung auch in Netzen arbeitet und sich austauscht und wenn ich mal mit der Lehrerin oder dem Lehrer telefoniere, was ich relativ oft tun muss, leider, dann ist es auch gut. Aber das ist nicht ambulante Komplexleistung. Also hier geht es wirklich um Netzwerkbildung, die auch wirklich strukturell definiert ist. Aber meiner Meinung nach können das auch drei Leute sein und davon kann auch einer nur einen halben Sitz haben oder so. Es geht darum, dass es vertraglich vereinbart ist und es klar ist, was dieses Netz leisten kann. Es muss beschrieben werden.

Dann gibt es den zweiten Punkt der verantwortlich koordinierenden Bezugsperson – »Casemanager«. Aus meinen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass auch dieses Wort problematisch ist, da viel zu sehr eine Verwaltungsfunktion impliziert ist. Ich »manage« sozusagen Patientinnen und Patienten – ich habe allerdings auch noch kein gutes anderes Wort gefunden, also vielleicht findet das man demnächst mal. Diese vertrauensvolle, gemeinsame Behandlungsplanung sollte so definiert sein, dass nicht alle durcheinander reden, sondern dass eben Familie und Vertrauensbehandlerin bzw. -behandler gemeinsam Ideen entwickeln, wie es weitergehen soll.

Jetzt kommt etwas, was ich ganz gerne im Zusammenhang darstellen will. Die Handlungsempfehlungen habe ich nicht chronologisch dargestellt. Das ist jetzt wieder zunächst mal mehr aus Leistungserbringersicht beschrieben, aber es ist sehr zentral für das, was mit Patientinnen und Patienten passiert.

Wenn ich Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich behandle, dann habe ich oft eine sehr lange Kenntnis dieser Patientinnen und Patienten.

Und dann gibt es oft die Situation, dass es dann meinetwegen eine krisenhafte Entwicklung oder sonst eine Situation gibt, wo gemeinsam entschieden wird, dass eine intensiviertere Behandlung nötig ist, die ambulant nicht zu leisten ist. Dann kommt die Klinik ins Spiel. Ich beschreibe es jetzt aus der Sicht des Niedergelassenen. Aus meiner Sicht will ich die Patientinnen und Patienten ja gut in eine Behandlung bringen, die den Grundlinien, die ich mühsam erarbeitet habe, folgt. Aber aktuell ist es so, dass ich da eine Einweisung schreibe und dann schubse ich die sozusagen in den Klinikbereich und dann wird da auch gute Arbeit gemacht, will ich ja nicht bestreiten, aber das hat ja erstmal kein Connect.

Deswegen muss vorstationäre Behandlung gestärkt werden im Sinne dessen, dass man eben (das waren die konkreten Vorschläge) »in drei Wochen max. neun Tage Behandlung« vorstationär erbringen kann. Das wäre im Idealfall eine Verschränkung der zwei Behandlungsteams, das wäre so eine richtige Vision. Jetzt rede ich als sozialpsychiatrischer Kinder- und Jugendpsychiater, der in einem eigenen Team arbeitet, und dann gibt es da ein Klinikteam. Das fände ich natürlich super, wenn z. B. unsere Teams mal miteinander eine Sitzung machen könnten, übrigens mit Patientin bzw. Patienten und Eltern zusammen. Dass man sich zusammensetzt und dann überlegt, was ist bisher und was soll passieren und wie geht es sogar noch weiter, nachdem du wieder entlassen wirst.

Also das ist die Grundidee, dass man hier eine intersektorale Verschränkung hat und nicht nur eine sektorübergreifende Behandlung. Denn letzteres ist auch wieder ein Begriff, der das noch gar nicht ausdrückt, dass die Behandlung miteinander verschränkt wird. Wir haben dann außerdem, passt auch dazu, die Flexibilisierung der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Wenn die Patientin bzw. der Patient aus der Klinik nach Hause geht, muss sie oder er aber vielleicht zu Hause noch stabilisiert werden und so weiter, dann muss das flexibel passieren! Großer Wunsch von mir als Niedergelassenem ist, dass wir als Niedergelassene miteinbezogen werden. Dass das also auch nicht nur ein klinikorganisiertes Verfahren wäre, sondern dass es Kliniken und Niedergelassene in einer Kooperationsstruktur miteinander gestalten können.

Personenzentrierung statt sektorübergreifende Leistungsausschlüsse (Abb. 4, S. 171): letzteres macht keinen Sinn. Man kann im Moment nämlich z. B. nicht kinder- und jugendpsychotherapeutisch neben Institutsambulanzen behandeln oder sozialpsychiatrisch und Institutsambulanz geht auch nicht parallel. Also für mich ist das völlig widersinnig. Das Argument, das vorgebracht wird, ist »oh Gott, da wird parallel behandelt«. Ja das würde es, wenn man eben diese Sektor-mauer nicht durchbricht, dann macht der eine das und der andere weiß es nicht.

Natürlich hat eine personenzentrierte Behandlung mehrerer Leistungserbringer nur Sinn, wenn man das zusammen tut, dann muss man das sektorübergreifend oder sektorverschränkend machen.

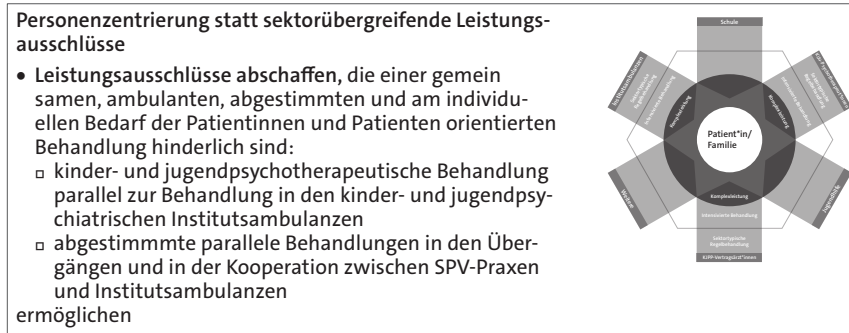


Abb. 4: Handlungsempfehlung 10

Intensivierte Behandlung habe ich auch eben schon einmal angesprochen. Das Wort fiel auch vorhin, die Lebenswelt muss gesehen werden und intensiviert Behandlung heißt nicht, dass man da statt 1 Stunde 25 auf das arme Kind einredet, sondern dass man intensiver behandelt, indem man das wahrnimmt, was die Lebenssituation von Kind und Familie ist. In der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen muss man dann normalerweise Schule und Jugendhilfe miteinbeziehen.

Teilhabeeinrichtungen kann man nur aus mehreren Richtungen angehen und das ist wie dargestellt nur personenzentriert sinnvoll, weil sonst wirklich die Patientin bzw. der Patient ein Marktgut ist, wo sich alle freuen, dass sie daran Geld verdienen können und das kann ja nicht der Sinn der Sache sein (das war jetzt sehr polemisch, sorry). So arbeiten wir ja nicht. Das Schöne ist ja, dass wir im kinder- und jugendpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Bereich zum größten Teil sehr nette Leute haben, die eigentlich gar nicht so ticken. Die werden da alle reingeschubst und müssen das dann auch irgendwie so machen, weil sie alle kleine Geschäftsführerinnen und -führer sind, wenn sie ambulant arbeiten, oder eben den großen Geschäftsführerinnen und -führern zuarbeiten müssen, wenn sie in der Klinik arbeiten. Aber das ist ja im Endeffekt nicht wirklich der von uns wahrgenommene Kern unserer Arbeit und das glaube ich war auch ein bisschen die Stimmung, die deutlich wurde, wenn wir endlich mal befreit unsere wirkliche Profession miteinander diskutieren konnten: Dass man dann merkt, »naja, also wir haben ja solche Ideen, die nicht rein pekuniär sind.«

Berücksichtigung der Ressourcen ist für die Behandlung bei der Zielgruppe von Kindern mit Intelligenzminderung und Behinderung ganz wichtig. Das war uns auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass das eine besondere Gruppe ist, die selten gut adressiert wird. Das ist ein ganz zentraler Punkt, weil auch da nochmal ganz besonders die Kooperation nötig ist, weil man plötzlich somatische Fragestellungen hat und man mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zusammenarbeiten muss. Da gibt es auch Leistungsausschlüsse, das ist im jetzigen System wirklich grauenhaft. Es geht in diesem Bereich um eine Patientin bzw. einen Patienten, der nun unglücklicherweise aus allen »Töpfen« ein bisschen was an Problemen »in seine Schüssel gefüllt« hat, und das ist im Endeffekt die Realität: Dass man hier die Perspektive wieder wechseln muss.

Richtlinienpsychotherapie der ländlichen Versorgung: Auch da ist eine Handlungsempfehlung, dass man in der Mangelsituation nicht mit Begrenzungen arbeiten kann!

Ich habe glaube ich etwas vergessen. Die prästationäre Behandlung habe ich genannt, aber die poststationäre habe ich mit der StäB abgefrühstückt. Aber es geht natürlich auch darum, dass man nach der Entlassung als ambulante Ärztin bzw. ambulanter Arzt Einblick bekommt, was auf der Station, wenn es gut geht, erfolgreich gemacht worden ist. »Was habt ihr denn da besprochen an Behandlungsplanung und an Zielplanung? Was soll die Patientin bzw. der Patient denn jetzt erhalten?« Es gibt leider aktuell sehr viele solcher Situationen, in denen habe ich dann die Patientin bzw. den Patienten mit den Eltern da sitzen und dann sagen die mir irgendwas, was die Behandelnden gesagt haben. Nun habe ich ja mal in einer Klinik gearbeitet und manchmal denke ich so »aha, die haben aber etwas anderes gemeint«. Da ahne ich wohl, was die erzählt haben, aber genau das habe ich ja nicht selber mitgekriegt und ich konnte es in dem Moment ja nicht mit denen selber besprechen. Also das ist das.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Kooperation mit der Jugendhilfe

Renate Schepker

Historisch war die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie schon in der Weimarer Republik gut ausgebaut – das ist, wie einige andere sozialpsychiatrische Errungenschaften, heute sehr in Vergessenheit geraten. In Berlin hatte sich ein innovatives Projekt etabliert, das alle Attribute einer modernen Kooperation beinhaltete, und zwar mit Niederschwelligkeit und aufsuchender Hilfe, in dem Pädagoginnen und Pädagogen sowie Medizinerinnen und Mediziner Hand in Hand arbeiteten (NEUMÄRKER 2005).

Darüber hinaus gab es eine gemeinsame Zeitschrift (»Zeitschrift für Kinderforschung«) zwischen Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychiatern sowie Pädagoginnen und Pädagogen, die sogar eine pädagogische Schriftleiterin hatte. Strukturell bestand eine Mischfinanzierung durch verschiedene Ministerien und es fand eine Langzeit-Begleitforschung der Arbeit des »Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen« statt. Deren erstaunliche Ergebnisse – verloren und nicht behandelbar und erziehbar geglaubte, eben »anethisch psychopathische« Kinder konnten sich in einer förderlichen Umgebung entgegen weit verbreiteter genetischer Annahmen doch gut entwickeln – führten zu einer heftigen fachlichen Debatte in der genannten Fachzeitschrift im Zuge des aufkommenden Nationalsozialismus – bis dann kurz darauf alles gleichgeschaltet wurde (näheres hierzu siehe SCHEPKER et al. 2015). Die Protagonisten des Projektes waren der Kinderpsychiater Franz Kramer, bis heute als »Entdecker des ADHS« (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bekannt (früher Kramer-Pollnow-Syndrom) und die Pädagogin Ruth von der Leyen. Das Projekt stellte eine sektorübergreifende Arbeit der kinderpsychiatrischen Station an der Charité dar. Die Ergebnisse waren bis zu ihrer erneuten Würdigung 2015 (SCHEPKER et al. 2015) im Fach wenig bekannt.

Heute haben wir keine diesbezüglichen Kooperationen über System- und Sektorgrenzen mehr, die strukturübergreifend wären. Im Gegenteil haben wir ein streng getrenntes, versäultes System (SGB V, SGB VIII) (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung und Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder und Jugendhilfe) und verschiedene Zuständigkeiten in den Ministerien. Nur deswegen müssen wir über Kooperation und Schnittstellen sprechen und über ein sogenanntes Schnittstellenmanagement. Wir bräuchten es nicht, wären wir nicht in getrennten Systemen unterwegs. Im eigentlichen Wortsinn

bedeutet Schnittstellenmanagement technisch: Übersetzung in ein anderes System mit Energietransfer. Gleichzeitig heißt es auch: ein flexibles Verbinden zweier Systeme. Übersetzt ins psychiatrische kann Kooperation also nicht ohne Vernetzung funktionieren, besser noch: es braucht eine Verschränkung der Systeme für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, damit sie nicht quasi zwischen Kinder-Jugend-Psychiatrie und Jugendhilfe verhungern. Eine Auswahl bisher existierender gelungener Benchmarkprojekte, d. h. das, **was es schon gibt**: Es gibt den aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst in Jugendhilfeeinrichtungen. Dazu gehören in der Weiterentwicklung Kriseninterventionsvereinbarungen für Kinder in Jugendhilfeeinrichtungen, in einer institutionellen und einer individuellen Ausprägung. Es gehört in unserer Region dazu eine Kooperationsvereinbarung mit der psychiatrischen Familienpflege. Nicht zuletzt ein synergistischer Einsatz von sozialpädagogischen Familienhilfen und stationsäquivalenter Behandlung in Familien mit Erweiterung der Familienperspektive.

Flankiert wird all das von Trägervereinbarungen, regionalen Leistungserbringertreffen, Jugendamtsleitertreffen, »Roten Telefonen« im Konfliktfall – alles aber ist nicht strukturell abgebildet und fundiert, sondern hat eben die Überwindung der Schnittstellen kontinuierlich zu leisten. Dennoch sollen diese einzelnen Beispiele kurz näher dargestellt werden:

Der aufsuchende Konsiliardienst in der Jugendhilfe ist entstanden aus der Verstetigung der »Ulmer Heimkinderstudie« vor zehn Jahren und in unserer Region flächendeckend an Einrichtungen der stationären und teilstationären Jugendhilfe (z. T. mit Erziehungshilfeschule) durch Fachärztinnen und Fachärzte der PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) oder durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sowie -psychiater umgesetzt. Dazu gehören jeweils eine vertragliche Vereinbarung und regelmäßige Träger-Treffen. Das Konzept besteht aus einer halb- bis ganztägigen ärztlichen Anwesenheit alle ein bis zwei Wochen. Angeboten werden Sprechstunden, Teamberatung, individuelle niederfrequente Beratung und Elterngespräche – selbstverständlich müssen die sorgeberechtigten Eltern mit der kinderpsychiatrischen Beratung einverstanden sein und werden regelhaft einbezogen. Außerhalb der Sprechstunden, aber diese einrahmend und von den Einrichtungen gesondert finanziert, finden Weiterbildungen des pädagogischen Personals statt, z. B. zu Medikationen und zu beachtenden Nebenwirkungen, zu den Spezifika einzelner Störungen und zum adäquaten pädagogischen Umgang damit. Die Evaluation ergab, dass Einrichtungen mit Konsiliardienst tendenziell weniger stationäre Aufnahmen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie auslösten und gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern bessere Haltequo-

ten erzielen (GOLDBECK et al. 2009). Ein Nachteil des Modells besteht darin, dass es nur die ärztliche Behandlung und Beratung anbietet, je nach Situation aber auch nichtärztliche Angebote angemessen sind. Bisherige Versuche zusätzlicher Therapien wie Bewegungs- oder Ergotherapie waren prinzipiell sinnvoll, entsprachen aber nicht den Bedarfen einzelner individueller Kinder. Leider ist keine laufende hochfrequente Psychotherapie parallel zu einer PIA-Behandlung möglich – die würde einem gegenseitigen »Leistungsausschluss« im SGB V unterliegen.

Dieses Modell ist bundesweit ausrollfähig, denn aufsuchende Arbeit durch die PIA ist mittlerweile bundesweit gewährleistet, sie ist im PIA-Rahmenvertrag abgebildet und zu dokumentieren. Modellhaft entstanden auch an anderen Kliniken, wie z. B. mit dem Projekt »You'll never walk alone« in Brandenburg, analoge, regional adaptierte Angebote (ADAM und HOFFMANN 2012).

Wichtige Voraussetzungen für ein Gelingen dieses Konzepts sind, dass die Einrichtungen offen sind für Transparenz und Hinweise von außen und dafür Büroraum bieten, so dass vertrauliche Gespräche stattfinden können; dass Eltern bzw. die Vormundschaft innehabende Person nach Möglichkeit kooperieren; und nicht zuletzt, dass aufsuchende Arbeit zum Programm der Klinikabteilung und des Trägers gehört. Hilfe im Krisenfall muss dann ebenso aufgegleist werden und ohne weitere Diskussionen mit dem »Dienstarzt« funktionieren.

Dazu wird mit jeder Einrichtung eine Krisenvereinbarung getroffen; sofern die Einrichtung von einer niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin oder einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater betreut wird, ist eine trilaterale Vereinbarung nötig.

Die Jugendhilfeeinrichtung stellt ihrerseits zum Zustandekommen der Vereinbarung sicher, dass in jedem Einzelfall alle verfügbaren pädagogischen Mittel eingesetzt werden, d. h. dass eine eigene Krisenintervention im Vorfeld einer Krisenaufnahme stattfindet. Dazu gehört, dass die Einrichtungsleitung oder pädagogische Leitung von der Krisenvorstellung informiert wird, ebenso, dass die Klinik vorinformiert wird. Des Weiteren muss eine fachkundige Begleitung zur Aufnahme, mindestens eine strukturierte Informationsübermittlung, sichergestellt sein. Für das betroffene Kind wird ein würdiger Ablauf (Tasche packen etc.) gewährleistet. Und nicht zuletzt muss eine »Rücknahmeverpflichtung« bestehen, das heißt eine Vereinbarung, dass eine Maßnahme durch eine Einrichtung nie über den Hebel einer Psychiatrieaufnahme beendet wird (Hier bestätigen nur seltene Ausnahmen, wie die Ausübung schwerster Gewalt, die Regel.).

Eine solche Krisenintervention innerhalb der Jugendhilfe, die im Vorfeld und zur Vermeidung von Aufnahmen geschieht, kann folgendermaßen aussehen:

Primär ist Beruhigung und Aufmerksamkeitsentzug; sofern eine entsprechende Verordnung besteht, kann eine sogenannte Bedarfsmedikation gegeben werden. Oft hilft ein kurzfristiger Umzug in eine Nachbargruppe zur Deeskalation. Einige geeignete Einrichtungen können eine zeitlich limitierte, kurze Time-out Phase durchführen (das erfordert ein vorheriges Elterneinverständnis und, wenn regelmäßig erforderlich, eine familienrichterliche Genehmigung nach § 1631 b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) Abs. 2). Wir haben eine Begrenzung auf maximal zehn Minuten und nur maximal zweimal hintereinander in entsprechenden Einrichtungen als Grenze eingeführt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ohne Wenn und Aber dann aufgesucht, wenn nach 30 Minuten keine Beruhigung des Kindes oder des Jugendlichen eingetreten ist. Solch ein Vorgang wird selbstverständlich dokumentiert, mit Jugendlichen und Bezugspersonen nachreflektiert und in der nächsten Konsiliarsprechstunde angesprochen. Die Erfahrung zeigt (SCHEPKER 2013), dass die Existenz solcher Vereinbarungen die Anzahl an erforderlichen Notaufnahmen senken hilft.

Die hier angesprochenen Freiheitsentziehungen in der Jugendhilfe, ebenso in der Jugendpsychiatrie werden bundesweit kontrovers diskutiert. Ein positives Beispiel in der Debatte stellt als Zeichen einer Selbstermächtigung der Offene Brief des Dresdener Kinder- und Jugendhilferechtsvereins dar (Kinder- und Jugendhilferechtsverein 2022), der durch ehemalige, von freiheitsentziehenden Maßnahmen Betroffene formuliert wurde. Dessen Aussendung mit Appell an die Verantwortlichen führte zu einer Einladung seitens der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) zur Mitarbeit an der entstehenden S3-Leitlinie »Autonomie und Zwang« und zur Einladung zu einem Symposium auf dem wissenschaftlichen Kongress im Mai 2022 in Magdeburg. Vor rund 200 Teilnehmenden schilderten dort drei ehemalige Patientinnen und Patienten ihre Psychiatrieerfahrungen mit Freiheitsentzug, Missachtung ihrer Rechte und ihrer Privatsphäre. Bei den Professionellen entstand viel Betroffenheit, eine Diskussion in der Fachzeitschrift schloss sich an (VOGEL 2022, MÜLLER 2022).

In diesem Sinne täte uns insgesamt mehr Partizipation der Jugendlichen selbst gut. Eine solche kann sich gut in einer individuellen Krisenvereinbarung niederschlagen. Hätte es für die Autorinnen und Autoren des Offenen Briefes solch eine individuelle Vereinbarung gegeben, hätten manche schlechten Erfahrungen vielleicht verhindert werden können. Charakteristika solcher Vereinbarungen sind, dass sie im Vorfeld von Krisen partizipativ mit der oder dem Jugendlichen entwickelt werden und sowohl in der Jugendhilfeeinrichtung als auch in der Klinik

hinterlegt sind. Sie vereinfachen Aufnahme­routinen in der Krise (keine Diskussionen mehr!) und wenden freiheitsentziehende Maßnahmen wenn nötig so an, wie sie den Betroffenen nach deren Erfahrung helfen. Dadurch stabilisieren sie die »Erwachsenenebene«. Sie definieren für und mit den Jugendlichen vorab Grenzen und fordern und fördern dadurch die Selbstregulation. Sie definieren Krisen gleichzeitig als »Fokalthherapie« mit dem begrenzten Ziel ihrer zunehmend besseren Bewältigung und lassen die Fallführung unverändert. Diese bleibt wie bisher bei der Konsiliarärztin oder dem Konsiliararzt, den Niedergelassenen sowie der PIA-Therapeutin oder dem PIA-Therapeut.

Auch für individuelle Krisenvereinbarungen gibt es notwendige Voraussetzungen. Im Vorfeld muss eine Vorstellung beim aufsuchenden Konsildienst, dem oder der Niedergelassenen oder in der PIA stattgefunden haben. In diesem Rahmen findet regelhaft ein Ersttermin mit Eltern statt (erforderlich für Zustimmung zum Krisenplan, Weiterführung von Vereinbarungen während Aufenthalt zuhause etc. und Compliance-fördernd), daneben die Sichtung und Bewertung von Vorbefunden. Erforderlich ist weiterhin eine ausführliche psychiatrische Diagnostik, die auch in der PIA, in der Praxis oder gemeinsam mit der Einrichtung angehörigen Psychologinnen und Psychologen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen stattfinden kann.

Nach diesen ambulanten Vorstellungen wird gegebenenfalls eine Medikation oder eine Bedarfsmedikation verordnet. Deren Verabreichung erfordert auf Seiten der Jugendhilfe Kompetenzen – insbesondere dann, wenn eine individuelle Handhabung der Medikation mit den Jugendlichen selbst vereinbart wurde und gerade nicht auf eine regelmäßige Einnahme gedrängt werden soll. Zu jedem individuellen Krisenplan und zu jeder Medikation und Bedarfsmedikation ist per se eine Beratung der Bezugspersonen im Team erforderlich. Zuletzt erfolgt vielleicht noch eine Vorstellung und Besichtigung der altersmäßig zuständigen Station gemeinsam mit dem oder der Jugendlichen mit Erklärung des Rahmens und der Regeln. Ein reales und auf der Handlungsebene bedeutsames Depo­nieren des Krisenplans dort im datengeschützten Stationsordner rundet dieses Vorgehen ab.

Manchen Jugendlichen reicht diese Sicherheit, um die Psychiatrie nie in Anspruch nehmen zu müssen, andere erfahren seltener als sonst zu befürchtende traumatische Krisenabläufe. Wieder andere vermissen vielleicht den hohen Grad an Action, der sonst für sie und ihre Umgebung damit verbunden war.

Im Ergebnis fördert dieses Vorgehen die Selbstregulation nicht nur der Jugendlichen, sondern auch der Bezugspersonen und der Einrichtungen. Es entsteht

eine größere Verbindlichkeit der Absprachen und eine Sicherheit über bereits erfolgte Abläufe bei den Diensthabenden in der Klinik. In unserer Klinik führte es zu einer Reduzierung von Krisenaufnahmen um ca. 10 % und zur Stabilisierung der Verweildauern. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) hat das Vorgehen bereits vor über zehn Jahren veröffentlicht (SCHEPKER 2011).

Ein gänzlich anderes, neues Modell im Sinne einer strukturellen Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie stellt die gemeinsame Clearingstelle der LWL-Klinik Hamm (LWL für Landschaftsverband Westfalen-Lippe) und der dortigen Jugendhilfe dar, eine Modelleinrichtung in Mischfinanzierung im Sinne einer erweiterten Inobhutnahme. Sie stellt quasi neudeutsch einen Merger von Psychiatrie und Jugendhilfeeinrichtung dar, dient der Entwicklung einer gemeinsamen Fallsicht und der Ermöglichung passgenauer Maßnahmen in Kombination aus Psychiatrie und Jugendhilfe. Eine Evaluation findet fortlaufend statt. Die gemeinsame Trägerschaft verhindert Effekte, wie sie von REXROTH et al. 2010 geschildert wurden, dass nämlich eine konsiliarische Beratung einer existierenden, geschlossen geführten Clearingstelle durch die nahegelegene Kinder- und Jugendpsychiatrie an deren ordnungspolitischen Charakter Grenzen erfuhr, wenngleich die Qualität der inhaltlichen Zusammenarbeit (diagnostisch und therapeutisch) für die schwer psychosozial beeinträchtigten Jugendlichen über die durchschnittlich drei Monate Aufenthaltsdauer wesentlich gewonnen hatte.

Ein weiteres Modell, dass der psychiatrischen Familienpflege (z. B. JuMeGa® – Junge Menschen in Gastfamilien von Arkade e. V.), basiert auf psychiatrisch beratenen Gastfamilien als Lebensraum für psychiatrieerfahrene Jugendliche. Gastfamilien werden auf Passung selektiert und nehmen Jugendliche auf. Obligat ist ein Backing der Familien durch psychiatrisch geschulte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als »Fallbetreuer«. Diese stationäre Jugendhilfeform ist teurer als eine Pflegefamilie, aber preiswerter als eine vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung. Auch diese Struktur arbeitet mit Krisenvereinbarungen; viele der Bewohnerinnen und Bewohner befinden sich parallel in Behandlung der PIA und nehmen eventuell an einem spezialisierten Schulprogramm teil. Auch hierfür ist eine Trägervereinbarung die Basis. In diesem Rahmen sind auch Inobhutnahmen und U-Haftvermeidungen akut möglich, auch eine Kooperation mit Streetwork bei Trebegängerinnen und Trebegängern.

Die Ergebnisse einer erfolgten katamnestic, qualitativ-quantitativen Evaluation (NORDMANN et al. 2010) zeigten, dass die psychiatriee erfahrenen JuMeGa® Klientinnen und Klienten verglichen mit Jugendlichen in Heimunterbringung eine Selektion schwerer psychischer Problematiken aufwiesen und passend dazu

eine längere Maßnahmendauer benötigten – das mag aber auch eine bessere Haltefunktion dieses Settings beschreiben. Hinsichtlich der soziodemografischen Daten, der Integration in Schule und Beruf, des späteren psychosozialen Erfolgs und der Lebenszufriedenheit zeigten beide Gruppen ein gleiches outcome. Daneben aber entstand in der Gastfamiliengruppe langfristig mehr Bindung an die Betreuungspersonen, und entgegen Befürchtungen von Konkurrenzen auf Eltern-ebene gelang der Einbezug der Herkunftsfamilien besser und enger. Resultierend würden ehemalige Gastfamilienbewohnerinnen und -bewohner diese Maßnahme eher weiterempfehlen als Bewohnerinnen und Bewohner einer Heimeinrichtung der Jugendhilfe.

Eine neue Option eröffnet sich durch die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) und die Kooperation mit der Jugendhilfe. StäB ist eine stationsersetzende intensive Behandlung an allen Tagen in der Woche, auch Wochenenden und Feiertagen, für vier bis maximal sechs Wochen, mit Nachtbereitschaft. Sie findet multi-professionell-aufsuchend in der Familie statt (näheres siehe z. B. BÖGE et al 2020). Seitens der Jugendhilfe werden gelegentlich gleichzeitig Sozialpädagogische Familienhilfen eingesetzt (SPFH), als aufsuchende sozialpädagogische Unterstützung von Familien in (elternseitiger) Not. Beides ist nach unserer Erfahrung in Weissenau gleichzeitig möglich und ergänzt sich sinnvoll, insbesondere zur Sicherung der Kontinuität nach Ende der Behandlung.

Nicht bei uns im ZfP Südwürttemberg Weissenau (ZfP für Zentrum für Psychiatrie) praktiziert, aber z. B. in Berlin ist StäB aufsuchend in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung geplant. Diese Option kommt vor allem für schwer teilhabebeeinträchtigte Patientinnen und Patienten in Frage. Der unbestreitbare Vorteil liegt in einer begleiteten Enthospitalisierung unter Behandlungskontinuität durch Mitarbeitende des pädagogisch-pflegerischen Dienstes, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Mit guter Organisation kann das in Personalkontinuität bewerkstelligt werden. Danach kann ein nahtloser Übergang in weitere PIA-Behandlung gesichert werden. Im Prozess der StäB wird die aufnehmende Jugendhilfeeinrichtung im störungsspezifischen Umgang mit dem individuellen Kind oder Jugendlichen qualifiziert, und man übt gemeinsam eventuell erforderliche Kriseninterventionen ein.

Nachteilig könnten eventuell entstehende Kompetenz- oder Konkurrenzprobleme innerhalb der pädagogischen Berufsgruppen werden. Auch sind in einer Jugendhilfe-einrichtung Wochenendtermine nicht immer notwendig, aber im Rahmen der StäB vorgeschrieben. Leider ist auch ein »Ausphasen« mit geringerer Frequenz der aufsuchenden Behandlung aktuell nicht möglich.

Ein großer und bisher wenig betrachteter Vorteil der StäB ist, dass nur bei dieser Behandlungsform die Geschwister der Betroffenen in den Blick geraten, die ja mit im Familienhaushalt wohnen und sehr oft nicht mit in die Klinik genommen werden, ja in Coronazeiten auch nicht mitkommen dürfen. Bundesweit kommen Julius und Peukert auf eine Anzahl von 0,65 Millionen Kinder, die ein erheblich psychisch krankes Geschwisterkind haben. Nach Literaturlage weisen von diesen Kindern insgesamt 30 %, das heißt rund 0,2 Millionen oder 200.000 Kinder, einen mittleren oder hohen Unterstützungsbedarf auf. PEUKERT (2020) verweist darauf, dass diese indirekt betroffenen Kinder vom Hilfesystem bisher übersehen werden, und schlimmer noch: »die spärlichen für Geschwister im Kindesalter vorliegenden Daten verweisen vornehmlich auf die ungleich dramatischeren Belastungen dieser Geschwisterkinder« gegenüber erwachsenen Geschwistern (S. 18).

Innerhalb der Familie werden dann die Interaktionen, Rollenzuschreibungen und auch das Leiden der Geschwisterkinder durch das StäB-Team erfahrbar. Letztlich können durch die StäB-Interventionen auch Ressourcen der Geschwister verbessert werden (z. B. hinsichtlich der Aufteilung der Elternzeit, Unternehmungen etc.), und es können im Bedarfsfall weitere Hilfen angebahnt werden. Diese Chancen bieten sich deutlich geringer bei ambulanter oder stationärer Behandlung – und im Sinne der Prävention ist StäB somit auch eine unmittelbare, selektiv präventiv wirksame Behandlungsform.

Dennoch gibt es auch Fehlendes zwischen den Systemen. In vielen Arbeitskreisen und zuletzt in den Workshops für die »Handlungsempfehlungen« an die Politik zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden u. a. folgende Punkte herausgearbeitet:

Es benötigt eine tragfähige Kooperation für »Systemsprenger« als gemeinsame Herausforderung; ein etabliertes gemeinsames Assessment des Hilfebedarfs und Hilfeplanung mit Einbezug von Schulsystem und Arbeitsanbahnung mit allen Leistungserbringern und eine gemeinsame Erziehung und Behandlung nach einem »Gesamtbehandlungsplan«. Ferner braucht es Raum für kreative individuelle Lösungen ohne Leistungsausschlüsse (auch: Besuche ambulanter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Klinik oder Tagesklinik nicht nur zur Therapieanbahnung, sondern auch zur gemeinsamen Planung mit der Jugendhilfe, z. B. vor Entlassung) und die Möglichkeit zu hochintensiven ambulanten Interventionen ohne Deckelung. Letztlich sind dieses die Visionen der Fachverbände zur Entwicklung der ambulanten Komplexrichtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V, die aktuell im Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt wird und die sich der Bedarfslage folgend anders als die Erwachsenenrichtlinie (G-BA 2021) aufstellen muss.

Zielgruppe des § 92 Abs. 6b für Kinder und Jugendliche als Vision der Fachverbände wären dann die Schwierigsten unter unseren Patientinnen und Patienten, dazu gehören nicht nur Autistinnen und Autisten, nämlich die schwer Sozialverhaltensgestörten, Borderlinegestörten, Psychosebetroffenen oder Trebegängerinnen und Trebegänger unter unseren Jugendlichen. Sie sind oft komorbid oder multimorbid. Sie haben oft jahrelange Hilfekarrieren.

Das wird nicht einfach umzusetzen sein. Dafür werden wir einige Bretter zu bohren haben. Denn es sind wenig attraktive Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten. Wir können nur mit wenig Elternunterstützung rechnen, oft fallen die Eltern als verlässliche Partner aus. Bisher haben diese Jugendlichen wenig Betreuungskontinuität erlebt und sind zwischen Einrichtungen herumgereicht worden, mit etlichen Abbrüchen und Neuanfängen, haben Ping-Pong statt Gemeinsamkeit der Erwachsenen erlebt.

Die durch eine systemübergreifende, kooperative ambulante Komplexleistung zu überwindenden Probleme sind sattsam bekannt, nämlich gut etablierte »Verschiebebahnhöfe« hoch problematischer Jugendliche und eine gut etablierte Vermeidung von deren Partizipation.

Förderliche Voraussetzungen wären ein politischer Wille, wie er im Auftrag im Psychotherapeutengesetz zur Schaffung einer ambulanten Komplexleistung zum Ausdruck kam, oder noch weitergehend wie der Auftrag im PsychKHG (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz) des Landes Baden-Württemberg zur Gründung Jugendpsychiatrischer Verbände. Aus § 7: »Die Gemeindepsychiatrischen Verbände sollen mit Verbänden und Netzwerken aus anderen Bereichen zusammenarbeiten. Der besondere Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung soll berücksichtigt werden.« Notwendig dabei ist eine Einigkeit der handelnden Akteure, eine Regelung auf den Weg zu bringen, ohne Konkurrenzgebaren, und selbstverständlich die Ausgestaltung einer auskömmlichen Finanzierung, die ohne Doppelstrukturen gut möglich wäre. Effektiv eine Bündelung der finanziellen Ressourcen auf der jeweiligen regionalen Ebene.

Einen Schritt weitergedacht, wäre die Schaffung von gemeinsamen Entscheidungsstrukturen und Zuständigkeiten noch besser, mit den betroffenen Jugendlichen im Mittelpunkt. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) macht es uns im Gesundheitswesen bereits vor: jüngst erst wurde in § 25 SGB IX ein systemüberschreitendes Kooperationsgebot eingeführt und hinten im Gesetzeswerk weiter ausdifferenziert.

Literatur:

- ADAM H, HOFFMANN M (hrsg). You'll never walk alone: Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1. Auflage 2012, Verlag Ruhiges Bewegen, Berlin
- BOEGE I, SCHEPKER R, GRUPP D, FEGERT JM. Kinder- und jugendpsychiatrische stationäquivalente Behandlung (StäB): Therapieoption – für alle oder für wenige? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2020 Sep;48(5):348-357.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL): Erstfassung vom 02.09.2021. Abrufbar unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5005/>
- GOLDBECK L, BESIER T, SCHMID M, FEGERT JM (2009). Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen. Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie 27:12-14.
- Kinder- und Jugendhilferechtsverein EV. Offener Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2022; 50(5):421
- MÜLLER, S. Kommentierung. Praxissicht ergänzend zu »freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB« aus der Sicht der Jugendlichen, Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2022; 50(5):422-424
- NEUMÄRKER KJ. Leben und Werk von Franz Max Albert Kramer (24.4.1878-29.6.1967) und Hans Pollnow (7.3.1902-21.10.1943). In: ROTHENBERGER A., NEUMÄRKER KJ: Wissenschaftsgeschichte der ADHS. Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit. Steinkopff, Darmstadt 2005, S. 79 -118
- NORDMANN E, KELLER, F, SCHEPKER R. Gastfamilien für psychisch auffällige Jugendliche – eine Alternative zur Heimunterbringung? Das Jugendamt 2013 (1). 16-22
- PEUKERT R. Die Verborgenen und sich selbst Verbergenden. Geschwister psychisch erkrankter Menschen. Sozialpsychiatrische Informationen 2020; 50(3), 17-21
- PEUKERT R, JULIUS L. Geschwister psychisch erkrankter Menschen. Übersehen – überhört – übergangen – in den Familien und im Versorgungssystem. 2. Auf. 2022, BoD.
- REXROTH CA, BERG W, LINDER M. Kinder- und jugendpsychiatrischer Liaisondienst mit der Regensburger Clearingstelle – Zweite Evaluation. Psychiatrische Forschung (online) 2010; Supplement 1, 27-44
- SCHEPKER R. Individuelle Krisenvereinbarungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Tagungsdokumentation APK, 2013, Bd. 39, S. 180-186
- SCHEPKER R, SCHMECK K, KÖLCH M, SCHEPKER K. Eine frühe Gen-Umwelt-Theorie der Störungen des Sozialverhaltens versus »Anethischer Psychopathie«. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2015; 64(4):290-307.
- VOGEL H. Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB aus der Sicht der Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 2022; 50(5): 410-420

Inklusion und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Michael Kölch

Mit dem Kinder- und Jugendhilfestärkungsgesetz (KJSG) wurde ein langer Prozess zu einem (vorläufigen) Abschluss gebracht, der u. a. das Ziel hatte, die im deutschen Sozialsystem bestehende künstliche Trennung von Behinderungsarten und -formen bei Minderjährigen zu beseitigen. Bisher war es so, dass bei (drohender) seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen das SGB VIII (Sozialgesetzbuch Aachtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe) als Eingliederungshilfeträger zuständig war, während für alle anderen Behinderungsformen, wie etwa einer geistigen Behinderung oder körperlichen Behinderung, das SGB IX/XII (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen / Sozialhilfe). So erfreulich generell prinzipiell die Möglichkeit war, für von seelischer Behinderung bedrohte oder betroffene Kinder und Jugendliche mit dem auf Entwicklung und Pädagogik ausgerichteten Katalog der Leistungen aus dem SGB VIII versorgen zu können, so gab es in der Praxis doch immer auch Abgrenzungsprobleme. Insbesondere bei einer bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenz im Grenzbereich zur Intelligenzminderung, aber auch bei autistischen Störungen und generell bei Mehrfachbehinderungen, kam es zu insbesondere für betroffene Eltern und Kinder und Jugendliche belastenden Verfahren im Rahmen der Klärung der Zuständigkeit. Die Verfahren hatten oft wenig die notwendigen Hilfen, sondern die Frage der Kostenübernahme durch den jeweiligen Eingliederungshilfeträger im Blick. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Sicht hatte inhaltlich diese Zuordnung von Kindern und Jugendlichen in »Schubladen« ohnehin wenig Sinn, zumal z. B. auch Kinder mit Intelligenzminderung psychische Störungen aufweisen, sogar gehäuft im Vergleich zur Normalpopulation. Insofern hat sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und auch die wissenschaftliche Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) seit Jahren für die Zusammenführung der Leistungen der Eingliederungshilfe unter einem Dach, und zwar unter dem für Kinder am besten geeigneten, der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzt. Seit mehreren Legislaturen wurde versucht, das SGB VIII zu reformieren, um unter anderem auch Schnittstellenprobleme beim Übergang zum Erwachsenenalter, aber eben auch bezogen auf die Eingliederungshilfe, zu verbessern.

Dieser aufwendigere Reformprozess, der mit partizipativen Elementen, wie dem Dialogforum »Mitreden und Mitgestalten« gestaltet wurde, traf auch auf

Vorbehalte von Behindertenverbänden und Eltern, die Sorgen hatten, dass eine Zuständigkeit des Jugendamtes zu einer Veränderung der Leistungen der bisherigen Regelungen nach SGB IX/XII führen könnte. Es bestanden auch Sorgen, die generell gegenüber der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe bestehen, dass mit der Zuständigkeit des Jugendamts für alle Behinderungsformen im Rahmen der Eingliederungshilfe eine Stigmatisierung oder gar »Bevormundung« verbunden wäre. In der Tat unterscheiden sich die Prozesse im Rahmen der Eingliederungshilfe zwischen den Systemen stark, und so sehr der Hilfeplanprozess im SGB VIII partizipativ angelegt ist, so sehr besteht eben auch ein Unterschied in der sozialpädagogischen Hermeneutik und der Feststellung einer Behinderung nach ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, deutschsprachige Übersetzung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Zu guter Letzt zeigten sich bei diesem Reformprozess auch die im individuellen Fall problematischen Zuständigkeiten und Kostenfragen; so stellte die Zusammenführung der Eingliederungshilfe für alle Behinderungsformen bei Minderjährigen zum Beispiel Länder wie NRW oder Bayern strukturell vor große Herausforderungen, da hier Besonderheiten in der bisherigen Gestaltung mit den überörtlichen Eingliederungshilfeträgern bestehen. In der Folge einer inklusiven Lösung stehen hier dann große strukturelle Veränderung an.

Letztendlich wurde aber mit dem im Sommer 2021 verabschiedeten KJSG nun der Weg geebnet hin zu einer sogenannten »inklusive« Lösung, das heißt der Möglichkeit der Zusammenführung von Hilfen für alle Behinderungsformen bei Kindern und Jugendlichen unter der Federführung der Kinder- und Jugendhilfe. Allerdings hat damit nur ein längerer Entwicklungsprozess über die nächsten Jahre gestartet, der sowohl regional wie inhaltlich große Herausforderungen für alle Beteiligten beinhaltet.

Das KJSG nimmt inklusive Aspekte nun zum Beispiel im § 1 Abs. 3 Satz 2 auf, indem formuliert wird, dass das Gesetzbuch jungen Menschen ermöglichen oder erleichtern (soll), entsprechend ihrem Alter und ihren **individuellen Fähigkeiten** in »allen sie betreffenden Lebensbereichen selbstbestimmt zu interagieren«. Auch § 7 Abs. 2 definiert nun ausdrücklich, dass Menschen mit Behinderung im Sinne dieses Buches sind, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Dennoch gelten für die nächsten Jahre Übergangsregelungen, und insofern definiert § 10 Abs. 4 SGB VIII, dass zwar die Leistungen nach dem SGB VIII Leistungen nach dem SGB IX

vorgehen. »Leistungen nach diesem Buch für junge Menschen mit seelischer Behinderung oder einer drohenden seelischen Behinderung werden auch für junge Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung oder mit drohender körperlicher oder geistiger Behinderung vorrangig vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe gewährt«. Allerdings regelt das Nähere über den leistungsberechtigten Personenkreis, Art und Umfang der Leistung, die Kostenbeteiligung und das Verfahren ein Bundesgesetz auf Grundlage einer prospektiven Gesetzesevaluation. Damit ist einerseits der Weg zur inklusiven Lösung gebahnt, jedoch diese noch längst nicht umgesetzt. Insofern ist auch der Gesundheitsbereich und hier insbesondere auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gefordert, sich in den nächsten Jahren in diesen Umsetzungsprozess einzubringen und zu begleiten.

Paradigmatisch für die Ausgestaltung der inklusiven Lösung werden auch die im Gesetz neue Funktion des Verfahrenslotsen sein. Nach § 10b SGB VIII soll der Verfahrenslotse sowohl Sorgeberechtigte und Kinder und Jugendliche beraten und unterstützen bei der Beantragung von (Eingliederungs-)Hilfen, gleichzeitig soll er nach Abs. 2 aber auch den örtlichen Jugendhilfeträger unterstützen »bei der Zusammenführung der Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen in dessen Zuständigkeit.« (§ 10b Abs. 2 SGB VIII). Nach der bisherigen Regelung sollen die Verfahrenslotsen eine Übergangslösung darstellen und ab 2028 wieder entfallen. Gerade die Funktion des Verfahrenslotsen wird essenziell sein für das Gelingen der inklusiven Lösung, da er Kenntnisse haben muss im SGB VIII, aber eben auch im Bereich der Behinderungsformen. Expertise im Bereich der Medizin, dem ICF und den beteiligten medizinischen Systemen sind deshalb unerlässlich, um tatsächlich eine Lotsenfunktion ausüben zu können und auch die Systeme im Sinne des Kindes in der Hilfestaltung zusammenzubringen. Insofern wird die entsprechende Ausgestaltung der Verfahrenslotsen im derzeit laufenden Prozess »Gemeinsam zum Ziel« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zentral sein, da sich indirekt darüber auch abzeichnen wird, wie die inklusive Lösung mit der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung und die Gewährung von Eingliederungshilfen in der Zukunft gestaltet werden kann. Derzeit ist die Rechtsstellung des Verfahrenslotsen innerhalb des Jugendamtes oder auch gegenüber von Eltern noch nicht ausreichend definiert.

Bedeutung von Inklusion und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder- und jugendpsychiatrisch ist es ein Anliegen, dass auch Kinder mit psychischen Störungen Inklusion erleben können. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen können oftmals zur Exklusion in den für sie bedeutenden Lebensbereichen wie Kita, Schule oder dem Freizeitbereich führen. Allein die Tatsache, dass psychische Störungen bei Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status gehäuft auftreten, stellt eigentlich einen Faktor der Exklusion dar, der sich seit Jahren nicht verändert (LAMPERT et al., 2018; Robert Koch-Institut, 2018). Inklusion hat in diesem Zusammenhang also auch eine viel weitere Bedeutung, nämlich Risikolagen von Kindern und Jugendlichen dahingehend zu verändern, dass es nicht zu längerfristiger Exklusion aufgrund zum Beispiel sozialer Faktoren kommt (KÖLCH, 2022). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist insofern sozialpsychiatrisch gefordert, um ungleichen Lebenslagen von Kindern entgegenzuwirken und damit die Inklusion zu erhöhen. In Deutschland können Befunde wie in den USA, bei dem besonders benachteiligte Gruppen von Kindern und Jugendlichen, wie z. B. Kinder in institutioneller Erziehung, also in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen deutlich mehr Medikation und Polypharmazie erhalten, nicht repliziert werden; im Gegenteil, diese Kinder haben sogar zum Teil weniger Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems, was auch auf Systemgrenzen beruht (SCHMID et al. 2008, ZITO et al. 2008). Dennoch stellt sich die Frage, ob auch kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutisch in Deutschland den unterschiedlichen Lebenslagen ausreichend begegnet wird. So zeigen Befunde, dass z. B. auch therapeutische Maßnahmen bei ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) oder oppositionellem Verhalten weniger wirksam sind, wenn die Familie einen niedrigeren sozio-ökonomischen Status aufweist (VENMAN et al. 2018, LEIJTEN et al. 2018). Eine verstärkte Adaptation auch der therapeutischen Maßnahmen auf die Lebenslagen von Familien und Kindern stellt damit auch eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur besseren Erreichung von Inklusion dar.

Inklusion und Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen

Die Entwicklungen in Bezug auf die inklusive Beschulung zeigen auf, welche Probleme auch mit Inklusion verbunden sein können, wenn bei inklusiven Maßnahmen individuelle Bedarfe nicht berücksichtigt werden. Die föderale Gestaltung

der gemeinsamen Beschulung zeigt sich bundesweit äußerst heterogen, so werden unterschiedliche Inklusionsquoten von 28 bis 35 % berichtet. Es ist unstrittig, dass die differenzierte Berücksichtigung individueller Bedarfe Voraussetzung für das Gelingen inklusiver Lösungen ist. Die AiBe-Studie (Ahrbeck et al., 2021) zeigt aber z. B., dass insbesondere Kinder mit sozio-emotionalem Förderbedarf, also Kinder die oft auch psychische Störungen aufweisen, bei einer inklusiven Beschulung Benachteiligung droht. Damit ist auch absehbar, dass inklusive Tendenzen in einem Lebensbereich nicht unbedingt dazu führen, dass individuell keine Behandlung mehr nötig ist, um gegebenenfalls Belastungen zu kompensieren.

Daraus ergibt sich, dass kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Anstrengungen sich auch darauf richten müssen, die bekannten spezifischen Risiken für die Teilhabe psychisch erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener zu minimieren. Die Befunde bei Erwachsenen lassen sich auch für Kinder seit Jahrzehnten replizieren, Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status zeigen deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten (REISS et al., 2019). Insofern müssen sich entsprechende Maßnahmen auf die wichtigen Teilhabebereiche von Schulbesuch, Ausbildungs- und Arbeitsintegration beziehen.

Das APK-Projekt »KiJu« hat Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erarbeitet (APK 2022). Unter der Handlungsempfehlung 5 findet sich die Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe. Es wird gefordert, dass für Gruppen mit erheblichem zusätzlichen Behandlungsbedarf wie z. B. mit einer zusätzlichen Behinderung / Intelligenzminderung, Körper- oder Sinnesbehinderung in der Therapie auch die notwendigen Ressourcen zeitlich personell und sachlich zur Verfügung gestellt werden. Es wird ein gleichberechtigter Zugang dieser PatientInnengruppe und zielgruppenspezifisch qualifizierte Behandlungsangebote gefordert. Betrachtet man jedoch die Versorgungsrealität wird deutlich, dass hier eine starke Notwendigkeit der Weiterentwicklung besteht. Spezifische Einrichtungen mit entsprechender Expertise bestehen bundesweit nur vereinzelt. Inklusionsnahe Konzepte, die einerseits wohnortnah eine Grundversorgung sicherstellen durch Qualifikation entsprechender TherapeutInnen sind allenfalls nur rudimentär ausgebildet. In den Psychotherapiecurricula finden sich selten Inhalte zur spezifischen Therapie mit PatientInnen mit Intelligenzminderung.

Es besteht also ein großer weiterer Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Qualität, hinsichtlich gestufter regionaler Versorgungsverbünde, hinsichtlich schulischer Konzepte, die auch die psychische Gesundheit nicht außer Acht lassen, sowie spe-

zifische Therapien. Die sich derzeit in Entwicklung befindende Komplexrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch für Kinder und Jugendliche, könnte eine Möglichkeit darstellen, den erhöhten Bedarfen solcher PatientInnen kooperativ und sektorübergreifend zu begegnen und damit die Versorgung auch für diese PatientInnengruppen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- AHRBECK, B., FICKLER-STANG, U., LEHMANN, R. & WEILAND, K. (2021). Anfängererfahrungen mit der Entwicklung der inklusiven Schule in Berlin – eine exploratorische Studie im Rahmen von Schulversuchen (AiBe). Münster: Waxmann.
- APK KijU (2022). www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf
- KÖLCH, M. (2022). Die COVID-19-Pandemie und psychische Störungen bei Minderjährigen. *Nervenheilkunde*, 41(05), 340–345. <https://doi.org/10.1055/a-1796-5542>
- LAMPERT, T., KROLL, L. E., KUNTZ, B. & HOEBEL, J. (2018). Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. *Journal of health monitoring*, 3(Suppl 1), 1–24. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-036>
- LEIJTEN P., RAAIJMAKERS M., WIJNGAARDS L., MATTHYS W., MENTING A., HEMINK-VAN PUTTEN M., et al. (2018). Understanding who benefits from parenting interventions for children's conduct problems: an integrative data analysis. *Prev. Sci.* 10.1007/s11121-018-0864-y
- REISS, F., MEYROSE, A.-K., OTTO, C., LAMPERT, T., KLASSEN, F. & RAVENS-SIEBERER, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLOS ONE*, 14(3), e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
- Robert Koch-Institut. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
- SCHMID M, GOLDBECK L, NUETZEL J, FEGERT JM. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*; 2(1):2. doi: 10.1186/1753-2000-2-2.
- VEENMAN B, LUMAN M, OOSTERLAAN J (2018). Moderators Influencing the Effectiveness of a Behavioral Teacher Program. *Front Psychol*; 9:298. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00298
- ZITO JM, SAFER DJ, SAI D, GARDNER JE, THOMAS D, COOMBS P, DUBOWSKI M, MENDEZ-LEWIS M. (2008) Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121(1):e157-63. doi: 10.1542/peds.2007-0212.

III Psychisch erkrankte ältere Menschen

Integrierte personenzentrierte Hilfen

Ralf Ihl

Im Laufe eines Jahres nehmen 33 % der Bevölkerung Deutschlands wegen psychischer Störungen Kontakt mit dem Gesundheitssystem auf (GAEBEL et al., 2013). 9,2 % leiden an Depressionen (HAPKE et al., 2019), 7 % der Menschen über 60 Jahre an einer Demenz (PRINCE et al., 2013).

Mengenmäßig ist hiermit der Bedarf im Gesundheitssystem beschrieben, der durch psychische Störungen entsteht. Der inhaltliche Bedarf lässt sich über die Grundbedürfnisse des Menschen fassbar machen (Abb. 1).

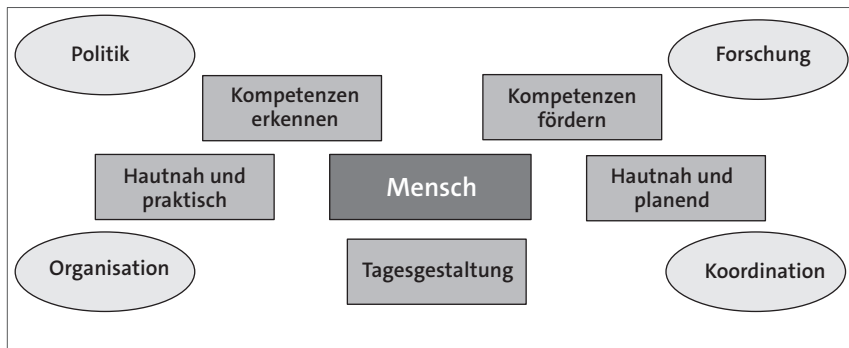


Abb. 1: Menschsein erhalten © IHL, 2022

Im Zentrum der Versorgung steht der Mensch mit seinen Kompetenzen und Bedarfen. Hautnah und praktisch geht es dabei z. B. um Ernährung und Körperpflege, hautnah und planend z. B. um das Vereinbaren eines Termins bei medizinisch Beschäftigten oder zum Anprobieren von Schuhen. Nicht nur beim Umsetzen des hautnahen Bedarfs sondern auch für alle weiteren Hilfen spielt sowohl das Erkennen wie auch das Fördern von Kompetenzen eine zentrale Rolle. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte ergibt sich über eine Tagesplanung eine hilfreiche, die Bedarfe befriedigende Tagesstruktur.

Zu wenig helfende Menschen im aktuellen System

Die notwendigen Hilfen mit einem Menschen gemeinsam zu organisieren, benötigt eine stimmige Koordination, die Politik unter Einbeziehen der Forschung über das Schaffen einer Hilfestruktur ermöglichen sollte. Bundesweit gab es dazu bereits viele Ansätze, die bisher im Wesentlichen an der Kurzlebigkeit von Projekterkenntnissen und der Vergessenskultur von Behörden bei Ministerwechsel scheiterten. Unabhängig davon und weitestgehend frei von solventen Konzepten wird häufig als Patentlösung vorgeschlagen, mehr Stellen im Gesundheitswesen zu schaffen. Nähmen wir an, das wäre die Lösung, käme es zu zwei weiteren zu überwindenden Hürden, dem Schaffen der finanziellen Voraussetzungen und dem Finden des für erforderlich gehaltenen Personals. Fadenscheinig beruhigend und das Suchen nach Alternativen ausschaltend, wird vorgeschlagen, Gelder hin und her zu verschieben. Was aber, wenn das Fehlen von Geld und Stellen nicht mehr die entscheidende Bremse für eine Weiterentwicklung ist, wie es sich im Moment abzeichnet, denn finanzierte Stellen sind vorhanden, nur Menschen, die sie nutzen nicht. In nahezu allen Bereichen der Gesellschaft fehlen derzeit Menschen. Selbst wenn mehr Geld und Anerkennung gesichert sind, laufen Lösungen, die auf nicht vorhandene mehr Menschen setzen, ins Leere. Was bisher als Lösung galt, löst nicht mehr.

Ist kein freier Mensch mehr da, der auf den Ruf nach mehr Menschen antworten könnte, bedarf es kluger Alternativen. Sie zeichnen sich derzeit nicht oder etwas hoffnungsfroher noch nicht ab.

Vorhandene Menschen besser einbinden

Im Gesamtzusammenhang wäre die Frage wichtig, wie es gelingen kann, mit wenig Menschen die Versorgung aufrecht zu erhalten. Eine Suche nach Alternativen zum Konzept »mehr Menschen« deckt in Deutschland und im Ausland zuerst einmal sehr heterogene Versorgungsdichten auf. Während in der Schweiz im Mittel über 40 psychiatrisch medizinisch Fachbeschäftigte 100.000 Einwohner versorgen, sind es in Deutschland lediglich 18, OECD-weit 15 (OECD für Organisation for Economic Co-operation and Development, englisch für Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) und in einem Landkreis wie dem Herzogtum Lauenburg weniger als 3. Rekurrierend auf die Ausgangsaussage, dass ein Drittel der Bevölkerung in einem Jahr das Versorgungssystem mit psychischen Störungen in Anspruch nimmt, stellt sich z. B. bei einer Relation von weniger als 3 psychiatrisch medizinisch Fachbeschäftigten auf 100.000 Einwohner, mit

im Mittel weniger als 1.000 zu versorgenden Menschen, die Frage, von wem die restlichen 30.000 ihre Hilfen erhalten.

Die Relation versorgende zu versorgten Menschen in anderen Berufsgruppen zeigt, in welchen Berufsgruppen bessere Versorgungsrelationen zur Verfügung stehen. Die mittlere Zahl an versorgten Menschen pro versorgendem Menschen bewegt sich von 6.000 ärztlich über psychologisch und ergotherapeutisch bis hin zu 242 sozialarbeiterisch versorgten Menschen pro 100.000 Einwohner. Die Zahlen für die größte Gruppe der professionell Versorgenden, die Pflege, lassen sich, wenn überhaupt, leider nur noch unschärfer fassen, da Pflege in allen medizinischen Bereichen stationär und ambulant tätig ist und Multimorbidität eine Abgrenzung des Fokus der Tätigkeit Somatik oder Psychiatrie verunmöglicht.

Andere Hinweise auf neue Wege der Versorgung mit weniger Menschen ließen sich auch über Grundgrößen wie die Anzahl von Psychatriebetten auf 100.000 Einwohner gewinnen. Auch hier ist das Spektrum äußerst breit, während in Deutschland im Schnitt 130 psychiatrische Betten pro 100.000 Einwohner vorgehalten werden, sind es in Italien 10. Systeme mit sehr geringen Bettenzahlen scheinen weniger Personal zu benötigen, ohne dass zwangsläufig die Versorgung darunter leiden muss. Das Argument, die Arbeit werde auf pflegende Bezugspersonen insbesondere aus den Familien der Erkrankten verlagert, wirft die Frage auf, ob und wie ungeschultes Personal eine bessere Versorgung herstellen kann als eine Vielzahl geschulten Personals. Eine Erklärung könnte ein besserer gesellschaftlicher Zusammenhalt liefern, bei dem Kompetenzen ausgebildeten Personals den häuslich versorgenden Menschen geschmeidig zur Verfügung gestellt werden. Träfe sie zu, entstände als begleitender Effekt die so sehr gewünschte besondere Anerkennung professioneller Kompetenz.

Organisatorische Optimierung als ein Teil der Lösung

Wie ein funktionsfähiges gesellschaftlich getragenes Netzwerk entwickelt werden kann, ist in früheren Bänden der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) beschrieben (IHL, 2012, 2014). Kernaspekte sind dabei das Konzept zur Überwindung der Trennung von medizinischer und psychosozialer Welt durch das Zusammenführen der Berufsgruppen in medico-sozialen Teams (MST) sowie einer übergreifenden Rolle im psychosozialen Bereich des Care- und Casemanagements, in der Sprache des Konzepts »begleitend unabhängig Koordinierende« (BUK).

Der Weg innerhalb des gesellschaftlichen Rahmens in ein komplettes Versorgungsnetzwerk, das nicht störungsspezifisch begrenzt ist, ist in Abbildung 2

dargestellt. Die Zugangswege hausärztlich, Krankenhaus und Institution stellen als Eintrittspforten in das System einen direkten Kontakt zu BUK und MST her. Die Basis für eine komplette Versorgung nach den Wünschen der Menschen ist so gesichert.

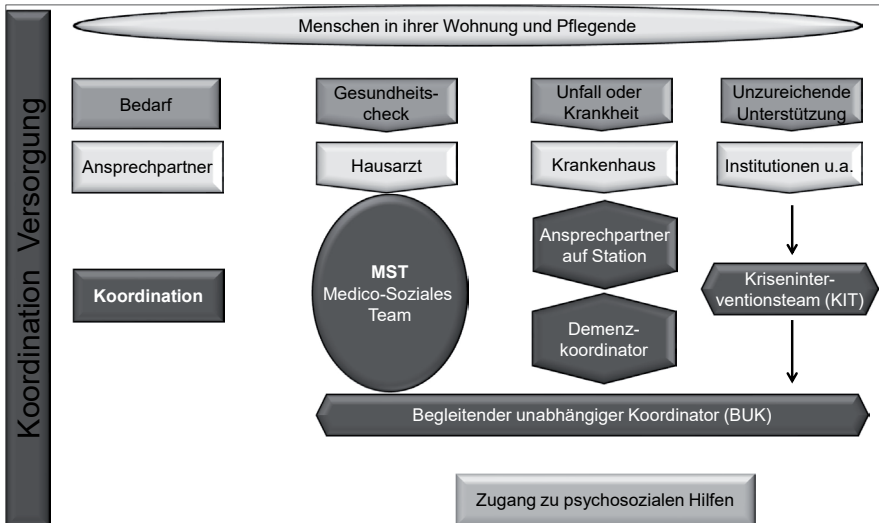


Abb. 2: Koordinierte Versorgung, © IHL, 2023

Funktionell sind damit die Pläne für eine integrierte Versorgung über ein komplettes Versorgungsnetzwerk nicht nur beschrieben, sondern auch in ihrer Wirksamkeit belegt (s. u.). Ein solches Netzwerk flächendeckend aufzubauen, gelingt allerdings derzeit nur sehr begrenzt. Nicht zuletzt aus den oben angeführten Limitierungen von Wissen und Vergessen und den administrativen Rahmenbedingungen von Parlamenten, in denen eine konstante Weiterentwicklung und Umsetzung von Konzepten mit jedem Regierungswechsel wieder von vorne beginnt. Hinzu kommt, dass der Aufbau von Netzwerken meist von einzelnen regional herausragenden Persönlichkeiten durchgeführt wird. Mit dem Ausscheiden der Personen fällt das Netzwerk häufig in sich zusammen. Die Konzepte des Landes NRW wie Gerontopsychiatrische Zentren und regionale Koordinationsstellen leiden beispielhaft unter den obigen Einschränkungen, obwohl sie das Potential hätten, eine umfassende Versorgungskonstanz herzustellen.

Eine internetgestützte Querschnittsauswertung von Netzwerksituationen in Deutschland fand 51 Netze, die in ihrem Grad an Angeboten, Organisation,

Steuerung und Einbeziehen an Forschung sehr heterogen waren (IHL et al., 2017). Während häufig Angebote schon weit entwickelt waren, befand sich die Organisation in den Anfangsstadien. Ein Kontakt zur Forschung fehlte bei wenigen zaghaften Anfängen.

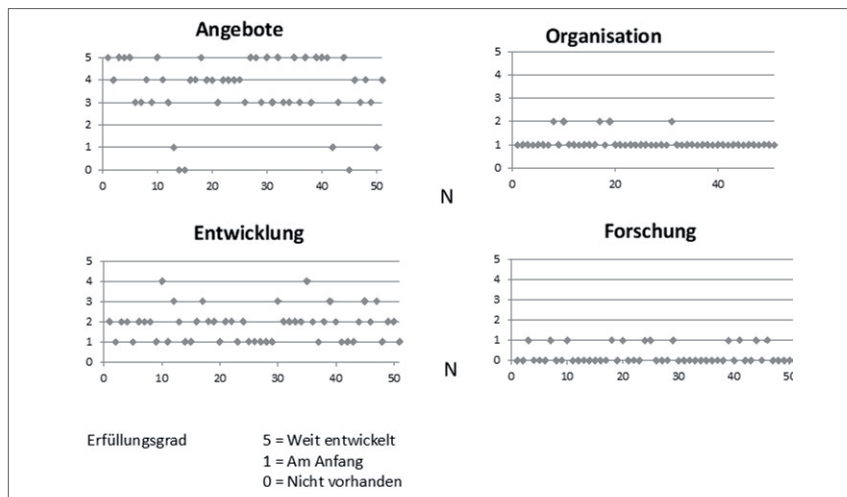


Abb. 3: Wie komplett sind bestehende Netzwerke? IHL et al. 2017, IPA, NZ; © IHL, 2022

Eine Basis für eine Netzkonstanz mit hohem Durchdringungsgrad ließe sich durch landesweite und zusätzlich Kreis- und Stadtstrukturen auf der Basis von Demenzplänen schaffen. Kontrollebenen zur Umsetzung, zur Vermeidung von Selbstbedienung und zur Einbindung aller Player wären dabei neben den Anstrengungen zum Erreichen obiger Inhalte zu etablieren.

Gesellschaftliche Zusammenarbeit sichern

Schließlich ist die Kernfrage nach fehlenden helfenden Menschen trotz vieler freier Stellen anzugehen. Ausgangsbasis ist hierbei die Anerkennung helfender Arbeit, an der es häufig mangelt. Sätze, die rund-um-die Uhr Helfende durchaus auch heute noch hören können sind auf der einen Seite »Toll, was du leistest« und gleichzeitig »Ich könnte das nicht« oder böser z. B. »Das hast du dir ja selbst ausgesucht.« Ein Weg, Anerkennung zu schaffen, könnte über eine gemeinsame gesellschaftliche Anstrengung erreicht werden. Dabei sollte jeder Versuch unterbleiben, den Al-

truismus junger Menschen schamlos auszunutzen. Menschen im sozialen Jahr lernen viel. Sie verlieren aber meist ein uneinholbares Jahr im Berufsleben. Hier gilt es, den Schalter umzulegen und die teilnehmenden Menschen deutlich besser zu stellen als Menschen, die sich aktiv dagegen entscheiden.

Werden Bezugspersonen besser bei der Pflege unterstützt, kann auch dadurch eine höhere Anerkennung pflegerischer Tätigkeit entstehen. Wege dazu sind beschrieben. Ohne Sozialversicherungsnachteile auszulösen, könnte z. B. der Staat Bezugspersonen als Pflegende für die Zeit der Pflege einstellen. Eine zweite Alternative würde eine erweiterte Definition der Elternzeit bieten, wenn sie auch für pflegende Bezugspersonen geöffnet würde. Die Netzwerke würden so zusätzlich gestärkt.

Wirksamkeit eines kompletten Versorgungsnetzwerks

Bereits ohne die Verstärkung konnte belegt werden, dass ein komplettes Versorgungsnetzwerk wirkt. Auch hier gilt es, vom Wunsch eines Menschen auszugehen. Befragungen und in den meisten Fällen auch die Einschätzung der eigenen Wünsche machen deutlich, dass ein Leben zuhause gewünscht ist und einer Institutionalisierung z. B. in einem Heim klar vorgezogen wird. Ein Wirkkriterium ist damit die Häufigkeit von Heimeinweisungen. Um zu prüfen, ob ein solches Netzwerk helfen kann, Heimeinweisungen zu vermeiden, wurden in eine Zwei-Jahres-Studie, unter Begleitung durch die APK, 32 Menschen mit den Diagnosen Depression oder Demenz aufgenommen. Zentrales Einschlusskriterium war, dass eine Heimeinweisung angeraten worden war und der Wunsch bestand, in der Studie im kompletten Versorgungsnetzwerk teilzunehmen, die das Ziel hatte, Heimeinweisungen zu vermeiden. Im ersten Jahr zog einer der Menschen der Gruppe mit Depressionen seine Einwilligung zurück, ein Mensch mit Demenz starb nach 289 Tagen. 30 Menschen lebten nach einem Jahr weiter zuhause. Zwei Menschen der Demenzgruppe wurden nach 603 bzw. 707 Tagen in ein Altenheim eingewiesen. 28 der 32 lebten auch nach zwei Jahren noch zuhause (IHL et al., 2016). Für 28 Menschen ließ sich so der Wunsch zuhause zu leben über zwei Jahre trotz Anraten eines Heims umsetzen. In der abschließenden Zufriedenheitsbefragung zeigte sich mit 4,9 von 5 möglichen positiven Bewertungspunkten, dass das formale Ergebnis auch den Wünschen der Menschen entsprach (IHL et al., 2016). Es spricht dafür, ein so erfolgreiches komplettes Versorgungsnetzwerk flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Die Ideen zu einer umfassenderen Einbindung von berufstätigen pflegenden Bezugspersonen und zu mehr gesellschaftlichem

Beitrag durch Besserstellung junger Helfender würden nicht nur die Versorgung Pflegebedürftiger optimieren. Die gesellschaftliche Anerkennung wäre erreicht.

Literatur

- GAEBEL W, KOWITZ S, FRITZE J, ZIELASEK J (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Versorgungsverläufe bei psychischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse. *Dtsch Arztebl* 110(47):799–808)
- HAPKE U, COHRDES C, NÜBEL J. Depressive symptoms in a European comparison – Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit.* 2019 Dec 11;4(4):57-65. doi: 10.25646/6227. PMID: 35146259; PMCID: PMC8734092.
- IHL R. Konzept «Quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen». In: WEIß P, HEINZ A (eds) *Psychiatriereform 2011 – der Mensch im Sozialraum. Aktion Psychisch Kranke, Vol. 38.* Bonn: Aktion Psychisch Kranke e. V., pp195–204, 2012
- IHL R. Krisenmanagement im Demenznetz Krefeld. In: WEIß P, HEINZ A (eds) *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Aktion Psychisch Kranke, Vol. 040.* Bonn: Aktion Psychisch Kranke e. V., pp292–300, 2014
- IHL R, CUJAI N, KRAH K. Admission into a Nursing Home. Delay or prevention with the use of a complete support network? *Z Gerontol Geriat* 2016 49:196–200 DOI 10.1007/s00391-016-1045-x
- IHL R, CUJAI N, KRAH K. Levels of support and services determining the need for action in urban and rural Communities. RANZCP- FPOA – IPA, Queenstown – NZ, November 9th, 2017
- PRINCE M, BRYCE R, ALBANESE E, WIMO A, RIBEIRO W, FERRI CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement.* 2013 Jan;9(1):63-75.e2. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007. PMID: 23305823.

Elemente Gerontopsychiatrischer Versorgung

Hans Gutzmann

Vorbemerkung

Die WHO hat 1998 (WHO 1998) eine kompetente Gerontopsychiatrie für die Versorgung als unverzichtbar erklärt. Andere Disziplinen, etwa die Geriatrie oder die allgemeinspsychiatrische Kompetenz, können sie danach nicht ersetzen. Auch im Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) für die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2012) wird deutlich gemacht, dass sie als Teil der Psychiatrie angesichts des demographischen Wandels für die Versorgung unverzichtbar werden dürfte. Das verwundert allerdings angesichts des Umstands auch nicht, dass die über 65-jährigen, die am stärksten wachsende Gruppe der Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie darstellen. Bereits jetzt ist ein knappes Viertel der stationär Behandelten über 60 Jahre alt. Auch stellen sie einen nicht geringen Teil des Klientels psychiatrischer Notfalldienste und Rettungstellen (EREN et al. 2014). Es muss unterstrichen werden, dass der Körper im Alter eine immer prägendere Rolle spielt. Von den Behandelnden wird deshalb überall dort, wo es gilt, eine gerontopsychiatrische Klientel zu versorgen, eine entsprechende Kenntnis akuter und chronischer Krankheiten des alten Menschen und deren Einflussnahme auf Erleben, Kognition und Verhalten verlangt.

Um welche Erkrankungen geht es?

Psychische Erkrankungen im Alter sind häufig. Die Hälfte der heute Älteren hat im bisherigen Leben eine gravierende psychische Störung erlebt, ein Drittel von ihnen eine solche im letzten Jahr, und ein Viertel leidet aktuell darunter (ANDREAS et al. 2016). Auch hohe und höchste Altersgruppen sind dabei von erheblicher Versorgungsrelevanz. Die häufigsten Erkrankungen sind Demenzen und Depressionen. Demenzerkrankungen nehmen im Alter auf rund 40 % unter den über 90-jährigen zu. Frauen weisen ein höheres Demenzrisiko auf. In Deutschland muss man von mehr als 330.000 Neuerkrankungen pro Jahr und einem Krankenbestand von 1,8 Millionen Demenzkranker ausgehen. Depressionen weisen dagegen keinen vergleichbaren Altersgang auf. Ein besonders hohes Depressionsrisiko weisen ältere Menschen auf, die in Institutionen versorgt werden. Für alte Menschen

besteht ein wesentlich höheres Suizidrisiko als für die Jüngeren (LAFLAMME et al. 2022). Ein Alkoholmissbrauch wird bei über 20 %, eine Alkoholabhängigkeit bei 2 bis 3 % der älteren Männer angenommen. Für ältere Frauen spielen Tranquilizer und Z-Substanzen eine vergleichbare Rolle. Während nach dem 60. Lebensjahr das Neuerkrankungsrisiko für Schizophrenie äußerst gering ist, treten bei bis zu 10 % dieser Altersgruppe psychotische Syndrome auf. Angsterkrankungen werden im höheren Lebensalter seltener (KLÖPPEL und JESSEN 2021, zit. n. GUTZMANN 2022).

Welche medizinischen Versorgungselemente gibt es im ambulanten Bereich?

Angesichts des Umstands, dass die meisten gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten heute in der Gemeinde leben und von ihren Familien oder professionellen Diensten unterstützt werden, erfolgt die ärztliche Versorgung in der überwiegenden Mehrzahl durch die Hausärztinnen und Hausärzte (FREYTAG et al. 2016). Auch bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen spielt das hausärztliche Setting eine große Rolle. So werden etwa zwei Drittel der depressiven älteren Patientinnen und Patienten primär hausärztlich behandelt. Allerdings ist die geriatrische Kompetenz von Hausärztinnen und Hausärzten und ihre Kenntnis der für ältere psychiatrische Patientinnen und Patienten wesentlichen komplementären Strukturen noch immer verbesserungsbedürftig (WANGLER und JANSKY 2021). Die wünschenswerte Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten an der Versorgung bei dieser Klientel zeigt starke regionale Unterschiede (NELLES et al. 2015). Anders als im 20. Jahrhundert, als sich die Versorgung wesentlich auf stationäre Angebote stützte, wurden in den letzten 20 Jahren gerontopsychiatrisch spezialisierte ambulante und aufsuchende Angebote häufiger. Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen arbeiten einerseits eng mit den stationären Bereichen zusammen, bilden aber gleichzeitig die Brücke in die Gemeinde mit den dortigen komplementären Einrichtungen und Dienstleistungen. Sie haben keine reine Komm-Struktur, sondern sind auch, gelegentlich auch primär, aufsuchend tätig. Zu den Aufgaben einer gerontopsychiatrischen Institutsambulanz zählt auch ein gerontopsychiatrischer Konsiliardienst, u. a. für den Heimbereich, die Sozialstationen und auch für andere Krankenhäuser ohne entsprechende geriatrische/gerontopsychiatrische Kompetenz. Aufsuchen ist ein wesentliches Stichwort für die Gerontopsychiatrische Versorgung und wird immer wichtiger je älter die Patientinnen und Patienten sind. Struktur, Aufgaben und Vernetzungen der Institutsambulanzen variieren von Bundesland zu Bundesland und von Region zu

Region recht stark (VALDES-STAUER et al. 2014). Zu den ambulanten Angeboten zählen neben niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen auch auf Demenzerkrankungen spezialisierte Gedächtnisambulanzen, von denen aktuell mindestens 200 in Deutschland existieren. Entsprechend ihrer unterschiedlichen Struktur und organisatorischen Anbindung unterscheiden sie sich in ihrer Schwerpunktsetzung und Arbeitsweise (HAUSNER et al. 2020). Ein besonders drängendes Problem ist die mangelnde psychotherapeutische Versorgung Älterer. Auf 60-jährige und ältere Patientinnen und Patienten entfallen 32 % aller ambulant gestellten psychiatrischen Diagnosen, aber nur 6 % aller Psychotherapiefälle (MELCHINGER 2011). Bei leichteren und mittelgradigen depressiven Störungen sind Psychotherapien die erste Wahl. Sie wirken zwar ebenso gut wie bei Jüngeren, werden bei diesen aber achtmal häufiger eingesetzt als bei Älteren.

Welche Rolle spielen die stationären Angebote?

Von 1,2 Millionen Behandlungsfällen in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken entfallen knapp ein Viertel auf die Altersgruppe der über 65-jährigen (AUGURZKY et al. 2021). Dabei ist der Geschlechterunterschied auffallend. Frauen weisen eine deutlich längere Verweildauer auf als Männer. Ein steigendes Alter verlängert die Verweildauer. Die Aufnahmegründe für ältere Patientinnen und Patienten sind dabei durchaus denen der Jüngeren vergleichbar. Die Vorstellung, es handle sich bei ihnen vorwiegend um »typische Altersbeschwerden« ist nicht belegbar. Trotz der zunehmenden Ambulantisierung der Gerontopsychiatrie sind stationäre Behandlungen weiterhin bei Menschen mit schweren Depressionen und Suizidalität sowie bei gravierenden Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit Demenz notwendig.

Was hat die Psychiatriereform seit 1975 für die Gerontopsychiatrie gebracht?

Die Expertenkommission der Bundesregierung hatte 1988, aufbauend auf die Enquête von 1975, vorgeschlagen, dass spezialisierte Tageskliniken, Ambulanzen und Beratungsstellen in sogenannten Gerontopsychiatrischen Zentren (GZ) zusammengefasst werden sollen (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit – BfJFFG 1988). Ein vergleichbares Konzept wurde bei der Psychiatrieplanung der Länder allerdings bisher zu wenig berücksichtigt. Besonders

an spezialisierten Tageskliniken besteht immer noch ein deutlicher Mangel. Sie sollen nicht nur als Alternative zur stationären Behandlung dienen, sie haben auch die Aufgabe, den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich mit ihren rehabilitativen und auf Training ausgerichteten Angeboten zu bahnen. Sie zielen zudem auf die Entlastung von pflegenden Angehörigen. In einer aktuellen Untersuchung (HIRSCH et al. 2020) konnten für das Jahr 2018 insgesamt 49 spezialisierte und 15 »gemischte« gerontopsychiatrische Tageskliniken in Deutschland identifiziert werden. Auch nach konservativsten Berechnungen wären in Deutschland weit über 350 GZ erforderlich. Angesichts der aktuell viel zu geringen Zahl scheitern differentialtherapeutische Überlegungen mit der Frage nach Alternativen zur stationären Aufnahme noch zu häufig am fehlenden Angebot. Nach einer Formulierung der Expertenkommission sollten diese Zentren »treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung« sein. Das sind sie noch lange nicht.

Welche innovativen Ansätze gibt es im medizinischen Bereich?

Für Assertive Community Treatment (ACT)-Teams gibt es derzeit noch wenige wissenschaftliche Evidenz, wobei gerade bei der gerontopsychiatrischen Klientel eine rund um die Uhr verfügbare, aufsuchende und stationsersetzende Maßnahme erfolgversprechend erscheint, ähnliches gilt für telemedizinische Angebote (Holthoff 2015). Dagegen hat ein aufsuchendes gerontopsychiatrisches Home Treatment seine Effektivität mit bedeutsamen Verbesserungen der psychiatrischen Symptomatik, günstiger Beeinflussung von psychosozialen Problemen, einer verminderten Rate an Krankenhauseinweisungen und der Verzögerung oder gar Vermeidung von Pflegeheimaufnahmen in einer Reihe von Studien belegt (KLUG et al. 2019).

Die Verankerung der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) als fünfte Säule der Versorgung im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung) stellt auch für die Gerontopsychiatrie eine begrüßenswerte Erweiterung des therapeutischen Instrumentariums dar, besonders angesichts der Option, auch den Heimbereich mit dieser Intervention zu erreichen. Sie bietet eine Reihe von Vorteilen bei der Bewältigung von psychischen Krisen und hält dabei, im Gegensatz zu ACT-Teams und anderen Home Treatment Modellen, Sektorengrenzen ein und ist zudem von vornherein mit einer strikten Indikationsstellung zeitlich limitiert. Sie ist geeignet für Patientinnen und Patienten, die bei Vorliegen einer stationären Behandlungsindikation nicht auf einer Station verbleiben können, etwa weil der stationäre Aufenthalt eine Überforderung darstellen würde, der besonders für Menschen mit Demenzerkrankungen traumatisierend sein kann. Es

gibt überzeugende Beispiele, dass die aufsuchende Versorgung durch StÄB im Heim tatsächlich Krankenhausaufnahmen verhindert hat (SPANNHORST et al. 2020).

Wie sieht es mit der pflegerischen Versorgung aus?

Welche Rolle spielen die Seniorenheime?

Vier von fünf Frauen und drei von vier Männern werden im Alter pflegebedürftig. Dabei haben alte Menschen in der Mehrzahl den Wunsch, zu Hause zu bleiben und dort die notwendige Pflege zu erfahren. Nur knapp 4 % der Menschen über 65 Jahren leben in Alten- und Pflegeheimen. Jenseits des 80. Lebensjahres steigt dieser Anteil auf 11 % (TESCH-RÖMER und ENGSTLER 2020). In einigen Einrichtungen sind bis zu 75 % der Bewohnerinnen und Bewohner chronisch psychisch erkrankt. Dabei dominieren depressive und besonders dementielle Störungsbilder, die bei 50-70 % (ROTHGANG 2008) vorliegen. Andere Erkrankungen sind seltener. Affektive und besonders organische psychische Störungen nehmen dort kontinuierlich zu. Die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner muss ärztlich im Heim besucht werden. Eigene Heimärztinnen bzw. Heimärzte sind selten. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch nicht statt (GUTZMANN et al. 2017).

Wie sieht es mit der ambulanten pflegerischen Versorgung aus?

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS 2019) ermittelte, dass bei rund einem Viertel der von ambulanten Diensten versorgten Demenzkranken ein nicht zufriedenstellendes Versorgungsniveau bestehe, das potenzielle Gesundheitsgefährdungen impliziere. Es wird davon ausgegangen, dass sich Pflegeprobleme noch verstärken, wenn die Angehörigen auf die Unterstützung ambulanter Dienste ganz verzichten. Das gravierendste Problem ist seit vielen Jahren die Personalsituation. Durch überproportionale Fehlzeiten und Frühverrentungen der Altenpflege Fach-, besonders aber der Hilfskräfte, wie der BARMER Pflegereport 2020 ausweist (ROTHGANG et al. 2020), hat sich die Situation in der ambulanten Pflege aktuell noch deutlich verschärft. Kann die häusliche Pflege nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, besteht Anspruch auf teilstationäre Betreuung in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Dazu gehört auch die Beförderung der pflegebedürftigen Person von der

Wohnung in diese Einrichtungen. Während Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland zum etablierten Angebot zählen, sind vergleichbare Angebote für die Nacht Ausnahmen geblieben. Rehabilitation fand, anders als notwendig, nur sehr selten statt, ebenso wie Eingliederungshilfe als soziale Teilhabeleistung. Das Kriterium für Präventive Hausbesuche (PHB) als weiteres Angebot für ältere Menschen ist meist eine Behinderung bei der Inanspruchnahme geeigneter Leistungen. Trotz des plausiblen Ansatzes konnten RENZ und MEINCK (2020) in ihrer umfassenden Untersuchung noch keinen schlüssigen Beleg für ihre Wirksamkeit finden. Die drängende Frage der Regelung einer vollzeitigen pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist noch völlig offen. Allerdings bieten 24-Stunden-Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa hierfür seit vielen Jahren ihre Dienstleistungen auf einem intensiv nachgefragten grauen Markt an.

Versorgungsstrukturelle Aspekte der Gerontopsychiatrie

Case-Management wird oft definiert als eine Intervention im Quartier oder der Region, nicht jedoch im Krankenhaus und nur im Ausnahmefall in der stationären Altenpflege. Es zielt auf ein definiertes Bedürfnis einer einzelnen Person und plant und koordiniert dafür Dienste und Leistungen. Es wird meist von Professionellen aus dem pflegerischen oder sozialtherapeutischen Bereich durchgeführt, aber auch Hausärztinnen und Hausärzte können diese Funktion in kooperativen Versorgungsmodellen bei gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten wahrnehmen. In einem solchen Modell fällt den Case-Managerinnen und -Manager die Hauptaufgabe zu, die Kommunikation mit den Hausärztinnen und Hausärzten und weiteren therapeutisch im Einzelfall Involvierten, etwa Fachärztinnen und Fachärzte, zu stabilisieren und aufrecht zu erhalten (GUTZMANN 2023). In einer systematischen Übersicht fanden DHAM und Mitarbeitende (2017) im Wesentlichen erfolgreiche kollaborative Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen, nur wenige Studien schlossen auch Menschen mit Demenz oder Suchtkranke ein.

Fazit

Bereits 1978 hatten Jolley und Arie einen Kriterienkatalog für eine angemessene gerontopsychiatrische Versorgung formuliert: Sie sollte multidisziplinär und umfassend sein, sie sollte auf Bedürfnisse schnell reagieren können und fähig und bereit sein, mit komplementären Versorgern ebenso zu kooperieren, wie mit Primärärztinnen und -ärzte. Sie sollte auf eine definierte Versorgungsregion

verpflichtend bezogen und schließlich auch erschwinglich sein. Im Grunde sind diese Forderungen, vor knapp einem halben Jahrhundert formuliert, immer noch brandaktuell.

Literatur:

- AG Psychiatrie der AOLG (2012) Bericht für die GMK: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. (http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/AO_LG%20Bericht%20Psychiatrie.pdf, Zugriff am 12.12.2022).
- ANDREAS S, SCHULZ H, VOLKERT J, DEHOUST M, SEHNER S, SULING A... HÄRTER M (2016) Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*, 210(2): 125-131
- AUGURZKY B, DECKER S, MENSEN A, REIF S. BARMER Krankenhausreport 2020 (2021). (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 25). Barmer, Berlin und Wuppertal. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BfJFFG)(1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn
- DHAM P, COLMAN S, SAPERSON K et al (2017) Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: a systematic review. *Can J Psychiatry* 62: 761–771
- EREN G, HISS B, MAECK L, STOPPE G (2014) Veränderungen der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel nach Etablierung eines ambulanten Dienstes (ADA). *Psychiatr Prax* 41: 208- 214
- FREYTAG A, BIERMANN J, OCHS A, LUX G, LEHMANN T, ZIEGLER J, SCHULZ S, WENSING M, WASEM J, GENSICHEN J (2016) The Impact of GP-Centered Healthcare. *Dtsch Arztebl Int.* 113: 791-798.
- GUTZMANN, H. (2022). Stichwort »Gerontopsychiatrie«. *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*, 9. Aufl. (S. 348-350) Nomos, Wiesbaden 2022
- GUTZMANN, H. (2023). Versorgungsstrukturen. In: W. HEWER, V. HOLTHOFF-DETTO, S. SCHMIDT, K. SEIFERT (Hrsg.) *Gerontopsychiatrie multiprofessionell – Ein Praxislehrbuch*. Kohlhammer, Stuttgart.
- GUTZMANN H, SCHÄUFELE M, KESSLER E-M, RAPP M (2017) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: JACOBS K, KUHLMEY A, GREß S, KLAUBER J, SCHWINGER A (Hrsg.) *Pflegereport 2017*. Stuttgart: Schattauer. S. 107–117.
- HAUSNER L, FRÖLICH L, VON ARNIM CAF, BOHLKEN J, DODEL R, OTTO M, RAPP M, SCHULZ J, SUPPRIAN T, WOLLMER MA, JESSEN F, Deutsches Netzwerk Gedächtnisambulanz (2021) Gedächtnisambulanz in Deutschland – strukturell-organisatorische Voraussetzungen und Aufgabenfelder. *Nervenarzt* 92: 708-715.
- HIRSCH RD, GUTZMANN H, SCHWANDT S. (2020) Übersicht über die Gerontopsychiatrischen Zentren und Tageskliniken in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 47 (7): 399-405

- HOLTHOFF-DETTO V (2015) Innovative Versorgungsstrategien in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. *Nervenarzt* 86: 468-474
- JOLLEY D, ARIE T (1978) Organisation of psychogeriatric services. *British Journal of Psychiatry* 132: 1–11.
- KLÖPPEL S, JESSEN F (Hrsg.) (2021) *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie- und psychotherapie*, 2. Aufl. Elsevier, München.
- KLUG G, GALLUNDER M, HERMANN G, SINGER M, SCHULTER G (2019) Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry* 19: 382-393.
- LAFHAMME L, VAEZ M, LUNDIN K, SENGOELGE M (2022) Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS ONE* 17(1): e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020) *Begutachtungen* 2019.
- MELCHINGER H. (2011) Psychotherapie im Alter – Anspruch und Wirklichkeit *Neurotransmitter* 10: 16-22.
- NELLES G, BERGMANN F, GOLD R, Meier U, ROTH-SACKENHEIM C, FINK G, GROND M, ALBRECHT M, BOHLKEN J (2015) Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorübergreifender Perspektive. *Akt Neurol* 42: 418-425.
- RENZ J-C, MEINCK M (2020) Präventive Hausbesuche für ältere Menschen: eine systematische Bestandsaufnahme ihrer praktischen Anwendung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 82: 339–344.
- ROTHGANG H, BORCHERT L, MÜLLER R, UNGER R (2008) *GEK-Pflegereport 2008*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. Schwäbisch-Gmünd.
- ROTHGANG H, MÜLLER R, PREUß B (2020). *Barmer Pflegereport 2020*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26
- SPANNHORST S, WELLER S THOMAS C (2020) Stationsäquivalente Behandlung – Eine neue Versorgungsform auch in der Gerontopsychiatrie. *Z Gerontol Geriat* 53: 713-720.
- TESCH-RÖMER C, ENGSTLER H (2020) Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim. *DZA-Fact Sheet*. https://www.dza.de/publikationen/publikation?tx_dzlists_details%5Baction%5D=show&tx_dzlists_details%5Bcontroller%5D=Publication&tx_dzlists_details%5Bpublication%5D=260&cHash=af7451e258f79a8aef07de842578601c (Zugriff: 12.12.2022)
- VALDES-STAUER J, PUTZHAMMER A, KILLIAN R. (2014) Dezentrale ambulante Teams in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 85: 596-605.
- WANGLER J, JANSKY M (2021) Factors influencing general practitioners' perception of and attitude towards dementia diagnostics and care-results of a survey among primary care physicians in Germany. *Wien Med Wochenschr* 171: 165-173.
- World Health Organization & World Psychiatric Association. WHO & WPA (1998) *Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement*. *Aging Mental Health* 2:246–252.

Ambulante Versorgung 24/7

Jürgen Gohde

Man hat mich gebeten, etwas zur 24-Stunden Pflege zu sagen. Ich betrachte die Situation aus meiner Erfahrung.

Bernhard Emunds hat in seinem Buch »Damit es Oma gut geht« (Frankfurt 2016) in der Zusammenfassung (S. 178 – Abb. 1) geschrieben, dass »der Begriff 24-Stunden-Pflege eine Einsatzbereitschaft der Pflegekräfte rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche suggeriere«. Manche Agentur wirbt gezielt mit der ganztägigen Einsatzzeit. Emunds hält dies nicht für »seriös« und »ethisch nicht vertretbar«. Dennoch lautet der Titel seines Buches: »Damit es Oma gut geht«. Der Titel ist falsch. Denn es geht nicht um Oma. Es geht tatsächlich um uns. Ich schaue wie Ralf Ihl darauf, was die Träger und die Unternehmen in ihren Werbeprospekten alles aufschreiben. Die folgende Aussage stammt von dem Verbund »Pflegehilfe«. Das ist einer der großen Anbieter, der für die 24-Stunden-Pflege Grundpflege, Haushalt und Betreuung des Angehörigen anbietet. Das preiswerte Modell mit mittelosteuropäischen Pflegenden »überzeugt« durch einen deutlich geringeren Eigenanteil. Das Marketing nutzt den Preisvorteil in der Geschäftsförderung der Struktur. »Die 24 Std. Pflege eignet sich für alle Senioren, die weiter zu Hause wohnen möchten und sich Betreuung und Unterstützung im Alltag wünschen. (...) Gerade wenn Angehörige weiter weg wohnen oder wenig Zeit haben, ist die 24h-Betreuung eine gute Wahl. (...) Bei Demenz ist eine 24 Stunden Pflege besonders gut geeignet, denn der Demenzkranke kann weiterhin in seinem gewohnten Umfeld bleiben. Gerade dann ist die Pflegekraft als häusliche Bezugsperson besonders wichtig« (<https://www.pflegehilfe.org/24-stunden-pflege>, zuletzt abgerufen am 21.02.2023). Es handelt sich um ein an europäische Marktbedingungen angepasstes Modell. Ehrlicherweise wird auf derselben Seite darauf hingewiesen, dass »Deutsche 24-Stunden-Pflege durch deutsches examiniertes Personal bei mindestens 8.000 € im Monat« liegt. Wenn man diese Summe mit den Aufwendungen für die stationäre Pflege vergleicht, ist deutlich, wie sehr dieses Modell auf finanziell potente Selbstzahlende zielt. Der Vergleich mit Leistungen der Pflegekassen für Tagespflege und Verhinderungspflege zeigt ebenfalls, dass es sich um ein Leistungsangebot für Menschen mit großen finanziellen Möglichkeiten handelt. Wie sieht die Situation in Deutschland heute/bisher aus? Ich sage ganz bewusst >bisher<, denn die Koalition hat in den Koalitionsvertrag geschrieben, die 24-Stunden-Pflege auf eine rechtssichere Grundlage zu stellen.

Es gibt im Blick auf den arbeitsrechtlichen Rahmen gegenwärtig vier Modelle (Abb. 1).

- Deutschland (bisher): Arbeits- Anstellungsrechtlicher Rahmen Deutschland**
- **Modell 1:** Anstellung durch den eigenen Haushalt (Betroffenenhaushalt) ZAV: Vermittlung von osteuropäischen Haushaltshilfen)
 - **Modell 2:** Anstellung durch ambulante Dienste oder Vermittlungsagentur
 - **Modell 3:** Entsendung durch Arbeit- oder Auftraggeber aus MOE zur Dienstleistung in Deutschland (Entsendebescheinigung, SV Bescheinigung A 1)
 - **Deutsches Arbeitsrecht gilt in jedem Fall. Arbeitszeitgesetz und Mindestlohngesetz ebenso. Deshalb sind auch keine Au-pair Lösungen machbar.**
 - **Modell 4:** Selbständiges Gewerbe (BSG hat BiHG als rechtlich zulässig angesehen, es besteht aber von Seiten der DRV meist der Verdacht auf Scheinselbständigkeit)
 - **Es gibt heute keine rechtssichere Grundlage für die BiHG. Koav nennt das Ziel.**

Abb. 1: Arbeits- und anstellungsrechtliche Modelle

Das eine Modell (Modell 1) ist die Anstellung im Betroffenenhaushalt. Das ist legale Beschäftigung. Das ist keine Grauzone. Modell 2: Die Anstellung erfolgt über die Vermittlung von osteuropäischen Arbeitshilfen, Haushaltshilfen durch andere Dienste oder Vermittlungsagenturen. Das Modell 3 sieht eine Entsendung durch Arbeit- und Auftraggeber aus Mittelosteuropa zur Dienstleistung in Deutschland vor, mit Entsendebescheinigung zum Beispiel aus Polen. Weiter muss eine Sozialversicherungsbescheinigung A1 vorgelegt werden. Es gilt deutsches Arbeitsrecht in jedem Fall, ebenso das Arbeitszeitgesetz und das Mindestlohngesetz. Für manchen mag das desillusionierend wirken. Wenn also zu lesen ist, dass die Pflege im stationären Bereich in Sachsen-Anhalt um 30 % teurer geworden sei und sich das kaum jemand noch leisten könne, dann muss man einfach dazu sagen, dass diese 30 % sich durch die Differenz von tarifgerechter Vergütung zu anderen gezahlten Vergütungen erklären. Pflege wird teurer. Die Absicht der Bundesregierung Pflegende tarifgerecht zu vergüten und die Vergütung zu refinanzieren ist richtig, trotz der Tatsache, dass ein erheblicher Teil der Pflege nach wie vor von Familienangehörigen geleistet wird. Auch eine Au-Pair Lösung, die es ja im Jugendbereich ohne weiteres gibt, ist für den Pflege-Bereich nicht machbar. Die Regelungen der Bundesagentur für Arbeit schließen diesen Weg aus. Das 4. Modell wäre die selbstständige Tätigkeit in der Pflege. Viele fänden das ausgesprochen attraktiv.

Das Bundessozialgericht hat die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (BiHG) zwar als rechtlich zulässig angesehen, jedoch gesagt, dass von Seiten der

Deutschen Rentenversicherung meistens der Verdacht der Scheinselbstständigkeit vorliege. Warum? Wenn eine Pflegekraft über einen längeren Zeitraum nur für eine einzige Person arbeitet, ist der Tatbestand der Scheinselbstständigkeit gegeben. Die Rentenversicherung beanstandet das aus gutem Grund. Scheinselbstständigkeit ist als ein hoch problematisches Modell anzusehen. Es gibt keine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Pflege in Deutschland. Es ist eine klassische Grauzone. Die Zahlen lassen sich nur schätzen: Zwischen 150.000 und 300.000, so in dieser Größenordnung bewegt sich das.

Warum funktioniert das in Deutschland nicht mit der Selbstständigkeit der Personenbetreuung?

Es gibt ein Modell, mit dem das möglich wäre. Ich denke dabei an das sogenannte Buurtzorg Modell (Abb. 2), was es in Holland gibt.

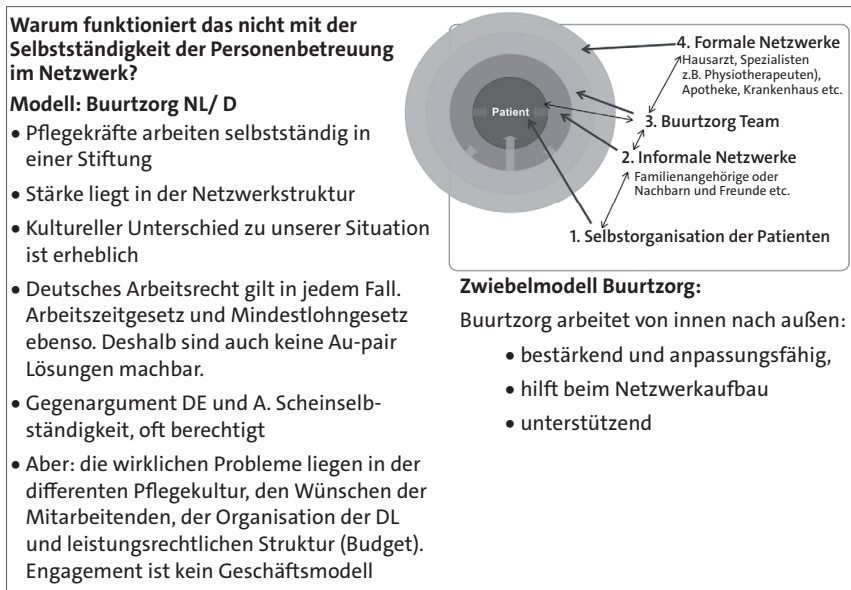


Abb. 2: Buurtzorg-Modell

Dort arbeiten etwa 60.000 selbstständig arbeitende Pflegekräfte in der Rechtsform einer Stiftung. Die Stärke liegt in der Netzwerkstruktur, der pflegekulturelle Unterschied ist erheblich. Wie sieht das Modell aus? Im Mittelpunkt steht der Patient bzw. die Patientin, umgeben von einem selbstorganisierten System von Hilfen und Akteuren bzw. Akteurinnen. Man achtet und nutzt die informellen

Netzwerke. Dann gibt es das unterstützende Team von Buurtzorg mit den selbstständigen Pflegekräften, weiter die formellen Netzwerke aus Haushaltsspezialisten und -spezialistinnen, Physiotherapeuten bzw. -therapeutinnen, Apotheken, Krankenhaus und so weiter. Sie merken, dahinter steckt eine hoch kooperative Netzwerkstruktur. Sie ist deshalb so attraktiv, weil sie auf das Motiv trifft, dass die Patientin oder der Patient das ganze selbst organisiert und dass die Pflegekräfte in diesen Selbstorganisationsprozess einsteigen. Die Finanzierung erfolgt über Budgets. Warum ist dieses Modell in Deutschland so schwer übertragbar? Unser Leistungsrecht ist für ein solches Modell nicht förderlich. Wir haben bis auf wenige modellartige Ausnahmen keine Budgets in der Pflege, die solch eine Selbstständigkeit fördern. Es besteht weiter eine kulturelle Differenz: Einerseits Pflegekräfte, die so arbeiten wollen, die gibt es in Deutschland kaum. Auf der anderen Seite sind die Wünsche der Mitarbeitenden und die Organisation der Dienstleistung in der leistungsrechtlichen Abbildung nicht kongruent. Engagement ist kein Geschäftsmodell. Das ist das Problem. Wer aus Engagement ein Geschäftsmodell machen will, beschädigt das zivilgesellschaftliche Engagement. Die Bruchstelle liegt in der Kombinationsmöglichkeit von Leistungsrecht und zivilgesellschaftlichem Engagement. Buurtzorg Deutschland ist in die Insolvenz gegangen.

Das Problem mit den Begriffen: Betreuung in häuslicher Gemeinschaft: 24-Stunden-Pflege. Betreuung in häuslicher Gemeinschaft verwendet einen Begriff, der nicht aus der Sozialen Arbeit stammt. Der Begriff stammt aus dem Arbeitszeitgesetz, ist also ein klassischer ordnungspolitischer Regelungstatbestand, etwas völlig anderes. Weisungsfreiheit ist gegeben. »Ich gehe da ja selber hin als Unternehmer.« Aber wie ist das eigentlich, wenn die Menschen alleine leben? Gucken sie sich mal die demographischen Zahlen an. Die Generation der Baby-Boomer wird in weit höherem Maße »alleine« alt als meine Generation. Wie soll da Gemeinschaft funktionieren? Auch der immer wieder genutzte Betreuungsbegriff ist nicht neutral. Dolf Sternberger hat darauf hingewiesen, dass Treue »Leben im Dativ« heißt. Darum geht es in der Sozialen Arbeit. Ich bin einem Menschen treu. Be-treuen macht aus einem Dativ einen Akkusativ und bemächtigt sich damit seiner Selbstbestimmung. Wenn man also von einer Netzwerkstruktur unter Unterstützung von Zivilgesellschaft redet, dann hat man an dieser Stelle nicht nur ein begriffliches Problem. Bei der Live-in-Pflege muss der Auftraggeber eine Wohnung stellen. Ein Schlafzimmer oder die entsprechenden Möglichkeiten. Und was ist denn eigentlich Gemeinschaft? Betreuung in häuslicher Gemeinschaft nach dem Gesetz ist ein Arbeitnehmerverhältnis. Da gilt Arbeitsrecht. Und Gemeinschaft unter arbeitsrechtlichen Bedingungen zu gestalten, ist mindestens schwierig.

Worauf reagiert das Angebot, das wir 24-Stunden-Pflege nennen? Ich verwende den »offiziellen« Begriff: Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (BiHG). Ist das Angebot Ausdruck veränderter Rahmenbedingungen, Versorgungsbedarfe oder sind es Defizite der Pflegeversicherung?

Zunächst mal ist es wie immer: Eine Leistungsform folgt einer bestimmten finanziellen Möglichkeit. Das heißt, in dem Augenblick wo sich die Rahmenbedingungen des europäischen Dienstleistungsmarktes geändert haben, mit der sogenannten Dienstleistungsrichtlinie, sind die Angebote entstanden: Die Entstehung eines weiteren Versorgungselementes, beigetragen haben veränderte familiäre Ressourcen ohne rechtliche Regulierung. Und dann entsteht so etwas, was der frühere Pflegebeauftragte A. Westerfellhaus als eine »dritte Säule der Versorgung« bezeichnet. Wie man eine nicht regulierte rechtliche Säule als systemrelevante Säule bezeichnen kann, ist zu hinterfragen. Eine Reaktionsbildung durch die Nutzung von Arbeitnehmerfreizügigkeit. Das ist Arbeitsmigration im klassischen Sinne ohne eine Nachhaltigkeitsstrategie und ich sage das ganz bewusst, weil es in der Ukraine den Begriff der »italienischen Krankheit« gibt und man damit die psychischen Erkrankungen von Kindern meint, deren Mütter in Westeuropa, aber vor allen Dingen in Italien gearbeitet haben. Das nennt man in der Ukraine »italienische Krankheit«. In Polen spricht man von den »Euro-Waisen« und meint das gleiche Phänomen: Kinder werden von den Großeltern oder Nachbarn versorgt, mit allen psychischen Auffälligkeiten, weil die Mütter und andere in Westeuropa gearbeitet haben. Wo liegen die vermeintlichen Vorteile der Beschäftigung in häuslicher Gemeinschaft? Die Vorteile liegen auf der Hand. Individuelle Wünsche für eigene Finanzierungsmöglichkeiten werden besser berücksichtigt. Ausdruck der finanziellen Überforderung der Angehörigen trotz sozialer Pflegeversicherung.

Und jetzt sind wir an dem Problem, was Herr Gutzmann vorhin angesprochen hat. Der Medizinische Dienst sagt, die Qualität der ambulanten Pflege ist nicht gut. Warum eigentlich? In der ambulanten Pflege fehlt das überzeugende Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollelement, was wir im stationären Bereich haben. Weil die Wohnung ein Schutzraum ist. Da geht der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nicht rein, daher auch das Problem der Qualitätskontrolle. Wir haben aber noch ein weiteres Problem. Wir haben nur »Mengen, die geschätzt« sind. Also, die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft nutzt Anreize des Leistungsrechts, überwiegend das Pflegegeld, gegebenenfalls Landespflegegeld, Sachleistung, Kombinationsleistung mit Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag pflegender Angehöriger, Tages- und Nachtpflege und Steuervorteil. Der bzw. die pflegende Angehörige ist ein Pflegemanager oder eine -managerin. Er oder sie

muss diese Leistungskomplexe zusammenstellen. In der Regel sind es vier, aber in Wirklichkeit sind es mehr. Und wenn die bzw. der Angehörige diese vier Komplexe zusammenstellen kann, scheitert sie oder er dadurch, dass es keine Budgets gibt, an der Kleinteiligkeit. Und die Bereitstellung von Logis schafft zudem ungleiche Zugangsvoraussetzungen, nicht alle leben in Einfamilienhäusern. Meine These ist, dass die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft kein Regelangebot für alle ist. Es ist rechtlich nicht reguliert und schafft keinerlei gesellschaftliche Ressourcen.

Jetzt wende ich mich anderen Ländern mit rechtlichen Regelungen, abgesehen von der Anwendung des Arbeitsrechts, zu.

In Österreich und in der Schweiz hat es eine Regulierung der Live-in-Betreuung gegeben. Österreich hat sie legalisiert. Personenbetreuung ist als Beruf anerkannt, 60.000 Personen arbeiten in diesem Dienstleistungssektor. Ermöglicht ist die Ausübung als selbstständiges Gewerbe. In der Schweiz wurden mit dem Arbeitsverleih und der Arbeitsvermittlung zwei legale Kanäle für die Arbeitskräfte-terekrutierung geschaffen. Deutschland bewegt sich in einer rechtlichen Grauzone. B. AULENBACHER, H. LUTZ und K. SCHWITER haben in einer vergleichenden Studie (Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim, Basel, 2021, 246) zur Situation in Deutschland festgestellt: »Der Staat entzieht sich weitgehend der Debatte mit Hinweis auf den besonderen Schutz des Privathaushalts«. Grundsätzlich wissen die Ministerien Bescheid, bevorzugen aber eine Position der schweigenden und zurückhaltenden Mitwisserschaft. 2021 bezeichnete Minister Spahn die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft in Österreich als gutes Modell, danach ist vom Vorbild Österreich nichts mehr zu hören.

Ist Österreich wirklich ein Vorbild? Österreich hat schon 2007 den Bereich reguliert. Rechtlicher Anstoß war die Verabschiedung des häuslichen Betreuungsgesetzes. Darin wird der Arbeitsinhalt wie die Form der Erwerbstätigkeit geregelt, selbstständig oder unselbstständig. Dominant ist die Selbstständigkeit. Zum Aufgabenbereich zählen u. a. haushaltsnahe Dienstleistungen, Unterstützung, Gesellschaft. Arbeitsrechtlicher Schutz besteht nicht. Je näher man am Leuchtturm ist, je dunkler wird es. Es gibt 32.000 Bedürftige und 60.000 selbstständige Personenbetreuer bzw. -innen in Österreich 2021. Die Österreicher bzw. Österreicherinnen haben Zahlen, weil die Tätigkeit dem Bereich der Wirtschaftskammer zugeordnet ist. 50 % kommen aus Rumänien. Ein Drittel kommt aus der Slowakei, Kroatien, Ungarn, Bulgarien, Tschechien und Slowenien und 2 % sind Österreicher bzw. Österreicherinnen. Dabei geht es um die Alten in den eigenen Familien. Es liegt eine klassische arbeitsmigrantische Arbeitsform vor. Die hat sozialrechtliche

Ausstattungen: Familienleistungen nur für in Österreich lebende Familien von Betreuenden (inzwischen vom Europäischen Gerichtshof als rechtswidrig eingestuft): Die Leistung selbst ist chronisch unterfinanziert. Auch bei der letzten Reform in diesem Jahr ist die Finanzierung dieses Bereiches vergessen worden. Die Vermittelnden arbeiten mit Inkassostrukturen. Weiter hat man versucht, mit landesrechtlichen Regelungen mehr Menschen zu gewinnen und hat gemerkt, dass eine solche Lösung nur für bisher nicht-erwerbstätige Frauen über 50 attraktiv ist. Der Korrekturvorschlag, den der jetzige Sozialminister in Österreich macht, ist mehr unselbstständige Personenbetreuung zu schaffen. Das heißt, genau den Weg zurückzugehen und das Argument der Scheinselbstständigkeit vom Tisch zu kriegen und auf diese Weise, das ganze legaler zu gestalten. Dadurch, dass die Österreicher und Österreicherinnen Zahlen haben, haben sie einen Überblick über die faktische Situation. Margit Schober hat eine Masterarbeit über die 24-Stunden-Betreuung in Österreich geschrieben (Die 24 Stunden Betreuung in Österreich. Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von selbstständigen Personenbetreuerinnen, Linz 2020) und hat dazu tausend Menschen befragt und folgendes festgestellt: »Das Zusammenleben (...) wird oftmals als belastend wahrgenommen. Erlebnisse sind selten, Eintönigkeit prägt den Alltag. Auch die permanente Konfrontation mit Krankheit und Vergänglichkeit bedarf psychischer Stärke. Die Unterbringung der Betreuenden variiert und entspricht manchmal nicht dem Standard. In ihrem Heimatland übernehmen die Personenbetreuenden häufig dieselben Aufgaben und müssen sich um ihre Familien kümmern, weshalb es zu einer Doppelbelastung kommt.« Aber, und das hebe ich besonders hervor, »vor allem an Demenz erkrankte Menschen bedürfen intensiver Pflege, die auch nachts sichergestellt sein muss. Eine Demenzerkrankung kann bei der betroffenen Person eine Veränderung im Lebensrhythmus bewirken.« (S. 83) Bekannte Phänomene: Die Mitarbeitenden, die in diesem Bereich als 24-Stunden-Kraft arbeiten, sind nicht ausreichend qualifiziert und begleitet in dieser Tätigkeit. Ich empfehle diese beeindruckende Studie. Österreich hat es nicht geschafft, in seiner »Regulierung«, aus einem Geschäftsmodell selbständiger Beschäftigung einen Lösungsansatz für ein gesellschaftliches Problem zu machen.

Der Blick von außen als zweites Beispiel – »Parish Safeguarding«, Church of England, ein Handbuch für eine landesweite Initiative, für viele Akteure. Es geht um Missbrauch, es geht um Gewalterfahrungen, physische Gewalt, sexuelle Gewalt, psychologische Gewalt, finanzielle Missachtung, Diskriminierung, Missbrauch in und durch Organisationen auch und im Besonderen in der Pflege. Es geht um Awareness-Bildung. Eine Kampagne, die quer über das ganze Land läuft,

die ganz eng verzahnt ist mit den unterschiedlichen Initiativen anderer Akteure so z. B. den Alzheimergesellschaften und so weiter. Das ist eine hervorragende Kampagne, die deutlich macht, dass alles, was wir in Deutschland sektoral lösen und sektoral lösen wollen, als eine gesellschaftliche Initiative geplant ist und durchgeführt wird. Das ist ein ganz breites Programm, das seit mehreren Jahren läuft und was ausgesprochen erfolgreich ist.

Ich komme zum Schluss: Prekäre Arbeit kann nicht als gute Pflege gelten, auch wenn die Mitarbeitenden Respekt verdienen. Produkt und Dienstleistung sind nicht zu trennen. Wir brauchen Zahlen und Transparenzberichte. Bedarfs- und Qualitätssicherungsbeschreibungen ohne neue Schnittstelle zum Teilhabe- und zum Betreuungsrecht. Wie geht das in der ambulanten Pflege, in der ambulanten Wohnung? Die Erarbeitung rechtlicher Rahmenbedingungen, arbeitsrechtlicher Rahmenbedingungen, pflegerische leistungsrechtliche Teilhabestandards sind notwendig. Ohne eine saubere, nachhaltige Leistungsbeschreibung ist die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft kein Angebot für alle. Sie ist nur ein Luxusmodell der Vergangenheit.

Was kann man tun? Es geht um Teilhabe und um regelhafte Stärkung von Ressourcen. Das Pflegeversicherungsgesetz sagt: Es ist eine gemeinsame, gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Vorrangig ist es, die Marginalisierung der »Kommunen als Orte von Seelsorge und Pflege« (Klie) rückgängig zu machen. Dafür muss man die Gesetzgebung ändern. Investitionen in diesem Feld haben vergleichbare Bedeutung für die Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels. Kommunale Netzwerke sind nicht nur für die älter werdenden Baby-Boomer langfristig eine zentrale Herausforderung, es geht um die Frage wie die Angehörigen dieser Generationen ihre Kompetenzen einbringen können und wir haben es in der Hand, die Rahmenbedingungen dafür zu fordern und zu gestalten. Entscheidend dafür ist die Anerkennung von Angehörigen, die Stärkung von personenzentrierten Hilfen im häuslichen Umfeld und die regelhafte Absicherung von Kooperationsbedingungen. Ich bin der festen Überzeugung, dass man sich das angucken muss, was das Gesetz hergibt und konsequent tatsächlich umsetzen muss. Da geht es um die Weiterentwicklung der ambulanten und auch der stationären Pflege.

Wenn Herr Brysch von der Stiftung Patientenschutz in der letzten Woche nach seiner Umfrage herausstellt, dass 31 % der Leute nicht ins Heim wollen, oder aus diesem Grund lieber einen assistierten Suizid haben wollen, dann ist das ein Indiz dafür, dass unsere Palliativ- und unsere Hospizarbeit ausgebaut werden muss. Ich nenne als nächstes Beispiel die bessere Nutzung und Vernetzung vorhandener Beratungsangebote. Alle bestehenden Beratungsangebote hat Ralf Ihl

vorhin genannt, sie müssen in einem System verbessert kooperieren. Das gilt auch für andere, schon leistungsrechtlich vorhandene Angebote, z. B. Tagespflege. Sie soll es Frauen seit 1995 erleichtern, als pflegende Angehörige gleichzeitig ihren Beruf auszuüben. Dieser Aspekt spielt in der Gestaltung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung bis heute keine Rolle. Auch eine neue Studie des Familienministeriums zur »Vereinbarkeit von Pflege und Beruf« (Bericht des Beirats (2019) Info 2021) bringt in dieser Frage keinen Fortschritt, bezeichnend sind in dieser Hinsicht die fünf Sondervoten aus dem Bereich der Arbeitgeberverbände. Die Chancen, die die Pflegereform geboten hat sind nicht genutzt worden, sondern in die finanziell bessere Ausstattung der Tagespflege als gewerbsmäßiges Modell hineingeflossen.

Beispiele für andere Modelle, die Leistungsrecht und zivilgesellschaftliches Engagement kombinieren gibt es seit langem, so das Modell »So-wie-Daheim« im Main-Kinzig-Kreis, das im Jahr 2012 den Innovationspreis des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) erhalten hat. Es käme darauf an, daraus Regelangebote zu machen. Mit der finanziellen Besserstellung der Tagespflege als Geschäftsmodell sind die Leistungszahlen zwar stark angewachsen, strukturell wurde nichts bewegt. Und das ist das große Problem. Wir müssen an dieser Stelle, weil es um unsere Generation geht, mehr für die Stärkung der Teilhabe und die regelhafte Stärkung von Ressourcen tun. Ursula Lehr hat immer wieder auf den Grundsatz hingewiesen: »Prävention vor der Pflege ist dringend notwendig zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und die Rehabilitation in und bei der Pflege ist ebenso notwendig zur Verhinderung der Verschlechterung der körperlichen und sozialen Situation.«

Fazit: Das Modell der 24-Stunden-Pflege ist ein Modell, das tatsächlich der Vergangenheit verpflichtet ist, weil es nur Ressourcen verbraucht, aber nicht pflegt oder gar aufbaut. Stellen Sie sich bitte mal vor, wie es wäre, wenn die 150.000 Assistenzkräfte und Pflegepersonen aus Mitteleuropa dem regulären Pflegemarkt zur Verfügung stehen würden und es gelänge Hilfemixstrukturen zu gestalten. Man kann es sich kaum vorstellen. Aber man muss es bezahlen. Selbst die Österreicher und Österreicherinnen wollen den Beschäftigungssektor mit Mindestlohn haben. Einfach wird es nicht. Die regelhafte Absicherung von Kooperationsbeziehungen des Hilfemix und der Teilhabe ist wesentlich für die personenzentrierte Struktur in der Pflege und dazu gehört die bessere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe. Darauf hat Herr Ihl besonders hingewiesen. Weiter müssen wir den Transfer schaffen zum zivilgesellschaftlichen Engagement.

IV Rehabilitation und Teilhabe

Teilhabeplanung: Von der Akutbehandlung zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe

Michael Konrad

Das gegliederte Sozialrechtssystem in Deutschland erfordert besondere Aufmerksamkeit für die Ermittlung und Koordinierung der Leistungen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden meist in psychiatrischen Kliniken behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer ist zwischenzeitlich auf 20 bis 25 Tage gesunken. In dieser Zeit kann die akute Krise auf ein Funktionsniveau eingestellt werden, mit dem eine Entlassung aus der Klinik möglich ist. Das gleiche gilt für die Stationsäquivalente Behandlung (StäB), die den Vorteil hat, dass das soziale Umfeld in die Behandlung einbezogen werden konnte. Getragen wird die stationäre Behandlung und StäB über Leistungen der Krankenbehandlung nach dem SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung).

Von der psychiatrischen Akutbehandlung zur Rehabilitation?

Im Rahmen der Psychiatrie-Enquête war eine der zentralen Forderungen die Gleichstellung psychisch erkrankter mit somatisch erkrankten Menschen. Im Hinblick auf die stationäre Behandlung hat sich in den letzten 45 Jahren einiges getan. Die psychiatrischen Anstalten haben sich zu modernen Kliniken gewandelt, die psychiatrischen Abteilungen haben an Zahl und Bedeutung stark zugenommen, psychiatrische Universitätskliniken beteiligen sich an der Pflichtversorgung und die Behandlung ist in stationärer, teilstationärer, ambulanter sowie stationsäquivalenter Form möglich.

Im Hinblick auf Rehabilitationsleistungen ist die psychiatrische Versorgung von einer Gleichstellung weit entfernt. Während eine stationäre Anschlussrehabilitation sowohl in stationärer wie in ambulanter Form für Menschen mit orthopädischen, neurologischen und internistischen Erkrankungen zum Standardangebot gehört, ist die komplexe multiprofessionelle Rehabilitationsleistung nahezu ausschließlich psychosomatisch und leicht psychisch erkrankten sowie abhängigkeiterkrankten Personen vorbehalten. Schwer psychisch erkrankte Menschen werden in der Rahmenempfehlung zur medizinischen Rehabilitation bei

psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ausdrücklich ausgeschlossen (BAR 2004).

In den 1980er Jahren waren im Rahmen eines Modellprojekts Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) entstanden. Ziele und Zugangsvoraussetzungen wurden durch die »Empfehlungsvereinbarung RPK vom 17. November 1986« geregelt. Jedes Bundesland sollte eine RPK-Einrichtung mit 50 Belegplätzen anbieten, um mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung Schlüsse für eine flächendeckende Versorgung des medizinisch-beruflichen Komplexleistungsangebots zu ziehen. Der flächendeckende Ausbau hat bis heute nicht stattgefunden. Im September 2022 werden auf REHADAT-Adressen bundesweit 65 RPK angegeben. Leistungen in einer RPK erhielten im Jahr 2019 gerade einmal 2.650 Personen (REHADAT 2022), während mehr als 200.000 seelisch Behinderte in unterstützten Wohnformen der Eingliederungshilfe registriert wurden (BAGüS 2020). Die RPK sind hochschwellig, da die Maßnahme zwischenzeitlich zwar ambulant, aber nicht im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen stattfinden kann. Außerdem erfüllt der größte Teil der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht die Voraussetzungen für die Aufnahme in eine RPK, da die Prognose der Erwerbsfähigkeit am Ende der Maßnahme im sozialmedizinischen Gutachten in der Regel nicht erreicht werden kann.

Leistungen der Mobilen Rehabilitation

Rechtlich hätten die Personen mit schweren psychischen Erkrankungen einen Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld gehabt. § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB V regelt seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 1. Mai 2007: *»Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Absatz 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht, dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.«*

Mobile medizinische Rehabilitationsleistungen in Ergänzung zu ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen wurden in der Erkenntnis geschaffen, dass ein Teil der Menschen mit Rehabilitationsbedarf nicht von den Komplexleistungen in einer Einrichtung außerhalb des gewohnten Umfeldes profitiert. Die Idee der mobilen medizinischen Rehabilitation unabhängig von der beruflichen Eingliederung entstand parallel zu der Einführung des Pflegeversicherungsge-

setzes SGB XI (Soziale Pflegeversicherung). Es war offensichtlich, dass betagte, multimorbide Menschen multiprofessionelle Rehabilitationsleistungen benötigten, mit denen gem. § 11 Absatz 2 SGB V »eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern« sind.

In einem Modellprojekt war die **Mobile Geriatrische Rehabilitation** erprobt, mit den Rahmenempfehlungen mobile geriatrische Rehabilitation vom 01.05.2007 in die geriatrische Versorgung eingeführt und an verschiedenen Standorten aufgebaut worden. Die Mobile Rehabilitation (MoRe) hat, wie der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. (BAG MoRe) Rudolf Siegert feststellte »den typischen Alltag als Übungsfeld« (Siegert 2019, S. 5) und findet »ausschließlich im Lebensumfeld der Patienten« statt, sie sei »keine Konkurrenz zu existierenden Angeboten, sondern ein additives Angebot« (ebd., S. 7). An der psychiatrischen Versorgung ging die Leistung der MoRe unbeachtet vorbei. Selbst für die Gerontopsychiatrie, die bereits seit geraumer Zeit die Überfüllung der Stationen und die kurze Verweildauer ohne adäquate Anschlussversorgung beklagt, blieb die Mobile Geriatrische Rehabilitation unentdeckt.

Die BAG MoRe sah insbesondere in der neurologischen Rehabilitation naheliegende Anwendungsmöglichkeiten. Lübke (2019) beklagte die »*Unterschätzung des Potentials einer wichtigen Rehabilitationsleistung*«. Nach intensiven Diskussionen wurden die gemeinsamen Rahmenempfehlungen überarbeitet und am 01.06.2021 mit der Erweiterung um Leistungen der »**Mobilen Indikationsspezifischen Rehabilitation**« veröffentlicht (Spitzenverband Bund der Krankenkassen – GKV-Spitzenverband 2021). Die indikationsspezifische mobile Rehabilitation umfasst die Personengruppe mit schweren psychischen Erkrankungen, nämlich Personen mit »*erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen.*« (GKV-Spitzenverband 2021, S.36). Nach RIBBERT-ELIAS (2021) eignet sich die MoRe aus der Sicht des Case Managements der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem für Menschen in »*schwierigen Kommunikationssituationen*« und für Personengruppen, »*für die eine positive Rehabilitationsprognose nur im mobilen Setting zu erwarten ist*« (ebd., S. 148).

Die Weiterentwicklung der mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation zu einer mobilen psychiatrischen Rehabilitation liegt nahe und könnte den nahtlosen Anschluss an die teilstationäre, stationäre oder stationsäquivalente (StäB) Krankenbehandlung gewährleisten. Die erste Modellerprobung wurde von

der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH Stuttgart (RSS) im Rahmen eines vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration (MSGI) Baden-Württemberg geförderten Projekts durchgeführt (FEGERT et al., 2022a, b; WALBURG 2022). Die Leistung der Mobilien Psychiatrischen Rehabilitation könnte die Umsetzung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. – DGPPN 2019) befördern. Auf die Empfehlung 1: »Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden...« (ebd., S. 36) folgt eine Vielzahl von Empfehlungen für evidenzbasierte Interventionen, die sozialrechtlich meist nicht im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen umgesetzt werden können.

Von der Behandlungsplanung zur Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung unterscheidet sich fundamental von der Behandlungsplanung. In der Behandlungsplanung geht es gem. § 27, Absatz 1 SGB V darum, *»eine Erkrankung zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern«*. Dazu sind folgende für die psychiatrische Behandlung relevante Leistungen vorgesehen, 1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, 4. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, 5. Krankenhausbehandlung, 6. Leistungen der Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Ausgangspunkt der Behandlungsplanung ist eine differenzierte Diagnose auf Grundlage einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Untersuchung, die Behandlung erfolgt nach den von den Fachgesellschaften erarbeiteten Standards auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin. Maßnahmen der Rehabilitation sind in der Behandlungsplanung beinhaltet. Wenn das Ziel die berufliche Wiedereingliederung ist, wird die stationäre Anschlussrehabilitation vom Träger der Rentenversicherung übernommen. Um eine ambulante **Komplexbehandlung** für schwer psychisch kranke Menschen sicherzustellen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss die *»Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf«* beschlossen. Auch sie ist wie alle Leistungen der Krankenbehandlung nach SGB V auf den Krankheitsfall begrenzt.

Droht die Erkrankung trotz umfassender Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu chronifizieren, geht die deutsche Sozialgesetzgebung von einer bestehenden oder drohenden Behinderung aus. Dann erfolgt der Zugang zu den Leistungen der Rehabilitation nicht mehr über das SGB V, sondern über das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen). Es geht dann nicht mehr um Krankenbehandlung, sondern gem. § 1 SGB IX, um die **volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe** am gesellschaftlichen Leben. Rehabilitationsplanung ist dann Teilhabeplanung. Diese erfolgt nicht mehr auf Grundlage der Krankheitsdiagnose (ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), sondern der Behinderung, die auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) festgestellt werden muss.

Definition und Erfassung der Behinderung

Der Unterschied zwischen Krankheit und Behinderung liegt vor allem darin, dass die Behinderung im Gegensatz zu der Erkrankung kein Merkmal der Person ist. Während der Behinderungsbegriff in der Vergangenheit auf dem störungsspezifischen Modell der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) von 1980 beruhte, wird er jetzt auf Grundlage des biopsychosozialen Modells von Gesundheit der ICF von 2001 definiert. Der Behinderungsbegriff der ICF wurde in das durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) veränderte SGB IX übernommen. Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 SGB IX *»Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können«*.

Das Merkmal der Person ist demnach nicht mehr die Behinderung, sondern die Beeinträchtigung. § 2 Satz 2 SGB IX besagt: *»Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht«*. Aufgrund der Erwähnung des Körperzustandes bauen sich für die psychiatrische Versorgung die größten Missverständnisse auf, die durch den Rückfall auf den vermeintlichen Gegensatz von Körper und Geist entsteht. Dabei wird niemand ernsthaft bezweifeln, dass das Gehirn zum Körper gehört. Die seelische Beeinträchtigung wird mit Kapitel 1 der Komponente *»Körperfunktionen und -strukturen«* festgestellt, das die *»Mentalen Funktionen«*

erfasst. Der große Vorzug gegenüber dem Störungsmodell ist der ressourcenorientierte Ansatz der ICF. Es müssen nicht nur die **Beeinträchtigungen** der mentalen Funktionen erfasst werden, sondern auch besondere **Stärken und Fähigkeiten**.

MENTALE FUNKTIONEN	
Globale mentale Funktionen (b110 – b139)	Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)
–	–
b110 Funktionen des Bewusstseins	b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
–	–
b114 Funktionen der Orientierung	b144 Funktionen des Gedächtnisses
–	–
b117 Funktionen der Intelligenz	b147 Psychomotorische Funktionen
–	–
b122 Globale psychosoziale Funktionen	b152 Emotionale Funktionen
–	–
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	b156 Funktionen der Wahrnehmung
–	–
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	b160 Funktionen des Denkens
–	–
b134 Funktionen des Schlafes	b164 Höhere kognitive Funktionen
–	–
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen
	–
	b172 Das Rechnen betreffende Funktionen
	–
	b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
	–
	b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen
	–
	b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet
	–
	b198 Mentale Funktionen, anders bezeichnet
	–
	b199 Mentale Funktionen, nicht näher bezeichnet

Abb. 1: Mentale Funktionen der ICF (aus KONRAD & DELLMANN, S. 35)

Die mentalen Funktionen werden als globale und spezifische Funktionen (Abb. 1) mit dem Buchstaben b für Body (Körper), der ersten Ziffer 1 für Kapitel 1 der Komponente Körperfunktionen, einer zweistelligen Ziffer für den Funktionsoberbegriff (z. B. b156: Funktionen der Wahrnehmung) und bei manchen Funktionen noch mit einer vierten Ziffer für Unterfunktionen erfasst. Das hört sich

kompliziert an, ist aber sinnvoll. Für die Rehabilitationsleistung ist nicht relevant, ob eine Person die Diagnose Schizophrenie hat, aber es ist relevant, ob sie auditive (b1560), visuelle (b1561), geruchsbezogene (b1562) oder geschmackliche (b1563) Wahrnehmungsbeeinträchtigungen hat und wie diese ausgeprägt sind. Für die Feststellung von Ressourcen ist z. B. die Kategorie »Funktionen von Temperament und Persönlichkeit« (b126) relevant, in der sich Funktionen wie Extraversion (b1260), Umgänglichkeit (b1261), »Gewissenhaftigkeit« (b1262), »Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen« (b1264), Optimismus (b1265) oder »Zuverlässigkeit« (b1267) finden. Die Stärken in den mentalen Funktionen dienen als Ressource in den »Personbezogenen Faktoren« (s. u.).

Das Problem der seelischen Beeinträchtigung ist, dass die mentalen Funktionen erschlossen werden müssen und dafür eine ausführliche Anamnese erforderlich ist. Sie ist aber der Bezugspunkt der Feststellung einer Behinderung, wie die Funktionsfähigkeit bei einer Körper- oder Sinnesbeeinträchtigung oder der Grad der Intelligenzminderung bei einer geistigen Beeinträchtigung. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bedingt die Fähigkeit zur Durchführung einer Handlung (Aktivität) und damit das Einbezogensein in Lebenssituationen (Partizipation). Erst in Wechselwirkung mit den Kontextvariablen (Umweltfaktoren und Personbezogene Faktoren) kann das Ausmaß der Behinderung als Teilhabebeeinträchtigung festgestellt werden. Diese erfolgt mit einem Instrument, das sich an der ICF (WHO 2005) orientiert und die Komponenten »Körperfunktionen und -strukturen« (ebd., S.39 – 154), »Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)« (ebd., S. 155 – 217), Umweltfaktoren (ebd., S. 218 – 265) und Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert, vgl. GROTKAMP et al. 2020) erfasst.

Eine Behinderung in Form einer Teilhabebeeinträchtigung liegt jedoch sozialrechtlich erst dann vor, wenn sie die betroffene Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft hindert. Dieser zeitliche Aspekt war notwendig, um die Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen von den Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Krankenbehandlung für die Gesamtbevölkerung abzugrenzen. Daher wurde in § 2 SGB IX noch ein dritter Satz angefügt: *»Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist«*. Ein Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation des SGB IX besteht immer dann, wenn bereits eine chronische Erkrankung besteht oder sie durch diese Leistungen verhindert werden kann (WELTI 2022).

Anpassung des SGB IX an die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention

Das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – wurde zum 19. Juni 2001 in die Reihe der Sozialgesetzbücher eingefügt. Es war kein Leistungsgesetz, sondern traf Regelungen für die sieben Rehabilitationsträger über die entsprechenden Sozialgesetzbücher hinweg. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation blieben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in ihrem gewohnten Umfeld weiterhin verschlossen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation waren zwar in § 26 SGB IX gesetzlich verankert worden. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen richteten sich jedoch nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 SGB IX). Durch den Verweis auf die Voraussetzungen konnten die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Gewährung von Leistungen der aufsuchenden Rehabilitation, die nach § 26 SGB IX möglich gewesen wären, ablehnen. Der Effekt war, dass die Zahl der psychisch erkrankten Leistungsempfänger von Leistungen in betreuten Wohnformen der Eingliederungshilfe – insbesondere dem ambulant betreuten Wohnen – immens anstieg. Ende des Jahres 2018 erhielten erstmals mehr Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung Leistungen in betreuten Wohnformen als Menschen mit geistiger Behinderung.

Bereits 2007 forderten die Bundesländer eine geänderte rechtliche Regelung der Eingliederungshilfe. Die 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat am 15./16. November 2007 die Bundesregierung aufgefordert, *»einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu erarbeiten und eine Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe zu prüfen«*. Mit der im Jahr 2009 von der Bundesregierung ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) war dann klar, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht im SGB XII (Sozialhilfe) verbleiben konnten (Konrad & Rosemann 2020). Sie sollten aus dem Sozialhilfegesetz herausgenommen und in das Rehabilitationsgesetz SGB IX integriert werden.

Das BTHG sollte diese Überführung leisten und fügte dem SGB IX einen neuen zweiten Teil hinzu. Aber auch der allgemeine erste Teil des SGB IX war reformbedürftig. Artikel 26 UN-BRK, Habilitation und Rehabilitation bestimmt, dass *»Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen (sind), ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu*

bewahren«. Damit war die dringende Notwendigkeit entstanden, Menschen mit Behinderung den vollen Zugang zu Leistungen insbesondere der medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen.

Dass der Zugang zu Rehabilitationsleistungen ein zentrales Thema war, zeigt der Kommentar zum Gesetzesentwurf: »Das SGB IX, Teil 1 ist das Ergebnis einer fast drei Jahrzehnte währenden Diskussion über ein **einheitliches Rehabilitationsrecht für Menschen mit Behinderungen** (Hervorh. M. K.). Im Fokus stand dabei immer die Frage, ob für Rehabilitationsleistungen ein neuer und eigenständiger Sozialleistungszweig mit einem eigenständigen Leistungsträger geschaffen oder das bestehende, über alle Sozialleistungsgebiete ausstrahlende Behindertenrecht, besser koordiniert und übersichtlicher ausgestaltet werden sollte.« (Deutscher Bundestag 2016, S. 192). Die Interessensvertretungen der Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen sowie einzelne Sozialrechtsexperten wie Harry Fuchs waren klare Befürworter dieser Lösung. Aber: »Der Gesetzgeber hat sich dazu entschieden, an dem gegliederten System festzuhalten« (ebd.).

Der fehlende Zugang von Menschen mit wesentlichen Behinderungen zu den vorrangigen Rehabilitationsleistungen musste jedoch beseitigt werden – schließlich wurde das BTHG in einem umfassenden Beteiligungsprozess zusammen mit den Betroffenen erstellt. Der Kommentar fährt daher fort: »Er hat aber Vorkehrungen und Instrumente geschaffen, die Nachteile des gegliederten Systems zu reduzieren bzw. zu beseitigen.« (ebd.). Der Ansatz für die Reduzierung der Nachteile war die Änderung von § 7 SGB IX mit dem für Nicht-Juristen harmlos klingenden Titel »Vorbehalt abweichender Regelungen«. Danach richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe immer noch nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. »Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor.« (ebd.).

Die Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX, nämlich 1. die gesetzlichen Krankenkassen, 2. die Bundesagentur für Arbeit, 3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, 4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, 5. die Träger der Kriegsopferfürsorge zur sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden, 6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe, 7. die Träger der Eingliederungshilfe, haben sich bei der Bewilligung von Leistungen für Menschen mit Behinderungen an die Vorschriften zur *Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen* (Kapitel 2), zur *Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs* (Kapitel 3) und zur *Koordinierung der Leistungen* (Kapitel 4) zu halten. Dadurch soll eine einheitliche Rehabilitationspraxis herbeigeführt werden, mit der der Tendenz zu isolierter

Problembetrachtung der Rehabilitationsträger im Interesse der Menschen mit Behinderungen effektiv und praxisnah entgegengewirkt wird (ULRICH 2022).

Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Behinderung

Die Selbsthilfverbände der Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen hatten sich an den Diskussionen um das BTHG nur marginal beteiligt und die Interessensverbände wie die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP), der Dachverband Gemeindepsychiatrie und die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (APK) beschäftigten sich im Wesentlichen mit den Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation verorteten sie ausschließlich im SGB V und sahen damit auch die alleinige Zuständigkeit beim Bundesgesundheitsministerium. In § 26 SGB IX vom 19.07.2001 waren die Leistungen der Medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen allerdings wesentlich detaillierter beschrieben als im SGB V. Sie wurden wortgleich in § 42 SGB IX ab 01.01.2018 übernommen (Abb. 2).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
 2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,
 3. Arznei- und Verbandsmittel,
 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 6. Hilfsmittel sowie

7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Abbildung 2: § 42 SGB IX (KONRAD & DELLMANN, S. 68 f.)

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, eine Verschlimmerung verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden, mindern, eine Verschlimmerung verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern. Werden diese Ziele ernstgenommen, so müssen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen nicht nur vor Rente, sondern auch vor oder parallel zu Leistungen der sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden. Psychiatrische Kliniken, die eine integrierte Versorgung mit einem Regionalbudget nach § 64b SGB V anbieten, erbringen die Leistungen zum Teil außerhalb der Klinik und verlagern einen Teil ihrer Betten in den ambulanten Bereich (HEISSLER 2022, DEISTER 2022). Damit wird aber das Recht von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht eingelöst.

Als Rehabilitationsleistungen nach individuellem Bedarf können die Leistungen nach § 42 Absatz 2 SGB IX erbracht werden, da in § 43 SGB IX festgelegt ist, dass die in § 42 Absatz 1 SGB IX definierten Ziele auch für Leistungen der Krankenbehandlung gelten. Damit kann die Leistung der mobilen Rehabilitation als ambulante Komplexleistung (KUHN-ZUBER 2022) und Teil eines umfassenden

ambulanten Rehabilitationsprogramms nach SGB IX erbracht werden. Insbesondere die Leistungen nach Absatz 3, § 42 SGB IX können mit dem Konzept der mobilen psychiatrischen Rehabilitation – wenn erforderlich neben Leistungen der Sozialen Teilhabe – durch das multiprofessionelle Team erbracht werden. Nach Beendigung der Komplexleistung der mobilen Rehabilitation können einzelne Leistungen der Krankenbehandlung wie Psychiatrische Häusliche Krankenpflege, ambulante Soziotherapie oder ambulante Ergotherapie als rehabilitationsstützende Leistungen bei Bedarf erbracht werden.

Teilhabeplanung als Voraussetzung einer komplexen Rehabilitationsleistung im gewohnten Lebensumfeld.

In der Regel wurden in den vergangenen zwanzig Jahren Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nach einer schweren oder mehreren psychischen Krisen als einzige Alternative zu der RPK genutzt. In verschiedenen Bundesländern wurden zur Ermittlung des Hilfebedarfs Varianten des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) verwendet. Mit dem IBRP wurden 1. Psychische Störungen und Fähigkeiten zu deren Bewältigung, 2. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen, 3. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen in den Lebensfeldern a) Selbstsorge/Wohnen, b) arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung, c) Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die vorrangigen angestrebten Ziele in Bezug auf Lebenssituation, Bewältigungsverhalten und Symptomatik ermittelt. Entsprechend des vom überörtlichen Sozialhilfeträger anerkannten Bedarfs erhielt die leistungsberechtigte Person Hilfen im betreuten Wohnen oder einem tagesstrukturierenden Angebot. Die vorrangigen Rehabilitationsträger hatten mit dem Hilfeplanverfahren nichts zu tun.

Auf Grundlage der Vorschriften in den Kapiteln 3 und 4 SGB IX Teil 1 muss zunächst der Rehabilitationsbedarf erkannt werden und das bedeutet nach der Logik des neuen Behinderungsbegriffs, ob sich aus einer Erkrankung eine Behinderung entwickelt. Alle Rehabilitationsträger müssen nach § 12 SGB IX durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass der Rehabilitationsbedarf **frühzeitig** erkannt und auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Dazu benennen sie **Ansprechstellen**, an die sich Leistungsberechtigte oder Arbeitgeber wenden können. Zusätzlich haben die Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderung erreicht, dass von der Bundesregierung finanzierte Stellen der Ergänzenden unabhängigen Teilha-

beberatung (EUTB[®]) eingerichtet wurden, um die Selbstbestimmung behinderter Menschen durch Peer-Beratung zu fördern.

Die Rehabilitationsträger müssen nach § 13 SGB IX den gesamten individuellen Rehabilitationsbedarf einheitlich und überprüfbar ermitteln. Dazu verwenden sie systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente müssen eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten und die Dokumentation sowie die Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung sichern. Die Instrumente erfassen insbesondere: *1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, 2. welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, 3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und 4. welche Leistungen im Sinne einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.* Die Instrumente sind sicherlich ein Nadelöhr der einheitlichen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Die in § 26 Absatz 2 Nummer 7 SGB IX vorgeschriebenen gemeinsamen Empfehlungen liegen noch nicht vor. Lediglich für den Träger der Eingliederungshilfe gelten gesetzlich festgelegte Vorschriften für die Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung (s. u.).

Der Teilhabeplan

Der Teilhabeplan ist das Kernstück zur Koordinierung der Leistungen nach SGB IX für Personengruppen mit komplexem Teilhabebedarf.

§ 19 SGB IX Teilhabeplan

(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich oder elektronisch so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.

Im Teilhabeplan wird das Prinzip der Leistungen wie aus einer Hand realisiert. Die Phase der Planung wird mit dieser Vorschrift ernst genommen und verpflichtet die beteiligten Rehabilitationsträger nicht nur zu einer sorgfältigen Abstimmung der voraussichtlich erforderlichen Leistungen, sondern auch zu einer Abstimmung der Planungsinstrumente. Da die Instrumente den Bedarf funktionsbezogen erfassen müssen, sollen sie sich an der ICF orientieren. Dies

erleichtert auch die Abstimmung mit dem Träger der Eingliederungshilfe (s. u.). Erst die Abstimmung der beteiligten Rehabilitationsträger stellt sicher, dass die leistungsberechtigte Person die Leistungen erhält, die für die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erforderlich sind. Frei von Krankheitssymptomen muss sie nicht werden.

Für die Abstimmung der Rehabilitationsträger ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX unverzichtbar (Abb. 3).

(1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabekonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger eine Teilhabekonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag kann abgewichen werden, wenn eine Einwilligung nach § 23 Absatz 2 nicht erteilt wurde oder Einvernehmen der beteiligten Leistungsträger besteht, dass

1. der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder
2. der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

(2) Wird von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten auf Durchführung einer Teilhabekonferenz abgewichen, sind die Leistungsberechtigten über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren und hierzu anzuhören. Von dem Vorschlag der Leistungsberechtigten kann nicht abgewichen werden, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden.

(3) An der Teilhabekonferenz nehmen Beteiligte nach § 12 des Zehnten Buches sowie auf Wunsch der Leistungsberechtigten die Bevollmächtigten und Beistände nach § 13 des Zehnten Buches sowie sonstige Vertrauenspersonen teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabekonferenz teilnehmen. Vor der Durchführung einer Teilhabekonferenz sollen die Leistungsberechtigten auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 besonders hingewiesen werden.

Abbildung 3: § 20 SGB IX Teilhabekonferenz (KONRAD & DELLMANN 2022, S. 66 f.)

Beteiligte nach § 12 SGB X sind unter anderen »*diejenigen, mit denen die Behörde einen öffentlich-rechtlichen Vertrag schließen will oder geschlossen hat*«, also Leistungserbringer, mit denen ein Versorgungsvertrag oder eine Leistungsvereinbarung besteht. Damit wären alle relevanten Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu beteiligen. Außerdem kann auf Wunsch der leistungsberechtigten Person eine Vertrauensperson an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen, bei Leistungen der Eingliederungshilfe ist dies für das gesamte Verfahren verpflichtend.

Teilhabeplanung als Gesamtplanverfahren

Der Träger der Eingliederungshilfe ist verpflichtet, den Bedarf für **alle** Teilhabeleistungen festzustellen. Er muss daher bei der Durchführung der Teilhabeplankonferenz gem. § 21 SGB IX die Vorschriften der Gesamtplanung **ergänzend** beachten, das Gesamtplanverfahren ist ein Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens. Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten nach § 99 SGB IX Absatz 1 »*Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.*«

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es nach § 90 Absatz 1, »*Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.*«

Die Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation zunächst nicht, die Genesung zu fördern, sondern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz der bestehenden Beeinträchtigung sicherzustellen. Wenn eine Person mit einer Suchterkrankung es nicht schafft, ohne Suchtmittel zu leben, ist es die Aufgabe der Eingliederungshilfe sie bei der individuellen Lebensführung trotz Suchtmittelkonsums zu unterstützen. Diese Unterstützung erfolgt durch die Leistungen der Sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX, die in erster Linie als Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbracht und vom Träger der Eingliederungshilfe übernommen werden. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX von

der Krankenversicherung zur Beeinflussung der psychischen Beeinträchtigung erbracht werden. § 90 schließt diese Leistungen ein (Abb. 4).

(2) Besondere Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es, eine Beeinträchtigung nach § 99 Absatz 1 abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Leistungsberechtigten soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(3) Besondere Aufgabe der Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung der Leistungsberechtigten entsprechenden Beschäftigung sowie die Weiterentwicklung ihrer Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit zu fördern.

(4) Besondere Aufgabe der Teilhabe an Bildung ist es, Leistungsberechtigten eine ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung für einen Beruf zur Förderung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

(5) Besondere Aufgabe der Sozialen Teilhabe ist es, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Abb. 4: § 90 Nummer 2-5, SGB IX Aufgabe der Eingliederungshilfe (KONRAD 2022, S.20 f.)

Um die Aufgabe der Eingliederungshilfe umzusetzen, wurden dezidierte Vorschriften für das Gesamtplanverfahren erlassen, die über die Vorschriften der Teilhabeplanung hinausgehen. Das Gesamtplanverfahren ist Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens. Der zentrale Unterschied ist die Beteiligung der leistungsberechtigten Person in allen Schritten. Schließlich geht es um die **Lebensplanung und -führung**, die nicht über den Kopf der leistungsberechtigten Person erfolgen kann.

Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen (Abb. 5):

(1) Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:

1. Beteiligung des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Beratung,
2. Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen,
3. Beachtung der Kriterien
 - a) transparent,
 - b) trägerübergreifend,
 - c) interdisziplinär,

- d) konsensorientiert,
 - e) individuell,
 - f) lebensweltbezogen,
 - g) sozialraumorientiert und
 - h) zielorientiert,
 - 4. Ermittlung des individuellen Bedarfes,
 - 5. Durchführung einer Gesamtkonferenz,
 - 6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtkonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.
- (2) Am Gesamtplanverfahren wird auf Verlangen der Leistungsberechtigten eine Person ihres Vertrauens beteiligt.

Abbildung 5: § 117 SGB IX Gesamtplanverfahren

Im Gegensatz zu den vorrangigen Rehabilitationsleistungen ist es für die Leistungen zur individuellen Lebensführung erheblich, dass die leistungsberechtigte Person Wünsche zu Ziel und Art der Leistungen formuliert. Die Kriterien unter Nummer 3 lassen klar erkennen, dass die Leistungen im gewohnten Lebensumfeld erbracht werden und sich die Bedarfsermittlung auf den Sozialraum bezieht. Die Ermittlung des Bedarfs war dem Gesetzgeber einen eigenen Paragrafen wert, und es kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass er zu dem Instrument der Bedarfsermittlung für das Leistungsrecht der Eingliederungshilfe in Teil 2 SGB IX das ausgeführt hat, was er in § 13 in Teil 1 nur allgemein formulieren konnte (Abb. 6).

(1) Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

- 1. Lernen und Wissensanwendung,
- 2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
- 3. Kommunikation,
- 4. Mobilität,
- 5. Selbstversorgung,
- 6. häusliches Leben,
- 7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,

8. bedeutende Lebensbereiche,
 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
- (2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

Abb. 6: § 118 SGB IX Instrumente der Bedarfsermittlung (KONRAD 2022, S. 58)

Die Orientierung an der ICF ist für den Träger der Eingliederungshilfe obligatorisch (REUMSCHÜSSEL-WIENERT 2020). Damit ist die Systematik angesprochen, die auf Seite 218 ff. dargestellt wird. Die konkrete Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe steht im Zentrum des Instruments, da sie aber nur aus der Wechselwirkung zwischen der Beeinträchtigung der Körperfunktionen und den Kontextfaktoren ermittelt werden kann, ist die Orientierung an der gesamten ICF unabdingbar. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung sowie ggf. die Feststellungen beteiligter Leistungsträger sind die Grundlage der Feststellung der Leistungen und münden in den Gesamtplan nach § 121 SGB IX, der spätestens nach zwei Jahren überprüft werden muss. In dem Gesamtplan sind dann auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX enthalten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Damit der Träger der Eingliederungshilfe die Leistungen der mobilen psychiatrischen Rehabilitation im Gesamtplan feststellen kann, müssen Versorgungsverträge nach § 111c SGB V zwischen Leistungsanbietern und den gesetzlichen Krankenkassen vor Ort vorliegen. In dieser Hinsicht besteht noch ein starker Handlungsbedarf.

Literatur

- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. https://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Rahmenempfehlung_psychische_Erkrankungen.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2020). Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2018. Retrieved 27.07.2021 from <http://kennzahlenvergleich-ingliederungshilfe.de/images/berichte/2020-04-21%20BAGS%20Bericht%20Kennzahlenvergleich%20Berichtsjahr%202018%20final.pdf>
- DGPPN (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- DEISTER, A. (2022): Zukunft. Psychiatrie. Herausforderungen, Konzepte, Perspektiven. Köln: Psychiatrie-Verlag

- Deutscher Bundestag (2016). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Drucksache 18/9522
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. DGPPN (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in Psychiatrie und Psychotherapie. S3-Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie 2. Auflage. Wien: Springer.
- FEGER, J.M.; PLIENINGER, A.; WITT, A.; KONRAD, M. (2022): Medizinische Reha- eine wenig beachtete Komponente bei der Unterstützung der Teilhabe psychisch erkrankter Adolezenter und junger Erwachsener. RP Reha. Recht & Praxis der Rehabilitation, Heft 1, 31-41
- GKV-Spitzenverband (2021): Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation (01.06.2021). https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorgerehabilitation/mobile_reha/jcr_content/par/download_2/file.res/Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Rehabilitation.pdf (05.04.2022).
- GKV-SV (2020): Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 14.10.2020
- GROTKAMP, S.; CIBIS, W.; BRÜGGEMANN, S.; COENEN, M.; GMÜNDER, H.P.; KELLER, K.; ... Weißmann, R. (2020): Personenbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen, 82(1), S. 107–116.
- HESSLER, M. (2022): Psychiatrie ohne Betten. Eine reale Utopie. Köln: Paranus im Psychiatrie-Verlag.
- KONRAD, M. (2022): Die Assistenzleistung. Die universelle Fachleistung der Eingliederungshilfe (2. Überarbeitete Auflage). Köln: Psychiatrie-Verlag
- KONRAD, M., DELLMANN, S. (2022). Rehabilitation und Teilhabe wie aus einer Hand. Vom Gesetz zur Praxis. Köln: Psychiatrie-Verlag
- KONRAD, M., ROSEMAN, M. (2020): Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: ROSEMAN, M.; KONRAD, M. (Hg.), Selbstbestimmtes Wohnen kompakt. Köln: Psychiatrie Verlag, 14-38
- KUHN-ZUBER (2022): Komplexleistungen. In: DEINERT, O., WELTI, F., LUIK, S. & BROCKMANN, J. (Hg.) StichwortKommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht; 3. Aufl., Nomos, 868-872
- LÜBKE N.G. (2019): Mehr als 10 Jahre Mobile Geriatrie Rehabilitation – Nach wie vor zu wenig Angebote und Unterschätzung des Potentials einer wichtigen Rehabilitationsleistung. In: RP Reha Heft 1, 12-19
- REHADAT (2022) Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) https://www.rehadat-adressen.de/adressen/aus-und-weiterbildung/bildungsanbieter/rpk-rehaeinrichtungen/index.html?query=%28%22RPK%22FBundesverband%22%20rpk%29&filter=%28art_adr%3A%28%22rpk%22%20AND%20%28%22RPK%22FBundesverband%22%29%29%20AND%20doc_type%3AADR&listtitle=alle%20RPK&mode=list

- REUMSCHÜSSEL-WIENERT, C. (2020): Die ICF, das SGB IX und die soziale Teilhabebplanung. In: ROSEMAN, M.; KONRAD, M. (Hg.), *Selbstbestimmtes Wohnen kompakt*. Köln: Psychiatrie Verlag, 39-46.
- RIBBERT-ELIAS, J. (2021). Mobile Rehabilitation – Chancen und Grenzen für das Handlungskonzept »Case Management«. *Case Management*, 18 (4), 146-150.
- SIEGERT, R. (2019): Mobile (Geriatrische) Rehabilitation – Von der Innovation zur flächendeckenden Versorgung. *RP Reha*, Heft 1, 5-11
- ULRICH (2022) Kooperation der Leistungsträger. In: DEINERT, O., WELTI, F., LUIK, S. & BROCKMANN, J. (Hg.) *StichwortKommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht*; 3. Aufl., Nomos, 872-880
- WALBURG, D. (2022): Der Beitrag der mobilen psychiatrischen Rehabilitation in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Verortung und Etablierung der mobilen Rehabilitation RESET im Gemeindepsychiatrischen Verbund Stuttgart. Masterthesis, Hochschule Fulda.
- WELTI, F. (2022): Medizinische Rehabilitation. In: DEINERT, O., WELTI, F., LUIK, S. & BROCKMANN, J., *StichwortKommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht*; 3. Aufl., Nomos, 1040-1059.
- World Health Organization (WHO) (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Mögliche Wege zu einer gemeinsamen regionalen Versorgungsverpflichtung

Matthias Rosemann

Nahezu überall in Deutschland erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass sie keine angemessene Hilfeleistung erhalten, obwohl ihr Bedarf in einzelnen Bereichen des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems bekannt ist. Diese Menschen werden oft auf Wartelisten von Einrichtungen zur Sozialen Teilhabe geführt. Sie finden sich auch in psychiatrischen Kliniken und werden dort stationär behandelt, obwohl eine andere Versorgung als die des Krankenhauses notwendig wäre. Auch rechtliche Betreuer*innen kennen und beklagen den Umstand, dass sie nur mit großem Aufwand Leistungserbringer für einzelne Betreute finden.

Auch aus besonderen Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung wird berichtet, dass Klient*innen nicht in andere Unterstützungssettings vermittelt werden können, da es an der Bereitschaft mangelt, sich um Menschen mit Verhaltensweisen, die das Hilfesystem in besonderer Weise herausfordern, zu kümmern (5).

Für diese Situation lassen sich verschiedene Gründe beschreiben:

- Leistungssuchende Person und Konzepte von Anbietern passen nicht zusammen, insbesondere bei Leistungssuchenden mit besonderem Eigensinn (1).
- Die vorhandenen Leistungsangebote der Leistungserbringer formulieren Ausschlusskriterien, die auf bestimmte Zielgruppen abzielen.
- Die Leistungserbringer verfügen in quantitativer wie auch in qualitativer, z. B. ausbildungsbezogener Hinsicht nicht über das notwendige Personal.
- Notwendige Leistungsdichten werden von Kostenträgern nicht übernommen.
- Einige Menschen zeigen Verhaltensweisen, die eine Versorgung schwer machen, oder sind in solcher Weise beeinträchtigt, dass sie auf Ablehnung von Mitarbeitenden, anderen Klient*innen oder auch in der Nachbarschaft stoßen (z. B. störendes Verhalten).
- Klient*innen haben in besonders eskalierten Situationen Mitarbeitende, andere Klient*innen oder sonstige Personen des Umfelds von Einrichtungen und Diensten geschädigt.
- Klient*innen, die bereits eine Leistung erhalten, stehen in Konkurrenz zu Menschen, die auf eine Leistung warten. Es werden damit Entscheidungen mit gravierender Tragweite auf das weitere Leben dieser Personen getroffen.
- Es werden Menschen aus Regionen aufgenommen, die nicht im eigentlichen Einzugsgebiet der Einrichtungen leben, weil das aus Sicht der Leistungserbringer sinnvoller ist (3).

Diese allgemeine Situation ist in weiten Bereichen des sozialen Hilfesystems verbreitet und bekannt, nicht nur in der psychiatrischen Versorgung. Auch in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen zeigen sich vielerorts erhebliche Versorgungslücken. In der Psychiatrie ist dieser Umstand jedoch von besonderer Bedeutung, da die Erfahrung zeigt, dass das Ausbleiben der erforderlichen Hilfen bei manchen zu einer Verschlechterung ihres Zustandes führt, sie in der Folge nicht selten obdachlos werden oder in besonders prekäre Situationen geraten. Andere Menschen nehmen länger ggf. intensive Leistungen in Anspruch, derer sie gar nicht zwingend bedürfen, z. B. Krankenhausbehandlung oder besondere Wohnformen zur Sozialen Teilhabe.

Aus diesem Grund sind für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung mehrere Formen der Versorgungsverpflichtung entstanden.

In der Krankenhausversorgung psychisch erkrankter Menschen gibt es die allgemeine Begrifflichkeit der regionalen Versorgungsverpflichtung, die in allen Bundesländern über unterschiedliche Rechtskonstruktionen, z. B. über die Landeskrankenhausgesetze, die Krankenhauspläne und/oder über die Psychisch-Kranken(-Hilfe)-Gesetze hergestellt werden.

In der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Sicherstellungsauftrag. Dieser wird u. a. über die ärztlichen Bereitschaftsdienste erfüllt.

Auch im öffentlichen Gesundheitswesen wird den Sozialpsychiatrischen Diensten in aller Regel eine definierte Versorgungsregion übertragen.

Dies sind Beispiele, wie einzelnen Einrichtungen oder Akteuren der Versorgung meist auf gesetzlicher Grundlage eine Verpflichtung zugewiesen wird, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und im akuten Fall die Bürger*innen nicht abzuweisen.

Die Erfahrungen aus vielen Gemeindepsychiatrischen Verbänden aber zeigt, dass dies nicht ausreicht. vielerorts können die Anbieter sozialer Dienstleistungen auswählen, wem sie ihre Angebote zukommen lassen. Dieser Umstand führt dann zur Entwicklung von Bewerbungsverfahren oder von Wartelisten. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht in der regionalen Versorgung. Alternativ dazu haben sich in vielen Regionen Deutschlands Hilfeplankonferenzen gebildet, die dazu dienen, individuelle Hilfeplanungen mit den vorhandenen Ressourcen in einer Region in Übereinstimmung zu bringen, in der Regel mit der Funktion, sicherzustellen, dass kein Mensch mit einem Hilfe- oder Unterstützungsbedarf ohne eine Leistung bleibt (2).

Der Bundesgesetzgeber hat im Teil 2 des SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) im Vertragsrecht eine Vorschrift eingeführt, nach der unter bestimmten Umständen Leistungserbringer verpflichtet sind, Leistungsberechtigte im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes aufzunehmen (§ 123 Abs. 4 SGB IX). Diese Vorschrift entfaltet aber auch kontraproduktive Wirkung, denn sie motiviert die Leistungserbringer, in ihren Leistungsvereinbarungen Ausschlussklauseln zu verankern, um nicht gezwungen werden zu können, Menschen zu versorgen, die sie nicht in ihrem Portfolio haben wollen.

Diese Rechtsvorschrift des SGB IX hilft aber auch nicht weiter. Denn im Unterschied zu Leistungserbringern der Eingliederungshilfe können Krankenhäuser, denen eine solche Verpflichtung übertragen wird, auch einen Anspruch auf angemessene Ausstattung an Betten oder Plätzen im Rahmen des Krankenhausplans oder Krankenhausbedarfsplans geltend machen.

Die Strukturen der Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe sind gänzlich anders. Es gibt große und kleine Anbieter, regional und überregional aufnehmende Organisationen und es gibt keine rechtlich verankerten Planungsgrundsätze für die Ausstattung einer Region (z. B. Stadt oder Landkreis) mit einer erforderlichen Zahl von Plätzen oder Kapazitäten.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. in einem Strategiepapier Vorschläge entwickelt, welche Möglichkeiten eröffnet werden können, dass sich die Leistungserbringer aus anderen Bereichen, insbesondere denen der Rehabilitation und Teilhabe an regionalen Netzwerken mit gemeinsamer Versorgungsverantwortung beteiligen (3).

Das Land Berlin hat dazu einige Beispiele gegeben. Dort lautet der § 3 des PsychKG Berlin: *»Im Land Berlin müssen die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung individuellen und institutionellen Angebote im ambulanten, niedrigschwelligen, teilstationären, stationären, komplementären, rehabilitativen und pflegerischen Bereich in erreichbarer Nähe vorhanden sein. Dies schließt eine umfassende und frühzeitige Information und Beratung psychisch erkrankter Personen ein. Das Zusammenwirken aller an der Versorgung in einem Bezirk Beteiligten bildet das System der regionalisierten psychiatrischen Pflichtversorgung.«* Ausdifferenziert wird dies im § 7 Abs. 2 PsychKG *»Zusammenarbeit im Hilfesystem«*: *»Die an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer sind zur Sicherstellung der Versorgung innerhalb einer Versorgungsregion zur Zusammenwirkung verpflichtet. Die Bezirke wirken darauf hin, dass die Leistungserbringer gemeinsam die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung für psychisch erkrankte*

Personen in ihrem Bezirk übernehmen.« Der nachfolgende Abs. 3 führt aus »*Die an der gemeindepsychiatrischen Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer sind zur Zusammenarbeit mit den Einrichtungen zur Durchführung von strafrechtsbezogenen Unterbringungen nach dem Teil 4 verpflichtet.*« Mit dem Teil 4 sind die Unterbringungen nach den §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) und nach § 126a Strafprozeßordnung (StPO), also der psychiatrische Maßregelvollzug gemeint. Zur konkreten Umsetzung hält der § 10 Abs. 4 des PsychKG Berlin fest: »*Jeder Bezirk bildet ein Steuerungsgremium zur verbindlichen Koordination der Erbringung von außerklinischen Hilfen bei Vorliegen komplexer Hilfebedarfe.*« Damit sind die Konferenzen gemeint, die in anderen Orten Deutschlands als »Hilfepankonferenzen« bezeichnet wurden und werden, also Gremien, in denen sich Leistungsträger und Leistungserbringer treffen, um sicher zu stellen, dass jede leistungsberechtigte Person ein Leistungsangebot erhält. Dies ist gerade vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels und der damit einhergehenden Verknappung von Ressourcen von aktuell wachsender Bedeutung.

Folgerichtig wird im Rahmenvertrag Eingliederungshilfe auf diese Verpflichtung Bezug genommen. In der Anlage 4 »Assistenzleistungen« des Berliner Rahmenvertrags lautet der Abs. 3: »*Sofern Leistungen im Kontext mit psychischer beziehungsweise Suchterkrankung erbracht werden, sind die Vorgaben des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17. Juni 2016 (PsychKG) verpflichtend. Dienste der psychiatrischen Versorgung beteiligen sich gemäß §§ 3, 4 an der bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung und arbeiten gemäß § 7 des PsychKG Berlin mit den dort genannten Behörden, Diensten und Stellen zusammen. Sie beteiligen sich aktiv an den Beiräten, den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Steuerungsgremien nach § 10 PsychKG.*« Die Anlage 6 Teil 2 Leistungsbeschreibung für therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungstagestätten enthält den Abs. 7: »*Das Leistungsangebot ist in der Regel bezirklich ausgerichtet. Zwingend erforderlich ist die Beteiligung an der bezirklichen Versorgungsverpflichtung. Die Steuerung der Belegung ist vom bezirklichen Bedarf abhängig und obliegt, unter Berücksichtigung der besonderen bezirklichen Gegebenheiten, dem Steuerungsgremium Psychiatrie. Erforderlich ist die aktive, verbindliche und regelmäßige Beteiligung an folgenden Gremien (gemäß § 10 PsychKG) des bezirklichen Versorgungssystems: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft oder gemeindepsychiatrischer Verbund einschließlich deren Unterarbeitsgruppen sowie dem Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirks / SGP.*« Auch in den Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe wird bei Menschen mit seelischen Behinderungen darauf verwiesen, dass nach der Bedarfsermittlung die Beteili-

gung des Steuerungsgremiums Psychiatrie und Sucht zu erfolgen hat, um dort den Leistungserbringer auszuwählen, selbstverständlich nur mit Einverständnis der leistungsberechtigten Person. Diese ist auch nicht an die Empfehlung des Steuerungsgremiums gebunden.

Das Beispiel Berlin zeigt, dass es möglich ist, Vorgaben zu schaffen, die auf eine gemeinsame Verantwortung für die Sicherstellung der Leistungen hinwirken. Es soll damit kein*e Bürger*in wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung oder Behinderung von Leistungen ausgeschlossen werden.

Das Beispiel zeigt aber zugleich auch, dass sich die Vorgaben des PsychKG im Rahmenvertrag zur Eingliederungshilfe in den Leistungen zur Soziale Teilhabe niederschlagen. Eine vergleichbare Umsetzung findet sich weder in den Vorgaben für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben etwa bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen noch bei den Leistungsangeboten zur Pflege (Rahmenvertrag Stationäre Pflege). Hier ist also bisher nur ein Teil des Leistungsangebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht.

In Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) organisieren, haben sich die Leistungserbringer, die die Kooperationsvereinbarungen oder Satzungen unterschrieben haben, gemeinsam zur Sicherstellung der Versorgung verpflichtet. Dies ist eine freiwillige Selbstverpflichtung, die aber vielerorts tatsächlich Wirkung entfaltet. So hat sich in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem zeigen lassen, dass auf der Basis dieser Vereinbarungen kooperative Kreise möglich wurden, in denen sich die Beteiligten aus der Klinik, den Anbietern zur Sozialen Teilhabe und mancherorts noch andere Akteure trafen, um gemeinsam über Hilfestellungen für einzelne Menschen zu beraten, damit Zwang vermieden oder beendet werden kann (4).

Dennoch stellt sich die Frage, wie solche regionalen Verantwortungsgemeinschaften gefördert werden können.

Die BAG GPV hat dazu unter juristischer Beratung einige Vorschläge entwickelt. Es zeigt sich, dass eine Verpflichtung zur gemeinsamen regionalen Übernahme von Verantwortung bundesgesetzlich nicht zu erreichen ist.

Möglich ist, dass die Bundesländer die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden anregen oder fördern, wie z. B. Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen oder Sachsen-Anhalt. Auch im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) könnte man die Gesetzliche Krankenversicherung verpflichten, gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen zu fördern.

Denkbar aber scheint, dass durch die Bundesgesetzgebung Vorschriften verankert werden, die dazu führen, dass Leistungserbringer, die sich an regionaler kooperativer Versorgungsverpflichtung beteiligen, als besonders geeignet bezeichnet und ggf. finanziell bessergestellt werden.

Im Einzelnen schlägt die BAG GPV folgende Möglichkeiten vor (3):

»SGB IX Teil 1

Im Teil 1 des SGB IX, also den allgemeinen Vorschriften für alle Rehabilitationsträger könnten Ergänzungen aufgenommen werden, mit dem Ziel, für alle Bereiche der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gleichermaßen Leistungserbringer herauszuheben, die sich für eine Beteiligung an einer gemeinschaftlichen und wohnortnahen Sicherstellung des zeitnahen Zugangs aller Menschen mit Behinderungen zu den Rehabilitationsleistungen entscheiden.

SGB IX Teil 2

Ein anderer möglicher und auf die Eingliederungshilfe eingeschränkter Weg bestünde darin, im Teil 2 des SGB IX Leistungserbringer hervorzuheben, die sich für eine Beteiligung an einer gemeinschaftlichen und wohnortnahen Sicherstellung des zeitnahen Zugangs aller Menschen mit Behinderungen zu den Rehabilitationsleistungen entscheiden. Als Möglichkeit bietet sich der § 124 SGB IX an. Dort könnte eingefügt werden: *»Leistungserbringer für Leistungen für Menschen mit einer seelischen Behinderung sind in besonderer Weise geeignet, wenn sie in den Vereinbarungen nach § 125 Regelungen treffen, die unter Berücksichtigung des § 104 dazu dienen, Leistungen in Kooperation mit anderen Leistungserbringern zu erbringen und sich an einer gemeinsamen Steuerung des Zugangs der Leistungsberechtigten zu Leistungen mit dem Ziel einer Gewährleistung eines geeigneten Versorgungsangebotes für die Menschen mit entsprechendem Bedarf zu beteiligen. Sie sollen dazu auf Sozialräume bezogene Verbünde oder vergleichbare Arbeitsgemeinschaften bilden.«*

Ferner – oder auch alternativ dazu – könnte im § 131 SGB IX eine Regelung geschaffen werden, nach der in den Rahmenverträgen auf Landesebene Regelungen getroffen werden sollen, nach denen Leistungserbringern, die sich an einer wohnortnahen und gemeinschaftlichen Steuerung zur Sicherstellung der Gewährleistung eines zeitnahen Zugangs zu Leistungen für alle Anspruchsberechtigten einer Versorgungsregion beteiligen, einen Zuschlag zu ihrer Vergütung erhalten, der den mit der Beteiligung einhergehenden Aufwand abdeckt.

SGB I

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, im § 17 SGB I einen Absatz einzufügen, der sich – ggf. eingeschränkt – auf Menschen mit einer seelischen Behinderung bezieht und das Recht formuliert, nicht wegen Art oder Schwere der Erkrankung von einem Leistungsangebot ausgeschlossen zu werden. Dieses Recht müsste zur Verwirklichung mit einem Hinweis auf die Verantwortung der Leistungsträger ergänzt werden, in den Vereinbarungen mit den Einrichtungen und Organisationen Vereinbarungen zu treffen, die wirksam den Zugang der Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu den Leistungen sicherstellen.

Ziel dieser Vorschläge ist, Leistungsträger und Leistungserbringer zu verpflichten, geeignete Vereinbarungen zu treffen, nach denen Leistungserbringer, die sich an einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung beteiligten, für diese Beteiligung einen Vergütungszuschlag erhalten. Es handelt sich mit einer solchen Beteiligung um eine zusätzliche Leistung, die nicht auf den schon bewilligten Einzelfall abzielt, sondern sich auf den möglichst zeitnahen und unbehinderten Zugang von Leistungsberechtigten zu den Leistungen und Leistungserbringern bezieht.

Leistungserbringer, die sich nicht an einer regionalen Struktur zur Umsetzung von Versorgungsverpflichtung beteiligen, sollen nicht von Leistungen ausgeschlossen werden.« (3)

Zweifelsfrei sind dies erste Möglichkeiten und keine abschließenden Positionen. Wenn sich jedoch der Fachkräftemangel in allen Bereichen weiter fortsetzen oder gar verschärfen wird und damit die zur Verfügung stehenden Ressourcen eher knapper werden, trotz steigender Zahl von leistungsberechtigten Personen, dann werden die Verteilungsprobleme zwischen den Menschen mit Beeinträchtigungen zunehmen. Im Sinne der Psychiatriereform der letzten 50 Jahre wäre es dann erforderlich, neue kooperative Strukturen zu entwickeln, um sicherzustellen, dass nicht die Menschen mit komplexen, ggf. umfangreichen Bedarfen oder diejenigen, die uns vor besondere Herausforderungen durch ihr eigensinniges Verhalten stellen, letztlich wieder ohne Hilfe bleiben und dann auf der Straße, im Maßregel- oder Justizvollzug oder in der Wohnungslosigkeit landen.

Literatur:

- (1) BOCK, T, (2017) Psychose und Eigensinn, Köln Psychiatrie Verlag
- (2) Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V., Empfehlungen zur Durchführung und Weiterentwicklung sog. Hilfeplankonferenzen (Stand 03/2020) https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Empfehlungen_der_BAG_GPV_zur_HPK_2020__6_.pdf
- (3) Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V., Positionspapier zur Gemeinsamen Versorgungsverpflichtung, https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier_BAG_GPV_Gemeinsame_Versorgungsverpflichtung_01-12-21.pdf
- (4) Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V., Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP) Abschlussbericht, https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf
- (5) STEINHART I, JENDERNY S, SCHREITER J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? Psychiat Prax 47:370–375

Teilhabe am Arbeitsleben – betriebliche Orientierung

Katarina Stengler, Ingmar Steinhart

Arbeit & Beschäftigung – am besten bezahlt, auf dem ersten Arbeitsmarkt für alle – das ist die eine, die 100 %-Variante – die nicht für alle umsetzbar sein kann. Umsetzbar soll aber sein: individuell, am Bedarf und an den Möglichkeiten jedes Einzelnen orientiert, zudem chancengerecht und so früh wie möglich, wenn psychische Krankheit droht oder einsetzt.

Beleuchten wir die Versorgungsregion als Ganzes, dann lehnen wir uns in der Gemeindepsychiatrie zu diesem Thema oft beruhigt zurück, weil wir in unserer Versorgungsregion eine AG »Arbeit« gebildet haben. Wir behaupten auch, dass wir regional gut vernetzt sind. Wir machen uns aber wenig Gedanken zur Wirksamkeit unserer Arbeitsgruppen. In unserem Projekt in Mecklenburg-Vorpommern wollten wir es aber genauer wissen.

Wir haben in zwei Regionen, der Region Hanse- und Universitätsstadt Greifswald und im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, mittels Telefoninterviews eine Befragung durchgeführt bezogen auf zwei Gruppen: a) die Akteure der Sozialpsychiatrie und b) mit Vertretern und Vertreterinnen des ersten Arbeitsmarktes und haben alle nach ihren regionalen Netzwerken gefragt, also wer kommuniziert und kooperiert mit wem.

Das Ergebnis der Interviewauswertung war relativ klar. Die Akteure in der Sozialpsychiatrie haben im Wesentlichen, das ist jetzt die ganz kurze Fassung, nur mit sich selbst zu tun. Die Auswertung zeigt, dass die Vertreter und Vertreterinnen der AG Arbeit der Sozialpsychiatrie Kontakte zum Jobcenter, zur Agentur für Arbeit unterhalten, am meisten aber untereinander vernetzt sind. Spiegelbildlich haben die Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes wenige Berührungspunkte mit der Welt der Gemeindepsychiatrie. Nüchtern muss hier festgestellt werden: Das sind eigentlich geteilte Welten. Das kann wohl auch verallgemeinert werden für die bundesdeutsche Situation, auch wenn es einzelne Ausnahmen in manchen Regionen gibt. Sicherlich ist die Situation in den einzelnen Regionen vor Ort sehr unterschiedlich, aber zum Teil gibt es von der Arbeitgeberseite relativ wenig Verständnis für psychisch Kranke und auch eher wenige Ideen, wie man mit dem psychosozialen System zusammenarbeiten kann. Es gibt auch einzelne Stimmen, die sagen, wir wollen in unserer Firma eigentlich nur Menschen beschäftigen, die arbeiten können und gesundheitlich, insbesondere psychisch fit sind. Zwar gab es solche Antworten in den Telefoninterviews, aber die meisten Arbeitgeber

wünschen sich einen Kontakt zum psychiatrischen System. Aber nicht so wie wir uns das vorstellen. Der Unternehmer und die Unternehmerin möchten nicht zu mehrstündigen Sitzungen mit ewigen Diskussionen in eine Arbeitsgemeinschaft kommen, sondern sie möchten, dass die Gemeindepsychiatrie zum Unternehmerverband kommt, zur Industrie- und Handelskammer oder zur Innung und dort erklärt, was es für Unterstützungsmöglichkeiten für Mitarbeitende, die psychische Probleme haben, gibt. Dass wir aus der Gemeindepsychiatrie sozusagen dahin gehen und sagen, was können wir euch aus der Psychiatrie an Hilfestellung und Konzepten anbieten. Das wird in der aktuellen Situation des Arbeitsmarktes immer interessanter für die Arbeitgeber. D. h.: Wenn wir unsere Ideen zur beruflichen Teilhabe ein bisschen verändern, dann haben wir in der jetzigen Zeit größere Chancen zum Erfolg zu kommen. Die Arbeitgeber beginnen umzuschwenken und sagen öfter, dass sie Arbeitskräfte suchen und stellen den Zusammenhang her: Wenn ihr aus der Gemeindepsychiatrie uns helfen könnt, dass wir mehr Arbeitskräfte kriegen, dann sind wir auch gerne bereit mit euch in Kontakt zu treten. Wenn überhaupt dann haben die Unternehmer und Unternehmerinnen bisher mit der Agentur für Arbeit zu tun, aber nicht mit anderen psychosozialen Hilfebereichen und man muss eigentlich sagen, Unternehmenswelt und die Sozialpsychiatrie, das sind bisher eher getrennte Welten und wir müssen relativ viel dafür tun, dass wir unsere Zeit, die wir sonst in irgendwelchen AGs verbringen dann eher in den AGs der Unternehmer und Unternehmerinnen verbringen, denn wir können unsere Zeit nur einmal einsetzen. Wir haben in dem Projekt den Versuch gemacht und machen den Versuch weiterhin, in die Unternehmerwelt stärker hineinzukommen und müssen uns natürlich mit unseren Aktionen anpassen.

Berufliche Rehabilitation in Deutschland ist eingerahmt von einem nach wie vor engen sozialrechtlichen Korsett – und doch: Es hat sich einiges verändert – wir sind gemeinsam auf einem guten Weg – wir nutzen bestehende Chancen mittlerweile besser. Dieser Weg setzt vor allem dort an, wo Menschen mit psychischen Belastungen und drohender Erkrankung – noch selbstverständlicher wenn Erkrankung bereits besteht – berufliche Teilhabe als regelhaften Bestandteil eines Gesamtgenesungsprozesses frühzeitig und unabhängig von Setting, Sozialrecht und Einrichtung bekommen müssen. Das zumindest sagt die UN-Behindertenrechtskonvention, wenn sie einen inklusiven Ansatz der beruflichen Teilhabe anmahnt.

Berufliche *Teilhabe* beginnt im SGB V Bereich – zum Beispiel in den Psychiatrischen Institutsambulanzen, die per Gesetz zwar keinen Rehabilitationsauftrag haben, aber doch nach SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche

Krankenversicherung) § 118 »... ermöglichen sollen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden ... zu verkürzen, ... Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu stabilisieren ...«. Dies beschreibt Teilhabeförderung sehr gut und muss als Chance gesehen und genutzt werden, die multi-professionellen Teamstrukturen und deren breite Möglichkeiten insbesondere in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA's) nach Bayrischen Modell entsprechend teilhabeorientiert einzusetzen. Modell- und Pilotprojekte sind zum Beispiel in Leipzig »PIA2work«. Hier konnte gut gezeigt werden, wie ein auf berufliche Teilhabe abgestimmtes Gesamtbehandlungskonzept in SGB V-Regelstrukturen funktionieren kann. Sowohl berufliches Assessment als auch therapeutisch begleitete Arbeitsaufnahme in einem eng strukturierten Jobcoaching-Prozess sind gemeinsam mit motivierten, interessierten Mitarbeitenden aus fach- und sozialtherapeutischen Berufsgruppen umsetzbar. Teilhabeorientierte Instrumente, wie etwa das Mini-ICF können nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch wirksam sein, um den Teilhabe-Prozess partizipativ mit Betroffenen zu begleiten, nachzusteuern, Erfolge zu messen.

Außerhalb der Institutsambulanzen sind zudem alle Krankenhausstrukturen geeignet, sich stärker teilhabeorientiert(er) – hier beruflich – auszurichten – ein weiteres Beispiel aus Leipzig: »work2gether« (Referenz: DGPPN-Preis 2019). Es zeigte sich dabei, dass das Gelingen teilhabeorientierter Behandlungsausrichtung in allen, auch in den Akutversorgungsbereichen im Krankenhaus sehr stark davon abhängig ist, wie alle Organisations- und Leitungsstrukturen in ihren etablierten Abläufen hinsichtlich der gemeinsamen Zielausrichtung – Förderung beruflicher Teilhabe für alle interessierten Patienten und Patientinnen – überprüft und sensibilisiert werden können. Leitungsakteure sind dabei besonders stark modellgebend, wenn etwa Visiten, soziotherapeutische Besprechungen, Teamsitzungen etc. konsequent für die Schwerpunktsetzung Teilhabe im Therapieprozess genutzt werden. Im (stationären) teilhabeorientierten Therapieprozess muss zudem sehr individualisiert an die Schnittstellen im prä- und poststationären Kontext angeknüpft bzw. frühzeitig Netzwerkarbeit mit deren Akteuren und Akteurinnen außerhalb der Klinikstrukturen einbezogen werden. Dies kann in traditionellen und zum Beispiel in Leipzig erfolgreich etablierten Formaten wie den Sektorkonferenzen umgesetzt werden.

Der Ansatz: Teilhabe von Anfang (der Belastung oder Erkrankung) an ist im Übrigen eine Grundidee der Fördermöglichkeiten, die durch die Modellprojekte nach § 11 des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vorgelegt wurden – und an einigen Orten der Republik – eben auch in Leipzig und Mecklenburg-Vorpommern –

aktuell gut genutzt werden. Hier wie da sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen, die schon im Behandlungssystem sind – oder eben bislang Zugänge nicht nutzen konnten – in einem evidenzbasierten, forschungsbegleiteten Setting berufliche Teilhabe im Sinne des IPS (Individual Placement and Support) erhalten. Leipzig hat mit dem Förderpartner Jobcenter einen Weg gewählt, der primär auf langzeitarbeitslose Menschen mit psychischen Hilfebedarf rekurriert, die – durch die Fördermöglichkeiten sehr gut unterstützte – umfangreiche Behandlungs- und Jobcoaching-Angebote im Regelversorgungskontext einer Versorgungsklinik erhalten (Referenz: LIPSY (Leipzig – Individual Placement and Support), 2020-2025). Die Evaluationen werden zeigen, wie erfolgreich bzgl. Arbeitsmarktintegration dieser Ansatz – auch in Zeiten der Krise durch Corona und Krieg – sein kann. Die Implikationen werden formulieren müssen, ob Modellprojekte dieser Ausrichtung geeignet sind, in den Versorgungsalltag auch nach Projekt-Ende transferiert zu werden – dies ist das für Nutzerinnen und Nutzer einzig relevante Ziel und von uns Akteuren und Akteurinnen intensiv angestrebt.

V Kooperation im Verbund

Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)

Klaus Obert

Aufgaben, Funktion und Bedeutung Gemeindepsychiatrischer Verbände

Zum ersten Mal werden Inhalt, Aufgabe und Begriff des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) beschrieben und erläutert als Instrument und Ziel zur Umsetzung personensorientierter, regionaler Versorgungsverpflichtung.

Vorneweg: Der GPV ist eigentlich vorrangig eine Haltung, eine Philosophie, eine Kultur, was sich eindeutig in der Leitlinie ausdrückt: Keiner kanns allein – niemand darf verloren gehen. Der GPV kann als Garant für die Umsetzung des gemeindenahen entgegen dem gemeindefernen Paradigma definiert werden; als eine zentrale Voraussetzung zur Realisierung der regionalen Versorgungsverpflichtung.

Von zentraler Bedeutung in Bezug auf die Notwendigkeit und Begründung für die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände ist das Gemeinsame, auf das man sich im GPV verständigt hat und versucht, dieses Gemeinsame kontinuierlich in der täglichen Arbeit umzusetzen. Das Gemeinsame besteht vorrangig in der Verpflichtung auf die Entwicklung und Bereitstellung angemessener Hilfen für alle psychisch kranken Bürger*innen einer definierten Region, v. a. für die Menschen mit komplexem Hilfebedarf unter kritischer Solidarität der Selbsthilfe. Um dieses anspruchsvolle Ziel wiederum Schritt für Schritt zu verwirklichen, erweist sich und braucht es als unverzichtbares, unabdingbares, grundlegendes Element – selbstverständlich neben den Ressourcen, Strukturen und Instrumenten – die entsprechende Haltung auf allen Ebenen bei allen Akteuren, an der immer wieder konsequent gearbeitet werden muss; eine Entwicklung, die sich nicht einfach so ergibt und kein Selbstläufer ist. Mit dieser gemeinsamen Haltung sind die gemeinsame Verantwortung, das wechselseitige Vertrauen, Solidarität, gegenseitige Wertschätzung und Unterstützung, Respekt als die zentralen Dimensionen gemeint und gleichzeitig gefordert. Es handelt sich um Ziele, Voraussetzungen und Dimensionen, die sich auf dem Reißbrett konzeptioneller und theoretischer Entwicklung in Verbindung mit einem nicht zu übersehenden (wenn auch ambi-

valenten) moralischen Appell logisch, plausibel und akzeptabel anhören, in den oft mühseligen und mit Widerständen unterschiedlichster Herkunft versetzten alltäglichen Arbeit jedoch schwieriger und sperriger umgesetzt werden können.

Die Entwicklung hin zu einem gut funktionierenden GPV besteht in einem wechselseitigen Prozess von oben nach unten (die Leitung und die Geschäftsführungen der Träger müssen sich dazu verpflichten und den GPV einfordern und befördern) und von unten nach oben (Entwicklung einer Kultur der kritischen Solidarität und Unterstützung an der und durch die Basis). Einen rechtlichen Hintergrund findet diese Entwicklung zwischenzeitlich in der Festschreibung zur Einrichtung von GPV's in Psychisch-Kranken-Hilfe- und Schutz-Gesetzen einiger Bundesländer. Der Prozess der Entwicklung, Pflege und Kontinuität des jeweiligen GPV findet unter Federführung der Kommune/des Landkreises auf der Grundlage der kommunalen Daseinsfürsorge statt.

Die Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

Die 2006 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) hat zur Unterstützung, Richtschnur und Orientierung für Regionen, die auf dem Weg und daran interessiert sind, gemeinsam die Verantwortung für die regionale Versorgungsverpflichtung im GPV zu übernehmen, Qualitätsstandards erarbeitet. Die Standards enthalten alle wesentlichen Funktionen und Aufgaben (näheres dazu siehe www.bag-gpv.de und die Qualitätsstandards im Anhang) eines GPV.

Um erfolgreich die regionale Versorgungsverpflichtung (niemand wird wegen seiner Erkrankung oder Intensität der Erkrankung gegen seinen Willen außerhalb seiner Heimatregion untergebracht und findet in seiner Umgebung die angemessene Hilfe) umzusetzen, braucht es u. a. vor allem eine offene, selbstkritische Reflexionskultur. Dies bedeutet immer wieder, kritisch zu prüfen, sowohl die Zusammenarbeit unter den Trägern (Leistungserbringer) als auch die Entwicklung der Bedarfe unter Federführung der Kommune oder dem Landkreis: Eine Kultur der permanenten Reflexion und Veränderung in enger Verknüpfung mit der Überprüfung und Sicherung der Qualität mit den dafür notwendigen Instrumenten und den entsprechenden Gremien und Arbeitsgruppen. Von wesentlicher Bedeutung in diesem Prozess ist nicht nur die gleichberechtigte Partizipation der Selbsthilfe, sondern gleichrangig die kritisch-solidarische Kontrolle und Mitarbeit der Selbsthilfe.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Stuttgart

Die offizielle Gründung des GPV in Stuttgart erfolgte 2004 nach einer langen Vorlaufzeit der freiwilligen Selbstverpflichtung, zu der sich die Leistungserbringer entschlossen hatten.

Acht Träger im Trägerverbund der Leistungserbringer haben sich unter Federführung der Stadt zusammengeschlossen. Im Kooperationsvertrag des GPV mit der Stadt Stuttgart und der Geschäftsordnung der Träger untereinander ist u. a. die regionale Versorgungsverpflichtung festgeschrieben. Zentrales Gremium des GPV ist der Steuerungsverbund unter Geschäftsführung der Stadt. Vertreten sind im Steuerungsverbund neben den Leistungserbringern (Trägerverbund) die Leistungsträger, die Selbsthilfe, das Jobcenter, der Rehaträger und die AOK.

Der Steuerungsverbund ist das zentrale Gremium des GPV. Darunter gibt es den Trägerverbund der Leistungserbringer, die Angebotskonferenz Soziale Teilhabe (ehemalige Hilfeplankonferenz) sowie die trialogisch besetzte Beschwerdestelle für psychisch kranke Menschen.

Alle Planungen im Hinblick auf psychiatrische Versorgungsbedarfe werden in den Steuerungsverbund eingebracht, diskutiert und dort im Konsens wenn möglich verabschiedet. Selbstverständlich beruht diese Einigung nicht auf einer rechtlichen Grundlage. Jeder Träger behält weiterhin seine Eigenständigkeit. Der zwanglose Zwang zur Einigung beruht nach wie vor auf der fragilen, immer wieder behutsam zu pflegenden gemeinsamen Verantwortung auf der Grundlage eines über Jahrzehnte gewachsenen Vertrauens und Respekts, gleichzeitig eine Schwäche und eine Stärke. Die Schwäche besteht darin, dass keine rechtlich festgelegte Steuerungs- und Eingriffsmöglichkeit auf die Angelegenheiten des einzelnen Trägers besteht. Die Stärke liegt wiederum genau darin, eine Einigung auf der Grundlage der Verständigung und Überzeugung zu erzielen.

Die Träger (Leistungserbringer) sind als sachkundige Bürger*innen Mitglied im Gemeinderat der Stadt (SGA), als berufenes Mitglied im Rahmen der Gemeindeordnung logischerweise ohne Stimmrecht. Dies obliegt selbstverständlich nur den im SGA vertretenen Gemeinderäten.

Einige Zahlen und Fakten zum GPV Stuttgart (Stand 31.12.2021)

Stuttgart hat 603.000 Einwohner*innen und verfügt über ein ansehnliches Netz an ausdifferenzierten Sozialpsychiatrischen Hilfen. Die acht Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) sind für definierte Einzugsgebiete zuständig, haben die

gleichen Aufgaben und Funktionen, sind gleich ausgestattet (bezogen auf die jeweilige Einwohner*innenzahl) und decken das gesamte Stadtgebiet ab. Ein GPZ beinhaltet folgende Bausteine: Sozialpsychiatrischer Dienst, Gerontopsychiatrischer Dienst, Tagesstätte mit Zuverdienst, Aufwind (Kinder psychisch kranker Eltern), Sprechstunde der Institutsambulanz, Soziotherapie und enge Vernetzung mit dem psychiatrischem Pflegedienst.

Die Finanzierung dieser Bausteine erfolgt vorrangig über eine Pauschalfinanzierung der Stadt Stuttgart und einem Eigenanteil der Träger. Die GPZ befinden sich in Trägerschaft des Caritasverbandes, der Evangelischen Gesellschaft und des Klinikums der Stadt Stuttgart.

Das Betreute Wohnen (Soziale Teilhabe in der Begrifflichkeit des Bundesteilhabegesetzes) umfasst insgesamt ca. 1.100 Plätze. Davon sind ca. 800 ambulant betreute Wohnplätze (zwischenzeitlich die Mehrheit in betreutem Einzelwohnen), ca. 300 Plätze in Besonderen Wohnformen, davon wiederum 56 geschlossene Wohnplätze nach § 1906 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) (in vier kleinen Wohnheimen, die teilweise integriert sind in offene Besondere Wohnformen und ins ambulant betreute Wohnen).

In den genannten Bausteinen befinden sich insgesamt ca. 4.000 psychisch kranke Menschen in Betreuung und Begleitung.

In den Bausteinen des GPV arbeiten ca. 450 Mitarbeiter*innen (ohne die psychiatrischen Kliniken).

Zwei psychiatrische Kliniken haben die Pflichtversorgung für die stationäre Behandlung inne. In einer der beiden Kliniken wird seit 2018 Stationsäquivalente Behandlung umgesetzt. Es gibt nach wie vor eine große Anzahl an niedergelassenen Nervenärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Allerdings haben die Praxen nach wie vor einen enormen Zulauf und sind ausgelastet. Dies bedeutet, dass sie in ihrer Reichweite für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen mit komplexerem Hilfebedarf eher begrenzt sind. Im Hinblick auf diesen Personenkreis sind die Bausteine des GPV auf die enge Zusammenarbeit mit den Institutsambulanzen angewiesen.

Von besonderer Bedeutung ist die organisierte Selbsthilfe (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Bürgerhelfer*innen) in Stuttgart. Sie übernimmt und erfüllt seit Jahrzehnten eine wichtige Funktion hinsichtlich der kritisch solidarischen Kontrolle der professionellen psychiatrischen Hilfen aber auch in Bezug auf die Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie in Stuttgart.

Ein wesentliches Charakteristikum des GPV Stuttgart besteht in seiner offenen, von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägten Diskussionskultur und

Kooperation mit und unter den Leistungserbringern und ebenso die von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung bestimmten Kooperation mit der Verwaltung und der Politik der Landeshauptstadt. Diese Konstellation fördert – gerade in den aktuell schwierigen und unsicheren Zeiten – einen stabilen, beweglichen, konstruktiven und sich kontinuierlich weiterentwickelnden Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Anhang:

Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) konstituieren sich mit der Zielsetzung der Einhaltung von definierten Standards für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.

Sie verfolgen dabei diese Ziele:

1. Innerhalb einer definierten Region übernimmt der GPV die Verpflichtung zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen.
2. Die Zielgruppe des GPV sind Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf¹, die ihre erforderlichen Leistungen nicht selbst koordinieren können.
3. Der GPV sichert für diese Zielgruppe die bedarfsgerechte Behandlung und Hilfe in den folgenden Leistungsbereichen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/Wohnen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
 - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
 - sozialpsychiatrische Grundversorgung
 - spezielle Therapieverfahren
 - sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung.
4. Die Mitglieder des GPV verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer)

1 Komplexer Hilfebedarf = Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen erfolgt unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, u. a. im Bereich Hilfen zur Teilhabe

bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf mit folgenden Grundsätzen:

- Es gibt eine gemeinsame umfassende und individuelle Hilfeplanung (z. B. IBRP) aller notwendigen Leistungen im Einzelfall.
 - Die Hilfeplanung ist zielorientiert und lebensfeldbezogen.
 - Die Hilfeplanung erfolgt gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin und bezieht die Bezugspersonen mit ein.
 - Die Hilfeplanung ist einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend.
 - Zur Koordination der Hilfen im Einzelfall existiert eine Hilfeplankonferenz. Hier erfolgt die einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten.
 - Zur einrichtungs- und leistungsübergreifenden Koordination der Hilfen im Einzelfall wird eine koordinierende Bezugsperson benannt.
 - Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Träger beteiligen sich an den erforderlichen einzelfallbezogenen Fallgesprächen und Hilfeplankonferenzen und übernehmen Tätigkeiten als einrichtungsübergreifende koordinierende Bezugsperson.
5. Der GPV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.
Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge Mitglied im GPV oder es gibt zumindest eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit.
6. Um das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten sind gemeinsame Standards und kontinuierliche Qualitätsverbesserung erforderlich.
Die Mitglieder vereinbaren Qualitätsstandards mindestens für folgende Bereiche:
- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang,
 - personenzentrierte Planung und Organisation der Hilfen die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden
 - Organisation der Hilfen grundsätzlich innerhalb des Versorgungsgebietes
 - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
 - Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,

- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
 - Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschieht durch:
- Weiterentwicklung des Leistungsspektrums,
 - Differenzierung der Hilfen zur Anpassung an den Bedarf und
 - Optimierung der Nutzung der Ressourcen.
7. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.
Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über
- das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots,
 - Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region.
8. Die Mitglieder beteiligen sich an einem gemeinsamen regionalen Qualitätsmanagement mit mindestens folgenden Aspekten :
- Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPV,
 - gemeinsames Beschwerdemanagement,
 - gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe,
 - Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation,
 - Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.
9. Der GPV unterstützt den Aufbau und fördert die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen². Er arbeitet gleichberechtigt mit ihnen zusammen und berücksichtigt ihre Interessen.
10. Der GPV sieht sich als Teil des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems. Er trägt aktiv zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerung des Systems bei, in dem er sich:
- an der Arbeit der regionalen Steuerungsgremien zur psychiatrischen Entwicklung (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund / GPSV, Psychiatriebeirat u. ä.) beteiligt,

2 Psychiatrieerfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe

- um verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung kümmert,
 - die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern entwickelt und Kontakt zu den weiteren Leistungserbringern sucht, die nicht Mitglieder im GPV sind.
11. Ein Kooperationsvertrag, eine Vereinsatzung oder eine Grundsatzerklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner des GPV. Die Bildung einer juristischen Person (z. B. e. V.) wird empfohlen, ist aber nicht vorausgesetzt. Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Trägerverbände gebildet werden.
12. Der GPV regelt seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.
Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

Das vorliegende Papier wurde durch die Mitgliederversammlung am 22.03.2019 überarbeitet und beschlossen.

Entwicklung in den Ländern Gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen in den Bundesländern – Sachstand

Monica Schol-Tadic

Möchte man die Verbundstrukturen in den Ländern in den Blick nehmen, dann gilt es zunächst, die Rechtsgrundlagen zu betrachten. Dazu dienen vor allem die Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze in den Bundesländern. Diese gibt es in allen Bundesländern (Links zu den Ländergesetzen z. B. siehe <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte/uebersicht-psychKGs/landesgesetze.html>, das saarländische Recht ist zum Zeitpunkt der Texterstellung noch nicht neu eingearbeitet). Die Kooperation im Verbund oder in unterschiedlich gestalteten Netzwerken fußt bundesweit auf einer gemeinsamen Haltung aller Beteiligten und ist getragen von der Idee des sozialpsychiatrischen und gemeindenahen gemeinsamen Handelns für alle im Versorgungsgebiet betroffenen Personen.

Blickt man nun in der Folge auf einzelne Bundesländer und deren Entwicklung, die Kooperation im Verbund betreffend, dann lohnt zunächst eine Betrachtung Baden-Württembergs: Baden-Württemberg war das erste Bundesland, das in seiner Landesgesetzgebung den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV) in allen kommunalen Gebietskörperschaften aufgenommen hat (Landesrecht BW PsychKHG: Gemeindepsychiatrische Verbünde, § 7 »In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen. Sie treffen hierzu eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel (...) bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen...«).

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren die Sinnhaftigkeit der Verbundstruktur in der Gemeindepsychiatrie nicht nur erkannt, sondern auch in die gesetzlichen Grundlagen stetig integriert und so werden in vielen Landesgesetzen Verbünde oder anders genannte Zusammenschlüsse empfohlen oder sind vorzuhalten:

In dem neusten PsychKHG des Saarlandes sollen regionale Psychiatriekommissionen gegründet werden (§ 6 Zusammenarbeit und Prävention). Viele Landesgesetze konkretisieren die Zusammenarbeit im Verbund genauer, dies bildet die Grundlage, auf der eine Verbundstruktur ihre Arbeit tätigen kann. In manchen Landesgesetzen sind Zusammensetzung und Zielsetzung näher benannt, die Grundlage für Kooperationsvereinbarungen dargelegt und Aufgaben definiert.

In Hessen gibt es Verbundstrukturen, die teilweise seit Jahrzehnten gepflegt und gelebt werden. So ist der GPV Main-Kinzig-Kreis ein langjährig etablierter GPV und ist seit langer Zeit Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV). Es gibt weitere Mitglieder in Hessen, die sich den Qualitätsstandards der BAG GPV verpflichtet haben, aber auch Verbände und Netzwerke, die in anders gewählten Verbundstrukturen eine wichtige Arbeit für die Versorgung leisten. Die Wichtigkeit von Verbundstrukturen hat auch in die Novellierung des PsychKHG Hessens 2021 Einzug gehalten, in dieses sind die Gemeindepsychiatrischen Verbände in § 6a neu aufgenommen worden: Auch für den Einzelfall, also für den Betroffenen selbst, könne durch solch eine Kooperation ein Vorteil bezüglich Angebot und Versorgung erwachsen. Aus der Begründung zum Gesetzentwurf zur Einführung des § 6a »Gemeindepsychiatrische Verbände« in das novellierte PsychKHG Hessens ist zu entnehmen, dass »gerade Diskussionen und Absprachen auf regionaler Ebene (...) die Versorgungsqualität und die Kooperation der Leistungserbringer grundsätzlich und auch im Einzelfall merklich verbessern« können. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass auch weggefallene Hilfeplankonferenzen »durch Fallbesprechungen im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbände kompensiert werden« könnten (Quelle: <https://starweb.hessen.de/cache/DRS/20/3/06333.pdf>, Seite 15).

In Nordrhein-Westfalen hat der Gesetzgeber zum Aufbau und zur Weiterentwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände finanzielle Mittel bereitgestellt: Mit rund 2,65 Millionen Euro jährlich unterstützt das Land Nordrhein-Westfalen in den kommenden drei Jahren den Aufbau und die Weiterentwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände in den Kreisen und kreisfreien Städten. Auch hier wird betont, dass in den Verbänden unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsbereiche kooperieren und in ihrer Region ein umfassendes psychiatrisches Hilfsangebot organisieren. Diese Struktur sei zu fördern, sodass eine Fördersumme von 50.000 Euro jährlich pro Kreis und kreisfreier Stadt für die kommenden drei Jahre, sowie eine einmalige Anschubfinanzierung für eine Arbeitsplatz-Grundausrüstung in Höhe von bis zu 7.500 Euro für dieses Jahr gewährt werden könne. (Quelle: <https://www.mags.nrw/pressemitteilung/nordrhein-westfalen-foerdert-aufbau-flaechendeckender-gemeindepsychiatrischer>, letzter Aufruf 27.10.2022). Diese Initiative begründet Herr Minister Laumann auch damit, dass Corona deutlich gemacht habe, dass psychiatrische und psychosoziale Hilfen vor Ort noch wichtiger seien, als zuvor.

Auch in Rheinland-Pfalz kam es im letzten Jahr zur Neufassung des PsychKHG und auch in dieser Gesetzgebung wurde der Versuch unternommen, die Gemein-

depsychiatrischen Verbundstrukturen zu stärken. Unter der Überschrift »Neue Hilfen für psychisch Erkrankte« vom Oktober 2020 verkündete Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler, dass es ihr besonders wichtig sei, »mit dem neuen Landesgesetz die Zusammenarbeit in den kommunalen Gemeindepsychiatrischen Verbänden (zu) stärken«. (Quelle: <https://mastd.rlp.de/de/service/presse/detail/news/News/detail/neue-hilfen-fuer-psychisch-erkrankte-landesgesetz-einstimmig-verabschiedet/>, letzter Aufruf 27.10.2022). In diesem Gesetz wird auch auf die Versorgungsverpflichtung für eine möglichst wohnortnahe, lebensfeldzentrierte Versorgung und Unterstützung insbesondere für chronisch schwer psychisch erkrankte Personen hingewiesen.

Sachsen-Anhalt hat sich ebenfalls weiter auf den Weg gemacht und stärkt die landesweite Verbundstruktur durch gesetzliche Vorgaben. So tragen ab 2022 Gemeindepsychiatrische Verbände in den Landkreisen und kreisfreien Städten dazu bei, die Versorgungsstrukturen für Hilfesuchende zu optimieren. In § 7 der Landesgesetzgebung sind die Gemeindepsychiatrischen Verbände festgeschrieben. In Absatz (1) heißt es: Auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte werden Gemeindepsychiatrische Verbände gebildet. Diese Entwicklung hat selbst die landesweite Ärzteschaft erreicht, denn diese verbindliche Vorgabe zur Bildung von GPV hat auch im Onlineformat des landeseigenen Ärzteblatt Sachsen-Anhalts Erwähnung gefunden: »In den §§ 7 und 8 PsychKG LSA wurde neu die Bildung von gemeindepsychiatrischen Verbänden und die Einrichtung von Psychiatriekoordinatoren/-innen geregelt. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte, gemeindenaher, vernetzte psychische Versorgung sicherzustellen.« (Quelle: <https://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/ausgabe/recht-aktuell/670-recht-0102-2021/3377-das-neue-psychkg-lsa.html>, letzter Aufruf 27.10.2022).

Diese selbstverständlich nicht vollständige Darlegung zeigt, dass sich in vielen Teilen des Bundesgebietes Verbundstrukturen etablieren, die zunehmend hohe Qualitätsstandards aufweisen und sowohl auf breiteren rechtlichen Grundlagen beruhen, als auch beginnen, eine bedarfsorientierte, finanzielle Ausstattung zu erfahren. Die Vorzüge einer gemeinsamen und hochwertigen Arbeit im Verbund sind sicher auch durch die Corona-Pandemie noch einmal besonders in den Fokus gerückt worden. Es bleibt aber weiter die Aufgabe aller Verantwortlichen, an diesen Strukturen sozialgesetzbuchübergreifend alle relevanten Personen, Einrichtungen und Behörden zu beteiligen und die Verbundstruktur lebhaft zu gestalten.

Kooperation im regionalen Verbund – Gesetzliche Reformbedarfe

Jörg Holke

In Bezug auf Kooperation im regionalen Verbund und der Organisation der sozialpsychiatrischen Hilfen in der Region sind rechtliche Vorgaben in der Sozialgesetzgebung verankert, die einen Orientierungsrahmen abstecken und die es in der praktischen Umsetzung von regionaler Kooperation und Steuerung zu beachten gilt.

Zusammenfassend werden im Folgenden zentrale Aspekte bezogen auf die Angebotsebene, der Leistungsträgerebene und auf die regionale Steuerungsebene dargestellt und in Bezug auf mögliche gesetzliche Reformbedarfe analysiert.

1. Angebotsebene – Kooperation und Verantwortung

Kooperative Zusammenarbeit, Sicherstellung der Koordination und Verbundentwicklung sind die wesentliche Voraussetzung für integrierte und rechtskreisübergreifende Leistungserbringung zum Wohle der betroffenen Leistungsempfänger. Der Gesetzgeber definiert die Zusammenarbeit der Leistungserbringer als notwendig, dies wird aber kaum konkretisiert.

Im SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch –, Allgemeiner Teil) als Rahmengesetzbuch werden Rehabilitationsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam Verantwortung für das Zusammenwirken zum Wohle der Leistungse übernehmen. Die Leistungsträger sollen die Unabhängigkeit der Leistungserbringer beachten.

— SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, dass sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Auch das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) hebt die Beachtung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit hervor.

— § 36 SGB IX Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

(3) Rehabilitationsträger können nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen fördern, wenn dies zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste oder Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann.

Zugleich sollen die Leistungserbringer zur Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit Arbeitsgemeinschaften bilden.

— SGB IX § 36 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen

(4) Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.

Hier fehlt es jedoch an einem Hinweis, auf welcher Ebene diese Arbeitsgemeinschaften sich bilden sollen. Hier wäre ein Zusatz »auf regionaler und Landesebene« hilfreich.

Eine Konkretisierung des Zusammenwirkens der Leistungserbringer im Rahmen der regionalen Steuerung ist bisher nur in einzelnen Hilfe- und Schutzgesetzen für psychisch erkrankte Menschen auf Landesebene aufgenommen worden.

So finden sich im Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (PsychKHG) Baden-Württemberg Vorgaben zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

— § 7 Gemeindepsychiatrische Verbände

In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen. Sie treffen hierzu eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Personen nach §1 Nummer 1 eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände sollen mit Verbänden und Netzwerken aus anderen Bereichen zusammenarbeiten.

In ähnlicher Weise greifen die Hilfe- und Schutzgesetze für psychisch erkrankte Menschen in Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt den Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden auf. Im niedersächsischen PsychKG werden sozialpsychiatrische Verbände hier vorgegeben. In den anderen Bundesländern fehlt es noch in den PsychKGs an Vorgaben zur regionalen Steuerung auf der Leistungserbrin-

gerebene. Ein Koordinationsauftrag ist zumindest den Gesundheitsämtern bzw. dem Sozialpsychiatrischen Dienst in einzelnen PsychKGs und in der Regel in den Ländergesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst zugeordnet.

2. Sicherstellung der Versorgung und Zusammenarbeit der Leistungsträger

In Bezug auf die regionale Steuerung im Verbund sind zwei Aspekte von entscheidender Bedeutung:

- die Sicherstellung der notwendigen Hilfen in ausreichender Zahl (Quantität), geeigneter Qualität und Wohnortnähe und
- die Zusammenarbeit der Leistungsträger.

2.1 Sicherstellung der Versorgung

Im Sozialgesetzbuch werden die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass eine ausreichende Sicherstellung gewährleistet ist.

— SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen

Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass ...

2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Vergleichbar ist diese Pflicht im SGB IX aufgenommen.

— SGB IX § 36 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen...

Geboten ist die Hinwirkung auch insofern, dass nur so Ansprüche von Leistungsempfängern auch zeitnah nach den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können.

2.2. Zusammenarbeit der Leistungsträger

Zumindest als Sollvorschrift werden auch die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit im SGB IX aufgefordert.

SGB IX § 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Hier ist bereits der Hinweis auf die regionale Ebene enthalten. Somit ist hier der Auftrag gegeben, in der Region an Verbundentwicklungen mitzuarbeiten. Eine enge Kooperation mit Leistungserbringerverbänden wäre hilfreich, ebenso wie ein Hinweis diesbezüglich hier im Gesetz.

Eine eindeutige Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit ist im SGB X (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz), das die Sozialverfahren regelt, verankert.

SGB X § 86 Zusammenarbeit

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten.

Der Gesetzgeber sieht auch auf der Ebene der Sozialleistungsträger die Möglichkeit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften im SGB X vor und formuliert hier vorbildlich das Aufgabenprofil solcher Arbeitsgemeinschaften.

SGB X § 94 Arbeitsgemeinschaften

(1a) Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit einschließlich der in § 19 a Abs. 2 des Ersten Buches (SGB II-Träger) genannten anderen Leistungsträger können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden.

Hier ist zu vermuten, dass der Gesetzgeber eher die überregionale Ebene bzw. Landesebene stärker in den Fokus hatte, eine Klarstellung wäre hier hilfreich.

Bei der Planung und Forschung spricht der Gesetzgeber aber sowohl örtliche als auch überörtliche Pläne an.

— SGB X § 95 Zusammenarbeit bei Planung und Forschung

(1) Die in § 86 genannten Stellen sollen

1. Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie
2. gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden.

Im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) finden sich explizite Hinweise auf Kooperations- bzw. Koordinationsgebote bisher nur im Bereich der Prävention, der Palliativversorgung, der Notfallversorgung und in Bezug auf die Schnittstelle zur Pflege.

Im dem vom BMG initiierten Psychatriedialog wurde der Vernetzung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie einer individuell abgestimmten und im Lebensumfeld der betroffenen Patientinnen und Patienten vorgehaltenen psychiatrischen Versorgung als ein wesentlicher Garant einer bedarfsgerechten Versorgung eine hohe Bedeutung zugeschrieben.

Diskutiert wurden im Dialogprozess entsprechend die Aufnahme eines Koordinationsgebotes im § 2 SGB V und im § 70 SGB V. Zudem wäre eine Einführung eines Förderauftrages der Krankenkassen zur Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden sinnvoll.

3. Verbindliche Umsetzung und Perspektiven

In Bezug auf die verbindliche Umsetzung von rechtlichen Vorgaben durch die Leistungsträger sind die gesetzlich verankerten staatlichen Aufsichtspflichten bezüglich der Leistungsträger von Bedeutung, die im SGB IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialverwaltung) erläutert sind.

SGB IV § 87 Umfang der Aufsicht

(1) Die Versicherungsträger unterliegen staatlicher Aufsicht. Sie erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist

SGB IV § 89 Aufsichtsmittel

(1) Wird durch das Handeln oder Unterlassen eines Versicherungsträgers das Recht verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Kommt der Versicherungsträger dem innerhalb angemessener Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde den Versicherungsträger verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist ...

Allerdings weisen die Berichte der zuständigen Aufsichtsbehörden daraufhin, dass stärker das Finanzgebaren und weniger Aspekte der regionalen Steuerung im Fokus der Aufsicht stehen.

Perspektiven

Schon jetzt bietet die Sozialgesetzgebung Orientierung in Bezug auf die Umsetzung regionaler Koordination sowie Kooperation im Verbund und formuliert in Ansätzen Rahmenbedingungen. Diese sollten stärkere Berücksichtigung in der Umsetzung auf kommunaler und Länderebene finden.

In der regionalen Steuerung durch die Leistungsträger und Leistungserbringer und deren Zusammenwirken im Rahmen der integrierten Leistungserbringung in Bezug auf Behandlung, Teilhabe und Rehabilitation, Pflege sowie Prävention besteht jedoch weiterhin Reformbedarf.

Um die Perspektive und die genannten Chancen in der Umsetzung zu forcieren, sollte auch der Gesetzgeber insbesondere in Bezug auf mehr Verbindlichkeit, auf mehr Anreize und Gebote die bisherige Sozialgesetzgebung weiterentwickeln. So sollten in allen relevanten Gesetzen Kooperationsgebote der Leistungsträger und Leistungserbringer und Konkretisierungen insbesondere von Strukturen der Zusammenarbeit verankert werden.

Anhang

Aktion Psychisch Kranke und Psychiatriereform

Christoph Müller im Gespräch mit Niels Pörksen

Christoph Müller: Was macht für Sie, Herr Dr. Pörksen, die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) aus? Wo hat die APK die eigene Schlagkraft bewiesen?

Niels Pörksen: Für mich ist die APK eine geniale Organisation, weil sie es geschafft hat, die Fachwelt in der Psychiatrie mit der parlamentarischen Gesetzgebung und der Administration zu verbinden. Dies ist ein großer Vorteil. Solche Konstruktionen gibt es in kaum einem Land der Welt. Es ist schon sehr beeindruckend gewesen, dass alle im Bundestag vertretenen Fraktionen oder Parteien über die Jahrzehnte hinweg im Vorstand vertreten waren. Dabei ist zu betonen, dass nie ein Parteienstreit in der Psychiatriereform eine Rolle gespielt hat.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass es damals gelungen ist, die Misere der Psychiatrie nach der Nazi-Zeit und der Euthanasie schonungslos offenzulegen, auch in dem damaligen Zwischenbericht über die menschenunwürdigen und elenden Zustände in der Psychiatrie. Darauf aufbauend ist ja die Entscheidung getroffen worden, dass eine regionale verantwortliche Psychiatrie-Organisation notwendig ist. Für mich, der im Bereich extramurale Dienste der Enquête jahrelang mitgearbeitet hat, ist es einer der ganz entscheidenden Faktoren, die dann in die Modellphase und in die Modellregionen eingegangen ist. Das war Ende der 70er Jahre und in den 80er Jahren.

Wir hatten in Uelzen 1976 eines der ersten Modellprojekte nach der Enquête, als Sozialpsychiatrischer Dienst. Damals waren Sozialpsychiatrische Dienste lediglich ein Modellprojekt, weil es sie noch nicht gab. Mit der APK ist es dann weitergegangen. Nach dem Bundesmodellprogramm Psychiatrie gab es die Expertenkommission. Durch deren Bericht ist dann letzten Endes die Umsetzung der Psychiatriereform in den letzten Jahrzehnten bundesweit erfolgt – mit vielen Widerständen, mit vielen Kämpfen und immer wieder mit einer Verwechslung von Angeboten und Verantwortung für notwendige Erfordernisse.

Es ist bis heute nicht gelungen, das Wort Angebote aus der Psychiatrie herauszuhalten. Es geht nicht um Angebote, sondern es geht um *Versorgungssicherheit*, der ich gerecht werden muss, in welcher Form auch immer. Sei es in der klinischen Arbeit, sei es im betreuten Wohnen, sei es in den Hilfen zur Arbeit. Da gibt es Bedarfe von Seiten der Betroffenen. Es gibt die Notwendigkeit,

durch öffentliche oder private Träger oder durch gesetzliche Vorgaben darauf zu reagieren.

Christoph Müller: Jetzt hatten Sie gerade schon von der Einzigartigkeit der Aktion Psychisch Kranke gesprochen, die sich unter anderem in der Durchlässigkeit von Inhalten gezeigt hat – quasi von der Basis hin bis in den Bundestag. Gibt es ein konkretes Beispiel dafür?

Niels Pörksen: Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die unmittelbar vor der Aktion Psychisch gegründet wurde, hat die Multiprofessionalität, die Professionalisierung, die Grundhaltung sehr stark vorangetrieben. Aufgabe der APK ist es immer gewesen, Unterstützung zu geben – für die Gesetzgebung und für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Dadurch, dass sie Tagungen und Umsetzungsprojekte realisiert hat, hat sie für Konkretheit gesorgt – sowohl in den Modellregionen als auch später mit einzelnen Projekten.

Von 2000 bis 2010 gab es das vom BMA geförderte Modellprojekt »Hilfen zur Arbeit«, mit dem Bericht »Individuelle Wege ins Arbeitsleben«. Werkstätten für behinderte Menschen sind zwar notwendig, aber eigentlich für die Menschen aus der Psychiatrie nicht so geeignete Einrichtungen. Die Hilfen zur Arbeit, die in anderen Ländern auf der Welt schon sehr viel weiter entwickelt waren, waren bei uns immer durch institutionelle Vorgaben blockiert. »Supported Employment« ist das wirksamste Mittel in der Hilfe zur Arbeit in der Psychiatriereform. Dies hat in Deutschland sehr lange gebraucht, bis es Akzeptanz gefunden hat.

Auch in den zehn Jahren unserer mühsamen Arbeit mit dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) finanzierten Projektes hat es sehr lange gedauert.

Im Bundestag hat es vor allen Dingen gedauert, bestimmte gesetzliche Vorgaben voranzutreiben. Bei den Vorbereitungen zur Pflegeversicherung hat die APK eine große Rolle gespielt. Es war zu Beginn leider nicht gelungen, die psychiatrische Pflege in die Pflegeversicherung reinzubringen. In den letzten zehn Jahren sind psychiatrische Hilfen Teil der Pflegeversicherung geworden.

Von daher ist die APK als eine Organisation, die den Prozess immer wieder begleitet hat, außerordentlich wichtig gewesen. Derzeit erleben wir die vom BMG geförderten **Dialogforen**, die sich mit folgenden Fragen beschäftigen: Was ist eigentlich schief gelaufen an der Psychiatriereform? Oder wo gibt es Versäumnisse, wo gibt es Nachholbedarf?

In der **psychiatrischen Notfallversorgung** gibt es Nachholbedarf. Da zeigt sich, dass inzwischen eine Schiefelage entstanden ist, zwischen den Hilfen und Therapieangeboten für psychisch leicht Erkrankte und den Schwerkranken. Die

APK war immer diejenige Organisation, die vertreten hat: »Ihr müsst zuerst an die Schwerkranken denken«. Da braucht es **Versorgungssicherheit**. Das ist aktuell in Gefahr, einmal durch die Entscheidung im europäischen Gerichtshof über die Freiheit des*der Einzelnen, auch notwendige Behandlungen abzulehnen. Selbst dann, wenn ich zwangseingewiesen bin, kann ich als Betroffener, wenn ich nicht andere gefährde, darauf bestehen, nicht behandelt zu werden. Das ist eine ganz kritische Situation. Kliniken gehen inzwischen dazu über, Patient*innen, die sich nicht behandeln lassen wollen, Hausverbot zu erteilen.

Christoph Müller: Wenn Sie jetzt nochmal diese Orientierung an den Schwächsten anmahnen, da sind wir ja auch beieinander. Nehmen Sie das im Moment dann nicht auch so wahr, dass es oft vor dem Hintergrund vieler wirtschaftlicher Stimmungen und systemimmanenter Stimmungen ein ganz starkes Streben gibt, sich im Versorgungssystem untereinander die Schwächsten zuzuschieben?

Niels Pörksen: Klar. Ich war Mitbegründer des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, mit dem Ziel, die gegenseitigen Verschiebungspraktiken auch auf regionaler Ebene zu verhindern. Wenn Sie die Stadt Bielefeld nehmen mit 350 000 Einwohner*innen, dann haben wir das große Bethel mit den stationären Hilfen. Wir haben die ambulanten Hilfen, Einrichtungen in der Eingliederungshilfe von betreutem Wohnen bis zur stationären Unterbringung. Und wir haben über 1000 Patient*innen, die im betreuten Wohnen bei freien Trägern sind. Da gab es natürlich schon eine Tendenz, sich die schwierigen Leute gegenseitig zuzuschieben.

So kam es auch dazu, dass die APK einer der treibenden Kräfte war, die Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes als verbindliche Organisationsform voranzutreiben. Es muss das Ziel sein und bleiben, dass keiner mehr durch die Maschen fällt.

Christoph Müller: Aber auch da scheint es doch besonders gelungen zu sein, mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, oder?

Niels Pörksen: Da werde ich nicht widersprechen, gerade wenn wir über die Schwierigen sprechen. Um das zu überprüfen, haben wir gesagt, wir brauchen Besuchskommissionen, um herauszufinden, wie denn ein regionaler Versorgungsverbund funktioniert, zwischen stationären und ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzt*innen, Sozialpsychiatrischen Diensten, betreutem Wohnen und Heimen. Wir haben in diesen Besuchskommissionen, die jeweils zwei bis drei Tage gedauert haben, ganze Versorgungsregionen unter die Lupe genommen, im Dialog mit Vertreter*innen von Angehörigen, von Psychiatrie-Erfahrenen und Profis.

Zu den Standardfragen gehörte dann immer: »Was machen Sie mit den ganz schwierigen Menschen?« Und es gibt kaum eine Versorgungsregion, auch bei

gut funktionierenden Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die es schaffen, alle schwierigen Leute in der Versorgungsregion zu behalten. Die Tendenz, Leute außerhalb unterzubringen, ist nach wie vor da. Wenn eine Person zu schwierig ist, entweder über die Forensik oder noch häufiger über eine geschlossene Heimunterbringung außerhalb der Versorgungsregion. Da muss man leider sagen, das ist ein wunder Punkt in der Psychiatriereform, wie ich finde.

Christoph Müller: Aber sehen Sie als zentralen Grund für dieses Abschieben nur die Schwierigkeit dieser einzelnen Person oder sind es aus Ihrer Sicht auch unzureichende Versorgungsstrukturen – nach der Klinik, nach dem Maßregelvollzug?

Niels Pörksen: Es ist die Frage, ob man so weit gehen will, wie in Schweden, wo auch rund um die Uhr Einzelbetreuung stattfinden kann. Das ist natürlich ein wahnsinniger Aufwand. Oder will ich es so regeln, dass ich akzeptiere, dass es auch in meiner Versorgungsregion gelegentlich geschlossene stationäre Langzeitunterbringung geben muss?

Wir sind damals angetreten mit dem Grundsatz »Freiheit heilt«. Wir lösen die totalen Institutionen auf, entlassen die Leute und machen vom betreuten Wohnen bis zu Tagesstätten und Tagesstrukturen ein breit gefächertes Angebot. Das Ergebnis: Es gibt immer einige, die nicht in der Lage sind, sich dort einzubinden. Es muss dazu führen, dass für die ganz extrem schwierigen Menschen Rund-um-die-Uhr Versorgung möglich sein muss, damit sie nicht abgeschoben werden, oder auf der Straße, im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug landen.

Christoph Müller: Ich setze jetzt bewusst bei den Einzelinteressen an, um es nochmal runterzubrechen. Das setzt grundsätzlich voraus, dass ich eine sehr basale Versorgungshaltung einnehme.

Niels Pörksen: Selbstverpflichtung muss sein, eine Sitzung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds erst zu beenden, wenn wir für die Person hier vor Ort eine Lösung gefunden haben. Das muss unsere unverzichtbare Handlungsleitlinie sein. Dies müsste eigentlich das Selbstverständliche sein – und zwar nicht als richtiges Angebot, sondern als Versorgungssicherheit. Es setzt voraus, dass ich als Mitarbeitender akzeptiere, bestimmte Versorgungsprobleme lösen zu müssen, mich nicht immer nur auf eine Konzeptfrage fokussieren kann, sondern im Blick haben muss, wenn ich hier 24 Patient*innen in unterschiedlichen Phasen habe, die alle ihren Versorgungsanspruch haben.

Christoph Müller: Ist dann die APK auch ein Stück weit nochmal so als Wächter zu verstehen gewesen? Oder auch heute?

Niels Pörksen: Ich finde, die APK ist die Organisation, die am ehesten dazu geeignet ist, darauf zu achten, dass die unterschiedlichsten Aspekte der Psychiatrie-

Reform eingehalten und durchgesetzt werden. Sie reagiert notwendigerweise darauf, wenn das nicht der Fall ist. Es hat eine lange Zeit gedauert, bis es auch in der APK klar war, dass auch die Suchtkrankenversorgung Teil der Psychiatrie ist. Sie war immer ein Stiefkind.

Am Ende des Modellprogramms und der Modellphase, als die Beraterkommission zusammengesetzt wurde, um den Bericht der Expertenkommission zu schreiben, standen alle Themen an der Tafel. Die Suchtkrankenversorgung wollte niemand übernehmen. Dann sagte Caspar Kulenkampf: »Gut, dann verzichten wir darauf«. Ich war damals eigentlich eher Experte für Chronisch-Kranken-Psychiatrie, aber ich habe gesagt: »Dies kommt nicht in Frage, dann mache ich das.«

So wurde ich damals ungewollt zum Suchtexperten und hab mich viele Jahre schwerpunktmäßig damit beschäftigt. Und dann kam Günther Wienberg mit »Die vergessene Mehrheit« dazu. Er ist auf diesem Weg hinzugestoßen. Dies bedeutet, dass die APK eine unglaublich wichtige Funktion hat, etwas zu sagen, wenn etwas schief läuft.

Durch die Konstruktion der APK – die Verbindung von Parlament, Gesundheitsverwaltung, den Ministerien und den Fachleuten – sind dann die richtigen Antworten zu finden. Die APK-Geschäftsführer sind in diesem Zusammenhang unglaublich wichtige Figuren. In den 80er Jahren in der APK war eher die Tendenz zu sagen: »Wir waren jetzt für die APK zuständig und jetzt begleiten wir die Psychiatriereformentwicklung und die Umsetzung der Psychiatriereform nicht mehr. Wir lassen das auslaufen.« Es gab dann eine existentielle Auseinandersetzung, die dazu geführt hat zu sagen: »Wir müssen die APK in diese Wächterfunktion hineinragen und die APK viel wichtiger machen.« Das ist auch letztendlich gelungen, finde ich. Nach wie vor ist es eine akzeptierte Organisation, wobei bestimmte Vorsitzende auf der Bundesebene wichtig waren – als Vorsitzende beispielsweise Volker Kauder oder Bernhard Jagoda.

Christoph Müller: Ja, wobei wir auf die Pflichtversorgung zurückkommen können. Wie ist es denn damals zur Pflichtversorgungsidee bei Ihnen gekommen?

Niels Pörksen: Das hatte einen Grund. Die Landesregierung hat gesagt, »Bethel mit seinen mehreren tausend Betten«, sowohl in dem Akutkrankenhaus wie auch in dem, was sich damals Sonderkrankenhaus nannte. Im Sonderkrankenhaus waren die stationär untergebrachten Langzeitpatient*innen mit hohem Hilfebedarf. Die waren finanziert über die Sozialhilfe, waren aber im Sonderkrankenhaus. Und diese Sonderkrankenhäuser haben bis Ende der 90er Jahre noch existiert, bis kurz vor meinem Ruhestand.

Da hat damals das Land NRW darauf bestanden, dass das psychiatrische Krankenhaus in Bethel sich an der psychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen beteiligt und dann die Versorgungsverpflichtung für Bielefeld übernimmt. Das war in der Ausschreibung für die Stelle des ärztlichen Direktors damals ein Bestandteil, dafür zu sorgen, dass alle Bielefelder Patient*innen vorrangig und zuverlässig von Bethel versorgt werden. Bei freien Kapazitäten haben wir natürlich auch andere Patient*innen behandelt.

Christoph Müller: War denn Bethel zum Beispiel ein Stück weit Vorbild für den Rest der Republik oder für den Rest des Landes?

Niels Pörksen: Es war zumindest für die freien Träger schnell vorbildhaft. Ja. In Bethel gab es zahlreiche engagierte, gemeindepsychiatrisch und sozialpsychiatrisch orientierte Mitarbeiter*innen, und mir zur Seite stand Günther Wienberg, der mit Planungskompetenz und strukturierten Konzepten den Wandlungsprozess von der institutionellen zur gemeindepsychiatrischen Orientierung vorantrieb. Wir haben relativ schnell versucht, in alle möglichen Gremien reinzukommen. Das war hilfreich. Psychiatriebeirat und Psychiatrieausschuss bei der Stadt wurden gegründet, die PSAG war sehr förderlich in den ersten Jahren. Und mit einem Krisendienst haben wir die ersten Jahre viel Entlastung bewirken können. Auch nicht-staatliche Träger wissen, wenn sie Psychiatrie machen, müssen sie die Pflichtversorgung übernehmen oder sie sind eigentlich überflüssig. Man muss einen klaren Versorgungsauftrag annehmen, dem man sich nicht entziehen kann und nicht sagen: »Die wollen wir nicht«. Oder: »Die wollen wir.«

An der Versorgungsverpflichtung geht eigentlich nichts vorbei. Also es gibt eigentlich keine, nach meiner Einschätzung darf es eigentlich keine Versorgung geben ohne klaren Versorgungsauftrag und Versorgungsverpflichtung. Wenn wir für die Schwachen eine gute Lösung gefunden haben, dann werden wir auch für andere ausreichende Hilfen finden. Derzeit aber bereitet mir die groß gewordene Wohnungslosenszene psychisch kranker Menschen viele Sorgen und im Übergang brauchen wir unbedingt aufsuchende Hilfen für diese Menschen, sozialpsychiatrischen Streetwork und aufsuchende Krisenintervention.

Christoph Müller: Da bin ich sicher.

Niels Pörksen: Wir haben hier in Bielefeld ein sogenanntes »Streetmed«. Das ist eine ambulante ärztliche Praxis für Wohnungslose und Nichtversicherte. Dies haben Bethel und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) gemeinsam finanziert. Die haben einen schönen großen Bus als ambulante Praxis. Dort entwickelt sich sowas wie sozialpsychiatrisches Streetwork. Und das gerade jetzt bei den zunehmenden Behandlungsverweigerern, die auf der Straße landen irgendwann, weil keiner sie

haben will. Sie verlieren auch durch ihr Verhalten die Wohnungen. Hinlänglich werden sie »Systemsprenger« genannt. Ein fragwürdiger Begriff. Selbst, wenn man den Begriff im Moment nicht herauskriegt, man braucht entsprechende Unterstützungsangebote gerade für diejenigen, die sich an keine Regeln halten und trotzdem hilfsbedürftig sind.

Noch ein Wort zur Psychiatrischen Behandlung: In der Psychiatrie wird die Bedeutung der Psychiatrischen Krankenpflege stark unterschätzt. Im Klinikalltag mit den unterschiedlichen Berufsgruppen in den multiprofessionellen Teams fühlten sich die psychiatrischen Pfleger*innen immer unterbewertet. »Ihr Ärzte, Ihr Ergotherapeuten, Ihr Psychologen, Ihr schneidet Euch die lukrativen Seiten von dem Behandlungsbedarf heraus und wir sind für den Rest zuständig.«

Ich habe immer dagegen gehalten »Ihr Pflegeleute, Ihr seid 24 Stunden für alles zuständig. Ihr müsst dafür sorgen, dass die Spezialfunktionäre, ob es die Ärzte oder Psychologen sind, so in das System hineinpassen, dass es um die Rundumversorgung des Patienten geht.« Das heißt, die sind im Grunde die Hauptverantwortlichen. Sie sind nicht die Resteverwalter, sondern eher diejenigen, die für das gesamttherapeutische Prozedere verantwortlich sind.

Christoph Müller: Aber da fehlt Pflegenden das Selbstbewusstsein leider.

Niels Pörksen: Vielen fehlt dieses Selbstbewusstsein. Es ist aber ein ganz großer Unterschied, ob ich das Gefühl habe »ich bin Resteverwalter von dem, was die guten Therapien mir wegnehmen« oder »ich bin die- oder derjenige, die/der dafür sorgt, dass für diesen Patienten alles zusammenpasst und koordiniert wird.«

Christoph Müller: Inwiefern hebt der sich von der Idee ab, die Klaus Dörner immer vertreten hat mit diesen Zuverdienstfirmen? Oder ist es so ähnlich zu verstehen?

Niels Pörksen: Unterstützte Beschäftigung ist nicht gebunden an irgendwelche Strukturen. Es kann sein, dass das eine Zuverdienstfirma ist. Es kann sein, dass das an eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen angegliedert ist. Es kann aber auch sein, dass ich in einem Normalbetrieb aber nur 60 Prozent leistungsfähig bin, dass die unterstützte Beschäftigung die 40 Prozent finanziert. Ja das heißt, unterstützte Beschäftigung, dass die vorhandenen Defizite durch öffentliche Finanzierung ausgeglichen werden. Und da gibt es inzwischen auch zunehmend gesetzliche Möglichkeiten, dass das so passiert.

Kennen Sie Sibylle Prins? Sie hat zum Thema Arbeit ein schönes Buch geschrieben. In dem Buch kommt vor: »Jemand der gestorben ist und landet irgendwo und es geht ihm so wahnsinnig gut. Aber ich brauche im Himmel irgendeine

Form von Tätigkeit sonst werde ich ganz verrückt.« Dann sagt sie: »Man kann alles haben, aber Arbeit gibts hier nicht.« Und dann hat sie gesagt, »Du hättest ja in der Hölle sein können, was glauben Sie denn wo Sie sind, nur in der Hölle gibt's keine Arbeit.« Das was sie damit sagen wollte ist, ohne Arbeit oder Beschäftigung, ohne einen Grund zu haben, morgens aufzustehen, irgendeine Form von Tätigkeit, ist das Leben sehr viel schwerer.

Deswegen ist nichts integrativer als irgendeine Form von Tätigkeit, Beschäftigung oder den Grund zu haben, morgens entweder irgendwo hinzugehen oder am Schreibtisch zu sitzen. Das andere ist, dass es dafür Strukturen geben muss. Das kann eine Zuverdienstfirma, eine Behindertenwerkstatt, ein Behindertenarbeitsplatz in einer Normalfirma oder die Briefmarkenstelle in Bethel sein. Das kann alles Mögliche sein. Aber irgendwie und irgendwas zu machen, ist einfach lebensnotwendig. Und deswegen gibt es auch so viele Leute, die ehrenamtlich tätig sind, damit sie irgendeinen Grund haben aufzustehen. Das kann für mich im Ruhestand ehrenamtliche Tätigkeit, Beschäftigung, Nachbarschaftshilfe, Betreuung in der Familie etc. sein.

Arbeitstherapie hat in der Psychiatrie eine nicht ganz ehrenwerte Tradition. Als ich mit Student*innen der Universität Heidelberg das Landeskrankenhaus Wiesloch 1971 besuchte, berichtete eine Langzeitpatientin voller Stolz, dass sie als einzige Mitarbeiterin in den vergangenen Jahren an jedem Tag – inklusive Feiertage – bis zu 12 Stunden Dienst in der Pflege auf der gerontopsychiatrischen Pflegestation gearbeitet hat, natürlich ohne Verdienst und dankbar war für die Anerkennung ihres Einsatzes. Ausbeutung von Patient*innen, die nicht entlassen wurden, weil sie in der Pflege, als Hilfskräfte bei den Ärzt*innen und in der Unterstützung der Wirtschaft gebraucht wurden, war die Regel.

Inzwischen aber hat sich die Arbeit als Therapie erfolgreich zurecht durchgesetzt. Da haben viele wie Klaus Dörner wichtige Impulse gesetzt. Und mit dem Projekt Hilfen zur Arbeit der APK haben wir dazu einen wertvollen Beitrag geleistet.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Susanne ACKERS, Vorstand EX-IN Deutschland e. V., Karlsbad

Prof. Dr. Jürgen ARMBRUSTER, Mitglied des Vorstands, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., Stuttgart

Prof. Dr. Anke BRAMESFELD, Referatsleiterin im Referat »Psychiatrie« des Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

Prof. Dr. Peter BRIEGER, Ärztlicher Direktor, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost-Haar; stellv. Vorsitzender AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., München

Jurand DASZKOWSKI, Vorstand Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE), Hamburg

Dr. Julian DILLING, Leiter des Referates Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen Abteilung Ambulante Versorgung, GKV-Spitzenverband, Berlin

Sabine DITTMAR, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit, Mitglied des Bundestages, Berlin

Jürgen DUSEL, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Berlin

Prof. Dr. Jörg M. FEGERT, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Ulm

Dr. Jürgen GOHDE, Kurator, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin

Nils GREVE, Vorsitzender, Dachverband Gemeindepsychiatrie, Köln

Prof. Dr. Hans GUTZMANN, Past President, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Berlin

Dr. Rüdiger HANNIG, Vorsitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BAPK), Bonn

Timo HARFST, stellv. Geschäftsführer, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin

Horst HARICH, Vorstand Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Bad Sachsa

Prof. Dr. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte, ehem. stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Berlin

Dr. Maik HERBERHOLD, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Vorstandsbeauftragter des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., Bochum

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn

Prof. Dr. Ralf IHL, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie Alexianer Krefeld GmbH, stellv. Vorsitzender Alzheimer NRW, Krefeld

Dr. Kirsten KAPPERT-GONTHNER, MdB, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Mitglied des Bundestages, Vorsitzende AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bremen

Dr. Michael KONRAD, Konrad Counseling, Beratung psychosozialer Leistungsträger und -erbringer, Ravensburg

Prof. Dr. Michael KÖLCH, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Universitätsmedizin Rostock, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (dgkjp), Rostock

Ulrich KRÜGER, Projektleiter, AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn

Helga KÜHN-MENGEL, Vorsitzende des AWO-Regionalverbandes Rhein-Erft & Euskirchen e. V., Mitglied des Bundestages a. D., Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Brühl

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, ehemaliger ärztlicher Direktor, ehem. stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Kassel

Manfred LUCHA, MdL, Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Mitglied des Landtages, Stuttgart

Christoph MÜLLER, psychiatrisch Pflegender mit langjährigen Erfahrungen in der Geronto-, der Allgemein- und der forensischen Psychiatrie, Fach- und Buchautor, Wesseling

Dr. Klaus OBERT, stellv. Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV), Stuttgart

Lisa PAUS, MdB, Bundesministerin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Mitglied des Bundestages, Berlin

Andres PLIENINGER, Projektleitung RESET, leitender Psychologe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart gGmbH, Stuttgart

Dr. Niels PÖRKSEN, ehem. Chefarzt, ehem. Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bielefeld

Prof. Dr. Thomas POLLMÄCHER, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit Ingolstadt, Berlin/Ingolstadt

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, stellv. Vorsitzender AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Berlin

Prof. Dr. Renate SCHEPKER, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (dgkjp), Berlin/Stuttgart

Dr. Christina SCHILLING, Senior-Referentin, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Regina SCHMIDT-ZADEL, Ehrenvorsitzende Alzheimer NRW, Mitglied des Bundestages a. D., ehem. Vorsitzende u. stellvertretende Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Köln

Dr. Monica SCHOL-TADIC, Fachdienstleitung, Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst, FB Gesundheit und Verbraucherschutz, Psychiatriekoordination Kreis Groß-Gerau, Groß-Gerau

Stefan SCHWARTZE, MdB, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, Mitglied des Bundestages, Berlin

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Vorstand v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, Professor Universität Greifswald, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bielefeld/Greifswald

Hermann STEMMLER, Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG), Dipl. Sozialpädagoge, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Hochheim

Prof. Dr. Katarina STENGLER, Direktorin des Zentrums für Seelische Gesundheit, Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im HELIOS Park-Klinikum; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Leipzig

Dr. Thomas STRACKE, Leiter des Referates Psychiatrie, Neurologie, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Dr. Hanns-Diethard VOIGT, Geschäftsführer im Ev. Krankenhaus Bethanien in Greifswald, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Greifswald

Saskia WEIß, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Berlin

Gudrun WEIßENBORN, Projektleiterin, Landesverband Angehöriger Psychisch Kranker e. V., Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Berlin

Dr. Michael WELSCHHOLD, Prokurist, Geschäftsstelle Krisendienst Psychiatrie Oberbayern gGmbH, München

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 48 »Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang«
Tagung am 06./07. und 08. September 2021 in Berlin
- Band 47 »Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern«
Tagung am 05./06. und 07. Oktober 2020 in Berlin
- Band 46 »Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen
Versorgung«
Tagung am 28./29. und 30. Oktober 2019 in Berlin
- Band 45 »Planen - umsetzen – bewerten: Psychiatriepolitik gestalten«
Tagung am 05. und 06. November 2018 in Berlin
- Band 44 »Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen«
Tagung am 29. und 30. Mai 2017 in Berlin
- Band 43 »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen
Erkrankungen«
Tagung am 07. und 08.11.2016 in Kassel
- Band 42 »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation«
Tagung am 03. und 04.11.2015 in Berlin
- Band 41 »Qualität therapeutischer Beziehungen«
Tagung am 24. und 25.09.2014 in Berlin
- Band 40 »Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«
Tagung am 24. und 25.09.2013 in Berlin
- Band 39 »Gleichberechtigt mittendrin
Partizipation und Teilhabe«
Tagung am 06. und 07.11.2012 in Berlin
- Band 38 »Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum«
Festakt am 17.10.2011 und
Fachtag am 18.10.2011 in Berlin
- Band 37 »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern
und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel
- Band 36 »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin

- Band 35 »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepshychiatrie«
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 34 »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 33 »Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 32 »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
- Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 29 »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepshychiatriischen Verbund«
Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen
Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 23 »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn
- »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen
mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn

- Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 22**
vergriffen »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck**
vergriffen »Personalbemessung im komplementären Bereich –
von der institutionszur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck**
Selbstverlag »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21**
vergriffen »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstruk-
turen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20**
vergriffen »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- nicht*
dokumentiert **Regionalkonferenzen über den Bericht**
»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 19**
vergriffen »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung
psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf
dem Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
- Band 18**
vergriffen »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 17**
vergriffen »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 16**
vergriffen »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn

- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 14**
vergriffen »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 13**
vergriffen »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 12**
vergriffen »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 11**
vergriffen »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 9**
vergriffen »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
- Band 8**
vergriffen »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Sonderdruck**
vergriffen »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 7**
vergriffen »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Band 6**
vergriffen »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 5**
vergriffen »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- Band 4**
vergriffen »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 3**
vergriffen »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn

- Band 2**
vergriffen »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- Band 1**
vergriffen »Gemeindenaher Psychiatrie«
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter: www.apk-ev.de

