Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern

(Fortschreibung des

Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans)

INHALTSVERZEICHNIS ..... - 2 -

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... - 5 -

VORWORT ..... - 6 -

I. AUSGANGSSITUATION ..... - 9 -

1. Allgemeines ..... - 9 -

2. Daten zur Versorgungssituation in Bayern ..... - 12 -

3. Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ..... - 16 -

II. LEITLINIEN DER PSYCHIATRISCHEN, PSYCHOTHERAPEUTISCHEN UND PSYCHOSOMATISCHEN VERSORGUNG ..... - 19 -

1. Im Mittelpunkt psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Hilfen steht der Mensch als Ganzes und nicht nur seine Erkrankung ..... - 19 -

2. Von institutionszentrierten zu personenzentrierten Hilfen ..... - 21 -

3. Gewährleistung eines hohen Standards an diagnostischen, therapeutischen und beglei tenden Hilfen ..... - 22 -

4. Niederschwelliger Zugang zu den Versorgungsangeboten ..... - 22 -

5. Integration der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in die allgemeine Medizin .... - 23 -

6. Gemeindenähe und Lebensweltorientierung der Hilfeangebote ..... - 23 -

7. Kontinuität der Behandlung und Hilfe ..... - 24 -

8. Beteiligung und Mitwirkung der Betroffenen ..... - 25 -

9. Regionale Verantwortung der Planung und Steuerung ..... - 26 -

10. Prävention und Früherkennung ..... - 26 -

11. Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen ..... - 27 -

12. Geschlechterspezifische Differenzierung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - 28 -

III. PRÄVENTION ..... - 30 -

1. Primäre Prävention ..... - 32 -

2. Sekundäre Prävention ..... - 33 -

3. Tertiäre Prävention ..... - 34 -

IV. SELBSTHILFE ..... - 38 -

1. Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen ..... - 38 -

2. Selbsthilfe der Angehörigen psychisch kranker Menschen ..... - 39 -

3. Selbsthilfe bei suchtkranken Menschen ... - 41 -

V. VERSORGUNG ... - 42 -

1. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Grundversorgung ... - 43 -
1.1 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin ... - 43 -
1.2 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse ... - 44 -
1.3 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ... - 46 -
1.4 Psychiatrische Institutsambulanzen ... - 48 -
1.5 Sozialpsychiatrische Dienste ... - 50 -
1.6 Psychiatrische Krankenpflege ... - 52 -
1.7. Soziotherapie ... - 53 -
1.8. Öffentlicher Gesundheitsdienst ... - 54 -
1.9 Krisendienste ... - 56 -
1.10 Krankenhausbehandlung ... - 58 -
1.10.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung ... - 58 -
1.10.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung ... - 61 -
1.11 Hilfen zur Selbstversorgung und Teilhabe ... - 62 -
1.11.1 Wohnen ... - 62 -
1.11.1.1 Betreutes Wohnen ... - 62 -
1.11.1.2 Familienpflege ... - 64 -
1.11.1.3 Wohnheime ... - 65 -
1.11.2 Hilfen zur Tagesgestaltung ... - 67 -
1.11.3 Teilhabe am Arbeitsleben ... - 68 -
1.11.3.1 Ergotherapie ... - 69 -
1.11.3.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) ... - 69 -
1.11.3.3 Übergangseinrichtungen ... - 70 -
1.11.3.4 Werkstätten für behinderte Menschen ... - 70 -
1.11.3.5 Integrationsprojekte ... - 70 -
1.11.3.6 Integrationsfachdienste ... - 71 -
1.11.3.7 Zuverdienstplätze ... - 71 -
1.11.3.8 Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke ... - 71 -
1.12 Bürgerschaftliches Engagement und Seelsorge ... - 74 -
1.12.1 Bürgerschaftliches Engagement ... - 74 -
1.12.2 Seelsorge ... - 74 -

2. Spezielle psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung ... - 76 -
2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische und –psychosomatische Versorgung ... - 76 -
2.1.1 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ... - 77 -
2.1.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen ... - 79 -
2.1.3 Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten - 80 -
2.1.4 Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung ... - 81 -
2.1.5 Aus- und Weiterbildung ... - 84 -
2.1.6 Einrichtungen der Jugendhilfe ... - 84 -
2.2 Gerontopsychiatrische Versorgung ... - 85 -
2.2.1 Pflegende bzw. betreuende Angehörige, allgemeine Beratungsangebote und ehrenamtliche Hilfen ... - 87 -
2.2.2 Niedergelassene Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoana lyse und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ... - 88 -
2.2.3 Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen ... - 90 -
2.2.4 Gerontopsychiatrische Dienste ... - 90 -
2.2.5 Sozialpsychiatrische Dienste ... - 91 -
2.2.6 Sozialstationen und ambulante Pflegedienste ... - 91 -
2.2.7 Tagespflege ... - 92 -
2.2.8 Ambulante Wohngemeinschaften ... - 93 -
2.2.9 Kurzzeitpflege ... - 93 -
2.2.10 Stationäre gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung ... - 94 -
2.2.11 Stationäre Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern ... - 95 -
2.2.12 Alten- und Pflegeheime ... - 96 -
2.2.13 Aufbau eines Verbundsystems mit vernetzten Strukturen ... - 99 -

2.3 Versorgung von zugewanderten ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern (Migranten).. - 99 -
2.4 Versorgung suchtkranker Menschen.....- 102 -
2.4.1 Suchtmedizinische Krankenhausbehandlung .....- 104 -
2.4.2 Psychiatrische Institutsambulanzen .....- 106 -
2.4.3 Prä- und postakute Beratung, Betreuung und Behandlung .....- 107 -
2.5 Forensische Psychiatrie .....- 108 -

VI. QUALITÄTSSICHERUNG .....- 113 -

VII. PLANUNG, STEUERUNG UND KOORDINIERUNG.....- 116 -

1. Der Regionale Steuerungsverbund.....- 117 -

2. Der Planungs- und Koordinierungsausschuss .....- 119 -

VIII. FINANZIERUNG .....- 121 -

IX. SCHLUSSBEMERKUNG.....- 126 -

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGSG	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
CMA	chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
JGG	Jugendgerichtsgesetz
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
LMU	Ludwig-Maximilians Universität
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990
RPK	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung

Vorwort

Der Zweite Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter (Zweiter Bayerischer Psychiatrieplan) von 1990 hat entscheidende Weichen für die Weiterentwicklung des Reformprozesses bei der Versorgung psychischer Erkrankungen gestellt. Gesetzliche Änderungen, vor allem in den verschiedenen Leistungsgesetzen, haben zur Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen beigetragen und damit den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgungsstrukturen unterstützt und erleichtert.

Den Leistungserbringern und Leistungsträgern gebührt für die positive Entwicklung der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in Bayern aufrichtiger Dank.

Auch in der veröffentlichten Meinung werden psychische Erkrankungen erfreulicherweise ganz überwiegend nicht mehr diskriminiert. In den Medien wird im Regelfall ernsthaft und besonnen berichtet. Gleichwohl gilt es, jeglicher Stigmatisierung psychischer Erkrankungen nach wie vor mit Nachdruck entgegenzutreten.

Der Reformprozess bei der Versorgung psychischer Erkrankungen ist noch nicht beendet. Neue Erkenntnisse erfordern eine Fortschreibung des Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans. Neue Erkenntnisse sind beispielsweise der Paradigmenwechsel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Ansatz, wonach nicht die behandelnde oder betreuende Institution, sondern der einzelne psychisch erkrankte Mensch in den Mittelpunkt gestellt werden muss mit der Vorrangigkeit ambulanter Hilfen in seinem sozialen Umfeld, aber auch die verbindliche Verzahnung der Hilfeangebote über die Grenzen der Leistungserbringer und die Zuständigkeiten der Leistungsträger hinweg.

Die Kooperation des psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Hilfesystems mit angrenzenden Hilfesystemen, vor allem auch dem Suchthilfesystem, ist von großer Bedeutung. Alle Beteiligten der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung müssen sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben mit dem allgemeinen Auftrag zur Prävention noch stärker als bisher an Maßnahmen der gemeinschaftlich organisierten Prävention psychischer Erkrankungen beteiligen. Darüber hinaus müssen sich die Leistungserbringer und Kostenträger der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung und der ambulanten und stationären Hilfesysteme der integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V noch weiter öffnen.

Psychische Erkrankungen haben Dank der differenzierten Behandlungs- und Betreuungsangebote zwischenzeitlich nicht mehr den Ruf der „Unheilbarkeit“ mit dem sich daraus ergebenden Stigma von Hoffnungslosigkeit und Ausgrenzung. Allerdings fordert die Intensivierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Maßnahmen ihren Preis; nicht nur für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch für das Gesundheitswesen und für die Volkswirtschaft allgemein sind sie zu einem bedeutsamen Kostenfaktor geworden. Die Krankheitskosten psychischer Erkrankungen in Deutschland lagen im Jahr 2002 an vierter Stelle hinter Krankheiten des Kreislaufs, des Verdauungs- und Muskelskelettsystems. Sie beliefen sich auf 22,3 Milliarden Euro. Psychische Erkrankungen tendieren sehr häufig zur Chronifizierung. Der Verzicht auf ausreichende und qualitätsgesicherte Prävention, Kuration und Rehabilitation mag kurzfristig finanzielle Entlastung bewirken, mittelfristig würden wachsende psychosoziale Probleme und eine weitere Zunahme psychischer Erkrankungen zwangsläufig massive finanzielle Belastungen für beitrags- und steuerfinanzierte Sicherungssysteme, aber auch für die Wirtschaft mit sich bringen. Der Einsatz moderner Therapiekonzepte (so auch innovativer Medikamente) kann durch eine Senkung der direkten und indirekten Kosten die volkswirtschaftlichen Kosten erheblich senken. Die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ sollen eine Orientierung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein, um die notwendigen Finanzmittel in ein angemessenes Verhältnis zu den berechtigten Ansprüchen psychisch kranker Menschen auf Heilung und Linderung zu bringen.

Der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen und die Bedeutung der Förderung der psychischen Gesundheit im erweiterten Europa wird auch daraus deutlich, dass die Europäische Kommission im Oktober 2005 ein Grünbuch zur psychischen Gesundheit vorgestellt hat, mit dem Strategien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Union entwickelt werden sollen. Die politischen Grundlagen hierfür wurden mit der im Januar 2005 auf der Ministerialkonferenz für psychische Gesundheit in Helsinki verabschiedeten „Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit“ und dem zugehörigen Aktionsplan gelegt.

Zur Vorbereitung der „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ wurden alle für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung maßgeblichen Gruppen im Mai 2004 zu einem „Runden Tisch Psychiatrie“ ins Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen eingeladen. Hieraus haben sich zehn Arbeitsgruppen gebildet, die selbstständig zahlreiche

Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen erarbeitet haben. In den Arbeitsgruppen haben Expertinnen und Experten der Leistungserbringer und Leistungsträger, aber auch die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen psychisch kranker Menschen mit außergewöhnlich großem Engagement in zahlreichen Treffen und Veranstaltungen mitgewirkt. Allen Beteiligten soll an dieser Stelle sehr herzlich gedankt werden.

Den „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ liegen die Ergebnisse dieser zehn Arbeitsgruppen zugrunde. Es liegt in der Natur der Sache, dass nicht alle Vorschläge aufgegriffen werden konnten. Zudem waren die staatlichen Grundsätze der Deregulierung und der Konnexität zu beachten.

Es bleibt zu hoffen, dass der Reformprozess bei der Versorgung psychischer Erkrankungen durch diese „Grundsätze“ nachhaltig unterstützt werden kann, um den Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert hohe finanzielle Aufwendungen. Psychische Krankheit hat für die kranken Menschen selbst und ihre Angehörigen neben all dem übrigen Leid wesentliche finanzielle Belastungen zur Folge. Die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Bezirke, die Landkreise und kreisfreien Städte, letztere als Träger der überörtlichen und örtlichen Sozialhilfe, und nicht zuletzt die Wohlfahrtsverbände tragen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ihren Anteil an den Kosten. Der Freistaat Bayern wird – wie in der Vergangenheit – auch in Zukunft im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten seinen Beitrag leisten.

Die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ werden – zusammen mit den Berichten der zehn Arbeitsgruppen - im Internet auf der Homepage des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen veröffentlicht. Damit wird ein modernes Massenmedium genutzt, um möglichst vielen Menschen, die an diesen „Grundsätzen“ interessiert sind, den uneingeschränkten Zugang zu ermöglichen.

I. Ausgangssituation

1. Allgemeines

Die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungslandschaft hat sich seit dem „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan“ von 1990 in allen Bereichen sowohl quantitativ als auch qualitativ in eindrucksvoller Weise verändert und weiter entwickelt. So wird die sachgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern mittlerweile von einer Vielzahl von Berufsgruppen geleistet, die – bedingt durch unterschiedliche Aus- bzw. Weiterbildungen – teils unterschiedliche, teils aber auch gleiche Aufgaben übernehmen. Zu nennen sind hier Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher, d.h. vor Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte Bayerns zum 24.04.2004, für Psychotherapeutische Medizin), Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse.

Neben diesen und anderen akademischen Berufsgruppen (wie beispielsweise Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen) leisten auch weitere Berufsgruppen aus dem pflegerischen und therapeutischen Bereich im weiteren Sinne (darunter unter anderem Krankenschwestern und Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester und Kinderkrankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Altenpflegerinnen und Altenpfleger (jeweils zum Teil in 2-jähriger Weiterbildung zusätzlich qualifiziert zur psychiatrischen Pflege im klinischen, ambulanten und komplementären Bereich), Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Ergo-, Sozio-, Kunst- oder auch Musiktherapeutinnen und –therapeuten), darüber hinaus auch Arzthelferinnen und Arzthelfer und medizinische Fachangestellte, ihren Beitrag im Gesundheitswesen und haben hohen Anteil an der Effektivität einer qualifizierten therapeutischen Versorgung. Der bedeutende Beitrag gerade auch der nichtmedizinischen, insbesondere auch der psycho-sozialen oder sozialpsychiatrischen Berufsgruppen verdient auch unter dem Aspekt besondere Bedeutung, dass fast ein Drittel der Ausgaben der gesamten Versorgung psychisch kranker

Menschen in einem Bereich fließt, der nicht dem SGB V unterliegt.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Gruppen von Behandlerinnen und Behandlern ihren fachlichen Voraussetzungen entsprechend einbezogen werden. Die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten als junge Heilberufe, die erst mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz eine gesetzliche Grundlage erhalten haben, werden ihren Stellenwert in der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen und im Gesundheitswesen möglicherweise noch ausbauen. Gleiches gilt für neuere Berufe wie den des Soziotherapeuten / der Soziotherapeutin. Nicht die Konkurrenz der Berufsgruppen sollte im Vordergrund stehen, sondern die Vernetzung und Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern muss deshalb gute psychiatrische, aber ebenso gute psychotherapeutische und psychosomatische Angebote beinhalten. Entsprechend gleichwertig werden in den „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ auch die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik als verschiedene und sich teilweise ergänzende Behandlungsformen aufgeführt. Eine erforderliche tragfähige Vernetzung der unterschiedlichen, an der Versorgung beteiligten Leistungsanbieter und Leistungserbringer kann nur auf der Basis gegenseitigen Respekts und der Anerkennung der gemeinsamen Arbeit gedeihen.

Mit der Fortschreibung des „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans“ soll der oben skizzierten Entwicklung und Veränderung der Versorgungslandschaft sowie der Facharztstruktur der letzten Jahre Rechnung getragen werden, unter Einschluss sämtlicher wesentlicher Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen und unter Ausrichtung auf möglichst alle Behandlungsarten für psychisch erkrankte Menschen.

In den „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ soll auch der in den letzten 30 Jahren seit der Psychiatrie-Enquête veränderten Orientierung in der Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich den veränderten Bedürfnissen und Patientenprofilen Rechnung ge-

tragen werden: Es wird nicht verkannt, dass moderne Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sich – neben den schweren, und mit hohem Risiko von Chronifizierung und Stigmatisierung behafteten psychischen Erkrankungen wie Psychosen – auch mit einer Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Suchterkrankungen, der affektiven, der neurotischen Störungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, der Ess- und somatoformen und Persönlichkeitsstörungen befasst.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Problematik der nur aufwändig passgenau zu organisierenden, geeigneten Versorgung und der sozialpolitischen und sozialökonomischen Bedeutung der schweren psychischen Erkrankungen sich auch gut 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête nicht erledigt hat. Auch wenn – bezogen auf die Lebenszeit- oder Einjahres-Prävalenz – schizophren erkrankte Patientinnen und Patienten nicht die führende Gruppe der psychischen Erkrankungen darstellen, so bilden sie bei dem sehr schwierigen Erkrankungsverlauf und bei bis zu einem Drittel chronischen Verläufen nach wie vor eine sehr schwierige Patientengruppe und sind ein Gradmesser für die Qualität psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen.

Besonders erfreulich ist, dass die Betroffenen, das heißt die Psychiatrieerfahrenen und die Angehörigen psychisch kranker Menschen, sich jeweils regional und überregional zusammengeschlossen haben und damit ihre Anliegen gegenüber den für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung Verantwortlichen nunmehr effizient artikulieren können.

Soweit in diesen „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ von „Psychiatrieerfahrenen“ die Rede ist, so sind hierunter selbstverständlich alle Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung zu verstehen, d.h. auch Menschen mit der Erfahrung einer nur mittelschweren oder leichten psychischen Erkrankung oder auch einer Suchterkrankung.

Die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in Bayern umfasst ein weit gefächertes Angebotsspektrum mit vielfältigen, zum Teil hoch differenzierten Behandlungsformen sowie störungsbezogenen Behandlungskonzepten, die auf unterschiedliche Patientengruppen zugeschnitten sind. Hier wurden seit Veröffentlichung des „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans“ - nicht

nur, aber häufig im stationären Rahmen - spezialisierte Behandlungs- und teilweise auch Stationskonzepte umgesetzt. Eine vollständige Aufzählung, Diskussion und fachliche Bewertung würde zum einen den Rahmen dieser „Grundsätze“ sprengen. Ein solches Vorgehen würde außerdem der Tatsache nicht gerecht werden, dass hier vieles nach wie vor in Entwicklung begriffen ist, nicht abschließend evaluiert ist, vieles teilweise bereits gut bewährt ist, manches aber auch in Fachkreisen teilweise noch kontrovers diskutiert wird. Beispielhaft zu nennen an neueren Entwicklungen wären hier Psychoedukation, Mutter-Kind-Stationen, Soteria-Stationen, spezialisierte Therapiekonzepte für Doppeldiagnose-Patientinnnen und –Patienten sowie Borderline-Patientinnen und –Patienten, Traumatherapie, Psychose-Seminare, systemische Therapieansätze sowie unterschiedlichste weitere Therapieverfahren.

2. Daten zur Versorgungssituation in Bayern

Die derzeitige Versorgungssituation (Stand Januar 2007) in Bayern wird an folgenden ausgewählten Versorgungsangeboten deutlich:

Die Zahl der niedergelassenen **Nervenärztinnen und Nervenärzte** sowie **Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** hat sich weiterhin erhöht. In Bayern sind 310 Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, 343 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 1 Fachärztin oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 558 **Fachärztinnen und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie** niedergelassen. Fast alle Kassenarztstellen sind besetzt. Ähnliches gilt für die **ambulante psychotherapeutische Versorgung.** Hier wurde mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998) und der damit verbundenen kassenärztlichen Zulassung Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten eine wichtige Entwicklung in Gang gesetzt, so dass das psychotherapeutische Versorgungsangebot im niedergelassenen Bereich mit Blick auf die Gesamtzahl von 1.844 Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten quantitativ grundsätzlich als durchaus zufrieden stellend bezeichnet werden kann. Zudem sind 424 Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie zugelassen, die mindestens

90% psychotherapeutische Leistungen erbringen.

Die **stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung** wurde neu strukturiert. Dies gilt vor allem auch für die psychiatrischen Krankenhäuser der Bezirke, die sich zu modernen Akutkrankenhäusern für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt haben. Durch die Enthospitalisierung sind die früher in den psychiatrischen Krankenhäusern lebenden Langzeitpatientinnen und -patienten in gemeindenahe Strukturen bzw. in Heime verlegt worden. Aufgrund der effizienteren Versorgungsstrukturen ist auch die Zahl neuer stationärer Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten bzw. der Pflegefälle gesunken. Mit den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten aufgrund der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 (Psych-PV) verbunden mit dem gleichzeitigen Auf- und Ausbau von heute 44 Psychiatrischen Institutsambulanzen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) konnte die durchschnittliche Verweildauer für die Erwachsenenpsychiatrie in den Krankenhäusern von rund 60 Tagen im Jahr 1990 auf 24,6 Tage im Jahr 2005 gesenkt werden. Die Verkürzung der Verweildauer hatte auch Einfluss auf die Kapazitäten der psychiatrischen Krankenhäuser, insbesondere der psychiatrischen Fachkrankenhäuser der Bezirke. Während im Jahr 1990 noch 9.246 Betten und keine teilstationären Plätze vorgehalten wurden, sind derzeit 5.515 Betten und 548 teilstationäre Plätze im Krankenhausplan aufgenommen; hinzu kommen noch 510 Betten sowie 31 teilstationäre Plätze aus dem universitären Bereich (Stand 31.12.2005). Gleichzeitig wurde mit der Dezentralisierung der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung – angebunden oder integriert in Allgemeinkrankenhäusern – begonnen und neue Standorte ohne Bettenmehrungen geschaffen.

Die **kinder- und jugendlichenpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung** hat sich seit dem „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan“ in eindrucksvoller Weise fortentwickelt. Derzeit sind 353 Betten und 257 Plätze der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Krankenhausplan aufgenommen; 50 Betten und Plätze werden in Universitätskliniken vorgehalten (Stand 31.12.2005). 1990 waren es noch 266 Betten und keine Plätze. Neben 15 kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen gibt es 98 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Darüber hinaus arbeiten 428 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als zugelassene Ver-

tragspsychotherapeuten in der KVB. Auch die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe wurde durch regionale Absprachen verbessert.

Die **stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Krankenhausbehandlung,** die durch psychotherapeutisch-psychosomatische Abteilungen der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bezirkskrankenhäuser, durch Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sowie in psychosomatischen Fachkrankenhäuser geleistet wird, wurde ebenfalls entscheidend ausgebaut. In Übereinstimmung mit einem Votum des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses vom 29.11.2004 wird derzeit von einem Gesamtbedarf für die akutstationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen von 2.425 Betten und 150 teilstationären Plätze ausgegangen. Mit der vorhandenen Kapazität von 2.374 Betten und 143 Plätzen (Stand 31.12.2005) ist dieser Bedarf im Wesentlichen bereits gedeckt.

Darüber hinaus wurden in Bayern zwischenzeitlich erfolgreich psychiatrische, psychotherapeutische und auch psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar-Liaisondienste installiert, welche zu einer wesentlichen Verbesserung der psychiatrischen, sowie auch der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung gerade in Allgemeinkrankenhäusern geführt haben.

Das Netz der **Sozialpsychiatrischen Dienste** wurde noch engmaschiger geknüpft. Mit den rund 84 Volldiensten, davon 5 gerontopsychiatrischen Diensten, sowie zusätzlich 22 Außenstellen mit rund 260 Fachkräften wird die Versorgung mit Sozialpsychiatrischen Diensten in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt bereits überwiegend sicher gestellt.

Das **ambulant betreute Wohnen** wurde weiter ausgebaut. Derzeit stehen rund 2.600 Plätze in Wohngemeinschaften und rund 2.000 Plätze für Einzel- und Paarwohnen zur Verfügung.

Nahezu völlig neu wurde ein Netz von rund 80 **Tagesstätten** mit rund 1.800 Plätzen geschaffen.

Im Bereich Arbeit wurde die Zahl der **Werkstattplätze für psychisch behinderte Menschen** erheblich erhöht. Derzeit gibt es rund 1.245 Plätze in 26 spe-

ziellen Werkstätten für psychisch behinderte Menschen sowie rund 1.800 Plätze, die in die allgemeinen Werkstätten für behinderte Menschen integriert sind.

Mit rund 1.000 Plätzen in etwa 78 **Integrationsfirmen bzw. –projekten (Selbsthilfefirmen)** wurde auch dieser Bereich mehr als verdreifacht.

Ergänzend stehen rund 650 **Zuverdienstplätze** zur Verfügung, die gerade für schwer chronisch psychisch kranke Menschen von besonderer Bedeutung sind.

Auf dem Gebiet der Gesetzgebung hat vor allem das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 neue Regelungen mit Auswirkungen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen gebracht. Dies gilt insbesondere für die erstmalig in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommene **Soziotherapie** nach § 37a SGB V. In Bayern wurde mit Wirkung zum 01.12.2003 ein Rahmenvertrag über die Versorgung mit Soziotherapie abgeschlossen. Zugelassen waren von den Krankenkassen zum Stand 02.05.2006 40 Leistungserbringer (davon 18 Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten) sowie zum Stand Dezember 2006 226 Vertragsärzte für die Verordnung von Soziotherapie .

Ferner hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Beschluss vom 15.02.2005 die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V um die **psychiatrische Krankenpflege** für psychisch kranke Menschen erweitert.

Im **Maßregelvollzug** (forensische Psychiatrie) konnte das hohe Versorgungsniveau trotz der seit Mitte der 90er Jahre jährlich um ca. 5 bis 10 Prozent steigenden Patientenzahlen gehalten werden. Durch verstärkte Sicherheitsmaßnahmen insbesondere im baulichen Bereich, durch Sanierung bestehender Bausubstanz, den Bau zusätzlicher Plätze und eine Verbesserung des Personalschlüssels war es möglich, den Patientinnen und Patienten die notwendige Behandlung zukommen zu lassen und gleichzeitig das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung zu erfüllen.

3. Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Diese positive Entwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern bedeutet jedoch nicht, dass der Reformprozess bei der Versorgung psychischer Erkrankungen damit abgeschlossen ist.

So werden viele Menschen mit primär psychischen Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern nicht ihrem Krankheitsbild entsprechend fachpsychiatrisch, psychotherapeutisch oder auch fachpsychosomatisch behandelt. Psychische Komorbidität bei körperlicher Erkrankung bleibt ebenfalls weitgehend unversorgt. Auch ist für Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen und mit psychischen Alterserkrankungen die psychotherapeutische oder auch fachpsychosomatische Versorgungssituation nach wie vor unbefriedigend. Viele psychische Erkrankungen werden immer noch zu spät erkannt und kommen häufig erst mit langjährigen Verzögerungen und nach langen Irrwegen durch das Gesundheitssystem in psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung. Indikatoren hierfür sind die Zunahme von Krankschreibungen und von Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Ausgaben für psychisch kranke Menschen betragen bundesweit bereits 10 Prozent der gesamten Aufwendungen für die Behandlung von Krankheiten.

Die Prävention psychischer Erkrankungen ist weitgehend unterentwickelt.

Neue Erkenntnisse zeigen, dass das heutige psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungssystem zu institutionszentriert ausgerichtet ist und eine Umorientierung auf eine personenzentrierte Sichtweise dringlich ist. Damit soll auch der Einsatz der nur beschränkt zur Verfügung stehenden Finanzmittel optimiert werden.

Es gilt die demographische Entwicklung mit der dramatischen Zunahme älterer und alter Menschen und damit auch psychischer Alterserkrankungen im Rahmen der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie schwerpunktmäßig aufzugreifen. Der Anstieg psychischer Auffälligkeiten und Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordert die Entwicklung weiterer Handlungsstrategien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Kooperation

und Abstimmung mit anderen Hilfen in einer Region, insbesondere mit der Kinder- und Jugendhilfe, der Pädiatrie und dem Bildungssystem (Schule und Ausbildung).

Auch müssen die Psychiatrieerfahrenen, das heißt die Nutzerinnen und Nutzer der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung und ihre Angehörigen, mehr Mitsprachemöglichkeiten erhalten. Ferner besteht nach wie vor die Notwendigkeit, die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen weiter abzubauen.

Auf diese Herausforderungen sind landesweite Antworten erforderlich, um für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern möglichst gleiche Lebensbedingungen zu schaffen.

Zur Gruppe psychisch kranker oder behinderter Menschen zählen grundsätzlich auch suchtkranke Menschen. Die Suchthilfe hat sich in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern als eigenständiges Versorgungssystem entwickelt und differenziert. Es ist umfangreich und komplex, so dass es - wie bisher auch - nur durch ein eigenes Programm adäquat dargestellt und weiter entwickelt werden kann. Das Vorgehen, trotz der Überschneidungen zwei getrennte Programme fortzuschreiben, wurde von der Bayerischen Staatsregierung gewählt, weil diese „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ und das „Programm der Bayerischen Staatsregierung gegen Drogen und Sucht“ teilweise unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Handlungsschwerpunkten betreffen. Bei einer gemeinsamen Drucklegung wäre zudem ein sehr umfangreiches, unhandliches Werk entstanden.

In den „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ werden deshalb nur jene Versorgungsaufgaben für suchtkranke Menschen verkürzt dargelegt, welche für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung spezifisch sind, sowie die Überschneidungen zwischen psychiatrischem und Suchthilfesystem. Der enge Sachzusammenhang der Sucht als fachlicher Teilbereich der Psychiatrie sowie die vorhandenen Schnittstellen zwischen Psychiatrie und Suchtbereich werden jedoch keinesfalls in Frage gestellt.

Im Detail wird auf das Programm der Bayerischen Staatsregierung gegen Drogen und Sucht vom 02.08.1994 bzw. dessen (gemäß Beschluss des Bayerischen Ministerrats vom 02.09.2003) derzeit laufende Fortschreibung verwiesen.

Die Leitlinien sowie die Ziele und Maßnahmen in den einzelnen Kapiteln und Abschnitten sind als allgemeine Orientierung zur Weiterführung des Reformprozesses bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verstehen. Die Umsetzung bleibt den einzelnen Leistungserbringern und zuständigen Leistungsträgern vorbehalten. Eine Koordinierung im Einzelfall durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, beispielsweise durch anlassbezogene Einberufung des im Rahmen der Entwicklung der Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern bewährten „Runden Tisches Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“, wird damit nicht ausgeschlossen.

II. Leitlinien der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung

Die Grundsätze des „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans“ sind weiterhin aktuell. Zur Weiterführung des Reformprozesses sind jedoch Differenzierungen und Ergänzungen aufgrund zwischenzeitlicher Erfahrungen und Erkenntnisse erforderlich.

Die nachstehenden Leitlinien gelten für das gesamte psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungssystem. Sie sollen Maßstab sein für die Behandlung sämtlicher Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern, d.h. unabhängig von deren Geschlecht, deren Alter oder deren sozio-kulturellem Hintergrund. Lediglich beim Maßregelvollzug sind sie aufgrund seiner besonderen Bedingungen nur eingeschränkt anwendbar.

Die Leitlinien der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern sind ausdrücklich auch für die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie für die Behandlung und Betreuung suchtkranker Menschen von Bedeutung.

1. Im Mittelpunkt psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Hilfen steht der Mensch als Ganzes und nicht nur seine Erkrankung

Psychische Erkrankungen, die psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung bedürfen, betreffen den ganzen Menschen. An der Entstehung psychischer Erkrankungen sind biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt. Psychische Erkrankungen erfordern aufgrund dieser multifaktoriellen Ursachen deshalb ein mehrdimensionales Behandlungskonzept. Dies hat zur Folge, dass in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung verschiedene Berufsgruppen tätig sein müssen, die in der Lage sind, integriert je nach Bedarf, komplexe Behandlungsangebote zu gewährleisten. Auch bedeutet dies, dass psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfen meist komplexer Natur sind, das heißt sie beinhalten Behandlungs-, Betreuungs- und Eingliederungsmaßnahmen. Das Ziel der Hilfen ist nicht nur die Behandlung der Erkrankung, der

Symptome oder der Krise, sondern auch die Gewährleistung der Eigenständigkeit, der beruflichen und sozialen Eingliederung sowie der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft, wie es die EU-Charta der Grundrechte für die Integration von Menschen mit Behinderungen fordert. Der betroffene Mensch darf nicht auf die Dimension der Krankheit, Behinderung und Defizite reduziert werden, vielmehr sollen seine Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken und Entwicklungschancen gesehen und gefördert werden.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang auch der ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (Endfassung vom Oktober 2005) zu. Die ICF ist eine von der WHO erstellte und herausgegebene internationale Klassifikation zur Beschreibung unter anderem des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umgebungsfaktoren von Menschen und dient insofern als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache. Das spezifische Paradigma der Klassifikation wird in den Teilklassifikationen Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und (gesellschaftliche) Teilhabe sowie Personenbezogene Faktoren operationalisiert. In Deutschland wurde die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst. Die ICF etabliert den ganzheitlichen Ansatz weltweit, dient den Sozialleistungsträgern als Instrument der Leistungsprüfung und findet derzeit in allen fachlichen Gremien große Beachtung als übergreifendes Manual zur Klassifikation in der Rehabilitation.

Im Kindes- und Jugendalter müssen psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfen auf das Kind oder den Jugendlichen mit seinem familiären und sozialen Umfeld zugeschnitten sein. Zur Tatsache der multifaktoriellen Entstehung psychischer Erkrankungen durch biologische, psychologische und soziale Faktoren kommt im Kindes- und Jugendalter der Entwicklungsaspekt, sodass psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische aber auch psychopharmakologische Hilfen im Kindes- und Jugendalter entwicklungsbezogen sein müssen, um dem jeweiligen psychosozialen und somatischen Entwicklungsstand zu entsprechen.

2. Von institutionszentrierten zu personenzentrierten Hilfen

Im gegenwärtigen Versorgungssystem müssen sich die Hilfe suchenden Menschen mit psychischen Erkrankungen überwiegend nach den vorhandenen Behandlungs- und Betreuungsangeboten der Institutionen richten, die sich ihr Klientel zum Teil selbst aussuchen können. Dies ist änderungsbedürftig. Aufgrund der vielfältigen Störungsbilder und der individuellen Lebensentwürfe müssen sich die Versorgungsangebote an die individuellen Bedürfnisse der Hilfe suchenden Menschen anpassen, zusammengefasst in einem ganzheitlichen Konzept, das die multiprofessionellen Hilfen integriert. Der institutionsorientierte Ansatz des Versorgungssystems wird daher zugunsten eines personenorientierten Ansatzes aufgegeben, soweit nicht aus fachlichen Gründen spezialisierte Einrichtungen sinnvoll sind. Dazu sind komplexe, am individuellen Bedarf orientierte Hilfeangebote zu entwickeln, die über Hilfeplankonferenzen und regionale Verbundsysteme gesteuert werden. Hierzu können auch persönliche Budgets einen Beitrag leisten. In diesem Zusammenhang müssen insbesondere die verschiedenen Schnittstellen, u.a.

- Krankenhausbehandlung – ambulante Behandlung und Betreuung – komplementäre Versorgung;
- Suchthilfe – Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik;
- Altenhilfe – Gerontopsychiatrie / Gerontopsychologie / Geriatrie;
- professionelle Helfer – Angehörige;
- allgemeine Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Wohnungslosenhilfe;
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie – Jugendhilfe / Schul- und Bildungssystem, Pädiatrie

so gestaltet werden, dass reibungslose Übergänge und Kooperation die Regel werden.

Die Hilfeerbringung im Sinne einer Personenzentrierung sollte hierbei soweit als möglich ambulant erfolgen und sich an dem höchst erreichbaren Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Interessen der Angehörigen und der Gesellschaft insgesamt orientieren. Von zentraler Bedeutung ist dabei die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zwischen den Hilfe suchenden Menschen und den Leistungserbringern. Bei komplexem Hilfebedarf sollte die Zusammenarbeit über eine koordinierende Bezugsperson gesteuert werden. Eine

Versorgungsverpflichtung für alle in einer Region Hilfe suchenden Menschen ist sicherzustellen. Ein Ausschluss von Versorgungsleistungen wegen bestimmter persönlicher Eigenarten oder Problemlagen sollte nicht mehr möglich sein. Personenzentriertes Handeln heißt auch, die gesunden Anteile des Hilfe suchenden Menschen, seine Ressourcen sowie die Ressourcen seiner Familie und seiner Umwelt zu erkennen und dabei den Normalisierungsgrundsatz zu berücksichtigen (z.B. Trennung von Wohnen-Arbeit-Freizeit, Lebensphasen, Geschlechterrolle).

Die Umorientierung zu einem personenzentrierten Versorgungssystem kann nur schrittweise und erfahrungsbasiert erfolgen.

3. Gewährleistung eines hohen Standards an diagnostischen, therapeutischen und begleitenden Hilfen

Die Definition von evidenzbasierten Standards des psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsangebotes (einschließlich der Psychopharmakotherapie) und des psychosozialen Betreuungsangebotes sowie eine Neuorientierung der Qualitätssicherung im Sinne der personenzentrierten Versorgung sind sicherzustellen. Die Einhaltung von Standards bedarf der ständigen Überprüfung. Hierzu gehört auch die wissenschaftliche Evaluation (Versorgungsforschung) bestehender Versorgungsstrukturen und zukunftsgerichteter Versorgungsmodelle (z.B. Home-Treatment) als Ersatz für eine stationäre Behandlung einschließlich notwendiger Weiterentwicklungen (z.B. unterstützende Hilfen für psychisch kranke Eltern und deren Kinder, Berücksichtigung des Geschlechts und des kulturellen Hintergrundes, Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie).

4. Niederschwelliger Zugang zu den Versorgungsangeboten

Die Hilfen sind in einem umfassenden Sinne niederschwellig zu gestalten. Sie sollen leicht zugänglich ohne Hemmschwellen und ohne großen Verwaltungsaufwand möglichst frühzeitig in Anspruch genommen werden können. Hierzu gehört auch die Nahtlosigkeit des Übergangs, z.B. beim Wechsel der Hilfeart im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen, und eine möglichst hohe Transpa-

renz über die zur Verfügung stehenden Hilfen.

Dementsprechend ist eine gute Erreichbarkeit der Leistungserbringer mit einer „kundenorientierten“ Gestaltung (Öffnungszeiten, Telefon, Fax, Internet) notwendig. Die Lage der Räumlichkeiten sollte einer Stigmatisierung entgegenwirken. Ein regionales Notdienst- bzw. Krisendienstangebot rund um die Uhr für Menschen mit psychischen Erkrankungen trägt zur Niederschwelligkeit des Zugangs bei. Dies gilt auch für eine Pauschalfinanzierung von Hilfen. Der weitere Ausbau aufsuchender Hilfeleistungen nach den Grundsätzen der Lebensweltorientierung und Normalisierung sowie die Vernetzung der bereits bestehenden Hilfeangebote, aber auch die Einbeziehung der Angehörigen und des Umfelds der Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wichtige Voraussetzungen für die Verbesserung der Niederschwelligkeit des Zugangs.

5. Integration der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in die allgemeine Medizin

Die Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch kranken Menschen auf allen Ebenen ist ein grundlegendes Anliegen der Reformbemühungen. Auf der Ebene des Versorgungssystems bedeutet dies, die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verstärkt in die allgemeine Medizin zu integrieren. Ziel der Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin ist die enge Vernetzung zwischen den medizinischen Disziplinen, die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kompetenz in der Allgemeinmedizin, die Stärkung einer regionalen Verantwortlichkeit, sowie die Reduzierung von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen. Die Multiprofessionalität der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung darf durch die Integration in die allgemeine Medizin nicht gefährdet werden.

6. Gemeindenähe und Lebensweltorientierung der Hilfeangebote

Der psychisch kranke Mensch muss während der Inanspruchnahme der Hilfen weitestgehend in seiner vertrauten räumlichen Umgebung und innerhalb seiner familiären, sozialen und arbeitsbezogenen Strukturen verbleiben können. Dies

erhält ihm Sicherheit und Orientierung, vermeidet Ausgrenzung, erspart ihm belastende Anpassungsleistungen und ermöglicht ihm den Rückgriff auf vorhandene persönliche Ressourcen. Nur so können auch im integrierten Hilfeplanungsprozess die aktivierbaren externen Unterstützungsstrukturen sinnvoll in das Therapiekonzept einbezogen werden. Von besonderer Bedeutung ist die gute Erreichbarkeit des Hilfeangebotes.

Zentral sind Hilfen, die die Eigenständigkeit der Menschen mit psychischen Erkrankungen wiederherstellen. Im Mittelpunkt steht die selbstbestimmt gewählte Lebensform in der eigenen Wohnung. Hilfeangebote sind so in das Lebensfeld zu integrieren, dass sich psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen sowie andere Hilfeleistungen sinnvoll ergänzen können.

Der Grundsatz der Gemeindenähe ist jedoch im Falle einer Kollision mit dem Grundsatz der Personenzentriertheit nachrangig. Gerade chronisch psychisch kranke Menschen sollten bei entsprechendem Hilfebedarf, wie auch somatisch kranke Menschen, über eine Wahlfreiheit bei der Auswahl der Leistungserbringer verfügen. Personenzentrierung bedeutet auch, dass die Hilfe dort stattfindet, wo die Person ihr (Lebens-)Zentrum wählt. Bei einem wohnortfernen Angebot muss jedoch eine gemeindenahe Nachsorge sichergestellt sein.

7. Kontinuität der Behandlung und Hilfe

Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfen bauen auf Beziehungen zwischen Menschen auf, die sich häufig erst über längere Zeiträume entwickeln. Die personelle Kontinuität ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung, Rehabilitation und Integration. Deshalb sind vor allem bei Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen neue Formen personeller Kontinuität und Verantwortlichkeit einzuführen (beispielsweise Disease-Management, Case-Management, integrierte Versorgung).

Schnittstellen zwischen Teilen des Systems oder zu anderen Hilfesystemen (z.B. Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe) dürfen nicht zu unüberwindlichen Hürden werden. Dies gilt gerade auch für die Finanzierung.

8. Beteiligung und Mitwirkung der Betroffenen

Therapeutische Maßnahmen, die auf einem Kommunikations- und Verhandlungsergebnis beruhen, bieten am ehesten die Gewähr, von Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. von Psychiatrieerfahrenen innerlich akzeptiert und mitgetragen zu werden. Die Betroffenen machen auf diese Weise die Erfahrung, selbst an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken. Dadurch wird das Interesse an Selbstbefähigung gestärkt, wird vorbeugendes Verhalten gefördert und werden langfristig günstigere Krankheitsverläufe ermöglicht. Voraussetzung hierfür sind gute Erfahrungen mit den handelnden Leistungserbringern. Das gilt insbesondere für Ersterkrankte. Professionell-methodisches Handeln erreicht den Menschen mit einer psychischen Erkrankung vor allem dann, wenn dieses Handeln von gegenseitigem Respekt zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient getragen ist. Die Nutzerperspektive von Psychiatrieerfahrenen ist in die Qualitätsprozesse einzubeziehen.

Die den Angehörigen psychisch kranker Menschen auferlegte Verantwortung ist im Rahmen des Reformprozesses bei der Versorgung psychischer Erkrankungen aufgrund der verkürzten Behandlungszeiten in psychiatrisch, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhäusern und der Gewichtung ambulant vor stationär immer mehr gewachsen. Weit mehr als die Hälfte aller psychisch kranken Menschen leben heute in ihrer Familie, im Regelfall sind sie auch wirtschaftlich von den Angehörigen abhängig.

Die Mitwirkungsbereitschaft und –fähigkeit der Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheitsauswirkungen ihrer psychisch kranken Familienmitglieder ist daher für deren Krankheitsverläufe von großer Bedeutung. Art und Umfang der Mitwirkung und Begleitung kann ausschlaggebend sein für den Erfolg oder Misserfolg präventiver und therapeutischer Maßnahmen. Eine Einbeziehung der Angehörigen bei Planungen und die behandlungspartnerschaftliche Anerkennung der Angehörigen durch die in der Psychiatrie tätigen Leistungserbringer sind unverzichtbar. Kostenentlastungsmöglichkeiten sollten aufgespürt und, soweit möglich, realisiert werden.

9. Regionale Verantwortung der Planung und Steuerung

Zur Sicherstellung der am individuellen Bedarf orientierten Hilfeangebote und zur Gewährleistung der Kontinuität der Behandlung und Hilfe sind ein hohes Maß an regionaler Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie die Vernetzung der Hilfeangebote mit nahtlosen Übergängen erforderlich. Die Koordination und Steuerung der konkreten Hilfen einschließlich einer Versorgungsverpflichtung sowie die konkrete und verbindliche Abstimmung der Schnittstellen finden im Rahmen eines regionalen Verbundes statt. Damit wird gleichzeitig Ausgrenzung und Entwurzelung vermieden.

Ein regionales Versorgungsgebiet sollte in der Regel entweder einen Landkreis, eine kreisfreie Stadt oder einen Stadtsektor in den Ballungsgebieten umfassen, welcher 150.000 bis 200.000 Einwohner nicht übersteigen sollte. Die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wird dadurch nicht ausgeschlossen.

10. Prävention und Früherkennung

Psychische Erkrankungen verursachen hohe Kosten der Gesundheits- und Sozialversorgung sowie volkswirtschaftliche Kosten durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten. Sie beeinträchtigen, zum Teil lebenslang, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wirksame Vorsorge stellt eine wichtige Investition in die Zukunft dar, die mittel- bis langfristig zur Minimierung volkswirtschaftlicher Kosten sowie zur Erhöhung der Lebensqualität der Bevölkerung beiträgt. Prävention in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik orientiert sich an den einzelnen biographischen Phasen (Lebensabschnitte) und den entsprechenden Risikofaktoren, sowie der Stärkung von Schutzfaktoren (Salutogenese).

Gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen können eine rechtzeitige Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung erschweren und sind deshalb weiterhin mit Nachdruck abzubauen. Die frühzeitige Vorbeugung ist Teil einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung.

11. Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen

Die Forderung nach Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen, die 1975 ein zentrales Anliegen der Psychiatrie-Enquete war, hat in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten erhebliche Verbesserungen für die Situation von psychisch kranken oder behinderten Menschen gebracht. Dieser Grundsatz der rechtlichen und finanziellen Gleichstellung von psychisch kranken Menschen mit körperlich kranken Menschen gilt nach wie vor. Psychisch kranken und behinderten Menschen soll in gleichem Ausmaß wie körperlich behinderten Menschen die Teilhabe an den Errungenschaften unseres modernen Sozialstaates möglich sein. Diese Absicht hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren in all seinen Verlautbarungen unmissverständlich erkennen lassen. Bei allem Fortschritt gibt es aber noch eine Reihe von nicht zufrieden stellend gelösten Problembereichen.

Trotz vieler Gemeinsamkeiten zwischen körperlich und psychisch kranken und behinderten Menschen gibt es aber auch eine Reihe von jeweils sehr spezifischen Problemen. Es hat sich gezeigt, dass die aus funktionellen psychisch bedingten Beeinträchtigungen erwachsenden Benachteiligungen im Unterschied zu somatisch erkrankten Menschen oft nicht auf den ersten Blick erkennbar sind und deshalb oft auch nicht entsprechend berücksichtigt werden. Aber gerade diese funktionellen psychisch bedingten Einschränkungen sind häufig dafür verantwortlich, dass psychisch kranke oder behinderte Menschen hinsichtlich ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft benachteiligt sind. Hierbei sind besonders zu erwähnen: Fehlender Antrieb, um eigene Bedürfnisse zu formulieren und berechtigte Ansprüche durchzusetzen; mangelndes Durchhaltevermögen, um eigene Belange langfristig zu verfolgen; mangelnde Stabilität, um auf aktuelle Anforderungen jeweils adäquat und prompt zu reagieren; mangelnde Kontaktfähigkeit, um ein stabiles soziales Netz selbständig aufrechtzuerhalten.

Die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen lassen sich nicht ähnlich präzise definieren wie bei körperlich oder geistig behinderten Menschen, wie z.B. in Form der Bordsteinkantenhöhe für Rollstuhlfahrer oder der Griffhöhe für gehbehinderte Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln. Und trotzdem sind die nicht auf den ersten Blick erkennbaren Bar-

rieren im öffentlichen Leben für psychisch kranke oder behinderte Menschen nicht weniger beeinträchtigend und mindern die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hierzu zählen beispielsweise das intermittierende Versäumen von im Rechtsverkehr einzuhaltenden Fristen, das Scheitern an Zeitvorgaben bei Ausbildungsmaßnahmen und Prüfungen sowie soziophobische Hürden beim Besuch von Behörden.

Besonders bei der Anwendung des Behindertenrechts muss der Besonderheit psychischer Erkrankungen entsprechend Rechnung getragen werden. Im Rechtsverkehr gilt grundsätzlich nur als behindert, wer auch eine amtliche Anerkennung als behinderter Mensch (Schwerbehindertenausweis) hat oder zumindest beantragt hat. Diese Voraussetzung begünstigt die von Körper- oder Sinnesbehinderung betroffenen Menschen und kann psychisch behinderte Menschen benachteiligen. Denn psychisch kranke oder behinderte Menschen verfügen nur in seltenen Fällen über einen Schwerbehindertenausweis. Es ist gerade Teil der psychischen Behinderung, dass die Behinderung negiert oder nicht wahrgenommen wird: das heißt die Art der Behinderung verhindert buchstäblich den Erwerb des amtlich festgestellten Behindertenstatus. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass psychische Behinderungen - im Unterschied zu somatischen Behinderungen - oft nur zeitlich befristet vorhanden sind. Nach Remission der Beschwerden kann die Aufrechterhaltung des Behindertenstatus eher integrationshemmend wirken.

12. Geschlechterspezifische Differenzierung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Frauen und Männer sind für psychische Erkrankungen in unterschiedlichem Maße anfällig. Während Frauen eher zu Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungsbildern neigen, finden sich bei Männern gehäuft Suchterkrankungen sowie dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Frauen und Männer entwickeln nach Gewalterfahrungen häufig unterschiedliche Bewältigungsstrategien zur Verarbeitung des Erlebten. Bei der medikamentösen Versorgung bestehen ebenfalls deutliche Geschlechterunterschiede im Hinblick auf die Zahl der verordneten Medikamente und Wirkstoffe.

Diese wenigen Beispiele machen die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen Differenzierung nach den Grundsätzen der geschlechtersensiblen Sichtweise (Gender Mainstreaming) als eigenständiges Qualitätskriterium der personenzentrierten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung deutlich. Dies gilt sowohl für die Organisation und das Personalmanagement als auch für den Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungsprozess (z.B. Mutter-Kind-Behandlungsplätze). Eine geschlechtersensible Sichtweise muss auch im Bereich der Prävention sowie in der medizinischen und pharmakologischen Forschung selbstverständlich werden.

III. Prävention

In der Psychiatrie-Enquête 1975, aber auch im weiteren Reformprozess bei der Versorgung psychisch kranker Menschen auf unterschiedlichen Ebenen wurde der Prävention nur eine untergeordnete Bedeutung zugemessen. Im Vordergrund stand die Behandlung, Rehabilitation und Komplementärversorgung psychischer Erkrankungen. Auch in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung weist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Vermeidung der Entstehung und zur Verminderung der negativen Folgen psychischer Erkrankungen deutliche Lücken auf. Es fehlen Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von modellhaft erprobten, erfolgreichen Präventionsmaßnahmen in der Routineversorgung.

Studien zufolge leidet jeder vierte Mensch einmal im Laufe seines Lebens an psychischen Gesundheitsproblemen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht von der „Krise des 21. Jahrhunderts“. Schizophrenie betrifft ungefähr 1 Prozent der Bevölkerung – vergleichbar mit der „Volkskrankheit“ Diabetes. In Deutschland waren im Jahr 2004 rund 800.000 Menschen schizophren erkrankt – unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit und Kulturkreis. Kultur und soziale Schicht haben statistisch keinen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko. Bipolare Erkrankungen (manisch-depressive Erkrankungen) betreffen zwischen 1,5 bis 5 Prozent der Bevölkerung – in Deutschland betrifft dies ca. 4 Millionen Menschen. Nach Angaben der WHO sind weltweit über 120 Millionen Menschen von einer Depression betroffen. Im Jahr 2004 litten nach Statistiken der WHO 8 Millionen Deutsche unter Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden, davon ungefähr 4 Millionen an Depressionen im engeren Sinne. Etwa 10 Prozent aller Deutschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Depression. Zwischen 10 und 15 Prozent der an schweren Depressionen erkrankten Menschen nehmen sich irgendwann das Leben, wenn sie keine Hilfe bekommen. In Bayern nahmen sich im Jahr 2002 474 Frauen und 1.396 Männer das Leben. Nach Prognosen der WHO werden diese Erkrankungen im Jahr 2020 auf Platz zwei der größten Gesundheitsprobleme der Erde vorgerückt sein. Schätzungen zufolge leben rund 4,5 Millionen Deutsche mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen. Das Bundesgesundheitssurvey ergab eine 4-Wochen-Prävalenz für psychische Erkrankungen von 19,8 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz (das heißt die Wahrscheinlichkeit, im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken) von 42,6 Prozent.

Nach einem Bericht des BKK Bundesverbands vom Oktober 2005 werden 8,3 Prozent der Krankheitstage von psychischen Erkrankungen verursacht. Sie stehen damit bereits an vierter Stelle der Krankheitstage. Im Vergleich zum Stand Anfang der Neunzigerjahre nehmen die psychischen Erkrankungen als Ursache für Fehltage zu: Krankheitstage durch psychische Erkrankungen verzeichneten eine Zunahme um 28 Prozent. Bei sinkenden Krankheitszeiten insgesamt bedeutet dies mehr als eine Verdoppelung ihres Anteils am Krankenstand, genau von 3,8 auf 8,3 Prozent.

Auch laut Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse – DAK vom Frühjahr 2005 (beruhend auf Daten von fast 2,6 Millionen Erwerbstätigen) sind psychische Erkrankungen mittlerweile die vierthäufigste Ursache für Fehltage in den Betrieben. Jeder zehnte Krankheitstag ist darauf zurückzuführen. Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund seelischer Erkrankungen haben in den letzten acht Jahren um 70 Prozent zugenommen. Außerdem hat fast ein Drittel aller Frühberentungen (31 Prozent) darin ihre Ursache, während dieser Anteil 1993 noch bei rund 18 Prozent lag.

Als besonders alarmierend ist zu bewerten, dass in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheiten auch immer mehr junge Arbeitnehmer unter psychischen Problemen leiden. Nach dem Eintritt in das Rentenalter und im hohen Lebensalter erhöht sich das Risiko depressiver und demenzieller Erkrankungen. Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen. Statistisch zeigen etwa 10 bis 25 Prozent der älteren bis alten Bevölkerung Symptome einer Depression. In Studien in Altersheimen werden Häufigkeitsangaben von 5 bis 15 Prozent angegeben. Wieder anderen Studien zufolge beträgt der Anteil an depressiven Erkrankungen bei den 70- bis 79-Jährigen 17 Prozent, bei den über 80-Jährigen leidet bereits fast jeder Vierte an einer Depression.

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie der steigenden Tendenz von Arbeits- und Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen mit den damit einhergehenden steigenden Ausgaben der Leistungsträger und den hohen volkswirtschaftlichen Kosten ist der Prävention künftig ein höherer Stellenwert beizumessen. Die zunehmende Bedeutung von Prävention hängt auch mit der in den letzen Jahren gewonnenen Kenntnis und Erforschung krankheitsauslö-

sender und –fördernder Faktoren zusammen. Es hat sich gezeigt, dass neben der genetischen Disposition umweltbedingte, soziale und familiäre Einflüsse Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Prävention muss daher die an der Entstehung psychischer Erkrankungen beteiligten biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren berücksichtigen.

Prävention wird allgemein in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention untergliedert. Die primäre Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern. Die sekundäre Prävention soll Erkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln. Die tertiäre Prävention soll die Folgen von Erkrankungen für die Betroffenen mindern und dadurch frühzeitige Berentung und Pflegebedürftigkeit verhindern.

1. Primäre Prävention

Im Bereich der primären Prävention ist die Familie oder die familienähnliche Lebensgemeinschaft wichtig für die Vermeidung psychischer Erkrankungen. Die Stärkung der familiären Erziehungs– und Bewältigungskompetenz muss als Ausgangspunkt primärpräventiver Aktivitäten angesehen werden. Erziehungsaufgaben werden andererseits auch von vorschulischen Betreuungseinrichtungen und dem Schulsystem übernommen.

Gerade im Hinblick auf die frühzeitige Erkennung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen kommt dem präventiven Potential der Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern höchste Bedeutung zu. In dieser Hinsicht besonders wichtig ist deshalb eine engmaschige Vernetzung zwischen den Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderheilkunde und den Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten als auch den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen, die auch die Psychopathologie der Kinder zunehmend mit einbeziehen.

Primärpräventive Maßnahmen zur Unterstützung eines gesunden Alterungsprozesses und zur Bewältigung von Krisensituationen können ebenfalls einen wirk-

samen Beitrag leisten. Die Primärprävention, die auch die Förderung gesund erhaltender Faktoren umfassen muss, als frühzeitige Vorbeugung im Vorfeld manifester Krankheitsentstehung ist daher auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

2. Sekundäre Prävention

Bei der sekundären Prävention ist das Erkennen der Anzeichen psychischer Erkrankungen in der Familie, im Erziehungssystem, auf der betrieblichen Ebene, in Einrichtungen der Altenhilfe und im allgemeinen Gesundheitssystem von Bedeutung. Eine rechtzeitige Einbeziehung psychologischer und psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Fachkompetenz ist wichtig. Außerdem sind geschlechterspezifische Aspekte zu berücksichtigen.

Bisher gibt es in Deutschland nur wenige Programme zur Sekundärprävention im Sinne einer gezielten Früherkennung psychischer Erkrankungen. Weiterführende Initiativen sind die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetze Depression, Schizophrenie und Demenz. Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression" im Rahmen des Kompetenznetzes Depression stellt eine wichtige Präventionsinitiative dar, ebenso das Projekt zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen „FETZ“. Wichtig sind die Initiativen der Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener und der Angehörigen psychisch Kranker, deren Aktivitäten die Sekundärprävention stärken können. Neben pharmakologischen Behandlungsverfahren sind psychologische Angebote wirksam.

Wenn im Jugend- und Erwachsenenalter psychische Störungen auftreten, führen diese häufig als „Selbstbehandlungsversuch“ zu einem Alkohol- und Drogenmissbrauch, wobei die am häufigsten verwendete illegale Droge Cannabis ist. Es sind Präventionsmaßnahmen zu ergreifen, um bereits an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leidende Patientinnen und Patienten, die noch frei von Suchterkrankungen sind, vor „Ansteckungsrisiken“ zu schützen, um die Dekompensation einer schizophrenen Erkrankung und / oder einer substanzinduzierten psychotischen Erkrankung zu vermeiden. Stationären Einrichtungen wie Wohngemeinschaften für psychisch kranke Menschen sollten Fortbildungen und Hilfen zur Eindämmung der Suchtrisiken in ihren Bereichen ge-

boten werden.

Präventionsstrategien sind auch unerlässlich bei Jugendlichen und Erwachsenen, die bei entsprechender Disposition durch einen regelmäßigen und erhöhten Cannabiskonsum das Risiko für eine schizophrene Erkrankung um das zwei- bis sechsfache erhöhen und durch den Missbrauch die Schizophrenie vorzeitig auslösen.

3. Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention psychischer Erkrankungen wird von psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungseinrichtungen, von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, von Sozialpsychiatrischen Diensten, von extramuralen oder ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, aber zu einem wesentlichen Teil auch von Familienangehörigen und Selbsthilfegruppen geleistet. Hier kommt dem Trialog zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen eine besondere Bedeutung zu. Neben der psychopharmakologischen Rückfallprophylaxe umfasst das Spektrum tertiärpräventiver Maßnahmen verschiedene psychiatrische und psychotherapeutische Verfahren, Soziotherapie sowie Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

Die Tatsache, dass beispielsweise die Häufigkeit stationärer psychiatrischer Behandlungen in Bayern (1990: 50.262 Fälle, 2004: 85.878 Fälle) bei Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken (1990: 59,6 Tage, 2005: 24,6 Tage) deutlich angestiegen ist (in diesem Zeitraum um 71 Prozent), spricht allerdings dafür, dass das Ziel wirksamer Rückfallvermeidung bislang nicht zufrieden stellend erreicht werden konnte. Ursachen dieser Entwicklung sind neben Mängeln des Versorgungssystems die unzureichende Behandlungscompliance sowie Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch gegenüber modernen, insbesondere medikamentösen Behandlungsmethoden.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Prävention psychischer Erkrankungen muss verstärkt in den Mittelpunkt der Gesundheits– und Sozialpolitik gestellt werden.

b) Auch bei psychischen Erkrankungen ist Prävention auf den drei Ebenen Primär–, Sekundär– und Tertiär-Prävention zu definieren. Da sich die Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen mit den Lebensphasen des Menschen ändern, haben sich die verschiedenen Formen der Prävention an den Lebensphasen zu orientieren. Besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter zu richten.

c) Für die einzelnen Lebensphasen (Prä- und Perinatal-Phase und Säuglingsalter, Kleinkind- und Grundschulalter, Pubertät und Frühadoleszenz, Spätadoleszenz und junges Erwachsenenalter, Erwachsenenalter sowie höheres Lebensalter) sind unter Zugrundelegung praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Einbeziehung der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen Präventionsstrategien zu entwickeln.

d) Unbeschadet der Entwicklung spezieller Präventionsstrategien bieten sich folgende Maßnahmen mit präventiver Wirkung an:

   (1) Psychische Erkrankungen können bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen. Deshalb kommt der Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine besondere Bedeutung zu. Auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kann in den Kinderkrippen, den Kindergärten und Kindertagesstätten, den Schulen und den Ausbildungsstätten durch primäre präventive Maßnahmen nachhaltig Einfluss genommen werden und durch sekundäre Prävention können frühzeitig Fehlentwicklungen erkannt und beeinflusst werden. Der Zusammenarbeit zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten kommt eine besondere Bedeutung zu. Die ärztliche Kompetenz zur Früherkennung psychischer Erkrankungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin und die Früherkennungskompetenz bei Eltern und Lehrern sowie bei Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in der Jugendhilfe muss verbessert werden. Auch ist das Angebot an Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in psychotherapeutischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen – vor allem in ländlichen Regionen – zu verstärken.

(2) Im Erwachsenenbereich muss ein künftiger Schwerpunkt auf der Entwicklung frühdiagnostischer Kompetenz von Haus- und Allgemeinärztinnen und -ärzten sowie von Fachkräften ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen liegen.

(3) Zur Rückfallprophylaxe und zur dauerhaften beruflichen und sozialen Integration sind die Lücken im Netz wohnortnaher, niederschwelliger, ambulanter und stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungs- und psychosozialer Betreuungsangebote zu schließen.

(4) Die Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch kranker Menschen trägt zur Stabilisierung der Menschen mit psychischen Erkrankungen bei. Diese Selbsthilfekräfte sind in den Behandlungsprozess aktiv einzubeziehen und – soweit möglich – zu unterstützen (z.B. durch Psychoedukationsangebote und Psychoseseminare).

(5) Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und gegenüber psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmethoden sind durch Aufklärungsmaßnahmen konsequent abzubauen. Insbesondere die Information der Bevölkerung über Anzeichen, Merkmale, Ursachen und Behandlungsmethoden psychischer Erkrankungen kann dazu beitragen, Unsicherheiten und Berührungsängste zu vermindern und damit auch die Stig-

matisierung psychischer Erkrankungen abzubauen.

(6) Die Erforschung innovativer Ansätze der primären, sekundären und tertiären Prävention psychischer Erkrankungen sollte intensiviert werden. Insbesondere sind wirkungsvollere Methoden z.B. auch durch frühzeitige Erkennung und Behandlung beginnender schwerwiegender psychischer Erkrankungen in den einzelnen Lebensphasen zu entwickeln und zu erproben. Neben der Früherkennung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gilt dies vor allem für depressive und demenzielle Erkrankungen im höheren Lebensalter.

IV. Selbsthilfe

Die Selbsthilfe hat sich seit dem „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan“ außerordentlich dynamisch entwickelt. Dies gilt sowohl für die Psychiatrieerfahrenen als auch für die Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie für die Selbsthilfe bei suchtkranken Menschen und für weitere Selbsthilfegruppen im Bereich psychischer Erkrankungen.

Für die Psychiatrieerfahrenen und für die Angehörigen psychisch kranker Menschen gibt es Selbsthilfegruppen auf örtlicher und regionaler Ebene. Mit der Gründung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen und des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker wurden wirksame Interessenvertretungen auf Landesebene geschaffen. Die Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen sowie auch die Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen und die übrigen Selbsthilfegruppen im Bereich psychischer Erkrankungen leisten einen unverzichtbaren, ergänzenden Beitrag bei der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

1. Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist von vielen Faktoren abhängig, nicht zuletzt von der eigenen Einstellung zur Erkrankung. Die Mithilfe des einzelnen Menschen mit psychischer Erkrankung bei seinem Gesundungsprozess setzt Selbstheilungskräfte frei, verleiht dem Betroffenen Selbstvertrauen und Zuversicht. Sie fördert einen positiven Krankheitsverlauf und gibt ihm innere Befriedigung. Selbsthilfe heißt, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Dies kann beispielsweise bedeuten, sich über die Krankheit und ihre Bewältigung zu informieren, zu lernen, die Therapie zu akzeptieren, aber auch partnerschaftliche Einbeziehung und Verbesserungen für sich selbst zu fordern. Die Erkenntnis, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ihren Gesundheitszustand und ihre soziale Situation durch eigenes Mitwirken positiv beeinflussen können, hat in der Psychiatrie überall Fuß gefasst.

Selbsthilfegruppen sind für Psychiatrieerfahrene trotz der verschiedenen Krankheitsbilder von zentraler Bedeutung, da sie Gemeinschaft mit Menschen ermög-

licht, die ebenfalls die Grunderfahrung sozialer Ausgegrenztheit gemacht haben. Selbsthilfegruppen fördern zudem durch die gegenseitige Akzeptanz und Achtung das Selbstvertrauen und die Selbstbefähigung. Sie tragen damit auch zur Krankheitsbewältigung bei.

Organisierte Psychiatrieerfahrene bringen in Planungsgremien den Nutzeraspekt ein und vermitteln in Vorträgen und Fachdiskussionen Einblicke in die Erlebensweise psychischer Erkrankungen.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener leistet einen wichtigen Beitrag zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und zur Aktivierung individueller Kompetenzen. Sie sollte als Teil der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung angemessen und nachhaltig unterstützt werden.

b) Dem partnerschaftlichen Trialog zwischen Psychiatrieerfahrenen, Professionellen und Angehörigen psychisch kranker Menschen kommt eine besondere Bedeutung zu. Der Trialog sollte zum Standard psychiatrischen und psychotherapeutischen Handelns werden.

c) Die Mitwirkung von Vertretern der Psychiatrieerfahrenen in Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsgremien des psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystems sowie bei Experten- und Verbandsanhörungen sollte gewährleistet werden.

d) Eine institutionelle Förderung des Bayerischen Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen zur weiteren Stärkung der Selbsthilfe ist anzustreben.

2. Selbsthilfe der Angehörigen psychisch kranker Menschen

Von einer psychischen Erkrankung ist die ganze Familie betroffen. Die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen tragen – auch in finanzieller

Hinsicht – einen großen Teil der Versorgungslast. Sie sind nicht nur physisch und psychisch stark gefordert, sondern auch gesundheitlich gefährdet. Sie leiden oftmals aufgrund der krankheitsbedingten Belastungen unter Depressionen, Nervosität, Erschöpfungszuständen und Schlafstörungen. Eigene Bedürfnisse kommen häufig zu kurz. Die Folge ist der Rückzug aus sozialen Beziehungen, Vereinsamung und Isolation. Hinzu kommt, dass der einzelne Angehörige psychischen Erkrankungen und dem psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystem anfangs häufig verunsichert und hilflos gegenüber steht. Das Einholen von Krankheitsinformationen ist für die Angehörigen häufig nicht einfach. Notsituationen und Ängste vor Rückfällen belasten sie zusätzlich, so dass es immer wieder zu Krankenhauseinweisungen des kranken Familienmitglieds kommt, die vermeidbar wären.

Andererseits ist das Umfeld des psychisch Erkrankten – meist die Familie – ein wichtiger Faktor für den Krankheitsverlauf, der für den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung ausschlaggebend sein kann. Die Familienangehörigen sind Bezugspersonen, die es in den Behandlungsverlauf im Sinne einer familienorientierten Therapie einzubinden gilt. Sie haben eine präventive Funktion. Für Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen gilt, wie für die Psychiatrieerfahrenen, dass sie besser mit den krankheitsbedingten Belastungen umgehen können, wenn sie bereit sind, sich zu informieren und sich selbst einzusetzen (z.B. im Rahmen von Psychoseseminaren und Psychoedukation). Selbsthilfe heißt für die Angehörigen zu lernen, mit ihrer eigenen Situation besser umgehen zu können und gleichzeitig dem psychisch kranken Familienmitglied ein Umfeld zu schaffen, das seinen Rekonvaleszenzprozess unterstützt.

Vorrangiges Ziel der Angehörigen–Selbsthilfegruppen ist die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt die Stärkung des Selbsthilfepotentials. Darüber hinaus betreut, berät und informiert die Angehörigen-Selbsthilfe nicht nur die Angehörigen und ihr Umfeld, sondern führt auch Informationsveranstaltungen für die verschiedensten Bevölkerungsgruppen und Institutionen durch. Die Arbeit der Angehörigen–Selbsthilfe erfolgt ehrenamtlich. Die Angehörigen–Selbsthilfe beteiligt sich an Anti-Stigma-Bündnissen, um Vorurteile gegenüber der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Psychosomatik abzubauen sowie Diskriminierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen zu vermindern.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Angehörigen-Selbsthilfe leistet einen wichtigen Beitrag bei der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der weitere Ausbau sollte unterstützt und gefördert werden. Supervision und Psychoedukation sind von großer Bedeutung und sollten soweit möglich unterstützt werden.

b) Dem partnerschaftlichen Trialog zwischen den Angehörigen psychisch kranker Menschen, Professionellen und Psychiatrieerfahrenen kommt wie bei den Psychiatrieerfahrenen eine besondere Bedeutung zu. Der Trialog sollte zum Standard psychiatrischen und psychotherapeutischen Handelns werden. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und gesetzlichen Betreuern.

c) Die Angehörigen psychisch kranker Menschen sollten bei allen Entscheidungen, die Auswirkungen auf ihr Leben haben, beteiligt werden (z.B. Einbeziehung in die Behandlungs- und Rehabilitationspläne nach Klinikentlassungen).

d) Die Mitwirkung von Vertretern der Angehörigen-Selbsthilfe in Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsgremien der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sowie bei Experten- und Verbandsanhörungen sollte gewährleistet werden.

e) Die institutionelle Förderung des Landesverbands der Angehörigen psychisch kranker Menschen sollte unterstützt werden.

3. Selbsthilfe bei suchtkranken Menschen

Die Bedeutung des umfangreichen Selbsthilfenetzes für suchtkranke Menschen im Bereich der Prävention, Früherkennung, Therapievorbereitung und insbesondere Nachsorge sowie ihrer gesamtgesellschaftlichen Wirkung wird im Programm der Bayerischen Staatsregierung gegen Drogen und Sucht dargelegt.

V. Versorgung

Einleitend wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen – wie sie in den „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ dargestellt wird - ausdrücklich nicht mit ausschließlich psychiatrischer Versorgung gleichgesetzt wird. Während zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans“ der größte Anteil der Versorgung psychisch kranker Menschen noch von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde getragen wurde, wurden zwischenzeitlich weitere Berufsgruppen zur Versorgung psychisch kranker Menschen zugelassen: darunter die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde, die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher, d.h. vor Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte Bayerns zum 24.04.2004 für Psychotherapeutische Medizin), die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, sowie die Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse, die mittlerweile einen nennenswerten Beitrag bei der Versorgung leisten. Neben diesen Berufsgruppen haben auch weitere Berufsgruppen aus dem pflegerischen und therapeutischen Bereich (darunter beispielsweise Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ergo-, Sozio-, Kunst- oder auch Musiktherapeutinnen und –therapeuten) hohen Anteil an der Effektivität einer qualifizierten therapeutischen Versorgung.

Die Psychotherapie ist sowohl eigenständig als auch in Kombination mit anderen Verfahren als effizienter und versorgungsrelevanter Ansatz zur Behandlung psychischer Erkrankungen wissenschaftlich nachgewiesen. Unstrittig ist, dass in vielen Bereichen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auch psychotherapeutische Konzepte gefragt sind, und dass Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch dort ihren Beitrag im Gesundheitswesen leisten.

Neben einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Grundversorgung konnte auch eine psychosomatische Grundversorgung bereits etabliert werden. Die psychosomatische Grundversorgung als unerlässliche Voraussetzung für

die Integration psychosomatischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Alltag der somatischen Medizin hat ihren Niederschlag auch in der Weiterbildungsordnung gefunden.

Die Umorientierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen von einer institutionszentrierten zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung, koordiniert und gesteuert in einem regionalen Verbund mit Versorgungsverpflichtung, ist als Entwicklungsperspektive ein zentrales Element der „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“. Sie ist bisher nur in Ansätzen vorhanden und bedarf noch der landesweiten Umsetzung. Die im Folgenden beschriebenen Hilfeangebote sind Teilaspekte der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung. Die Ziele und Maßnahmen sind Vorschläge für eine Verbesserung der Qualität, auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit.

1. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Grundversorgung

1.1 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sind überwiegend die ersten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, wenn ein Mensch psychisch erkrankt. Sie sind ärztliche Bezugspersonen vor Ort, da sie in der Regel die familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume kennen und meist die ganze Familie behandeln. Ihnen kommt häufig die Rolle der Erstdiagnostik und Koordination psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Hilfen zu. Sie haben damit auch die Funktion einer Schalt- bzw. Vermittlungsstelle für psychische Erkrankungen. Wichtige Voraussetzung ist, dass sie in der Lage sind, psychische Erkrankungen möglichst frühzeitig zu diagnostizieren sowie die Grenzen der eigenen Behandlungsmöglichkeiten zu kennen.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Fort- und Weiterbildung für alle hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Stärkung der frühdiagnostischen Kompetenz, der Kenntnisse über psychische Erkrankungen und der Fähigkeiten im Bereich verbaler Interventionstechniken im Sinne einer psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Grundversorgung sollte flächendeckend sichergestellt werden, um die Grundversorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis zu verbessern und bei Indikation einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung die Patientinnen und Patienten ausreichend zu informieren und um sie motivieren und qualifiziert in eine fachpsychiatrische, fachpsychotherapeutische oder fachpsychosomatische Behandlung überweisen zu können.

b) Fortbildungsangebote auf dem Gebiet der Arzneimittelneben- und Arzneimittelwechselwirkungen sollten auf- und ausgebaut werden.

c) Hausärztinnen und Hausärzte sollten in Projekte der integrierten Versorgung sowie in den Bereich des Case- und Disease-Management einbezogen werden.

1.2 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse

Die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse übernehmen nach wie vor einen Großteil der ambulanten Behandlung von psychischen Erkrankungen. Sie behandeln im Rahmen ihrer Sprechstundenpraxen das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen. Die weit überwiegende Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte verfügt über eine psychotherapeutische Kompetenz.

Obwohl die Kassenarztsitze fast ausnahmslos besetzt sind, kommt es wegen der Knappheit der Mittel zu Engpässen bei der Versorgung vor allem chronisch psychisch kranker Menschen, die nicht so häufig gesehen werden können, wie es erforderlich wäre. Die Beschränkung der Arzneimittelversorgung macht die Behandlung mit modernen Psychopharmaka oft schwierig. Die Komm-Struktur der Praxen erschwert auch die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht oder mangelndem Antrieb und Motivation. Die Einbindung in regionale Verbundsstrukturen ist bislang nur in Einzelfällen gewährleistet.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Finanzierungsstrukturen für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde und von Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse sollten im Hinblick auf chronisch psychisch kranke Menschen verbessert werden.

b) Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und psychiatrischen Institutsambulanzen sowie psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen ist zu verstärken.

c) Der Einsatz von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie von Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse als Supervisoren im hausärztlichen Bereich ist anzustreben.

d) Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse sollten in Krisen- und Notfalldienste eingebunden werden.

e) Die Entwicklung und Realisierung einer sowohl psychiatrischen und psychotherapeutischen als auch psychosomatischen Konsiliar- und Liaisontätigkeit in somatischen Krankenhäusern sowie in Alten- und Pflegeheimen ist dringlich.

f) Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse sollten an Projekten der integrierten Versorgung beteiligt werden.

g) Die Teilnahme niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie von Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse in regionalen Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsgremien sollte sichergestellt werden.

h) Im Falle neu entwickelter Vertragsstrukturen im Bereich der ambulanten Versorgung sollte das Erstzugangsrecht von Patientinnen und Patienten zur ambulanten Behandlungen bei Fachärztinnen und Fachärzten im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung gewährleistet werden.

1.3 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

Durch die Veränderung der Familien– und Altersstrukturen und durch die Zunahme von psychischen Erkrankungen im Bereich der affektiven Störungen, der Anpassungs- und Belastungsreaktionen, der somatoformen Störungen, der Angst-, der Ess- und der Persönlichkeitsstörungen sowie der psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen steigt der psychotherapeutische Behandlungsbedarf.

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten werden als Exper-

tinnen und Experten in Lebenskrisen, zur Begleitung von Anpassungsprozessen und zur Behandlung krankheitswertiger Symptome und Störungen immer mehr anerkannt und in Anspruch genommen. Mit 1.844 zugelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, und 428 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten ist zwar der zahlenmäßige Bedarf für eine angemessene ambulante psychotherapeutische Versorgung nach den Bedarfsplanungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gedeckt. Es bestehen jedoch regionale Unterschiede in der Versorgungs- und Leistungsdichte.

Auch gibt es kaum spezifische Angebote für die Behandlung von Menschen mit komplexen psychischen Störungen und schweren psychischen Erkrankungen, z.B. Borderline-Störungen, komorbiden Suchterkrankungen, Essstörungen und ähnlichem, sodass es zu stationären Aufnahmen kommt, die nicht notwendig wären. Die psychische Komorbidität bei körperlicher Erkrankung ist ebenfalls weitgehend unterversorgt.

Die horizontale Vernetzung mit anderen Fachbereichen des Gesundheitssystems ist notwendig. Entsprechende Strukturen sollten verstärkt geschaffen werden. Ähnliches gilt für die vertikale Vernetzung mit dem stationären und rehabilitativen Bereich. Modelle der integrierten Versorgung sind nahezu nicht vorhanden.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Bedarfspläne für Psychotherapie im niedergelassenen Bereich sollten sich am Umfang der benötigten Leistungen orientieren. Regionale Unterschiede der Versorgungsdichte sollten ausgeglichen werden.

b) Regionale Netzwerke zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringern leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Versorgungsangebots. Damit werden auch multimodale Behandlungskonzepte im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung verstärkt.

c) Evaluation und die Bildung von Qualitätszirkeln in Zusammenarbeit mit dem stationären Bereich der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sowie mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde sollten sichergestellt werden.

d) Die Kooperation und Vernetzung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten mit dem hausärztlichen Bereich, mit psychosozialen Diensten und Einrichtungen sowie mit der Selbsthilfe sollte verstärkt werden.

e) Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten sollten an psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondiensten in der Allgemeinmedizin beteiligt werden.

f) Die Rahmenbedingungen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten sollten überprüft werden. Ziel muss sein, dass die psychotherapeutische Versorgung auch künftig sichergestellt werden kann.

g) Die Teilnahme der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten in regionalen Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsgremien sollte sichergestellt werden.

h) Das Erstzugangsrecht von Patientinnen und Patienten zu den fachpsychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungserbringern hat sich bewährt und sollte erhalten bleiben.

1.4 Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind ein wichtiger Teilbereich der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. In Bayern

verfügt nahezu jedes psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus und jede psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus über eine Institutsambulanz. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben konzentriert sich das Behandlungsangebot auf psychisch Kranke, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtung bedürfen; das heißt es handelt sich um Patienten mit besonders schwierigen oder chronifizierten Verläufen. Die Zahl der von den Psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patientinnen und Patienten ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Derzeit werden rund 155.000 Quartalsfälle (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) mit weiter zunehmender Tendenz abgerechnet.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen tragen wirksam zur Vermeidung bzw. zur Verkürzung stationärer Aufenthalte bei. Maßnahmen der internen und externen Qualitätskontrolle sowie regelmäßige Wirtschaftlichkeitsprüfungen steigern die Effizienz und Effektivität der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Durch ihre Multiprofessionalität und ihre Gehstruktur bzw. aufsuchende Arbeit können sie im Sinne der Personenzentrierung flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten reagieren. Viele Institutsambulanzen haben spezialisierte Angebote entwickelt, z.B. für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen, für Suchtkranke oder für Menschen mit Intelligenzstörungen, die gleichzeitig psychisch erkrankt sind.

Ein gewisser Schwachpunkt ist die Begrenzung des räumlichen Wirkungsbereichs durch die Anbindung an stationäre Einrichtungen, die regional sehr unterschiedlich verteilt sind. Damit werden viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wegen der langen Anfahrtswege nicht erreicht.

Ein den Psychiatrischen Institutsambulanzen entsprechendes Angebot an Ambulanzen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie existiert bisher nur in geringem Umfang, z.B. angeschlossen an die psychiatrischen Kliniken.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Behandlungsmöglichkeiten durch Psychiatrische Institutsambulanzen sollten weiter bedarfsgerecht ausgebaut werden.

b) Psychiatrische Institutsambulanzen sollten noch stärker als bisher mit weiteren ambulanten Leistungserbringern, insbesondere mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Nervenheilkunde sowie mit den Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vernetzt werden. Arbeitsteilige Absprachen können hilfreich sein.

c) Ein künftiger Schwerpunkt sollte auf der institutionalisierten Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Diensten liegen. Neben der Nutzung von Synergien können damit auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erreicht werden, die in größerer Entfernung von den Kliniken wohnen. Integrative Modelle der Kooperation sollten in Absprache mit den Leistungsträgern erprobt werden.

d) Die Anbindung von Psychiatrischen Institutsambulanzen an selbstständige Tageskliniken sollte zur Verbesserung des flächendeckenden Angebotes unterstützt werden.

e) Die Teilnahme von Vertretern der Psychiatrischen Institutsambulanzen in den regionalen Verbundgremien sollte gewährleistet werden.

1.5 Sozialpsychiatrische Dienste

Die multiprofessionell besetzten Sozialpsychiatrischen Dienste haben sich zu einem unverzichtbaren Bestandteil der ambulanten Versorgung in Bayern entwickelt. Zielgruppen ihrer Angebote sind vor allem psychisch kranke Menschen mit Chronifizierungsgefahr oder chronischen Verläufen mit komplexem Hilfebedarf, schwankender Compliance und hohen Schwellenängsten. Sozialpsychiatrische Dienste erbringen ihre Leistungen aufsuchend, lebensweltorientiert und gemeindenah. Sie sind vor allem beratend und begleitend sowie bei der Krisenversorgung tätig. Sie motivieren psychisch kranke Menschen, die sich trotz Bedarfs noch nicht oder nicht mehr behandeln lassen wollen. Sie erbringen Leistungen bei der Kooperation und Koordination, der Planung und Steuerung der unterschiedlichen Hilfen sowie bei der Aktivierung ergänzender Hilfen. Daneben

können sie Leistungen der medizinischen Grundversorgung, der psychiatrischen Krankenpflege, der Soziotherapie, der öffentlichen Daseinsvorsorge sowie des Persönlichen Budgets anbieten.

Der Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit Sozialpsychiatrischen Diensten ist noch nicht abgeschlossen.

Ziele und Maßnahmen

a) Der bedarfsgerechte Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste in unterversorgten Gebieten sollte fortgeführt werden. Neben der Mindest-Personalausstattung mit Psychologen und Sozialpädagogen sollte die Mitarbeit einer behandlungsermächtigten Fachärztin bzw. eines behandlungsermächtigten Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie angestrebt werden. Eine Personalausstattung von einer Fachkraft pro 35.000 Einwohner zur Verbesserung des Kernleistungsangebots erscheint grundsätzlich angebracht. Regionale Besonderheiten sollten berücksichtigt werden.

b) Die Pauschalfinanzierung der Kernleistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste hat sich bewährt und sollte zur Sicherstellung der Niederschwelligkeit beibehalten werden.

c) Die organisatorische Vernetzung bzw. Verzahnung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit der regional zuständigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Klinik, insbesondere mit der Psychiatrischen Institutsambulanz im Sinne einer integrierten Versorgung mit Versorgungsverpflichtung, ist in Absprache mit den Leistungsträgern anzustreben. Modellversuche können hilfreich sein.

d) Bei der Erbringung personenzentrierter Hilfen im Rahmen einer integrierten Hilfeplanung können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson übernehmen.

e) Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten beim Aufbau regionaler Verbundsysteme eingebunden werden.

1.6 Psychiatrische Krankenpflege

Psychiatrische Krankenpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist trotz der Einschränkung der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.02.2005 auf bestimmte Diagnosegruppen ein wichtiger Teilbereich der Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlungen. Die häusliche psychiatrische Krankenpflege mit spezifischen Inhalten der Behandlungspflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen schließt eine Versorgungslücke im ambulanten Bereich, was insbesondere auch älteren Menschen zugute kommen kann. Jedoch können gerade auch jüngere, nicht körperlich erkrankte Menschen von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege profitieren. Psychiatrische Krankenpflege umfasst unter anderem Leistungen zum Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), zum Aufrechterhalten der therapeutischen Maßnahmen (z.B. Medikamentengabe), zum Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen sowie zum Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen. Professionelle Gesundheits- und Krankenpflege kommt zum Einsatz, wenn die individuellen Ressourcen eines Patienten und seiner Angehörigen nicht ausreichen, um selbst für sich zu sorgen.

Durch eine Anbindung der psychiatrischen Krankenpflege an bestehende Versorgungsstrukturen (z.B. Sozialdienste, Gerontopsychiatrische Dienste, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen) ergeben sich wesentliche Vernetzungs- und Synergieeffekte. Eine enge Kooperation mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde und mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie eine angemessene fachliche Qualifikation der Leistungserbringer ist erforderlich.

Psychiatrische Krankenpflege findet bisher nur im stationären und komplementären (Institutsambulanzen, RPK´s, Wohneinrichtungen) Bereich statt. Ambulan-

te Psychiatrische Pflege (auch: häusliche psychiatrische Krankenpflege) wird derzeit in Bayern noch nicht angeboten. Laut aktueller Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV (Stand 12/06) gibt es in 439 bundesdeutschen Landkreisen und kreisfreien Städten nur 84 Pflegedienste mit Verträgen nach § 132a SGB V, davon keinen in Bayern.

Ziele und Maßnahmen

a) Der flächendeckende Auf- und Ausbau der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist dringlich.

b) Die häusliche psychiatrische Krankenpflege sollte soweit als möglich an bereits bestehende Versorgungsstrukturen (z.B. Sozialstationen, Gerontopsychiatrische Dienste, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen) angebunden sein. Die Schaffung von Schwerpunktdiensten in Ballungsräumen wird damit nicht ausgeschlossen.

c) Die Qualifikation der Leistungserbringer für psychiatrische Krankenpflege ist sicher zu stellen.

d) Eine enge Kooperation der Leistungserbringer mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, mit Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse und mit den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Einbindung der Leistungserbringer in den regionalen Verbundgremien ist zu gewährleisten.

1.7. Soziotherapie

Die Leistungen der Soziotherapie nach § 37a SGB V stehen Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung, die wegen der Schwere der psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Ein Anspruch auf Soziotherapie

besteht, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn die gebotene Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Die Soziotherapie kann einen wichtigen Beitrag leisten, die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen individuell wirkungsvoller und wirtschaftlicher zu gestalten.

Der Grad der Umsetzung der Soziotherapie entspricht derzeit nicht den ursprünglichen Erwartungen.

Ziele und Maßnahmen

a) Eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung mit Soziotherapie sollte nachhaltig unterstützt werden.

b) Die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer von Soziotherapie sollten dem Hilfebedarf entsprechen.

c) Zur Nutzung von Synergieeffekten sollte Soziotherapie grundsätzlich von bereits bestehenden Leistungsanbietern (z.B. Schwerpunktpraxen, Sozialpsychiatrische Diensten, Psychiatrische Institutsambulanzen) erbracht werden.

1.8. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Mit modernen epidemiologischen Verfahren, wie z.B. dem Gesundheits-Survey, beobachtet und bewertet der öffentliche Gesundheitsdienst die gesundheitlichen Verhältnisse auch von Menschen, die an einer psychischen Erkrankungen leiden, von solchen bedroht oder dadurch gefährdet sind und regt hierzu geeignete gesundheitsfördernde, präventive und sozialmedizinische Maßnahmen an.

Die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsangeboten verschiedener Anbieter, etwa im Rahmen des Suchtarbeitskreises und des übergreifenden Verbunds der Leistungsträger und Leistungserbringer auf regionaler Ebene

(Regionaler Steuerungsverbund – siehe dazu weiter unten bei Kapitel VII. Planung, Steuerung und Koordinierung), oder die Mitarbeit an der Schließung von Versorgungslücken im Sinne von Gesundheitsmanagement, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Erleichtert wird dies durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit der im Gesundheitsamt vertretenen Fachberufe.

Gesundheitsförderung, gesundheitliche Aufklärung und Prävention als bevölkerungsmedizinische Aufgabe des Gesundheitsamtes stärkt auch die persönliche Kompetenz von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren soziale Verantwortung für die Gesundheit, unterstützt gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und leistet einen Beitrag zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, wobei diese Aufgaben hier vor allem durch die Ärztinnen und Ärzte sowie Diplomsozialpädagoginnen und –pädagogen wahrgenommen werden.

Bei Beauftragung durch Gerichte bzw. Ordnungsämter wirkt das Gesundheitsamt gutachterlich bei der Entscheidung über eine Betreuung sowie über eine zwangsweise Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen mit, mit dem Ziel, konkrete Hilfemaßnahmen einzuleiten, um das weitergehende Instrument der Betreuung oder auch der Unterbringung zu vermeiden.

Das Gesundheitsamt achtet in der Berufsaufsicht darauf, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ihre Befugnisse einhalten und ihre Berufspflichten erfüllen.

Im Rahmen der Heimaufsicht wirkt das Gesundheitsamt mit bei der regelmäßigen und anlassbezogenen Überwachung von Heimen für psychisch behinderte Menschen und berät in medizinischer, sozialpädagogischer, pflegerischer und hygienischer Hinsicht.

Ziele und Maßnahmen

Der öffentliche Gesundheitsdienst leistet aufgabenbezogen einen wichtigen Beitrag für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine Weiterentwicklung des Aufgabenspektrums, vor allem im Bereich der Koordination innerhalb der vorhandenen Angebote, sollte geprüft werden.

1.9 Krisendienste

Krisenintervention ist ein eigenständiger Teilbereich der gemeindepsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung. Sie ist eine umfassende Tätigkeit, die von verschiedenen, an der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung Beteiligten erbracht wird.

Ziel der Krisenintervention ist es, Krisensituationen ambulant aufzufangen und stationäre Behandlungen zu vermeiden bzw. notwendige stationäre Behandlungen fachkompetent einzuleiten. Zielgruppe sind Menschen in akuten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Krisen sowie deren Angehörige bzw. das soziale Umfeld.

Notwendige Elemente einer gemeindenahen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Krisenversorgung sind eine Tag und Nacht erreichbare Anlaufstelle mit der Möglichkeit einer unmittelbaren diagnostischen Abklärung nach psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosozialen und rechtlichen Gesichtspunkten sowie fachliche Weichenstellungen mit den Optionen:

- Information und Beratung von Betroffenen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, allgemeinen Sozialdiensten, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten sowie (Fach)Stellen und Einrichtungen, die mit Menschen in Krisen zu tun haben,
- Vermittlung in ambulante Behandlung und Begleitung,
- Überbrückung bis zum Wirksamwerden anderer therapeutischer oder organisatorischer Maßnahmen,

- mobile Einsätze in Krisensituationen, in denen es den Betroffenen nicht (mehr) möglich ist, selbst eine geeignete Beratungs- oder Behandlungsstelle aufzusuchen, und bei psychiatrischen oder psychotherapeutischen Notfällen (bei Bedarf zusammen mit Polizei und Rettungsdiensten),
- Krisenbehandlung in ambulanter, teilstationärer oder (kurzzeit-) stationärer Form, z. B. in Krisenzentren,
- Einweisung in psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische oder somatische Kliniken oder Abteilungen.

An dieser Stelle wird auch auf das "Rahmenkonzept für ein ambulantes Krisenin-terventionssystem“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 04.12.2000 verwiesen.

Der Bedarf an Krisenintervention im Sinne einer ganzjährigen 24-Stunden Bereitschaft ist noch weitgehend ungedeckt. Es gibt beispielsweise eine Krisenambulanz am Atriumhaus in München, die ganzjährig rund um die Uhr von Menschen mit psychischen Erkrankungen, den Angehörigen und Bezugspersonen, von Not- und Rettungsdiensten und der Polizei aus dem Sektor München Süd in Anspruch genommen werden kann. Ferner wurde in München als gemeinsames Projekt eines Trägerverbundes der Mobile Psychiatrische Krisendienst München (MPKD) realisiert, der gegenwärtig über eine 8 Stunden täglich besetzte telefonische Anlauf- und Screeningstelle mit einer zentralen Krisentelefonnummer verfügt und schwerpunktmäßig aufsuchende Krisenhilfe leistet. Mit dem psychiatrischen Bereitschaftsdienst der Münchner Vertragsärztinnen und -ärzte steht in München eine weitere Anlaufstelle, die rund um die Uhr besetzt ist, zur Verfügung. Im Regierungsbezirk Mittelfranken wird Krisenintervention durch den Krisendienst Mittelfranken über eine Kooperation des Krisendienstes Nürnberg mit den Sozialpsychiatrischen Diensten des Regierungsbezirks nahezu flächendeckend sichergestellt.

Der Aufbau weiterer flächendeckender Krisendienste bzw. Krisenin-terventionsmöglichkeiten scheiterte bisher an einer unzureichenden Finanzierung.

Ziele und Maßnahmen

In jeder Region ist eine Anlaufstelle für Krisenintervention anzustreben, die ganzjährig rund um die Uhr zur Verfügung steht. Zur Nutzung von Synergieeffekten und zur Kostenminimierung sollten bereits vorhandene Versorgungsstrukturen einbezogen und genutzt werden, gegebenenfalls auch durch geeignete Kooperation und Vernetzung.

1.10 Krankenhausbehandlung

1.10.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V wird durch die Fachkrankenhäuser der Bezirke sowie durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken kommunaler, freigemeinnütziger und privater Träger sowie psychiatrisch-psychotherapeutische Universitätskliniken sichergestellt. Die Entwicklung in den vergangenen 15 Jahren ist gekennzeichnet durch einen starken Rückgang der stationären Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten. Damit hat sich auch die Zahl der Betten, vor allem in den Fachkrankenhäusern der Bezirke, verringert, trotz der Zunahme der stationären Aufnahmen und Wiederaufnahmen.

Diese grundsätzlich positive Entwicklung hat verschiedene Ursachen. Besonders hilfreich war die Verbesserung der Personalausstattung aufgrund der Psychiatrie–Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990 (Psych-PV). Dadurch konnten der Behandlungsstandard erheblich gesteigert, zeitgemäße störungsspezifische Strategien für die Behandlung und Rehabilitation entwickelt sowie Qualitätsmanagement und Vernetzungsarbeit geleistet werden. Nur durch einen ausreichend hohen Personalschlüssel kann eine qualitativ hoch stehende und somit humanen Anforderungen gerecht werdende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sichergestellt werden.

Zwischenzeitlich liegt die Personalausstattung allerdings etwa 10 bis 20 Prozent unter den Vorgaben der Psych-PV. Dieser sinkende Umsetzungsgrad der Psych-PV könnte sich als problematisch für die Rahmenbedingungen der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung von schwer

psychisch kranken Patientinnen und Patienten erweisen.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen mit der Konzentration auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonders schwierigen Verläufen haben ebenfalls zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer entscheidend beigetragen.

Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer auf zuletzt 24,6 Tage in 2005 stellt allerdings einen Durchschnittswert und keinen generellen Richtwert dar. Für schwer psychisch kranke Menschen muss eine möglichst umfassende, differenzierte und ausreichend lange stationäre Behandlung sichergestellt werden, um sie für eine erfolgreiche ambulante Anschlussbehandlung zu befähigen.

Aufgrund der immer kürzeren Behandlungszeiten wächst die Notwendigkeit, dass sich die psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen mit den außerklinischen Einrichtungen und Diensten vernetzen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die zur dauerhaften Stabilisierung bzw. zur Verhütung von Chronifizierung erforderlichen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen unterbleiben mit der Folge gehäufter Wiederaufnahmen. Den Einrichtungen der stationären Krankenhausbehandlung kommt damit vor allem bei Entlassungen eine besondere Verantwortung im Rahmen der personenzentrierten Hilfeplanung zu.

Neben dem Abbau von Betten wurden strukturelle Änderungen der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eingeleitet. Der Forderung nachkommend, die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gemeindenah und integriert in die allgemeine medizinische Versorgung zu gestalten, sind neue psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen im engen Verbund mit Allgemeinkrankenhäusern entstanden. Ein Teil der Betten wurde in tagesklinische Plätze oder in selbstständige dezentrale Tageskliniken umgewandelt. Ferner wurden entsprechend einer Forderung des Reformprozesses bei der Versorgung psychischer Erkrankungen die Langzeitpatientinnen und –patienten, insbesondere der Fachkrankenhäuser der Bezirke, enthospitalisiert und in gemeindenahe Strukturen entlassen.

Vor einer endgültigen Bewertung der verkürzten Verweildauern bleibt somit abzuwarten, ob dies nicht zu Lasten höherer Wiederaufnahme- und Rehospitali-

sierungsraten (so genannter „Drehtüreffekt“) geht mit letztlich ungünstigen Auswirkungen auf einzelne Krankheitsverläufe.

Weiterhin gilt es, in den Kliniken den Behandlungsstandard trotz der schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen zu erhalten. Auch ist der strukturelle Umbau im Sinne einer Dezentralisierung bzw. Regionalisierung der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung noch nicht abgeschlossen.

Ziele und Maßnahmen

a) Der Behandlungsstandard in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist entsprechend den therapeutischen Notwendigkeiten zu erhalten. Neue Organisations- und Betriebsformen können dazu beitragen.

b) Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind als wichtiges Element der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in die regionalen Vernetzungs- und Verbundstrukturen einzubinden. Die Übernahme einer Versorgungsverpflichtung ist unverzichtbar. Eine besondere Verantwortung kommt ihnen bei Entlassungen zu.

c) Wichtige Ziele des Reformprozesses bei der Versorgung psychischer Erkrankungen sind die Integration der Psychiatrie und Psychotherapie in die Allgemeinmedizin und die Gemeindenähe der Versorgung. Psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilungen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und Tageskliniken in enger Anbindung an Allgemeinkrankenhäuser entsprechen diesen Zielen. Eine weitere Regionalisierung durch Dezentralisierung bestehender Einrichtungen ist zu unterstützen.

d) Die teilstationäre Versorgung sollte zur Vermeidung vollstationärer Behandlungen weiter ausgebaut werden.

e) Die Schaffung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Liaisondiensten an Allgemeinkrankenhäusern ist aufgrund der dort hohen Prävalenz– und Komorbiditätsrate von psychischen Erkrankungen dringlich.

1.10.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung

Die klinische psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V wird durch psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychosomatik der Bezirkskrankenhäuser, durch Kliniken bzw. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern bzw. Universitätskliniken sowie durch psychosomatische Fachkliniken sichergestellt. Der Bedarf an psychosomatisch-psychotherapeutischen Betten ist zwischenzeitlich gedeckt.

Probleme ergeben sich teilweise aufgrund fehlender Gemeinde- bzw. Wohnortnähe vieler Einrichtungen. Auch gibt es Defizite bei der Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen stationären und ambulanten Leistungserbringern aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Ähnliches gilt für die Kooperation mit Allgemeinkrankenhäusern, die im Regelfall nicht über die psychotherapeutische Behandlungskompetenz für psychische Erkrankungen verfügen. Ferner sind die Grenzen zwischen psychosomatisch-psychotherapeutischer Akutversorgung und Rehabilitationskliniken schwer zu definieren.

Gemeinde- bzw. Wohnortnähe in Bezug auf psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen muss jedoch differenziert gesehen werden. Sie kann zwar in einem Teil der Fälle ein wesentlicher Faktor zum Gelingen der Behandlung wie auch bei der Umsetzung von Therapiefortschritten in den Alltag der Patientin bzw. des Patienten sein. Bei einem anderen Teil der Fälle kann jedoch gerade die Herausnahme aus dem häufig belastenden, krankheitsfördernden häuslichen, sozialen oder berufsbezogenen Umfeld ein wesentlicher Wirkfaktor einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung sein. Daher können beide Behandlungsoptionen - die wohnortnahe, in Zukunft vorzugsweise tagklinische Behandlung und die wohnortferne stationäre Therapie mit Distanzierung vom häuslichen Umfeld - je nach Indikation geboten sein.

Die erforderliche Nachsorge muss allerdings immer wohnortnah sein.

Ziele und Maßnahmen

a) Die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung soll zum einen vorrangig in Anbindung an den stationären somatischen Versorgungsbereich erfolgen, soll sich zum anderen aber auch an den Grundsätzen der Gemeindenähe und Integration in die Allgemeinmedizin orientieren. Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen und Tageskliniken an Allgemeinkrankenhäusern erfüllen diese Voraussetzung. Bei wohnortferner Behandlung sind für Patientinnen und Patienten, die eine Langzeitbegleitung benötigen, wohnortnahe Nachsorgeangebote zeitnah sicherzustellen.

b) Die Zusammenarbeit mit Allgemeinkrankenhäusern im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten ist dringlich.

c) Modelle der Kooperation und Vernetzung der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung mit dem ambulanten Sektor im Sinne einer integrierten Versorgung sind zu entwickeln und zu unterstützen.

d) Evaluation und Qualitätssicherung der Behandlungsangebote sollten sichergestellt werden.

e) Die Abgrenzung zwischen psychosomatisch-psychotherapeutischer Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung bedarf weiterer Klärung.

f) Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe sollte verstärkt werden.

1.11 Hilfen zur Selbstversorgung und Teilhabe

1.11.1 Wohnen

1.11.1.1 Betreutes Wohnen

Die eigene Wohnung ist auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen zentraler Lebensort. Das bedeutet für das psychiatrische, psychotherapeutische

und psychosomatische Versorgungssystem, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen der Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung gesichert werden sollte sowie für Menschen, die ihr bisheriges Wohnfeld verlassen wollen oder müssen, die Möglichkeit des Wohnens nach eigenen Wünschen und Vorstellungen eröffnet werden sollte.

Betreutes Wohnen ist ein ambulantes Angebot zur Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld. Neben der Bearbeitung krankheitsspezifischer Problemstellungen werden Unterstützungsleistungen vor allem im Bereich der Selbstversorgung, der Kommunikation, Kontaktfindung und Alltagsbewältigung sowie Krisenintervention erbracht. Betreutes Wohnen umfasst unterschiedliche Wohnformen: Allein, mit Partnerin oder Partner, bei Angehörigen oder in kleineren oder größeren Gruppen. Betreutes Wohnen findet in der eigenen Wohnung oder bei einem Anbieter aus dem psychosozialen Bereich statt.

Aufgabe der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Hilfen ist es, mit flexibler und angepasster Intensität diejenigen Hilfen zu vermitteln oder, falls notwendig, selbst zu leisten, die zur möglichst selbstständigen Bewältigung der Wohnsituation erforderlich sind. Das bedeutet, dass ein veränderter Hilfebedarf nicht zwangsläufig zu einem Wohnungswechsel führt und dass die Betreuungsart und der Betreuungsumfang nicht von der Wohnform, sondern vom individuellen Hilfebedarf in der jeweiligen Lebenssituation abhängen.

Die Organisation der Hilfen erfolgt im Rahmen des regionalen Verbundes (Näheres hierzu unter VII.1), dem damit auch die Versorgungsverantwortung zukommt. Voraussetzungen dafür sind, dass einerseits im regionalen Verbund ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, die zur Entwicklung der notwendigen Hilfestrategien in der Lage sind, und andererseits Bedingungen für die flexible Umsetzung der Hilfen geschaffen werden.

Ziele und Maßnahmen

Der weitere Auf- und Ausbau des betreuten Wohnens entsprechend dem individuellen Hilfebedarf ist dringlich. Damit kann auch der notwendige Abbau an Heimplätzen vorangetrieben werden.

1.11.1.2 Familienpflege

Die psychiatrische Familienpflege ist eine der ältesten Instrumente zur Betreuung und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch die mittel- bis langfristige Aufnahme in einer Gastfamilie lebt der psychisch kranke Mensch in einer familiären Umgebung mit Zugang zum sozialen Netzwerk der Gastfamilie. In die Familienpflege werden psychisch behinderte oder langzeitkranke Menschen vermittelt, die einen längeren Klinikaufenthalt hinter sich haben und keiner stationären Behandlung mehr bedürfen. Es werden nur chronisch kranke Menschen vermittelt, die voraussehbar nicht sich selbst oder andere gefährden und keine aktuellen Alkohol- oder Drogenprobleme haben. Durch einen langen Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Klinikaufenthalte haben viele psychisch kranke Menschen ihre Selbständigkeit und Beziehungsfähigkeit teilweise verloren. Diese Fähigkeiten können im täglichen Zusammenleben und durch verständnisvolle Unterstützung der Gastfamilie wieder erlernt und langsam zurück gewonnen werden. Die Familienpflege bietet durch ihr natürliches Umfeld viele Entwicklungs- und Stabilisierungsmöglichkeiten. Die Gastfamilien müssen keine fachliche Ausbildung haben, sondern die Bereitschaft mitbringen, sich langfristig um einen psychisch behinderten Menschen zu kümmern und eine tragfähige Beziehung zu ihm aufzubauen. Die Gastfamilie erhält eine angemessene Aufwandsentschädigung und wird durch Fachkräfte betreut. Der Aufenthalt in der Gastfamilie ist auf Dauer angelegt, kann aber jederzeit von allen Parteien aufgekündigt werden. Familienpflege wird in nahezu allen Regierungsbezirken angeboten. Derzeit stehen landesweit ca. 118 Plätze zur Verfügung.

Ziele und Maßnahmen

Psychiatrische Familienpflege sollte als bewährte Hilfemaßnahme und gute Alternative zur vollstationären Versorgung weiter ausgebaut werden.

1.11.1.3 Wohnheime

Wohnheime für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Zielgruppe sind Menschen, die aufgrund ihrer chronischen und komplexen Problemlagen einen langfristigen Hilfebedarf haben. Sie bieten "Hilfen aus einer Hand" an zur Förderung sozialer und alltagsbezogener Kompetenzen in den Bereichen Selbstversorgung, Kommunikation und Kontaktfindung. Ferner halten sie beschäftigungstherapeutische Angebote vor, die der Tagesstrukturierung dienen.

Die Zahl der Heimplätze ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Das liegt im Wesentlichen daran, dass zu wenige ambulante Hilfeangebote zur Verfügung stehen. So wurden die psychisch langzeitkranken Menschen Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts im Rahmen der Enthospitalisierung aus den psychiatrischen Krankenhäusern ganz überwiegend mangels ambulanter Versorgungsalternativen in meist wohnortferne Heime verlegt. Auch können die psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser dem Druck der Krankenkassen auf die Aufenthaltsdauer häufig nur durch eine Heimverlegung ausweichen.

Das Übergewicht der vollstationären Heimversorgung widerspricht dem fachlich und gesetzlich gebotenen Vorrang ambulanter Hilfen. Auch erfolgt die stationäre Unterbringung im Heim im Regelfall auf Dauer. Mit der Länge des Aufenthaltes im Heim werden die Bewohner zunehmend dem allgemeinen Leben entfremdet. Reglementierte Überversorgung erzeugt Lebensuntüchtigkeit, die Bezüge zum eigenen Lebensfeld nehmen ab. Die Betroffenen werden dadurch in Sonderlebensformen gedrängt.

Andererseits ist die Hilfe zur Teilhabe am Leben am wirksamsten, wenn sie dort erbracht wird, wo der psychisch kranke Mensch lebt und seine sozialen Bezüge hat. Das schließt eine Versorgung im Heim nicht generell aus. Die Versorgung

im Heim sollte unter Beachtung des Grundsatzes der Gemeindenähe möglichst nur zeitlich begrenzt als Übergangslösung zur Vorbereitung auf ein ambulant betreutes Wohnen dienen.

Wichtig ist darüber hinaus, dass eine Durchlässigkeit der stationären und ambulant betreuten Wohnformen in beide Richtungen gegeben ist, um Hilfeberechtigten einerseits die notwendige Sicherheit zu geben, Schritte in Richtung ambulantes Wohnen gehen zu können, andererseits kostenintensive Kriseninterventionen im Akutkrankenhaus vermeiden zu können.

Der seit dem 01.04.04 verbindlich in Bayern in allen Regionen eingeführte Gesamtplan nach § 58 SGB XII in Verbindung mit einer Hilfeplankonferenz bietet eine gute Voraussetzung, im Sinne des personenzentrierten Ansatzes Heimunterbringungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Ziele und Maßnahmen

a) Zusätzliche Heimplätze als stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten nicht mehr geschaffen werden. Bei der Errichtung von Ersatzneubauten ist der Vorrang ambulanter und teilstationärer Betreuung zu beachten.

b) Mittelfristig ist ein Abbau von Heimplätzen um mindestens 20 Prozent je Regierungsbezirk zugunsten ambulanter Wohn- und Betreuungsstrukturen anzustreben.

c) In den Heimen sind die rehabilitativen Teile des Versorgungsangebotes zu stärken mit dem Ziel einer Verselbständigung und Entlassung der Heimbewohner in eine ambulant betreute Wohnform. Eine Flexibilisierung der Heimangebote in Richtung betreutes Wohnen ist zu unterstützen. Die Übernahme einer regionalen Versorgungsverpflichtung ist unerlässlich.

d) Die psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sollten bereits in einem frühen Stadium von Diagnostik und Thera-

pie unter Einbeziehung der Betroffenen, Angehörigen und Betreuer Aktivitäten für eine möglichst ambulante Nachsorge im gemeindenahen Bereich entsprechend dem individuellen Hilfebedarf entwickeln.

e) Die Behandlungs- und Betreuungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten im Rahmen des regionalen Verbundes auf die Vermeidung von Heimunterbringungen ausgerichtet werden. Ambulante Hilfeformen haben absoluten Vorrang.

1.11.2 Hilfen zur Tagesgestaltung

Für die Tagesgestaltung bzw. Tagesstrukturierung haben sich vor allem Tagesstätten, aber auch Clubhäuser, Freizeittreffs, Teestuben und ähnliche Einrichtungen als besonders geeignet erwiesen. Sie ermöglichen durch ihre niederschwellige Arbeitsweise den Zugang auch für Menschen mit schwerst chronischen psychischen Erkrankungen. Gerade diese Menschen leiden unter Isolierung und fehlender Struktur in ihrem Alltag. Vielfach sind sie nicht mehr in der Lage, selbstständig Beziehungen aufrecht zu erhalten, Hobbys zu pflegen und einen geregelten Tagesablauf zu gestalten oder die persönliche Hygiene zu gewährleisten. Einrichtungen der Tagesgestaltung entlasten auch die Angehörigen.

Einrichtungen der Tagesgestaltung umfassen vielfältige Angebote wie Training von Alltagsfertigkeiten, Freizeitaktivitäten bis zur Hinführung zu Arbeitstätigkeiten. Sie haben Kontaktstellenfunktion und tragen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes bei. Sie fördern die soziale Wiedereingliederung und eröffnen Zuverdienstmöglichkeiten. Die Platzzahlen entsprechen allerdings nicht immer dem regionalen Bedarf.

Ziele und Maßnahmen

Einrichtungen der Tagesgestaltung (Tagesstätten) mit ihrem niederschwelligen Zugang haben sich bewährt. Ein weiterer Ausbau in unterversorgten Gebieten im Rahmen des regionalen Verbundes ist sinnvoll. Ergotherapie und Zuverdienst sollten zum Regelangebot von Tagesstätten gehören.

1.11.3 Teilhabe am Arbeitsleben

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur den persönlichen Alltag und die allgemeine Lebensplanung, sondern auch das Arbeits- und Berufsleben der Betroffenen. Andererseits haben Arbeit und Beschäftigung eine rehabilitativ-integrative und sinnstiftende Funktion. Sie stabilisieren den Gesundheitszustand und stärken das Selbstvertrauen. Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt daher eine außerordentlich hohe Bedeutung zu.

Die Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen ist äußerst unbefriedigend. Die schwierige Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hat naturgemäß auch Auswirkungen auf Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Leistungen krankheitsbedingt großen Schwankungen unterworfen sind. Die Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liegt unter 10 Prozent.

Das System der beruflichen Rehabilitation ist auf die Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit, das heißt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, ausgerichtet. Dies kann bei vielen Menschen, vor allem mit schweren psychischen Erkrankungen nur schwer prognostiziert werden, mit der Folge von Frühverrentungen oder einer Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen. Obwohl im Interesse von psychisch kranken und behinderten Menschen weiterhin am Ziel der Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als vorrangige Option fest gehalten werden muss, ist festzustellen, dass viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt sind. Daher muss für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen das gesamte Spektrum von Tätigkeiten unter drei Stunden täglich bis zur Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit verfügbar sein. Hierbei müssen die schwankenden Verläufe psychischer Erkrankungen mit ihren speziellen Anforderungen an die Flexibilität der Arbeitsorganisation berücksichtigt werden.

Die Hilfen der einzelnen Leistungsträger zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen in Einrichtungen, die weitgehend institutionszentriert mit abgegrenzten Zuständigkeitsbereichen arbeiten. Sie sind zudem angebotsorientiert, so dass insbesondere chronisch psychisch kranke Menschen häufig nicht die passenden Hil-

fen erhalten.

Für die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es derzeit folgende Angebote:

1.11.3.1 Ergotherapie

Ergotherapie gehört zum Behandlungsstandard der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen und der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Ergotherapie setzt sich aus zwei Bereichen zusammen: Beschäftigungstherapie (BT) und Arbeitstherapie (AT). Arbeits- und Beschäftigungstherapie sollen psychisch kranken Menschen die Möglichkeit eröffnen, ihr seelisches Befinden mittels kreativer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen einerseits und berufsweltlich orientierter Angebote andererseits zu verbessern. Allerdings liegt der Schwerpunkt häufig zu wenig auf der Einleitung beruflicher Wiedereingliederungsmaßnahmen. Ambulante Ergotherapie wird im Einzelfall fachärztlich verordnet.

1.11.3.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) leisten nicht nur Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern damit nahtlos verzahnt in einer Komplexmaßnahme auch medizinische Leistungen der Rehabilitation und ergänzende psychosoziale Hilfen. Sie eignen sich daher ganz besonders für eine erfolgreiche Rehabilitation insbesondere chronisch und schwer psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen.

Neben der unzureichenden Platzzahl entsprechen die Überregionalität sowie mangelnde ambulante und teilstationäre Angebote derzeit nicht dem Bedarf.

1.11.3.3 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen bieten Leistungen der beruflichen und / oder sozialen Teilhabe als Komplexleistung für einen in der Regel noch nicht chronifizierten Personenkreis, der keiner stationären medizinischen Behandlung mehr bedarf, jedoch noch nicht in vollem Umfang in der Lage ist, die Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen. Die derzeitige überwiegende Finanzierung über die Sozialhilfe ist nicht mehr zeitgemäß. Es gibt zwischenzeitlich mit den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) Versorgungsangebote, die vorrangig ausgebaut werden sollten.

1.11.3.4 Werkstätten für behinderte Menschen

Werkstätten für behinderte Menschen bieten Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen, denen wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zeitweise oder dauerhaft nicht möglich ist. Die Werkstätten für behinderte Menschen haben ferner das Ziel, im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich die Leistungsfähigkeit des Betroffenen festzustellen und fachgerecht zu fördern.

Um den besonderen Bedürfnissen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht zu werden und deren Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten, wurden soweit möglich Spezialwerkstätten, separate Gruppen oder Abteilungen in den Werkstätten für psychisch behinderte Menschen geschaffen.

1.11.3.5 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte (früher Integrations- oder Selbsthilfefirmen) bieten auch betreute Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Integrationsprojekte sind aufgrund ihrer Nähe zum allgemeinen Arbeitsmarkt ein Instrument für die Wiedereingliederung und dauerhafte Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in das Arbeitsleben. Das Angebot an Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen stagniert. Auch die bestehenden Arbeitsplätze sind gefährdet. Die Instrumente, die den Wettbewerbsnachteil für die Beschäftigung leistungsgeminderter Menschen ausgleichen sollen, reichen nicht aus.

1.11.3.6 Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste sollen im Auftrag der Integrationsämter, der Arbeitsagenturen und anderer Rehabilitationsträger schwerbehinderte arbeitslose Menschen vermitteln und die psychosoziale Betreuung im Rahmen der "Begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben" wahrnehmen. Darüber hinaus haben sie Beraterfunktion für die Betriebe sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Einrichtungen, die mit der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst sind. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht die Gefahr, dass sie aufgrund ihres hohen Betreuungsaufwandes nicht die möglichen Leistungen erhalten.

1.11.3.7 Zuverdienstplätze

Zuverdienstplätze sind geschützte, niederschwellig betreute Arbeitsangebote speziell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die ihnen im Rahmen der Zuverdienstgrenzen eine stundenweise Beschäftigung entsprechend ihrem aktuellen Befinden ermöglichen. Zuverdienstplätze sind besonders gut geeignet, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch sinnvolle und bezahlte Arbeit zu stabilisieren. Die Dichte von Zuverdienstplätzen, vor allem in ländlichen Bereichen, ist noch nicht bedarfsgerecht.

1.11.3.8 Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke

Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke bieten Möglichkeiten zu einer qualitativ hochwertigen beruflichen Bildung und Förderung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. So verfügen inzwischen einige Einrichtungen über spezielle Förderangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ausreichende freie Kapazitäten sind bei diesen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation vorhanden.

Ziele und Maßnahmen

a) Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind durch frühe Intervention, z. B. im Rahmen ambulanter und stationärer Behandlung sowie betrieblichen Eingliederungsmanagements bei Gefährdung des Arbeitsplatzes zu erhalten.

b) Bei noch nicht chronifizierten Krankheitsverläufen sollten Arbeitserprobungen schon in den psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen unter möglichst realen Bedingungen, auch in Zusammenarbeit mit externen Firmen, durchgeführt werden.

c) Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) sollten - entsprechend den am 01.07.06 in Kraft getretenen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RPK-Empfehlungsvereinbarung) vom 29.09.2005 - mit dem Schwerpunkt auf ambulante und teilstationäre Rehabilitationsformen gemeindenah auf- und ausgebaut werden sowie mit anderen Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen vernetzt werden. Zur Kostenminimierung und zur Nutzung von Synergieeffekten sollte geprüft werden, ob nicht bereits bestehende Einrichtungen nach Maßgabe der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005 (wie z. B. Übergangseinrichtungen) sich als Rehabilitationseinrichtungen eignen bzw. in das Angebot der Rehabilitationseinrichtungen einbezogen werden können.

d) Werkstätten für behinderte Menschen, die auch Plätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen vorhalten, sollten nach Möglichkeit eigene Bereiche oder Betriebsteile schaffen, die deren spezifischen Bedürfnissen gerecht werden. Dem regionalen Bedarf sollte Rechnung getragen werden. Insbesondere sollten in diesen Bereichen flexible Aufnahme- und Arbeitszeiten (Teilzeitmaßnahmen) eingerichtet und gefördert werden, um die unterschiedlichen Anforderungen der Betroffenen (z.B. Alleinerziehende) zu berücksichtigen.
Die erforderliche psychiatrische Fortbildung des Personals und entsprechende Personalschlüssel sollten gewährleistet sein.

Die Unterbringung in der Werkstatt sollte in der Regel nicht auf Dauer erfolgen, sondern soweit dies die individuelle Behinderung zulässt, auf eine Beschäftigung außerhalb der Werkstatt hinführen. Die Werkstatt sollte hierfür, ggf. in Kooperation mit anderen Stellen, geeignete Fördermaßnahmen durchführen. Zur Verbesserung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt ist eine Arbeitstätigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach Möglichkeit auf ausgelagerten Werkstattplätzen, weitgehend am künftigen Arbeitsort anzustreben. Möglichkeiten eines flexiblen Übergangs in alternative Beschäftigungsformen (Integrationsprojekte, Zuverdienstprojekte, o.ä.) sollten kontinuierlich geprüft und umgesetzt werden.

e) Der Aufbau weiterer Integrationsprojekte für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist dringlich. Allerdings ist das Aufkommen der Ausgleichsabgabe in den letzten Jahren auf Grund der wirtschaftlichen Entwicklung deutlich gesunken. Bei der künftigen Planung von Integrationsprojekten gemäß §§ 132 ff SGB IX sind diese geänderten finanziellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Dauerhafte, aufeinander abgestimmte und nach Möglichkeit pauschalierte Zuschüsse der Leistungsträger sind anzustreben.

f) Die Integrationsfachdienste sollten insbesondere in den Bereichen Vermittlung und Begleitung den besonderen Betreuungsaufwand für Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen. Ein weiterer Ausbau der Integrationsfachdienste entsprechend ihrem Bedarf für psychisch kranke Menschen ist anzustreben.

g) Die weitere Schaffung von Zuverdienstplätzen in unterversorgten Gebieten ist nachhaltig zu unterstützen.

h) Eine Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer und Leistungsträger im Rahmen eines regionalen Verbundes zur Optimierung der bestehenden Angebote sowie zur Entwicklung von Qualitätsstandards, aber auch zur flexiblen Abstimmung der Finanzierung von Leistungen ist anzustreben. Die derzeit laufenden Modellprojekte „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB)“ bieten hierfür eine gute Grundlage. Ergänzend sollte ein institutionsübergreifendes Informations- und Bera-

tungsangebot zur Verbesserung der Transparenz der unterschiedlichen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Region aufgebaut werden.

1.12 Bürgerschaftliches Engagement und Seelsorge

1.12.1 Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches bzw. ehrenamtliches Engagement hat in der Psychiatrie eine lange Tradition. Die Bürgerhilfe leistet einen wichtigen Beitrag bei der Versorgung psychisch kranker Menschen, sie kann andererseits professionelle Hilfen nicht ersetzen. Aufgaben der Bürgerhilfe sind insbesondere

- Einzelbegleitung (ambulant und stationär) - auch in der Forensik,
- Besuchsdienste im stationären Bereich,
- Durchführung von Freizeitaktivitäten und Urlaubsfahrten.

Die Bürgerhilfe trägt zur Stabilisierung psychisch kranker Menschen und damit zu ihrer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bei. Sie ist "Brückenbauer" für die Integration psychisch kranker Menschen. Die Bürgerhilfe wirkt der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen durch Öffentlichkeitsarbeit entgegen. Sie vernetzt sich mit Einrichtungen und Diensten vor Ort und unterstützt die zukünftige Gestaltung einer personenzentrierten und gemeindenahen Psychiatrie.

Ziele und Maßnahmen

Bürgerschaftliches Engagement leistet einen wichtigen Beitrag zur Teilhabe psychisch kranker Menschen am Leben in der Gemeinschaft. Der weitere Ausbau bürgerschaftlichen Engagements ist dringend und sollte angemessen und nachhaltig unterstützt werden.

1.12.2 Seelsorge

Seelsorge in der Psychiatrie heißt vor allem, sich der Sinnkrise stellen, die Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen erleiden, ohne im herkömm-

lichen Sinne helfen zu können. Die existenzielle Erschütterung durch die Erkrankung führt bei vielen Betroffenen zu einer neuen Suche nach Halt und nach Orientierung und dem Wunsch nach einer höheren Macht, der man sich anvertrauen kann. Seelsorge will in dieser Situation den Menschen stärken, ihm Raum und Gehör geben. Die Seelsorge in der Psychiatrie versteht sich als professionelles Angebot sachlich und sozial qualifizierter Begleitung. Diese Begleitung geschieht durch Einzel- und Gruppengespräch, durch Gebet und Gottesdienst, Segnung und Krankensalbung.

Die Seelsorge beschränkt sich nicht nur auf den stationären Bereich. Vielmehr weitet sie ihre Angebote zunehmend auch auf den gemeindenahen Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik aus. Sie ist Ansprechpartner für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige. Sie sucht die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten der gemeindenahen Psychiatrie und Psychotherapie und ist vernetzt mit den Seelsorgerinnen und Seelsorgern in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie sowie mit den Pfarrgemeinden.

Ziele und Maßnahmen

Die Seelsorge ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen eine wertvolle Hilfe. Sie stellt gleichzeitig eine Brücke zur Gemeinde dar. Die Seelsorge für psychisch kranke Menschen sollte weiterhin unterstützt und ausgebaut werden.

2. Spezielle psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung

2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische und –psychosomatische Versorgung

Nach aktuellen internationalen Untersuchungen leiden knapp 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen an klärungsbedürftigen psychischen Störungen oder krankhaften Auffälligkeiten, für die mindestens einmal ein diagnostisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht. Bei ca. 5 Prozent der Heranwachsenden liegen schwierigere, oft auch längerfristig behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen vor. Vor diesem Hintergrund wird der hohe gesellschaftspolitische Stellenwert deutlich, den neben präventiven Maßnahmen eine möglichst frühzeitige qualifizierte Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter haben.

Die kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung hat sich seit dem „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan“ in eindrucksvoller Weise fortentwickelt. Gleichwohl besteht bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher Optimierungsbedarf. Dies gilt auch für die Versorgung von geistig- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen.

Besondere Bedeutung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt – neben den rein medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Aspekten – insbesondere auch entwicklungspsychologischen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Belangen zu.

Auch muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sich die Erfordernisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von den Erfordernissen der Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie in Teilbereichen inhaltlich zum Teil deutlich unterscheiden, weil hier immer auch der Entwicklungsaspekt von Kindheit und Jugend zu berücksichtigen ist. Zu beachten ist insofern insbesondere die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gestaltende Umgebung. Wesentlich sind hier vor allem die Familien bzw. Personen-

sorgeberechtigten sowie die Vernetzung mit dem Gesundheitssystem, speziell mit der Pädiatrie, den Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Dies gilt sowohl für die Interpretation der Leitlinien dieser „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ als auch für die Prävention.

Die allgemeinen Leitlinien der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sind auch für die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher von Bedeutung. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang sind neben der Personenzentriertheit und dem niederschwelligen Zugang die Grundsätze zur Gemeindenähe, zur Einbeziehung von Familien und Bezugspersonen sowie zur Kooperation, Vernetzung und Abstimmung mit anderen Hilfen in einer Region, insbesondere mit der Jugendhilfe, der Pädiatrie und dem Bildungssystem (Schule und Ausbildung), gegebenenfalls auch mit der Erwachsenenpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik, hier insbesondere in Zusammenhang mit der Versorgung der Kinder von psychisch kranken Eltern. Der Grundsatz ambulant vor stationär muss gerade für die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nach wie vor hohe Priorität haben.

2.1.1 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Die Zahl der in Bayern niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist zwar in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Eine flächendeckende Versorgung ist jedoch noch nicht erreicht, obwohl pro Quartal mehr als 40.000 Patienten von dieser Facharztgruppe untersucht und behandelt werden. Um diese Unterversorgung[1] wenigstens ansatzweise zu verbessern, wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) als Selbstverwaltungsorgan der Ärzteschaft für die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische und –psycho-therapeutische Versorgung zusätzlich Fachärztinnen und Fachärzte für Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie und Fachärztinnen und Fachärzte für kinder- und Jugendmedizin ermächtigt. Auch mit diesen zusätzlich ermächtigten Fachärztinnen und Fach-

[1] Hier ist nicht der technische Begriff des SGB V gemeint, der sich an der Bedarfsplanung orientiert. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie gibt es derzeit keine eigene Bedarfsplanung.

ärzten kann der Bedarf jedoch in keiner Weise gedeckt werden. Eine qualitätsgesicherte medizinische Diagnostik und Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen kann nur von Fachärztinnen und Fachärzten mit einer abgeschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Weiterbildung sichergestellt werden. Hinzu kommt, dass die wirtschaftlichen Anreize für die Niederlassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht ausreichen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), die den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung im ambulanten Bereich besitzt, hat in Verhandlungen mit den Regionalkassen Strukturverträge abschließen können, die eine Ausweitung der Niederlassung von Fachärztinnen und Fachärzten wesentlich gefördert haben. Die Fortführung dieser Stützungsmaßnahmen und andere Förderprogramme (wie z.B. zur Facharztweiterbildung in kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Praxen) sind für den weiteren Ausbau der gemeindenahen Versorgung auch in Zukunft dringend erforderlich. Ohne sie ist eine zum Abbau von bestehenden Versorgungsdefiziten dringend notwendige vermehrte Niederlassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie nicht möglich.

Die in Bayern im Jahre 1995 in Kraft getretene Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ermöglicht, ärztliche kinder- und jugendpsychiatrische sowie –psychotherapeutische Leistungen mit nichtärztlichen Leistungen in der Facharztpraxis zu verknüpfen, so dass eine weit größere Zahl von Patientinnen und Patienten als mit der herkömmlichen Praxisstruktur wohnortnah versorgt werden kann. Aufgrund der im Vertrag enthaltenen Kündigungsmöglichkeiten der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung fehlt jedoch die längerfristig notwendige Planungssicherheit.

Die Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (Alkohol, Nikotin, Medikamente und Drogen) wird wegen der stetig steigenden Zahl zunehmend jünger werdender Patientinnen und Patienten gerade im ambulanten Versorgungsbereich immer stärker an Bedeutung gewinnen.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Deckung des Bedarfs an niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist dringlich. Eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Kassenärztliche Vereinigung ist anzustreben.

b) Die Teilnahme niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im Rahmen eines regionalen Verbundes sollte sichergestellt werden.

c) Zur Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sollten in Kooperation mit der Jugendhilfe und anderen im psychosozialen Bereich tätigen Berufsgruppen rasch neue fachübergreifende Modelle für wirksame Hilfen geschaffen werden.

2.1.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen sind Teil des bestehenden Versorgungsnetzes und haben sich außerordentlich bewährt. Sie tragen aufgrund ihres multiprofessionellen Angebotes mit entscheidend zur qualifizierten ambulanten Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bei. Nahezu sämtliche stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen verfügen über eine derartige Ambulanz. Allerdings kann die Gemeindenähe wegen der großen Einzugsbereiche, die sich aus der gesetzlichen Vorgabe der Anbindung an ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Krankenhaus ergibt, nur bedingt sichergestellt werden.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Schaffung weiterer kinder- und jugendpsychiatrischer Institutsambulanzen sollte unterstützt werden.

b) Die einzelfallbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung mit den an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beteiligten niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und mit Ärztlichen und Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten sollte sichergestellt werden.

c) Die Mitarbeit in einem regionalen Verbund ist von großer Bedeutung und von daher sicherzustellen.

2.1.3 Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten

Mit dem Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 und der damit verbundenen Kassenzulassung hat sich die psychotherapeutische Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen deutlich entspannt. Andererseits ist vor allem in ländlichen Gebieten noch ein Bedarf festzustellen. Anzustreben ist auch in Zukunft eine kontinuierliche Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren unter Berücksichtigung alters- und entwicklungstypischer Merkmale der psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Hierzu bedarf es insbesondere weiterer Therapiestudien. Die mangelnde Vergütung der vorgeschriebenen praktischen Tätigkeit in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrisch–psychotherapeutischen Einrichtung im Rahmen der Ausbildung kann zu Schwierigkeiten für die Nachwuchsgewinnung führen.

Ziele und Maßnahmen

a) Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollte von den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten eingeführt werden. Hierzu sollte der tatsächliche Versorgungsbedarf erhoben werden, um eine qualifizierte kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung umfassender sicherzustellen.

b) Die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren im Sinne störungsspezifischer und störungsübergreifender Gruppentherapien ist anzustreben.

c) Die Rahmenbedingungen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zu überprüfen. Ziel muss sein, dass die psychotherapeutische Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten auch künftig sichergestellt werden kann.

d) Die einzelfallbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung mit den an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beteiligten niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen, Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, insbesondere den Erziehungsberatungsstellen, Fachambulanzen und kinder- und jugendpsychiatrisch–psychotherapeutischen Kliniken sollte gewährleistet werden.

e) Die Mitarbeit niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in einem regionalen Verbund ist anzustreben.

2.1.4 Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung wird durch Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleistet. Derzeit gibt es in jedem Regierungsbezirk mindestens eine vollstationäre Einrichtung mit teilstationären Plätzen und eine räumlich getrennte Tagesklinik in unterschiedlichen Trägerschaften.

Die Zahl der in den letzten 15 Jahren behutsam geschaffenen Betten ist grundsätzlich bedarfsgerecht. Die Entwicklung ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Dies gilt vor allem für die teilstationäre Versorgung. Zwar steigt die Gesamtzahl

psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nur unwesentlich. Entscheidend ist jedoch, dass sich die Fallzahlen mit bis zu 20 Prozent jährlichen Zuwachsraten vervielfacht haben, so dass immer wieder lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Neben dem verbesserten Behandlungsstandard aufgrund der Psychiatrie-Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990 (Psych-PV) und der Abnahme von Schwellenängsten gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist hierfür vor allem die Zunahme spezieller Erkrankungen ursächlich, deren Diagnostik und Behandlung einen hohen Zeitaufwand erfordern. Es handelt sich vor allem um kombinierte Entwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Sozialverhaltensstörungen mit aggressiv-expansiver Tönung, früh einsetzender Alkohol- und Drogenmissbrauch, komplexe Essstörungen, depressiv-suizidale Erkrankungen, Angststörungen sowie Schulverweigerungssyndrome. In diesem Zusammenhang leisten Einrichtungen der Jugendhilfe, insbesondere die Erziehungsberatungsstellen, wertvolle Arbeit auch im Bereich der Nachsorge. Psychosomatische Angebote von Kinderkliniken für einzelne Krankheitsbilder sind aufgrund der hohen Komorbiditätsrate für weitere psychische Erkrankungen, die einer kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung bedürfen, zurückhaltend zu bewerten.

Die Versorgung geistig- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen ist verbesserungsbedürftig. Die Erfahrungen zeigen, dass die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie für diese Patientengruppe keine optimalen Behandlungs- und Betreuungsformen gewährleisten.

Ziele und Maßnahmen

a) Der Behandlungsstandard der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung entsprechend den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990 (Psych-PV) sollte erhalten werden.

b) Der bedarfsgerechte weitere Aufbau von kinder- und jugendpsychiatrisch–psychotherapeutischen Tageskliniken mit Institutsambulanz zur Ergänzung des vollstationären Angebotes möglichst in Anbindung an

andere klinische Institutionen für Kinder und Jugendliche sollte unterstützt werden. Die Kooperation mit einer vollstationären kinder- und jugendpsychiatrisch–psychotherapeutischen Klinik sollte gewährleistet sein.

c) Bei psychosomatischen Angeboten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche außerhalb von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte die kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Kompetenz durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit Leitungsverantwortung gewährleistet sein, damit ein den Erfordernissen entsprechendes Behandlungskonzept gestaltet werden kann.

d) Die Versorgung geistig- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen sollte sichergestellt werden. Hierzu bieten sich überregional ausgerichtete Spezialstationen in Anbindung an bereits bestehende Einrichtungen an. Darüber hinaus wäre auch eine Optimierung der therapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe im ambulanten Bereich sinnvoll.

e) Für die Vernetzung der stationären und teilstationären Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit den Angeboten der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, der Ärztlichen und Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, der kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanzen sowie der Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe und Fachambulanzen sind Konzepte im Sinne einer integrierten Versorgung zu entwickeln.

f) Die Mitarbeit in einem regionalen Verbund sollte sichergestellt werden.

2.1.5 Aus- und Weiterbildung

Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist derzeit nur an den Universitäten in München (LMU) und Würzburg mit Lehrstühlen vertreten. Das Fach Klinische Psychologie gibt es an medizinischen Fakultäten der bayerischen Universitäten und an Fachhochschulen nicht. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist andererseits Teil der medizinischen Lehre und Weiterbildung sowie Prüfungsfach in der Humanmedizin. Sie ist darüber hinaus an der universitären Lehre in den Studiengängen Diplompsychologie und Sonderpädagogik sowie an den entsprechenden Prüfungen dieser Fächer beteiligt.

Ziele und Maßnahmen

a) Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sollte im universitären Bereich an den medizinischen Fakultäten in Bayern entsprechend dem Bedarf ausgebaut werden.

b) In der universitären Ausbildung ist nach Möglichkeit zu realisieren, dass für alle Ärzte die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie als Pflichtfach fest installiert wird.

c) Eine Förderung des Faches Klinische Psychologie an den Universitäten ist anzustreben.

2.1.6 Einrichtungen der Jugendhilfe

Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wird neben den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie durch Ärztliche und Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sichergestellt. Die Versorgung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher wird durch die Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII durchgeführt. Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst ambulante Hilfen, Hilfen in

Kindertageseinrichtungen, in teilstationären Einrichtungen, Heimen oder sonstigen betreuten Wohnformen. Die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe entsprechen den Erfordernissen der Praxis und haben sich bewährt. Die Hilfen müssen flexibel und auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Kindes oder Jugendlichen ausgerichtet sein. Hierbei ist die Einbeziehung fachärztlicher Diagnostik und Begleitung sowie Therapie unter Einbezug von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unabdingbar. Die fachärztliche Kompetenz sollte auch für die Jugendhilfeplanung und für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche unabdingbar sein.

Ziele und Maßnahmen

a) Die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz der Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe ist durch Fortbildung der dort beschäftigten Fachkräfte und durch verbindliche Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten zu verstärken. Auch die Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind bezüglich der Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe fortzubilden.

b) Die Mitarbeit von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe im regionalen Verbund ist sicherzustellen.

c) Bei der Jugendhilfeplanung und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist die fachärztliche kinder– und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kompetenz einzubeziehen.

2.2 Gerontopsychiatrische Versorgung

Zielgruppe der gerontopsychiatrischen Versorgung bzw. der Gerontopsychiatrie als Teilgebiet der Psychiatrie sind Menschen im höheren Alter, die unter alters-

bedingten psychischen Erkrankungen leiden. Aufgrund der demographischen Veränderung der Gesellschaft gewinnt die gerontopsychiatrische Versorgung zunehmend an Bedeutung. Je nach Studie und Untersuchungsmethode leiden 20 bis 40 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Psychische Erkrankungen im Alter umfassen unterschiedliche Krankheitsbilder. Im Vorgrund stehen Depressionen und demenzielle Erkrankungen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen, wahnhaften Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (Medikamente und Alkohol). Auch die Suizidrate steigt im Alter. Psychische Erkrankungen im Alter stehen darüber hinaus in einem engen Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten und ihren Folgen sowie altersbedingten Gebrechen und Fähigkeitseinbußen.

Aufgrund der vielen Faktoren, die die Gesundheit älterer und alter Menschen beeinträchtigen können, befindet sich die gerontopsychiatrische Versorgung an der Schnittstelle zwischen der Hilfestellung durch Angehörige, der allgemeinen medizinischen Versorgung, der geriatrischen Versorgung, der klinischen und außerklinischen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sowie der Versorgung durch Einrichtungen der Altenhilfe.

In den letzten Jahren wurden ganz überwiegend, nicht zuletzt aufgrund der Vorgaben durch die Psychiatrie–Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990 (Psych-PV), spezielle Abteilungen oder Stationen für Gerontopsychiatrie geschaffen. Auch wurden vielfach spezielle psychiatrische Institutsambulanzen für Gerontopsychiatrie aufgebaut. Im außerklinischen Bereich gibt es bisher nur sehr wenige spezielle Angebote. Andererseits sind nach dem dritten Altenbericht der Bundesregierung beispielsweise mehr als 40 Prozent aller Menschen in Alten- und Pflegeheimen an einer Demenz erkrankt. Dies bedeutet, dass die Altenhilfe bereits heute den überwiegenden Teil dieser Personengruppe betreut und versorgt.

Es ist daher notwendig, aufbauend auf den vorhandenen Strukturen, die Versorgungsangebote für psychische Erkrankungen im Alter weiterzuentwickeln und die fachliche Qualifikation der Leistungserbringer zu verbessern.

Hierbei ist davon auszugehen, dass die allgemeinen Leitlinien der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung auch für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen gelten und damit auch das Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung einer selbst bestimmten Lebensführung, nach Möglichkeit in der eigenen Wohnung.

Der Schwerpunkt der künftigen gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung muss daher auf aufsuchend ambulanten und teilstationären Behandlungs- und tagesstrukturierenden Betreuungsangeboten liegen. Hierzu gehört auch die Entwicklung von Rehabilitationsangeboten für alte psychisch kranke Menschen entsprechend dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege. Von besonderer Bedeutung ist ferner die verpflichtende Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer in einem regionalen Verbund für die spezielle Zielgruppe der Menschen mit psychischen Alterserkrankungen zur Sicherstellung der personenzentrierten Behandlung, Betreuung, Tagesgestaltung und Pflege entsprechend den individuellen Hilfebedürfnissen. Auf diese Weise können auch die Finanzmittel optimiert eingesetzt und Synergieeffekte genutzt werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Leistungsbereiche für die Versorgung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen beschrieben und notwendige Weiterentwicklungen vorgeschlagen.

2.2.1 Pflegende bzw. betreuende Angehörige, allgemeine Beratungsangebote und ehrenamtliche Hilfen

Der überwiegende Teil der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen (70 bis 80 Prozent) und auch der Menschen mit psychischen Alterserkrankungen wird zu Hause betreut. Dabei bilden die pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen einen zentralen Bestandteil in der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus stellen auch ehrenamtliche Helfer eine wertvolle Ergänzung professioneller Versorgungsangebote dar. Die Betreuung eines demenzkranken Angehörigen ist eine ganz besondere Belastung. Um die Pflegefähigkeit und Pflegebereitschaft der Angehörigen zu erhalten sind Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten notwendig. Dazu gehören insbesondere die Fachstellen für pflegende Angehörige, Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen und ehrenamtli-

che Helferkreise zur stundenweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen, sowie auch allgemeine Beratungsstellen für die Zielgruppe älterer und alter Menschen wie Seniorenbegegnungsstätten, Alten– und Servicezentren und ähnliches.

Ziele und Maßnahmen:

a) Der weitere Ausbau von entsprechenden Beratungsstellen für pflegende Angehörige, wie z.B. Angehörigenfachstellen, Alten- und Service-Zentren, kommunale Beratungsstellen für ältere Menschen, sollte unterstützt werden. Dabei ist auf eine gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Qualifikation zu achten.

b) Die Schulung pflegender Angehöriger im Rahmen von Pflegekursen, speziell für den Umgang mit Demenzkranken, sollte flächendeckend sichergestellt sein.

c) Der flächendeckende Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen und ehrenamtliche Helferkreise) ist dringlich.

2.2.2 Niedergelassene Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die niedergelassenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte stehen als erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner auch bei der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen im Mittelpunkt. Sie kennen die familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patientinnen und Patienten meist über lange Zeiträume. Sie schalten im Bedarfsfall die ambulanten Pflegedienste, die Sozialdienste oder die Nachbarschaftshilfe ein. Der Bedarf an niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten ist derzeit landesweit ge-

deckt.

Probleme ergeben sich aus der häufigen Verordnung von Psychopharmaka mit dem hohen Neben- und Wechselwirkungsrisiko. Eine Überweisung an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Nervenheilkunde scheitert andererseits an der gerade bei alten Menschen häufig anzutreffenden Ablehnung dieser Fachärztinnen und Fachärzte. Auch sind die Angebote der Psychotherapie für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen derzeit noch häufig unzureichend.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Kenntnisse der hausärztlich tätigen Fachärztinnen und Fachärzte über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, ihre Verläufe, Behandlung, Prävention und Rehabilitation sowie über Psychopharmakawirkungen, -nebenwirkungen und -wechselwirkungen sollten im Rahmen möglichst verbindlicher Fortbildung verbessert werden.

b) Der Aufbau gerontopsychiatrischer und -psychotherapeutischer, multiprofessionell orientierter Schwerpunktpraxen sollte unterstützt werden.

c) Die Einbindung von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten sowie von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, von Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse und von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit gerontopsychiatrischem, gerontopsychotherapeutischem oder geriatrischem Behandlungsschwerpunkt in den regionalen Verbund ist anzustreben.

d) Im Bereich der Psychotherapie sind einzel– und gruppentherapeutische Angebote für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen weiterzuentwickeln.

2.2.3 Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen

Die psychiatrischen Institutsambulanzen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen halten zunehmend spezielle Angebote für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen vor. Sie zeichnen sich durch ihre Multiprofessionalität und ihre aufsuchende Arbeit aus. Im Universitätsbereich sind die Polikliniken an der gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung und ihrer Weiterentwicklung beteiligt. Die Angebote der gerontopsychiatrischen Ambulanzen sind auf Grund ihres räumlich begrenzten Einzugsbereichs allerdings nicht flächendeckend.

Ziele und Maßnahmen

a) Der weitere Auf– und Ausbau gerontopsychiatrischer Institutsambulanzen ist zu unterstützen.

b) Die Anbindung von gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen an gerontopsychiatrische Tageskliniken sollte ermöglicht werden.

2.2.4 Gerontopsychiatrische Dienste

Gerontopsychiatrische Dienste betreuen und behandeln Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in ihrer gewohnten Umgebung, um klinische Behandlungen und Heimunterbringungen zu vermeiden. Die derzeit bestehenden fünf Dienste haben sich bewährt. Der bayernweite Aufbau weiterer Dienste ist sinnvoll.

Ziele und Maßnahmen

a) Gerontopsychiatrische Dienste in Ballungsräumen sind bedarfsgerecht. Ein weiterer Aufbau sollte unterstützt werden.

b) Die Kooperation der gerontopsychiatrischen Dienste mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychothe-

rapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Nervenheilkunde und den gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen sollte sichergestellt sein.

2.2.5 Sozialpsychiatrische Dienste

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind auf Grund ihrer inneren Struktur, Organisationsform und des hohen Vernetzungsgrades besonders geeignet, Leistungen zur ambulanten gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung zu übernehmen. Dafür spricht auch die Nutzung von Synergieeffekten. Aufgaben der gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung gehören derzeit jedoch nicht zum Kernleistungsbereich der Sozialpsychiatrischen Dienste, so dass für gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Angebote bislang nur vereinzelt Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Ziele und Maßnahmen

Die Betreuung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen durch Sozialpsychiatrische Dienste ist ein wichtiges Element einer flächendeckenden ambulanten gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung. Eine Aufnahme von Leistungen zur gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung in den Kernleistungsbereich der Sozialpsychiatrischen Dienste für psychisch kranke Menschen im Alter ist anzustreben.

2.2.6 Sozialstationen und ambulante Pflegedienste

Sozialstationen bieten als flächendeckende, aufsuchende Einrichtungen gute Voraussetzungen zur Übernahme von Aufgaben für die ambulante gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Betreuung. Ambulante Pflegedienste übernehmen zunehmend auch Aufgaben der Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen. Notwendig ist jedoch die Kenntnis der unterschiedlichen Krankheitsbilder und der speziellen Pflege- und Betreuungsanforderungen.

Ziele und Maßnahmen

Der Ausbau der Fort- und Weiterbildungsangebote für Sozialstationen und ambulante Pflegedienste (auch Inhouse–Angebote) ist dringlich.

2.2.7 Tagespflege

Durch die Einrichtungen der Tagespflege kann die Lücke zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung geschlossen, der Umzug in ein Heim hinausgeschoben oder sogar vermieden werden; pflegende Angehörige können für einen oder mehrere Tage in der Woche entlastet werden. In stärkerem Umfang als in der häuslichen Umgebung sind dort auch Maßnahmen zur Rehabilitation möglich. Der konzeptionelle Ansatz der Tagespflege, in der auch an Demenz erkrankte ältere Menschen betreut werden, ist deshalb ein wichtiger Baustein zur Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Tagespflege ergänzt die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit.

Trotz dieser Vorteile gestalten sich der Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur und ihre Inanspruchnahme schleppend. Auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer sind hier Kostengründe ausschlaggebend. Pflegebedürftige Menschen haben in Tagespflegeeinrichtungen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionsaufwendungen zu tragen, daneben bestehen aber die Kosten für den Privathaushalt weiter. Neben der Tagespflege benötigen die Pflegebedürftigen in der Regel häusliche Pflege durch Angehörige oder Pflegedienste. Mit den Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz kann die Tagespflege nur partiell an einzelnen Wochentagen sichergestellt werden.

Der Anteil der Teilzeitnutzerinnen und Teilzeitnutzer in den Einrichtungen steigt, nur etwa ein Viertel der Tagespflegegäste nutzt die Einrichtung täglich. Schwankende Auslastung, höherer Organisationsaufwand und höherer Pflegeaufwand sind die Folge und erschweren der Einrichtung eine wirtschaftliche, kostendeckende Betriebsführung.

Daher müssen Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Betriebsführung unter Aus-

schöpfung von Synergieeffekten genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise die Anbindung von Tagespflegeeinrichtungen an einen ambulanten sozialpflegerischen Dienst oder an ein Alten- und Pflegeheim oder eine Kurzzeitpflegeeinrichtung.

2.2.8 Ambulante Wohngemeinschaften

Ambulante Wohngemeinschaften als Form der alternativen Betreuung und Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen werden zunehmend bedeutsamer. Für bestimmte Zielgruppen kann somit bei erhöhter Betreuungsdichte eine Heimversorgung vermieden werden. Ambulante Wohngemeinschaften können bei einem Hilfebedarf, dem in der eigenen Wohnung fachlich nicht mehr ausreichend begegnet werden kann, eine passgenaue Versorgung darstellen. Ziel dabei ist insbesondere, einer Vereinsamung und Isolation entgegenzuwirken und ein möglichst selbst bestimmtes Leben unter Beachtung der individuellen Ressourcen aufrechtzuerhalten.

Ziele und Maßnahmen

Ein weiterer Ausbau von ambulanten Wohngemeinschaften als Alternative zu den bestehenden Betreuungs- und Versorgungsangeboten sollte unterstützt werden. Dabei ist im Einzelfall auf die konzeptionelle Ausgestaltung und die Beteiligung der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer – auch im Sinne der Qualitätssicherung – zu achten.

2.2.9 Kurzzeitpflege

In Einrichtungen der Kurzzeitpflege erhalten Menschen, die zu Hause gepflegt werden, eine zeitlich begrenzte stationäre Betreuung.

Wichtige Funktionen der Kurzzeitpflege sind insbesondere Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, Nachsorge nach Krankheit oder gezielte Aktivierung der Pflegebedürftigen.

Kurzzeitpflege wird aber auch dann in Anspruch genommen, wenn durch Überlastung, plötzliche Erkrankung oder Tod der Hauptpflegeperson die familiäre Pflege für eine gewisse Zeit nicht gewährleistet werden kann. Die vorübergehende Aufnahme des pflegebedürftigen älteren Menschen in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung kann in diesen Fällen eine Heimunterbringung vermeiden helfen. Sie ermöglicht auch notwendige Erholungsphasen der Pflegenden.

Ziele und Maßnahmen

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist eine vordringliche sozialpolitische Aufgabe. Neben den bewährten Maßnahmen der offenen Altenhilfe und der sozialpflegerischen Dienste kommt Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege eine große Bedeutung zu.

Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Pflege ist in der Kurzzeitpflege neben der ganzheitlichen und aktivierenden Pflege ein therapeutisch-rehabilitatives Vorgehen zu entwickeln, das die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen des Pflegebedürftigen einbezieht und aktiviert.

Dieser fachliche Anspruch steht im Spannungsverhältnis zum laufenden Wechsel der Nutzerinnen und Nutzer, dem schwankenden Auslastungsgrad im Jahresverlauf und dem damit verbundenen Druck der Rentabilität. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen, die nur Kurzzeitpflege vorhalten.

Personalschlüssel und leistungsgerechte Vergütungen bedürfen ebenso wie Kostenbelange und Wirtschaftlichkeitskriterien der weiteren fachlichen Diskussion aller Pflegepartner.

2.2.10 Stationäre gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung

Die stationäre gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung wird in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geleistet. Stationäre Behandlungen sind zur Krisenintervention, beispielsweise bei schweren Depressionen mit Suizidalität oder bei ausgeprägten Verhaltensstörungen im Verlauf von demenziellen

Erkrankungen, erforderlich. In einigen Fällen ist auf Grund der Multimorbidität älterer Patientinnen und Patienten und der Komplexität ihrer Probleme auch eine stationäre Diagnostik notwendig. Die Behandlung erfolgt im Rahmen eines Gesamtplans in überschaubaren Gruppenstrukturen entsprechend den unterschiedlichen therapeutischen Bedürfnissen unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen.

Die Angebote der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung sind weitgehend noch überregional ausgerichtet. Auch fehlen teilstationäre Angebote außerhalb der Kliniken, sowie zentrale Assessment- und Clearingstellen als niederschwellige Angebote im Behandlungs- und Selbsthilfebereich (Zentren für seelische Gesundheit im Alter).

Ziele und Maßnahmen

a) Die weitere Dezentralisierung ist zu unterstützen.

b) Der Anteil an tagesklinischen Plätzen sollte im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen erhöht werden.

c) Gerontopsychiatrische Tageskliniken, vor allem in Ballungsräumen, möglichst im Verbund mit bereits bestehenden Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe, sind hilfreich.

d) Weitere Zentren für seelische Gesundheit im Alter in Verknüpfung mit einer klinischen Einrichtung sollten aufgebaut werden.

2.2.11 Stationäre Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern

In den Allgemeinkrankenhäusern, vor allem in den internistischen Abteilungen und Stationen, werden häufig Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter mit hoher Prävalenz und Komorbidität psychischer Erkrankungen aufgenommen. Die fachlich gebotene gerontopsychiatrische und –psycho-therapeutische Behandlung bzw. Mitbehandlung kann bisher meist nicht geleistet werden.

Ziele und Maßnahmen

a) In den Allgemeinkrankenhäusern ist die gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Basiskompetenz des therapeutischen Personals, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegekräfte, durch Fort- und Weiterbildung zu stärken.

b) Die flächendeckende Einrichtung gerontopsychiatrisch–psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienste in den Allgemeinkrankenhäusern in Zusammenarbeit mit den regional zuständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde sowie mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollte vorangetrieben werden.

c) Interdisziplinäre Angebote durch gerontopsychiatrisch-geriatrische Stationen in Anbindung an bestehende Einrichtungen sollten erprobt werden.

2.2.12 Alten- und Pflegeheime

Auch wenn ambulante und teilstationäre Angebote eindeutig vorrangig sind, kann eine Unterbringung im Heim nicht immer vermieden werden. Die stationäre Pflege übernimmt auf Dauer die Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger, wenn eine häusliche Betreuung nach Art und Ausmaß des Hilfebedarfs oder infolge fehlender oder unzureichender häuslicher Hilfemöglichkeiten nicht mehr sichergestellt werden kann.

In den rund 1.300 Heimen der Altenhilfe leben rund 110.000 Menschen, davon rund 91.300 Pflegebedürftige. Die Betreuungssituation in den Heimen hat sich grundlegend geändert. Waren noch vor 25 Jahren 75 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner Rüstige und nur 25 Prozent pflegebedürftig, hat sich heute dieses Verhältnis genau umgekehrt. Dies ist zum einen Folge der erfreulicherweise gestiegenen Lebenserwartung, zum anderen Ausdruck der erheblich verbesserten ambulanten Versorgung. Die Anforderungen an die Pflegekräfte ha-

ben sich aufgrund der veränderten Bewohnerinnen und Bewohner maßgeblich verändert. Weit mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen weisen gerontopsychiatrische Erkrankungen, zum Teil mit Weglauftendenzen, auf, denen durch adäquate Pflegekonzepte zu begegnen ist. Angesichts dieser Entwicklung und des veränderten Klientel wird deutlich, vor welchen enormen Herausforderungen in personeller und organisatorischer Hinsicht die Heime der Altenhilfe in Bayern stehen. Häufigste Erkrankung ist die Demenz, gefolgt von depressiven Erkrankungen.

Bei den Hilfskräften in der Altenpflege (insbesondere Altenpflegehelferinnen und – helfer und Krankenpflegehelferinnen und –helfer) reicht erfahrungsgemäß die Dauer der schulischen Ausbildung nicht aus, um die gerontopsychiatrische bzw. –psychotherapeutische Thematik zu vertiefen. Da die Ausbildung von Fachkräften in der Altenpflege (Altenpfleger und Gesundheits- und Krankenpfleger) bundesrechtlich geregelt ist, müsste hier auf Bundesebene eine Änderung erfolgen.

Ziele und Maßnahmen

a) Bauliche und betriebliche Konzepte müssen ein Höchstmaß an Flexibilität ermöglichen, um auf neue Betreuungsformen, veränderte Benutzergruppen und individuelle Anforderungen der Bewohnerinnen und Bewohner angemessen reagieren zu können. Sie sind so zu gestalten, dass jederzeit die Betreuung und Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen auf Dauer möglich ist. Sondereinrichtungen für Menschen mit Demenz sollten mit einer größeren Platzzahl nur in begründeten Ausnahmefall geschaffen werden. Pflegeheime für ältere Menschen sind nach Bau, Ausstattung und Personalbesetzung darauf auszurichten, körperliche, geistige und soziale Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu erhalten und zu verbessern, die erforderliche Pflege ständig zu gewährleisten und rehabilitativ zu gestalten. Dabei soll zumindest die Möglichkeit erhalten bleiben, dass eine Aufnahme nicht nur auf unbestimmte Zeit oder von vornherein endgültig, sondern wo möglich begrenzt ist.

b) Die räumliche und bauliche Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen ist darauf auszurichten, den Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend ihren besonderen Bedürfnissen ein selbst bestimmtes Leben und ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen.

c) Die Einrichtungen sind gemeinde- und wohnortnah in überschaubaren Größen zu errichten und mit Angeboten der Tages- und Kurzzeitpflege sowie auch ambulanten Angeboten zu vernetzen. Eine solche Konzeption bietet dem Pflegebedürftigen die Perspektive, im Bedarfsfalle die geeigneten Hilfen zeitnah in Anspruch nehmen zu können, und erhält den Bezug zum gewohnten Lebensumfeld.

d) In den stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind Organisationsstrukturen zu schaffen, die eine spezielle Pflege und Betreuung für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen ermöglicht. Hierfür bieten sich kleine überschaubare, familienähnliche Einheiten an, die grundsätzlich offen geführt werden sollten. Die geschlossene Unterbringung sollte die Ausnahme sein.

e) Eine qualifizierte Pflege und Betreuung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert eine Personalbesetzung, die über die allgemeine Pflege hinausgeht. Eine angemessene Verbesserung der Personalbesetzung ist anzustreben.

f) Die fachärztliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung der Heimbewohner sowie die Beratung des Pflegepersonals durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie durch psychiatrisch versiertes Pflegepersonal, bei Bedarf auch durch die regional zuständigen psychiatrischen Institutsambulanzen, sollte sichergestellt werden.

g) Die gerontopsychiatrische und –psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung für die Fachpflegekräfte auf der Grundlage der Empfehlung des Bayerischen Landespflegeausschusses vom Oktober 2000 ist dringlich. Bei der Weiterbildung der Altenpflegehilfskräfte sollte für eine Verbesse-

rung der gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Kenntnisse Sorge getragen werden.

2.2.13 Aufbau eines Verbundsystems mit vernetzten Strukturen

Um vorhandene Ressourcen optimal zu bündeln und Synergieeffekte zu nutzen, wird zukünftig der Kooperation, der Vernetzung und dem Case-Management noch mehr Gewicht beizumessen sein. Das gilt sowohl für die informellen Hilfen von Angehörigen, professionellen Dienstleistungen und Hilfen von Freiwilligen als auch für die Verzahnung aller Angebote der Altenhilfe sowie des Gesundheitswesens.

Ziele und Maßnahmen

a) Angebote der geriatrischen, gerontopsychiatrischen und gerontopsychologischen Versorgung sowie der Altenhilfe sind zu vernetzen.

b) Rechtliche und finanzielle Hindernisse für eine sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung müssen abgebaut werden.

c) Erfolgreiche Projekte, wie z.B. Sektoren übergreifende Kooperation und Vernetzung Augsburg, Betreutes Wohnen zu Hause, Verbundsysteme wie HALMA in Würzburg, der Gerontopsychiatrische Verbund in Schwaben oder die Ergebnisse der Modellprojekte nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für Demenzkranke, sollten im Hinblick auf eine Optimierung der bestehenden Versorgungsstruktur eine flächendeckende Anwendung finden.

2.3 Versorgung von zugewanderten ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern (Migranten)

Der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von zugewanderten ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern (Migrantinnen und Migranten)

wurde in der Vergangenheit vergleichsweise wenig Beachtung geschenkt. Die Entwicklung zeigt jedoch, dass die Zahl von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen bezogen auf die Gesamtheit der ausländischen Bevölkerung ähnlich hoch ist wie bei der deutschen Bevölkerung. Es gibt darüber hinaus Hinweise, dass in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern der Anteil von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Gesamtzahl der Migrantinnen und Migranten sogar höher ist als der Anteil von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund.

Gleichzeitig ist die Zahl der Migrantinnen und Migranten, die beispielsweise von Sozialpsychiatrischen Diensten betreut werden, deutlich unterrepräsentiert. Die Zahl der Migrantinnen und Migranten, die von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, von Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse sowie von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten behandelt werden, ist ebenfalls sehr niedrig.

In die Aus-, Fort- und Weiterbildung der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychosozialen Leistungserbringer werden die speziellen Erfordernisse für Diagnostik und Therapie von Migrantinnen und Migranten bisher nur selten einbezogen.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird es künftig auch darum gehen, für alt gewordene Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen Versorgungsangebote zu entwickeln. Die erste Generation der „Gastarbeiter" ist zwischenzeitlich in Rente gegangen. Trotz langen Aufenthalts sind deutsche Sprachkenntnisse vielfach nur unzureichend ausgeprägt.

Weiterhin sind die Perspektiven von Kindern und Jugendlichen, die zugewandert sind bzw. aus zugewanderten Familien stammen, in die Versorgungsangebote einzubeziehen. Schon jetzt ist absehbar, dass ein Großteil aller neugeborenen Kinder künftig einen Zuwanderungshintergrund hat.

Für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung von Migrantinnen und Migranten gelten die gleichen Leitlinien wie für

Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne Migrationshintergrund. Die Berücksichtigung migrationsspezifischer Gesichtspunkte erfordert keine eigenständige Versorgungsstruktur. Dies würde auch dem Integrationsgedanken widersprechen. Spezifische Hilfen können im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen entwickelt werden. Damit wird eine Schwerpunktbildung für spezielle Angebote im Einzelfall nicht ausgeschlossen.

Migrantinnen und Migranten ohne dauerhaftes Aufenthaltsrecht (Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG) erhalten eingeschränkte Leistungen, da sie sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten. Die unter diesem Gesichtpunkt erforderlichen Leistungen wie die notwendige fachärztliche und / oder stationäre Behandlung in Fällen akut auftretender psychischer Erkrankungen oder in psychiatrischen Notfällen, werden gewährt. Traumatisierte Migrantinnen und Migranten ohne verfestigten Aufenthalt haben Anspruch auf psychotherapeutische oder ähnliche Behandlungen, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist, um das Auftreten weiterer Erkrankungen zu verhindern, die Verschlechterung einer chronischen Erkrankung oder den Eintritt von Folgeschäden zu vermeiden. Modellhaft wurde für diesen Personenkreis in der Gemeinschaftsunterkunft in Lindau eine Wohngruppe für Flüchtlinge eingerichtet, die eine psychotherapeutische Behandlung und Betreuung durch den Verein exilio e. V. ermöglicht.

Ziele und Maßnahmen

Die nachstehenden Punkte stellen auf Migrantinnen und Migranten mit Daueraufenthaltsrecht ab.

a) Die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen sind im bestehenden psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystem zu berücksichtigen. Eine eigene Versorgungsstruktur ist nicht erforderlich.

b) Die interkulturelle Kompetenz der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychosozialen Leistungserbringer sollte durch entsprechende Aus- und Fortbildungsangebote gestärkt wer-

den.

c) Stationäre und ambulante Angebote für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen sollten im Rahmen des regionalen Verbundes vernetzt werden.

d) Der schnelle Einsatz von muttersprachlichen Fachkräften oder Dolmetscherinnen und Dolmetschern sollte bei Bedarf sichergestellt werden.

e) Projekte zur Verbesserung der Datenbasis als Grundlage für die Feststellung des Bedarfs sollten unterstützt werden.

2.4 Versorgung suchtkranker Menschen

Suchtkranke Menschen und psychisch kranke Menschen, deren Grunderkrankung durch Suchtmittelkonsum erschwert wird, sind eine der größten Patientengruppen in der stationären Psychiatrie. Die Aufnahmezahlen – beispielsweise in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bayerischen Bezirke - erreichen im Schnitt 30 bis 40 Prozent der Gesamtaufnahmen. Psychiatrie und Psychotherapie bieten diagnostische und therapeutische Maßnahmen in den Bereichen Frühintervention, Akutbehandlung und Postakutbehandlung (Rehabilitation) an.

Die therapeutischen Maßnahmen für suchtkranke Menschen erfolgen möglichst nach folgenden Prinzipien:

- Substanzspezifität,
  d.h. auf Alkohol, illegale Drogen, legale Medikamente, Tabak etc. bezogen,
- Störungsspezifität,
  d.h. bezogen auf das Abhängigkeitssyndrom, die Komplikationen von Suchterkrankungen (z.B. Entzugssymptome, Vergiftungszustände, Psychosen), die Komorbidität (mit psychischen Erkrankungen, psychosozialen Krisen), die somatischen Symptome (z.B. Lebererkrankungen, Pankreasentzündungen etc.),
- Stadienspezifität,
  d.h. entsprechend dem Veränderungsmodell nach Prochaska und DiCle-

mente (Vorproblemphase, Problemorientierung, Entscheidung, Handlung, Aufrechterhaltung),

- Mehrdimensionalität,
  d.h. psychologische und sozialtherapeutische Methoden kommen neben medizinisch-psychiatrischen zum Einsatz (biopsychosoziales Krankheitsmodell),
- Setting übergreifend,
  d.h. ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen werden möglichst integriert.

Folgende, in Anlehnung an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) formulierten Grundprinzipien der Behandlung sollen weiter umgesetzt werden:

- Selbsthilfe vor Fremdhilfe (Subsidiaritätsprinzip),
- ambulant vor (teil-)stationär,
- Ressourcenorientierung durch Basisversorgung vor Spezialbehandlung (Aktivierung der Selbstheilungskräfte innerhalb des Lebensumfeldes der bzw. des Betroffenen),
- möglichst frühe Intervention (Vermeidung von Sekundärschäden und Handicaps),
- Wohnort- und Gemeindenähe (Erreichbarkeit),
- Vernetzung der Hilfesysteme (Synergieeffekte),
- Pluralität der Angebote (regionale Netzwerke statt Behandlungsketten).

Suchtkranke Menschen werden oft, jedoch nicht ausschließlich, auf spezialisierten Stationen innerhalb der Psychiatrie behandelt. Selbst bei Spezialisierung werden suchtkranke Menschen aufgrund der Komorbidität auch in der Allgemeinpsychiatrie (Doppeldiagnosen), der Gerontopsychiatrie (suchtkranke Menschen im höheren Lebensalter), der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (spezielle Behandlungsaspekte bei Drogenabhängigkeit) und der forensischen Psychiatrie (bei Straffälligkeit) behandelt.

Die häufig anzutreffende wechselseitige Komorbidität bzw. Multimorbidität zwischen psychiatrischen und suchtmedizinischen Erkrankungen erfordert multiprofessionelle Kompetenz bei der Diagnostik und Behandlung. Es ist deshalb für die Versorgungsplanung wichtig, im jeweiligen Behandlungssetting auf die

spezifischen Notwendigkeiten derartiger Doppeldiagnosen zu achten. Komorbidität einer psychischen Erkrankung mit einer Suchtmittelabhängigkeit führt zu einem deutlich schlechteren Krankheitsverlauf mit drastisch erhöhtem Behandlungsbedarf.

Auch wenn das psychiatrisch, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfesystem und das Suchthilfesystem nicht identisch sind, so gibt es doch eine ganze Reihe wesentlicher gemeinsamer Versorgungsaufgaben in den Bereichen der Beratung, Betreuung und Behandlung, die bei der Betrachtung des komplexen Schnittstellenbereichs zu berücksichtigen sind. Im Schnittstellenbereich befinden sich insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer Doppel- oder Mehrfachproblematik. Beispielhaft zu nennen ist hier die Versorgung von Menschen mit so genannten Doppeldiagnosen. Im Bereich der Entstehung und damit der Prävention von Sucht muss auch noch der Zusammenhang zwischen einer Reihe psychischer Störungen (beispielsweise im Rahmen von Angststörungen, Depressionen, Borderlinestörungen oder ADHS) und den damit verbundenen erhöhten Risiken einer Abhängigkeitsentwicklung angeführt werden. Von Bedeutung ist auch die zu beobachtende Komorbidität der oben genannten und weiterer Störungen (wie z.B. Psychosen) zur Suchterkrankung.

2.4.1 Suchtmedizinische Krankenhausbehandlung

Die stationäre suchtmedizinische Krankenhausbehandlung wird in Allgemeinkrankenhäusern sowie in psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen sichergestellt. Es hat in den letzten 15 Jahren eine deutliche Qualifizierung der Behandlungsmethoden stattgefunden. Flächendeckend wurde eine qualifizierte Entzugsbehandlung entwickelt und eingeführt. Alle in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) genannten Behandlungsbereiche werden auch für suchtkranke Menschen vorgehalten. Diese ermöglichen eine individualisierte patientenbezogene stationäre und teilstationäre Behandlung auf hohem Niveau. Spezielle Angebote bestehen für chronisch suchtkranke Menschen mit suchtspezifischen Komplikationen wie hirnorganischen Wesensänderungen, amnestischen Syndromen, psychotischen und demenziellen Erscheinungsbildern unter dem Oberbegriff der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA). Wegen der Komorbidität psychotisch kranker Menschen mit Substanzmissbrauch werden zunehmend auch spezielle

Einrichtungen mit einem bewältigungsorientierten integrativen Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen geschaffen, um die Behandlungsqualität zu optimieren.

Ziele und Maßnahmen

a) Der Behandlungsstandard der stationären suchtmedizinischen Versorgung soll erhalten werden.

b) Der bedarfsgerechte weitere Aufbau von suchtmedizinischen Tageskliniken und Institutsambulanzen zur Ergänzung des vollstationären Angebotes in Anbindung an andere klinische Institutionen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Suchtmedizin sollte unterstützt werden.

c) Die Kenntnisse der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte über suchtmedizinische Krankheitsbilder, ihre Verläufe, Behandlung, Prävention und Rehabilitation sind im Rahmen verbindlicher Fortbildung zu fördern.

d) Die flächendeckende Einrichtung suchtmedizinischer Konsiliar- und Liaisondienste in Allgemeinkrankenhäusern in Zusammenarbeit mit den regional zuständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen sowie mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde, mit Ärztinnen und Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse, mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sollte vorangetrieben werden.

e) Die suchtmedizinische Akutversorgung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Abteilungen ist in die regionale Vernetzung und Verbundstruktur im Sinne eines umfassenden Suchthilfesystems auf ambulanter und stationärer Ebene einzubinden.

2.4.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen ergänzen die stationären Behandlungsmöglichkeiten für suchtkranke Menschen. Sie haben sich vielerorts in suchtmedizinische Spezialambulanzen qualifiziert, die diagnostische und therapeutische Maßnahmen in folgenden drei Bereichen patientenorientiert zur Verfügung stellen:

- Im Bereich der Frühintervention:
  insbesondere motivierende Gesprächsführung,

- Im Bereich der Akutbehandlung:
  Entgiftung, ggf. auch den qualifizierten Entzug, die CMA-Akutbehandlung, die Behandlung bei psychischer Komorbidität von suchtkranken Menschen, die psychiatrische und psychotherapeutische Krisenintervention sowie den Konsiliar- und Liaisondienst in den Allgemeinkrankenhäusern,

- Im Bereich der Postakutbehandlung:
  bei entsprechender Qualifikation die Entwöhnungstherapie und Rehabilitation. Dazu gehören insbesondere auch die Postakutbehandlung von CMA-Patientinnen und –Patienten, die Substitutionsbehandlung mit und ohne psychosoziale Begleitung drogenabhängiger Menschen, die Langzeitbehandlung suchtkranker Menschen bei psychischer Komorbidität.

Ziele und Maßnahmen

a) Die Schaffung weiterer suchtmedizinischer Institutsambulanzen sollte unterstützt werden. Die Anbindung an Tageskliniken ist zu fördern.

b) Die einzelfallbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung mit den an der Versorgung suchtkranker Menschen beteiligten niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeu-

ten sowie insbesondere mit den Suchtberatungsstellen sollte sichergestellt werden.

c) Der Aufbau suchtmedizinischer multiprofessionell orientierter Schwerpunktpraxen sollte unterstützt werden. Die Einbindung von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde und von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten mit suchtmedizinischem Behandlungsschwerpunkt im regionalen Verbund ist anzustreben.

2.4.3 Prä- und postakute Beratung, Betreuung und Behandlung

Für suchtkranke Menschen, insbesondere auch für suchtkranke Patientinnen und Patienten mit Doppelproblematiken, werden neben und im Anschluss an die klinischen Behandlungen in der Regel Eingliederungsleistungen nach SGB XII, Jugendhilfeleistungen für Jugendliche und junge Erwachsene nach SGB VIII, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach SGB V und SGB VI, sowie ergänzende Leistungen nach SGB II erbracht. Diese ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen sind Bestandteil spezialisierter Einrichtungen der Suchthilfe oder der Sozialpsychiatrie. Sie umfassen stationäre und ambulante Entwöhnungstherapie, Substitutionsbehandlung sowie spezielle komplementäre Angebote einschließlich Betreutes Wohnen, Adaptation etc.. Daraus ergeben sich komplexe Schnittstellenprobleme, die es zu lösen gilt. Mit einer Vielzahl an konzeptionellen Besonderheiten wird versucht, den sehr unterschiedlichen Hilfebedarfen gerecht zu werden. So gibt es in diesem Bereich sehr niederschwellige Angebote, wie z.B. Kontaktläden und Maßnahmen Sozialpsychiatrischer Dienste auf der einen Seite und auch sehr hochschwellige Angebote wie Wohnheime mit Abstinenzgebot auf der anderen Seite.

Ziele und Maßnahmen

a) Strategien zur Vermeidung der Schnittstellenprobleme sind auf regionaler Ebene unter Einbeziehung sämtlicher an der Versorgung suchtkranker Menschen beteiligter Leistungsträger und Leistungsanbieter zu entwickeln.

b) Die Integration von spezialisierten, auf die Bedarfe gerade von Menschen mit Mehrfachproblematiken zugeschnittenen Konzepten, in den bestehenden Diensten und Einrichtungen sollte unterstützt werden. Soweit möglich sollten die Hilfeangebote noch stärker bedarfsgerecht differenziert werden, zum Beispiel nach Alter, Suchtart, Grad der Chronifizierung der betroffenen Menschen, sowie nach Komplexität der Betreuung und Nähe zum Wohnort.

c) Die Anbindung der Einrichtungen sowie die einzelfallbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung dieser Maßnahmen untereinander und mit den jeweiligen komplementären Systemen (medizinische, insbesondere auch klinische Versorgung) sollte gewährleistet werden.

2.5 Forensische Psychiatrie

Der Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung für psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter nach § 63 Strafgesetzbuch - StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt), § 93a Jugendgerichtsgesetz - JGG (Unterbringung suchtkranker Jugendlicher in einer Entziehungsanstalt) sowie die einstweilige Unterbringung nach § 126a und § 453c Strafprozessordnung - StPO wird durch die Bezirke als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises sichergestellt. Die notwendigen Kosten hierfür trägt der Freistaat Bayern im Wege der Budgetierung (Art. 95 Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze - AGSG). Die übrigen Maßregeln der Besserung und Sicherung, insbesondere die Sicherungsverwahrung, werden von der Justiz vollzogen.

Der Maßregelvollzug ist in Bayern grundsätzlich dezentral ausgerichtet. In jedem Regierungsbezirk gibt es ein oder meist zwei Kliniken bzw. Abteilungen für

Forensische Psychiatrie mit zwischen ca. 50 und 180 Plätzen [Ausnahme Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen / Isar-Amper-Klinikum München-Ost (früher: Bezirkskrankenhaus Haar) mit 343 Plätzen] im Verbund mit den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bezirke.

Ferner besteht seit 1990 die Forensisch-Psychiatrische Klinik in Straubing, die derzeit auf 236 Plätze erweitert wird. Die Klinik hat die Aufgabe, zur Entlastung der forensischen Einrichtungen der anderen Bezirkskrankenhäuser Patientinnen und Patienten mit hohem Sicherheitsrisiko, die nach § 63 StGB untergebracht sind, aufzunehmen. Aus der Klinik werden keine Direktentlassungen vorgenommen. Zur Entlassungsvorbereitung werden die Patientinnen und Patienten in die forensischen Einrichtungen der Bezirkskrankenhäuser zurückverlegt.

Für die Unterbringung drogenabhängiger Jugendlicher und junger Heranwachsender nach §§ 93a JGG, 64 StGB wird eine Spezialeinrichtung mit 58 Plätzen in Parsberg vorgehalten. Für die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker jugendlicher und heranwachsender Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher gibt es in Bayern – aufgrund der bislang immer noch sehr geringen Fallzahlen in diesem Bereich – derzeit noch keine spezialisierte Einrichtung. Die besondere Problematik psychisch kranker minderjähriger und jugendlicher Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher ergibt sich aus der Kombination des psychiatrischen Krankheitsbildes mit anderen, häufig dissozialen Störungen. Aufgrund der geringen Fallzahlen war die Schaffung eigener Einrichtungen im Maßregelvollzug bisher nicht gerechtfertigt. Sie lässt sich jedoch für die Zukunft nicht ausschließen und muss daher regelmäßig überprüft werden.

Die forensische Abteilung der Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen / Isar-Amper Klinikum Taufkirchen (Vils) (früher: Bezirkskrankenhauses Taufkirchen) ist eine Einrichtung speziell für Frauen, die auch Patientinnen aus anderen Maßregelvollzugseinrichtungen aufnimmt.

Insgesamt stehen derzeit (Stand: 13.02.07) in Bayern 1.823 Plätze für den Maßregelvollzug zur Verfügung. Derzeit sind weitere 470 Plätze im Bau oder konkret geplant.

Die forensische Psychiatrie, die erst spät in den Reformprozess bei der Versorgung psychischer Erkrankungen einbezogen wurde, hat sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem eigenständigen Teilgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt mit speziellen, differenzierten Diagnostik- und Behandlungskonzepten für die von der Allgemeinpsychiatrie häufig abweichenden Erkrankungs- und Störungsbilder. Vor allem die Psychotherapie hat zu einer weiteren Spezialisierung in den Maßregelvollzugseinrichtungen beigetragen. Die Legalprognosen wurden zunehmend verfeinert. Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote wurden entwickelt. Die Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Justizbehörden, Polizeidienststellen und der Bewährungshilfe ist sichergestellt.

Im Wissenschaftsbereich wurde mit dem Aufbau eines dritten Lehrstuhls für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Regensburg neben den Lehrstühlen an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg ein weiterer wichtiger Forschungsschwerpunkt geschaffen.

Dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung wurde durch umfangreiche Sicherungsmaßnahmen im baulichen Bereich, durch Sicherheitsbeauftragte in den Einrichtungen und ganz allgemein durch die Verbesserung der Behandlungsqualität aufgrund einer differenzierten Personalausstattung Rechnung getragen.

Dieser grundsätzlich positiven Entwicklung stehen stetig steigende Ausgaben des Freistaats Bayern für den Maßregelvollzug gegenüber. Ursache hierfür sind vor allem die steigenden Belegungszahlen. Mit derzeit 2.128 Patientinnen und Patienten (Stichtag: 31.12.2006) gegenüber 1.022 Patientinnen und Patienten (Stichtag: 31.12.1996) hat sich die Patientenzahl in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt. Mit einer weiteren Zunahme der Patientenzahl muss – ebenso wie in anderen Bundesländern – gerechnet werden.

Lösungsansätze für Kostenreduzierungen haben zu berücksichtigen, dass der Behandlungs- und Sicherheitsstandard der Maßregelvollzugseinrichtungen nicht eingeschränkt werden darf, das heißt, dass ein zeitgemäßer räumlicher Unterbringungsstandard und eine angemessene Personalausstattung gewährleistet werden müssen. Eine nennenswerte Änderung der gerichtlichen Zuweisungspraxis kann bei der bestehenden Gesetzeslage erfahrungsgemäß nicht erreicht

werden. Es kommen daher im Wesentlichen nur Maßnahmen in Frage, die die Wirtschaftlichkeit und Effizienz des staatlichen Mitteleinsatzes optimieren.

In einem vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Jahr 2005 in Auftrag gegebenen externen Gutachten wurden unter Zugrundelegung alternativer Konzeptansätze, in die auch die Machbarkeit einer Privatisierung des Maßregelvollzugs einbezogen wurde, verschiedene Lösungsmodelle entwickelt. Das Gutachten zeigte die dringende Notwendigkeit, den Maßregelvollzug möglichst bezirksübergreifend zu vereinheitlichen und zu koordinieren. Das Sozialministerium und die Bezirke haben diesen Ansatz aufgegriffen und die Schaffung eines zentralen und bezirksübergreifenden Steuerungsausschusses beschlossen. Der öffentlich-rechtliche Vertrag zur Gründung des zentralen Steuerungsausschusses für den Maßregelvollzug (ZeSaM) wurde von Sozialministerium, Innenministerium, den Bayerischen Bezirken und Kommunalunternehmen am 24.01.2007 unterzeichnet. Aufgabe dieses Ausschusses sollen insbesondere sein die Erarbeitung bayernweiter einheitlicher Standards, die Belegungssteuerung, die Spezialisierung von Einrichtungen auf bestimmte Patientengruppen und die bezirksübergreifende Koordinierung kostenrelevanter Belange des bayerischen Maßregelvollzugs.

Die Finanzierung des bayerischen Maßregelvollzugs wurde mit Einführung des Art. 95 Abs. 4 AGSG ab dem Jahr 2007 auf Budgetierungsbasis umgestellt. Hierzu hat das Sozialministerium mit den bayerischen Bezirken oder deren Kommunalunternehmen für die Jahre 2007 und 2008 einvernehmlich Budgetverträge abgeschlossen.

Ein weiterer Schwerpunkt muss künftig auf der Verbesserung der Nachsorge zur dauerhaften Unterstützung des Rehabilitationserfolges und zur nachhaltigen Resozialisierung in die Gesellschaft liegen. Die Bewährungshilfe reicht nicht aus. Eine qualifizierte Nachsorge trägt zur Rückfallprophylaxe bei und ist zudem eine wichtige Voraussetzung, dass Patientinnen und Patienten früher aus dem Maßregelvollzug zur Bewährung entlassen werden können. Eine enge Zusammenarbeit der Maßregelvollzugseinrichtung mit den Diensten und Einrichtungen der allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist hierbei unerlässlich.

Ziele und Maßnahmen

a) Die dezentrale Grundstruktur des Maßregelvollzugs in Bayern hat sich grundsätzlich bewährt und soll beibehalten werden. Eine Zentralisierung widerspricht dem Grundsatz der Gemeindenähe und erschwert die notwendige Nachsorge. Dies schließt zentrale Angebote für bestimmte Patientengruppen nicht aus.

b) Die Erhöhung der Platzkapazitäten entsprechend dem Bedarf unter Berücksichtigung eines angemessenen räumlichen Unterbringungsstandards ist dringlich.

c) Die Notwendigkeit der Schaffung von eigenen forensischen Einrichtungen für psychisch kranke jugendliche und heranwachsende Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher im Maßregelvollzug in Bayern, beispielsweise in Form einer kleineren, überregional zuständigen Maßregelvollzugseinrichtung für psychisch kranke jugendliche und heranwachsende Straftäterinnen und Straftäter (§§ 7 JGG, 63 StGB), ist zu prüfen.

d) Der Auf- und Ausbau forensisch-psychiatrischer Ambulanzen unter gleichzeitiger Sicherstellung deren dauerhafter Finanzierung zur Gewährleistung von Angeboten der ambulanten Sicherungsnachsorge sowie rehabilitativer Nachsorgeangebote ist dringlich.

e) Die Mitwirkung der Maßregelvollzugseinrichtungen im regionalen Verbund ist im Hinblick auf die notwendigen rehabilitativen Nachsorgeangebote sicherzustellen.

VI. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. In nahezu allen Leistungsgesetzen ist Qualitätssicherung vorgeschrieben. Auch die Leitlinien und die einzelnen Kapitel dieser Grundsätze sind direkt oder indirekt auf Qualitätssicherung ausgerichtet. Im Folgenden werden daher Handlungsschwerpunkte aufgegriffen, die eine die Leistungsträger und Leistungserbringer übergreifende Bedeutung haben.

Qualitätssicherung in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung ist besonders komplex. Qualitätssicherung, die sich allein auf die einzelne Fachkraft, den einzelnen Dienst, die einzelne Einrichtung oder den einzelnen Planungs- und Leistungsträger beschränkt, greift hinsichtlich des Ziels einer lebenswelt- und zielorientierten, integrierten und umfassenden Versorgung zu kurz.

Im Mittelpunkt einer personenzentrierten Qualitätssicherung steht die Qualität der regionbezogenen Versorgung im Hinblick auf den Langzeitverlauf der psychischen Erkrankung des einzelnen Menschen unter Einbeziehung der Kosteneffektivität. Qualitätsziele sollten vorrangig durch Anreize für die Leistungserbringer erreicht werden. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Qualitätssicherung muss künftig vor allem dort ansetzen, wo der Bedarf zur Optimierung der Versorgung besonders dringlich und der zu erwartende Nutzen besonders groß ist. Hierzu gehört auch die Einbeziehung der Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Hilfeplanungen sowie die regelmäßige Überprüfung der Nutzerzufriedenheit. Unabhängige Beschwerdestellen, die in Konfliktfällen zwischen den Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich ihrer Angehörigen und den Leistungserbringern und Leistungsträgern aufklärend und vermittelnd tätig sind, leisten ebenfalls eine wichtigen Beitrag zu einer personenzentrierten Qualitätssicherung.

Eine wichtige Voraussetzung für Qualitätssicherung ist die Gesundheitsberichterstattung über die Lage der Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Stand der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung. Sie existiert teilweise bereits, ist jedoch verbesserungsbedürftig. Wesentliche Voraussetzung ist eine personenbezogene Dokumentation, in der

sich der Langzeitverlauf – vorrangig für schwer und chronisch kranke Menschen – abbilden lässt. Es bestehen derzeit nur einzelne Dokumentationssysteme, beispielsweise im Bereich der psychiatrisch-psychosomatischen Kliniken, Abteilungen, Rehabilitationseinrichtungen und teilweise auch in einzelnen Praxen. Dies reicht jedoch nicht aus. Auch muss die Dokumentation im Kernbereich einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifend ausgerichtet sein, um Verknüpfungen zu ermöglichen, die Abstimmung der Leistungen aufeinander zu erleichtern und Mehrfacherhebungen zu vermeiden. Für die zu erhebenden Daten ist zur Vermeidung von Doppelarbeit eine Vorgabe von der Bundesebene, abgestimmt mit der europäischen Ebene, sinnvoll.

Die Auswertung und Rückmeldung der zur Optimierung der Versorgung benötigten Daten erfordern hohen Sachverstand. Eine zentrale bayerische Einrichtung für Versorgungsforschung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin könnte hierzu einen entscheidenden Beitrag leisten.

Die Optimierung der Krankenbehandlung entsprechend den neuesten Forschungserkenntnissen gehört zum Selbstverständnis aller Leistungserbringer. Angesichts der hohen Bedeutung der Psychopharmakotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen, aber auch der hohen Kosten für die neuen Medikamente stellt die Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie für psychiatrische Erkrankungen (AGATE) der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäuser ein innovatives Beispiel dar, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden. Dies trägt auch zur Vertrauensbildung gegenüber den psychisch kranken Menschen, den Angehörigen sowie gegenüber der Öffentlichkeit bei.

Ziele und Maßnahmen

a) Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sollte sich künftig personenzentriert und regionbezogen an den individuellen Interessen der Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen unter Zugrundelegung der Krankheitslangzeitverläufe orientieren.

b) Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten als Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychosozialer Versorgungsleistungen in die individuellen Hilfeplanungen der unterschiedlichen Leistungsbereiche verbindlich einbezogen werden. Auf Wunsch der bzw. des einzelnen Betroffenen sind auch Angehörige sowie weitere Bezugspersonen zu beteiligen. Die Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung sollte durch regelmäßige Nutzerbefragungen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens überprüft und ausgewertet werden. Der Auf- und Ausbau von unabhängigen regionalen Beschwerdestellen sollte unterstützt werden.

c) Die Gesundheitsberichterstattung ist verbesserungsbedürftig. Die hierfür erforderlichen Daten sollten nach Möglichkeit bundeseinheitlich, abgestimmt mit der europäischen Ebene, vorgegeben sein. Datenerhebungen auf Landesebene werden dadurch nicht ausgeschlossen.

d) Der Aufbau einer unter Beachtung des Datenschutzes personenbezogenen Dokumentation, die im Kernbereich einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifend ausgerichtet ist, ist notwendig.

e) Angesichts der hohen Ausgaben der Leistungsträger für psychische Erkrankungen erhält die Versorgungsforschung im Hinblick auf die Kosteneffizienz und Kosteneffektivität der Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung. Die Möglichkeiten der Schaffung einer zentralen wissenschaftlichen Einrichtung für Versorgungsforschung in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Bayern sollten geprüft werden.

f) Innovative Modellprojekte zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsstandards (einschließlich der Psychopharmakotherapie) sollten unterstützt werden.

VII. Planung, Steuerung und Koordinierung

Die Qualität des psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssystems hängt entscheidend davon ab, ob und in welcher Weise die Beteiligten zusammenwirken, damit Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die einen umfassenden Hilfebedarf haben, die notwendigen Hilfen erhalten.

Nach den Vorgaben des „Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans“ wurden zur Verbesserung der Planung und Koordinierung auf regionaler Ebene Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und auf überregionaler Regierungsbezirks- bzw. Bezirksebene Planungs- und Koordinierungsausschüsse (PKA) geschaffen. Diese Planungs- und Koordinierungsstrukturen einschließlich der zwischenzeitlich entstandenen weiteren Gremien (wie beispielsweise Gemeindepsychiatrischen Verbünden) sollten aufgrund zwischenzeitlicher Erfahrungen und im Hinblick auf die neuen Herausforderungen, die an eine zeitgemäße psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung gestellt werden, weiter entwickelt werden.

Die künftige Planung, Steuerung und Koordinierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sollte sich an den Grundsätzen des SGB IX orientieren, indem - unter Berücksichtigung der in Bayern gewachsenen Strukturen - durch neue Formen der Zusammenarbeit der gemeinsamen Verantwortung Rechnung getragen wird. Voraussetzung wäre ein verbindlicher, abgestimmter und übergreifender Verbund der Leistungsträger und Leistungserbringer auf regionaler (Regionaler Steuerungsverbund) und überregionaler (Planungs- und Koordinierungsausschuss) Ebene unter Einbeziehung der organisierten Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Betreuer mit dem Ziel einer einheitlichen, das heißt standardisierten und leistungsträger- sowie leistungserbringerübergreifenden Hilfeplanung. Dabei sind auch die Versorgungsstrukturen für suchtkranke Menschen zu berücksichtigen.

Die Einführung dieser neuen Koordinierungsstrukturen wird flächendeckend nur schrittweise umgesetzt werden können.

1. Der Regionale Steuerungsverbund

Der Regionale Steuerungsverbund sollte ein Zusammenschluss aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Beteiligten einer Region im Sinne von Kapitel II, Ziffer 9 der voranstehenden Leitlinien sein, der die Versorgungsverantwortung im weiteren Sinne für diese Region entsprechend den Vorgaben dieser Grundsätze verbindlich übernimmt. Die Versorgungsverpflichtung im engeren Sinne bleibt selbstverständlich bei den Leistungsträgern im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenzuweisung.

Der Regionale Steuerungsverbund sollte zunächst folgende Aufgaben haben:

- Sicherstellung der fachlichen Koordination und Steuerung,
- Regionale Berichterstattung über Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
- Durchführung von Präventionsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit,
- Unterstützung der Anti-Stigma-Bewegung,
- Initiierung von regionalen Beschwerdestellen,
- Anregung von und Mitwirkung bei sozialpolitischen Initiativen,
- Koordinierungsfunktionen,
- Ermittlung und Formulierung des regionalen Bedarfs,

Darüber hinaus sollte der Regionale Steuerungsverbund nach Möglichkeit und schrittweise zunehmend auch noch folgende Aufnahmen wahrnehmen:

- Organisation einzelfallbezogener Hilfebedarfsplanung,
- Bei Bedarf Abstimmung von komplexen personenzentrierten Hilfemaßnahmen im Rahmen des Gesamtplans nach § 58 SGB XII (Hilfeplankonferenz) und im Rahmen der §§ 22 ff. SGB IX („Personenkonferenz"),
- Gewährleistung einer koordinierenden Bezugsperson im Bedarfsfall,
- Nutzung einer gemeinsamen, einheitlichen, verbindlichen Dokumentation als Grundlage für die Operationalisierung des individuellen Hilfebedarfs.

Mitglieder des Regionalen Steuerungsverbundes sollten insbesondere sein:

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter organisierter Gruppierungen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Betreuern und ehrenamtlichen Helfern / Bürgerhelfern,
- Leistungserbringer im regionalen Versorgungsgebiet: niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psy-

chosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten, Ärztliche und Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Beratungsstellen, Tagesstätten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, Heime, Integrationsfachdienste, Servicestellen nach SGB IX usw.,

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter folgender Leistungsträger: Gesetzliche Krankenkassen (SGB V), Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (SGB XII), Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Arbeitsförderung (SGB III), Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), Pflegeversicherung (SGB XI),
- eine Vertreterin oder ein Vertreter des zuständigen Gesundheitsamtes,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Kommune (Kreisfreie Stadt oder Landkreis).

Die Bildung von speziellen Verbünden innerhalb des Regionalen Steuerungsverbundes, z.B. für die Gerontopsychiatrische Versorgung, für die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung für die Suchtkrankenversorgung oder auch für die Versorgung der Personengruppe der geistig- und mehrfachbehinderten Menschen mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen einer Region ist möglich. In diesem Falle sollte die notwendige Steuerung und Koordinierung innerhalb des speziellen Verbundes erfolgen.

Die Geschäftsführung des Regionalen Steuerungsverbundes (gegebenenfalls auch die Planung bzw. Gestaltung und Einteilung des Bezirks in regionale Steuerungsverbünde) sollte – insbesondere wegen der Versorgungsverantwortung der Bezirke für den überwiegenden Teil der Teilhabebereiche - dem regional zuständigen Gesundheitsamt obliegen, soweit keine Hinderungsgründe dagegen stehen. Die Übernahme der Geschäftsführung durch einen anderen Beteiligten, beispielsweise durch den regional zuständigen Bezirk, insbesondere auch um gegebenenfalls gewachsene Strukturen zu berücksichtigen, wird dadurch nicht ausgeschlossen.

Zur Erfüllung der Aufgaben und zur Arbeitsweise des Regionalen Steuerungsverbundes können einheitliche Rahmenempfehlungen der Leistungsträger und

Leistungserbringer entwickelt werden, um gleichwertige und vergleichbare Versorgungsstrukturen bzw. Voraussetzungen in den jeweiligen Versorgungsregionen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang könnten beispielsweise auch die Verbindlichkeit der Teilnahme am Regionalen Steuerungsverbund oder auch Art und Umfang der Entscheidungsbefugnis der dorthin entsandten Vertreter geregelt werden.

2. Der Planungs- und Koordinierungsausschuss

Der Planungs- und Koordinierungsausschuss als Steuerungsgremium auf der überregionalen Ebene des Regierungsbezirks sollte beibehalten werden.

Aufgrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen würden sich für den Planungs- und Koordinierungsausschuss folgende Aufgaben ergeben:

- Zusammenführung der Daten und Ergebnisse der regionalen Berichterstattung aus der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin,
- Koordination und Initiierung von geeigneten Angeboten im Zuständigkeitsbereich,
- Erstellung und Fortschreibung eines überregionalen Plans für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Dem Planungs- und Koordinierungsausschuss sollten folgende Mitglieder angehören:

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Leistungsträger (Gesetzliche Krankenkassen (SGB V), Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (SGB XII), Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Arbeitsförderung (SGB III), Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), Pflegeversicherung (SGB XI), Integrationsamt),
- eine Vertreterin oder ein Vertreter des medizinischen Sachgebiets der Regierung,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der jeweiligen Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, der freien Träger und der privaten Träger,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Fachkrankenhäuser / Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,

- mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der regionalen Steuerungsverbünde als deren Sprecherin bzw. Sprecher,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der organisierten Angehörigen,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der organisierten Psychiatrieerfahrenen,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB).

Die Geschäftsführung würde weiterhin dem Bezirk obliegen.

VIII. Finanzierung

Die Finanzierung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird durch die unterschiedlichen Leistungsträger des gegliederten Sozialleistungssystems grundsätzlich sichergestellt. Gleichwohl gibt es noch Handlungsbedarf im Hinblick auf die rechtliche Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen sowie auf die Verbesserung und Sicherstellung von Leistungen. Ferner sollte sich die Finanzierungssystematik der Leistungsträger künftig am personenzentrierten Ansatz orientieren.

Ziele und Maßnahmen

a) Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen krankheitsbedingt häufig ergänzende Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird derzeit überwiegend durch die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung) finanziert. Damit die Eingliederungshilfe trotz der seit Jahren stark ansteigenden Kosten auch künftig ihrer wichtigen Aufgabe gerecht werden kann, sind strukturelle Reformen unabdingbar. Dabei sind auch die Grundsätze der Eigenverantwortung und der Subsidiarität der Sozialhilfe neu mit Leben zu erfüllen.

b) Für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter greift das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) zu kurz, auch wenn das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz erste Verbesserungen gebracht hat. Angebote der medizinischen Rehabilitation fehlen.
Eine angemessene Ausweitung der Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) für psychische Erkrankungen im Alter, insbesondere Demenzerkrankungen, ist dringlich. Medizinische Rehabilitationsangebote mit Sicherstellung der Finanzierung sollten entwickelt werden.

Um der Tagespflege einen angemessenen Stellenwert im Rahmen der pflegerischen Versorgung einzuräumen, wird sich die Bayerische Staatsregierung für eine Anpassung der Leistungen nach dem Pflegeversiche-

rungsgesetz einsetzen.

Es ist auch dringend erforderlich, die an die Tagespflegeeinrichtungen zu stellenden Anforderungen sinnvoll zu konkretisieren und aus der Anwendung der Heimmindestbauverordnung und der Heimpersonalverordnung herauszunehmen.

Abweichend von der Systematik des Pflegeversicherungsgesetzes, Leistungen nach dem Pflegebedarf zu bemessen, wird für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege ein Pauschalbetrag von bis zu 1.432 Euro im Kalenderjahr für alle Pflegestufen geleistet. Dies führt zur paradoxen Situation, dass Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf sich anteilig weniger Kurzzeitpflegeleistungen einkaufen können, als Pflegebedürftige mit einem geringeren Pflegebedarf. Im Zuge der anstehenden Reform der sozialen Pflegeversicherung ist hier eine Spreizung der Leistungsbeträge zu diskutieren.

c) Die ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist nicht flächendeckend sichergestellt.
Zur Förderung der Niederlassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sollte überprüft werden, wie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durch geeignete Vergütungsmodelle verbessert werden können. Ferner sollte die Sozialpsychiatrie–Vereinbarung verlässlich fortgeführt werden.

d) Die ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ist nicht flächendeckend sichergestellt.
Zur Förderung der Niederlassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten und von Psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, sollte überprüft werden, wie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durch geeignete Vergütungsmodelle verbessert werden können.

e) Ein Schwerpunkt der Tätigkeit niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde liegt auf der Koordination der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Fallbesprechungen mit nichtärztlichen Fachkräften und Angehörigen, die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen und Fallkonferenzen im regionalen Verbund werden nicht honoriert.
Eine Übertragung der Sozialpsychiatrie–Vereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie mit dem Ziel der Einführung von sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen sollte angestrebt werden.

f) Die Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage der Psychiatrie–Personalverordnung der Bundesregierung vom 18.12.1990 (Psych-PV) sichergestellt. Die Psych–PV hat sich bewährt. Veränderungen in der Leistungsstruktur, integrierte Versorgungsformen und strukturierte Behandlungsprogramme sowie innovative Versorgungskonzepte (z. B. Krankenhausbehandlung ohne Bett) erfordern eine Fortschreibung.
Die Weiterentwicklung der Psych–PV sollte zu einem Entgeltsystem führen, das eine patientenzentrierte, flexible, ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungserbringung im Sinne integrierter Versorgungsformen fördert und ökonomische Anreize schafft zur vorrangigen Realisierung ambulanter und teilstationärer Behandlungsformen. Aktuell sollten Möglichkeiten geprüft werden, wie die nach der Psych-PV notwendigen Personalstellen zur Sicherung der Behandlungsqualität auch finanziert werden können.

g) Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage (§118 SGB V) sind nur Institutsambulanzen an psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern abgesichert. Eine Erweiterung ambulanter Behandlungen auf psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhäuser sollte angestrebt werden.

h) Die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Sozialpsychiatrische Dienste (einschließlich Gerontopsychiatrische Dienste) fallen in den Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Im Hinblick auf die notwendige Niederschwelligkeit kann eine institutionelle Förderung durch die zuständigen Leistungsträger, das heißt die Bezirke nach Art. 82 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze - AGSG sinnvoll sein.
Eine langfristige Sicherstellung der Finanzierung von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Sozialpsychiatrische Dienste und Gerontopsychiatrische Dienste unter Beibehaltung der fachlich notwendigen Niederschwelligkeit ist anzustreben. Hierbei können leistungsträgerübergreifende Finanzierungsformen und Kooperationen mit psychiatrischen Institutsambulanzen sowie mit Leistungserbringern von Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege und ambulanter Rehabilitation hilfreich sein.

i) Im Bereich von Prävention und Gesundheitsvorsorge gilt es, den in § 20 SGB V bereits bestehenden Ansatz weiterzuentwickeln und auf alle Leistungsträger außerhalb der Sozialhilfe zu erweitern, um die finanzielle Basis für geeignete Maßnahmen zu verbreitern. Zur Optimierung des Mitteleinsatzes ist eine Koordinierung der Präventionsmaßnahmen erforderlich.

j) Das Finanzierungssystem der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung sollte künftig schrittweise dem Paradigmenwechsel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Ansatz angepasst werden. Das gegliederte Sozialleistungssystem hat vor allem in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die einen komplexen Hilfebedarf an medizinischen, psychotherapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen haben, Schwächen, da sie nur Einzelleistungen der verschiedenen Leistungsträger erhalten. Dies führt zu Abgrenzungs- bzw. Schnittstellenproblemen („Verschiebebahnhöfe“) zwischen den einzelnen Leistungsträgern verbunden mit einem hohen Verwaltungsaufwand. Gleichzeitig wird damit die notwendige Behandlungs- und Betreuungskontinuität behindert. Menschen mit psychischen Erkrankungen mit ihrem differenzierten und ständig zu koordinierenden wechselnden Bedarf an Hilfen werden da-

durch zu häufig in eine stationäre Hilfeform gedrängt oder fallen ganz aus dem Versorgungssystem.

Für die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes bieten sich folgende Maßnahmen an:

- Die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V ist ein erster Schritt, auf der Leistungserbringerseite die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden und Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Um eine bessere Verzahnung auch von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung zu erreichen, erhalten die Krankenkassen nach dem Anfang Februar 2007 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) die Möglichkeit, Verträge mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen nach dem SGB XI zu schließen.

- Neben der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung kann das Persönliche Budget nach § 17 Sozialgesetzbuch IX – SGB IX, § 57 Sozialgesetzbuch XII – SGB XII einen besonderen Beitrag leisten. Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 wurden für sämtliche Leistungsträger die rechtlichen Voraussetzungen für Persönliche Budgets sowohl für den einzelnen Leistungsträger als auch gemeinsam mit anderen Leistungsträgern einschließlich den Pflegekassen und den Integrationsämtern als Leistungsvariante geschaffen. Die flächendeckende Einführung des Persönlichen Budgets sollte nach Beendigung der Erprobungsphase zum 31.12.2007 unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig unterstützt und gefördert werden.

IX. Schlussbemerkung

Soweit diese „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ Maßnahmen oder Ziele mit der Folge von Mehrausgaben zu Lasten des Haushaltes des Freistaates Bayern oder kommunaler Haushalte ansprechen, stehen diese unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Verfügbarkeit freier Haushaltsmittel. Ausgenommen hiervon sind alle Leistungen, zu denen der Freistaat Bayern, die Kommunen und die Träger der Sozialversicherung dem Grunde und der Höhe nach gesetzlich verpflichtet sind.

Die Bayerische Staatsregierung wird die Umsetzung der formulierten Ziele und Maßnahmen sorgfältig begleiten und im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel unterstützen.