



## VERBAND DER BAYER. BEZIRKE

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

## Anlage 2

Postfach 22 15 22

80505 München

21. Februar 2011

### **Stellungnahme des Verbandes der bayerischen Bezirke zur Anhörung des Ausschusses für Soziales, Familie und Arbeit und des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit zur „Situation der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung im Freistaat Bayern“; Drucksache 16/4150 am 24. Februar 2011**

#### Vorbemerkung:

Um die Stellungnahme in einem der vorgesehenen Dauer der Anhörung angemessenen Umfang zu halten, werden wir uns zu jedem Themenblock auf aus unserer Sicht besonders bemerkenswerte Punkte beschränken. Wir regen an, zur Vertiefung gegebenenfalls weitere Anhörungen jeweils für die einzelnen Themenblöcke durchzuführen.

#### **1. Strukturdaten zur bayerischen Versorgungssituation**

##### Entwicklung des stationären Akutversorgungsbedarfs nach Diagnosegruppen

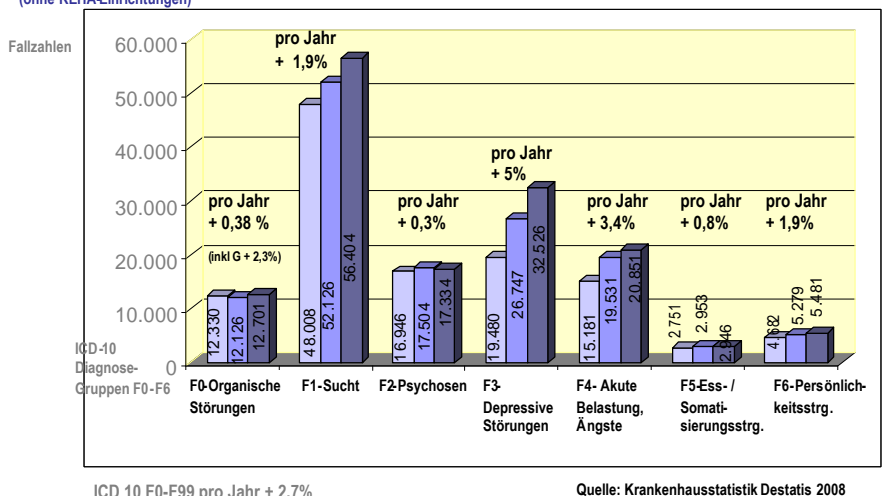
Fallzahlenanstieg und Verweildauertage im psychiatrischen Akutkrankenhaus nach Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen zeigen deutlich, dass sich das Patientenspektrum in den psychiatrischen Kliniken zunehmend wandelt. Früher haben oft chronische Erkrankungen z.B. aus dem schizophrenen Störungsspektrum das Krankenhausbild dominiert. Heute stellen wir fest, dass diese Patienten entgegen der Entwicklung im Bereich der Abhängigkeitsstörungen und der affektiven Erkrankungen auf Grund der Verbesserung der ambulanten Versorgung und der besseren Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme gerade im Bereich der schizophrenen Erkrankungen weniger häufig in die Kliniken kommen müssen und es seltener zu längeren Klinikaufenthalten kommt.

Der Anstieg auch schwerer depressiver Erkrankungen dagegen ist ein europaweites Phänomen und ist in Bayern nicht stärker ausgeprägt als in anderen Bundesländern.



Entwicklung der Patientenstrukturen in Bayern

Akutstationäre Fallzahlen der ICD-10 Diagnosegruppen F0 bis F6 in Bayern 2000- 2004 -2007  
(ohne REHA-Einrichtungen)

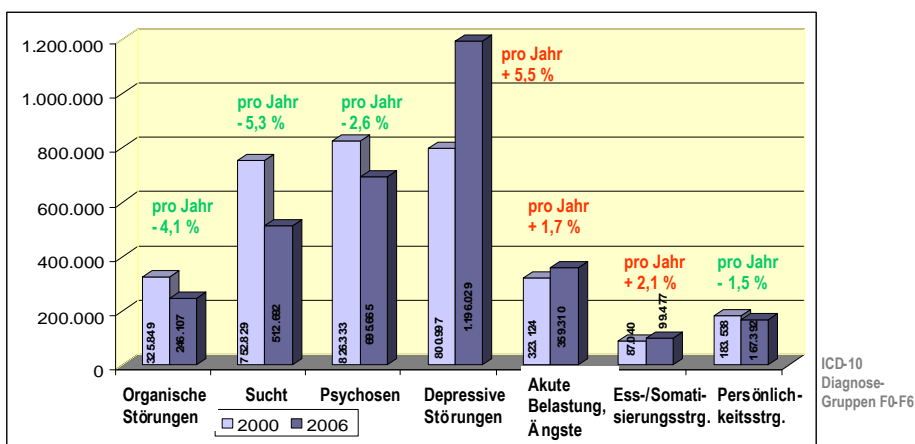


11. November 2009

Entwicklung der vollstationären Verweildauer in Bayern von 2000 bis 2006 pro ICD-10 Diagnosegruppe F1-F6



Verweildauer VWD  
gesamt pro Diagnosegruppe



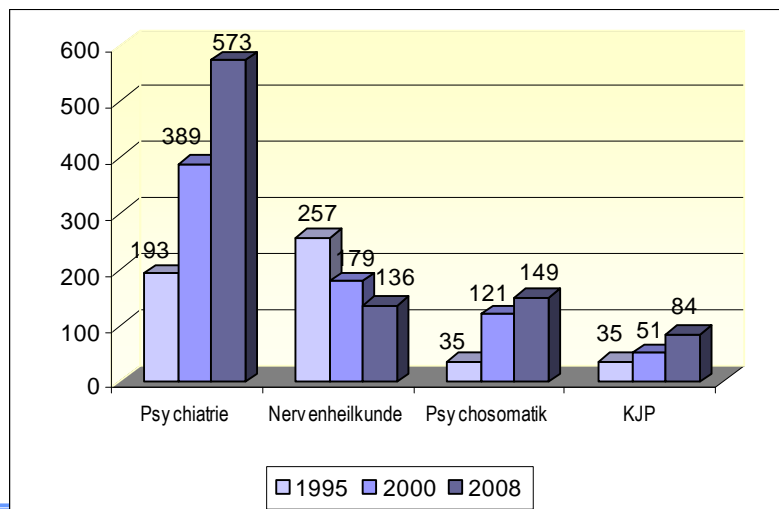
11. November 2009

Quantitative Entwicklung der Facharztgruppen zur Behandlung psychischer Erkrankungen und die Altersstruktur in Bayern

Aus der folgenden Abbildung wird deutlich, dass die Facharztzahlen in den für die Versorgung relevanten medizinischen Fachgebieten steigen. Verbesserte Rahmenarbeitsbedingungen (z.B. Arbeitszeitschutzgesetze) auch für Ärzte tragen jedoch dazu bei, dass dies gesteigerte Ausbildung von Fachärzten in diesen Gebieten kaum zur Verbesserung der Versorgung beitragen kann. Auch und gerade die Altersstruktur der

Ärzte im Bereich der niedergelassenen Ärzte wird die Versorgungsprobleme bei weiter steigendem Bedarf verschärfen.

Facharztentwicklung für psychische Störungsbilder in Bayern 1995-2008  
in der KH-Akutversorgung (Quelle: Destatis)



11. November 2009

## 2. Sachstand / Fortschritt im Bereich Bedarfs-/Versorgungsplanung, nachdem das Gremium Psychiatrie im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Arbeit aufgenommen hat

Der Verband der bayerischen Bezirke begrüßt sehr die Einrichtung des Expertenkreises Psychiatrie beim Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Mit der Einrichtung dieses Expertenkreises wurde eine vom Verband schon lange erhobene Forderung nach Einrichtung eines Landespsychiatrieausschusses wenigstens teilweise erfüllt. Bereits vor 1 ½ Jahren wurde über einen Runden Tisch Kinder- und Jugendpsychiatrie das Thema Prävention umfassend bearbeitet. Einzig bedauerlich ist, dass die Ergebnisse noch nicht an die politischen Entscheidungsträger weitergegeben worden sind. Es wäre zu wünschen, dass zwischen dem Expertenkreis Psychiatrie und den politischen Entscheidungsträgern der verschiedenen Ebenen ein regelmäßiger Austausch entsteht.

### **3. Ambulante psychiatrische Versorgung**

#### **3.1 Niedergelassener Bereich**

Hier liegt der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. In vielen Teilen Bayerns ist, auch wenn die Versorgung nach den geltenden Richtzahlen angeblich als ausreichend zu betrachten ist, nach unserer Erfahrung die Versorgung gerade für chronisch kranke Erwachsene und erst recht für psychisch kranke Kinder und Jugendliche unzureichend. Die Wartezeiten sind häufig sehr hoch, eine Notfallversorgung durch Niedergelassene im Sinne einer Beteiligung an einem Krisendienst wird häufig nicht sichergestellt, dies kann durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Bezirke oder die Sozialpsychiatrischen Dienste nur sehr bedingt und nicht überall aufgefangen werden. Wir beobachten daher vermehrte Klinikselbsteinweisungen, obwohl dies im Einzelfall durch ambulante sofortige Krisenintervention möglicherweise hätte verhindert werden können.

#### PIA:

Die ambulante medizinisch-psychiatrische Versorgung wäre nicht vollständig dargestellt, wenn man die Psychiatrischen Institutsambulanzen außen vor lassen würde. In Bayern konnte ein für das Bundesgebiet vorbildliches PIA- System mit derzeit 76 PIA aufgebaut werden. In konstruktiver Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern, allen voran die AOK, hat der Verband der bayerischen Bezirke in den letzten 10 Jahren ein Abrechnungs- und Qualitätssicherungssystem entwickelt, das kostengünstig Transparenz und Leistungsgerechtigkeit gewährleistet und das wir bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems nicht aufgeben sollten. Durch Abschluss eines neuen Vertrags nach §§ 113, 118, 120 SGB V über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der PIA ist dieses System von den Vertragspartnern in Bayern -Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, Verband der bayerischen Bezirke und BKG- erst zum 1. Januar 2010 verfeinert und neu bestätigt worden.

Mit weit über 200 000 Quartalsfällen erbringen die bayerischen PIA knapp ein Drittel des deutschlandweiten Ambulanzgeschehens. Mit einem Umsatzvolumen von rd. 50 Mio. Euro ist dieses Versorgungssegment zudem sehr günstig! Im Durchschnitt kostet damit ein Patient 215,- Euro im Quartal. Das ist deutlich weniger, als er an Arzneimittelkosten (290 €) verursacht. Die Vertragspartner in Bayern haben das BIDAQ (Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung) beauftragt, die -in Bayern

einheitlichen- Dokumentationen (sogenannte AmBaDo = Ambulante Basisdokumentation) aller PIA auszuwerten. Damit konnte der Nachweis erbracht werden, dass in den PIA vorwiegend längerfristig und schwer erkrankte Patienten behandelt werden. In einer gemeinsamen Erklärung haben die Krankenkassen in Bayern bestätigt, dass das bayerische PIA-Angebot hinsichtlich Art, Dauer und Schwere der Erkrankung die erwünschte Zielgruppe anspricht und damit ein wesentliches Ziel der Sozialpsychiatriereform nach der Psychiatrie-Enquete von 1975 erfüllt sei. Auch das Konzept der multiprofessionellen interdisziplinären Betreuung in den PIA hat sich bewährt. Die PIA in Bayern helfen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen. Und sie sind mit den niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten bestens vernetzt. Dies zeigen die hohen Zuweisungs- und Weitervermittlungszahlen. Auf diese Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten legen die PIA der Bezirkskliniken sehr großen Wert. Die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kann nur im Miteinander der Versorgungssektoren gelingen.

### **3.2 Sozialpsychiatrische Dienste**

Der nach dem Ausstieg der Krankenkassen aus der Kofinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste erfolgte Personalabbau in den Jahren 2002 und 2003 ist mittlerweile in allen Bezirken durch Aufstockung der Förderung durch den jeweiligen Bezirk und Ausbau der psychiatrischen Dienste mehr als ausgeglichen worden. Während mit Stand Januar 2002 81 Dienste mit 267,5 Stellen gefördert worden waren, besteht mittlerweile (Stand Januar 2010) ein flächendeckend zufriedenstellendes Angebot mit 93 Volldiensten, 13 Außenstellen mit insgesamt 414 Vollkraftstellen. In Kosten ausgedrückt bedeutet dies, dass die bayerischen Bezirke die Sozialpsychiatrischen Dienste 2002 mit knapp 18 Millionen Euro gefördert haben, während im Jahr 2009 bereits über 24 Millionen Euro dafür zur Verfügung gestellt worden sind. Mit dieser Aufbaustufe ist es unseres Erachtens tatsächlich gelungen, einen niederschweligen Zugang zu den Sozialpsychiatrischen Diensten zu ermöglichen. Aus der umfangreichen und für Bayern einheitlichen Leistungsbeschreibung folgt, dass die SpDi's durch eine möglichst umfassende Beratung und Betreuung die Ausgliederung psychisch Kranker und Behinderter aus der Gesellschaft verhindern und die Wiedereingliederung unterstützen. Die SpDi's erbringen Hilfen zur Daseinsvorsorge, zur medizinischen Vorsorge und zur sozialen Rehabilitation. Mit individuellen Zielvereinbarungen, die auf die jeweilige regionale Versorgungsstruktur Bezug nimmt, werden die Leistungsinhalte der SpDi's von den Bezirken mitgesteuert. Eine Auswertung der Statistik durch den Bezirk Oberbay-

ern, veröffentlicht durch den ersten Sozialbericht des Bezirks Oberbayern im Rahmen der Gesamtsozialplanung, lässt sich die Niederschwelligkeit und der hohe Bekanntheitsgrad bestätigen, da circa ein Drittel der Klienten aus Eigeninitiative heraus Kontakt mit der Beratungsstelle aufgenommen hat. Circa 15 Prozent wurden von Freunden, Bekannten und der Familie angemeldet, durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Vermittlung kamen 12,6 Prozent aller weiblichen Klienten und 11,1 Prozent der männlichen Klienten in die Beratungsstellen, circa 14,5 Prozent wurden durch die psychiatrischen Krankenhäuser vermittelt.

Allerdings kommen die SpDi's dort an ihre Grenzen, wo sie Lücken im weiteren Versorgungsangebot auffangen müssen.

### **3.3 Gemeinsame psychiatrische Versorgung**

Die Kooperation zwischen SpDi's, Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und niedergelassenen Psychiatern vor Ort ist im Allgemeinen gut. In Qualitätszirkeln, PSAG's oder ähnlichen regionalen Steuerungsverbänden und Arbeitskreisen finden regelmäßige Austausche statt. Besonders hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Empfehlung des Verbandes der bayerischen Bezirke zur Zusammenarbeit zwischen PIA und SpDi vom Oktober 2004, 2008 nochmals evaluiert durch Nachfragen auf Seiten der Kliniken wie auch auf Seiten der SpDi und auf die Empfehlungsvereinbarung des Verbandes der bayerischen Bezirke mit dem Berufsverband der niedergelassenen Nervenärzte Bayern vom November 2009 (Anlage 1), mit der die Schnittstellen und Lösungsmöglichkeiten im Problemfall beschrieben wurden.

Allerdings fehlt noch weitgehend eine sektorübergreifende Vernetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Angebote. Diese müsste von Seiten der Kostenträger, insbesondere den Kranken- und Rentenversicherungsträgern, vereinfacht werden. Bisher scheitern alle Versuche, sektorübergreifende Finanzierungsmodelle für integrierte Angebote zu entwickeln, an den zu starren Sektorgrenzen vieler Kostenträger.

Ambulante psychiatrische Fachpflege könnte ein wichtiger Baustein sein, um die stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsbausteine zu ergänzen und die Entlassungen aus dem akutstationären und teilstationären Bereich zu erleichtern und Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Jetzt ist es in Bayern erstmals am Kommunalunternehmen des Bezirks Oberbayern gelungen, ein Konzept für einen ambulanten psychiatrischen Fachpflegedienst sektor-

übergreifend zu realisieren, der im Frühjahr 2011 seinen Dienst aufnehmen wird. Besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität und Verfügbarkeit dieses Dienstes in Bayern erschweren die Etablierung solcher Dienste.

### **3.4 Tageskliniken**

Die psychiatrischen Tageskliniken stellen wohnortnah einen wichtigen Baustein zwischen vollstationären und ambulanten Angeboten dar und sollten weiter gestärkt werden. Schon heute lassen sich viele Erkrankungsphasen auch tagesklinisch stabilisieren und auch der Übergang aus einer vollstationären in eine ambulante Behandlung kann tagesklinisch besser vorbereitet werden. Durch tagesklinische Angebote lassen sich vollstationäre Aufnahmen reduzieren und auch rasche Wiederaufnahmen vermeiden. Die tagesklinischen Kapazitäten der psychiatrischen Krankenhäuser in bezirklicher Trägerschaft sind in den letzten Jahren erheblich und dezentral ausgebaut worden: Während 2002 680 Plätze in der Fachrichtung Psychiatrie zur Verfügung standen, waren es 2010 bereits 834 Plätze in dieser Fachrichtung.

### **3.5 Krisenversorgung**

#### **Welche Defizite gibt es im Bezug auf**

- **Flächendeckung**

Die psychiatrische Krisenversorgung wird durch die psychiatrischen Kliniken und die PIA der Bezirke rund um die Uhr sichergestellt, soweit sich die Patienten dort melden bzw. dort hingebacht werden. Im ländlichen Raum kann wegen der Entfernung zur Klinik nur eingeschränkt von flächendeckender Versorgung gesprochen werden. Eine aufsuchende Versorgung über die PIA ist – auch aus Kapazitätsgründen – nicht durchgängig möglich und zudem auch häufig nicht niederschwellig genug. Viele Patienten begreifen ihre Krise im akuten Zustand nicht als Krankheit. Menschen in psychischen Krisen scheuen sich häufig auf Grund von Scham und Angst vor Stigmatisierung bzw. sind auf Grund ihrer psychischen Verfassung nicht in der Lage, Hilfe anzufragen, wie das auf körperliche Erkrankungen ausgerichtete Notfallsystem sie anbietet. Es braucht daher spezifische, auf die Situation von Menschen in seelischen Krisen, zugeschnittene Angebote mit besonderer Beratungsqualifikation auf Seiten der Mitarbeiter, schon beim ersten Telefonkontakt. Einen fachärztlichen Notdienst, der bei psychischen Krisen aufsuchend tätig sein könnte, gibt es kaum.

Niedergelassene Fachärzte bieten in der Regel überhaupt keine aufsuchende Hilfe an und selbst zu Sprechstundenzeiten ist es wegen der Terminüberlastung häufig sehr schwierig für einen Krisenpatienten, der in die Praxis gebracht werden muss, einen Termin zu erhalten. Alternativ müssten dann die Krisenpatienten in die psychiatrischen Kliniken gebracht werden. Dies scheitert aber gelegentlich daran, dass der Patient, zumal in seinem krisenhaften Zustand, nicht freiwillig in eine Behandlung in einer Klinik einwilligt.

Für Menschen in akuten Krisen stehen neben den PIA noch die Telefonseelsorge zur Verfügung.

Für akute körperliche Erkrankungen verfügt Bayern über ein effizientes und differenziertes Rettungs- bzw. Erste Hilfe System. Die Zahlen der Inanspruchnahme zeigen, dass psychische Erkrankungen dabei im Vergleich zur Häufigkeit ihres Auftretens so gut wie keine Rolle spielen. Von bayernweit 1.408.892 bei der Vermittlungs- und Beratungszentrale der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (VBZ) im Jahr 2010 registrierten Fällen fielen 19.330, also gerade mal 1,37 Prozent, auf psychiatrische Erkrankungen.

An wenigen Orten bzw. Regionen bestehen psychiatrische Krisendienste, die im Wesentlichen über die überörtliche Sozialhilfe finanziert werden: Krisendienst München, Krisendienst Mittelfranken, Krisendienst Würzburg und Krisendienst Bayreuth.

- **24-Stunden-Versorgung**

Eine rund um die Uhr Versorgung wird derzeit ausschließlich über die psychiatrischen Fachkliniken sichergestellt, die aber trotz aller Dezentralisierungsbemühungen nicht genug in der Fläche präsent sind und auch nicht die erforderliche Niederschwelligkeit aufweisen können (siehe oben), um einen Krisendienst zu ersetzen. Dort wo sie erreichbar sind, werden die PIA der bezirklichen Versorgungskliniken von Menschen in Krisen in Anspruch genommen. In der regionalen Krisenversorgung müssen sie ein wesentliches Element sein, können aber keinesfalls das gesamte notwendige Leistungsspektrum eines Krisendienstes übernehmen.

Derzeitige Verfügbarkeit der bestehenden Krisendienste:

Mittelfranken Nürnberg: Montag bis Donnerstag 18.00 Uhr bis 24.00 Uhr, Freitag 16.00 Uhr bis 24.00 Uhr, Samstag, Sonntag und Feiertags 10.00 Uhr bis 24.00 Uhr

Krisendienst München: täglich 9.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Krisendienst Würzburg: Montag bis Freitag 14.00 Uhr bis 18.00 Uhr und täglich von 18.00 Uhr bis 0.30 Uhr

Regensburg „Horizont“: Montag bis Freitag von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr und von 17.00 Uhr bis 18.00 Uhr, Samstag, Sonntag und Feiertags besteht ein Bereitschaftsdienst von 14.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Krisendienst Bayreuth Kulmbach: Samstag, Sonntag und Feiertage von 18.00 Uhr bis 24.00 Uhr

Eine 24-Stunden Erreichbarkeit wäre jedoch wünschenswert, da entsprechende Krisen zu allen Zeiten auftreten können und, wie oben bereits dargestellt, niedergelassene Haus- und Fachärzte während ihrer Sprechstundenzeiten nur unzureichend für die Krisenversorgung zur Verfügung stehen. Die vorhandenen SpDi's und Psychosozialen Suchtberatungsstellen können maximal die psychosoziale Krisenintervention abdecken, die medizinische Krisenversorgung gehört nicht in ihren Zuständigkeitsbereich.

- **Finanzierung**

Die o.g. Krisendienste werden fast ausschließlich über den jeweiligen Sitzbezirk im Rahmen der überörtlichen Sozialhilfe finanziert, in geringerem Umfang stehen vereinzelt weitere kommunale Mittel zur Verfügung; die Krankenkassen sind bisher bei der Finanzierung nicht beteiligt.

Die nachfolgende medizinische Intervention kann stets über die jeweilige Kasse abgerechnet werden. In der Vielzahl der Fälle vermittelt der (psychosoziale) Krisendienst in weitergehende medizinische Versorgungsstrukturen. Hier wäre also von Beginn an eine SGB V Finanzierung gerechtfertigt gewesen. Zugunsten der Niederschwelligkeit kann der Einzelfall jedoch häufig nicht über die Versichertenkarte abgerechnet werden, selbst dann nicht, wenn - wie beim Krisendienst München - eine Abrechnung über die kooperierende PIA im Rahmen der aufsuchenden Versorgung grundsätzlich möglich wäre. Dort wo der Krisendienst nicht an eine PIA angebunden ist, ist von vornherein eine Abrechnung über SGB V nicht möglich. Gegebenenfalls könnte eine Leitstelle Psychiatrie als telefonische Anlaufstelle und zur qualifizierten Beratung und Vermittlung seelischer Krisen und Notfälle über die GKV mit der KVB finanziert werden. Hier wäre jedoch sicherzustellen, dass diese Leitstelle regional organisiert ist, weil sie über genaue Kenntnis der jeweiligen Wei-

tervermittlungsmöglichkeiten verfügen muss. Die Anbindung an die zentrale Rettungsleitstelle genügt keinesfalls.

Fazit also: Alle von den Krisendiensten angebotenen Leistungen, die der Zuführung zu ärztlich-psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung dienen, sowie fallbezogene Vor- und Nachbereitungen fallen in die Kostenträgerzuständigkeit der Krankenkassen und sollten von diesen übernommen werden. Ebenso müssten von den Krankenkassen die für psychiatrische Notfallhilfe erforderlichen Vorhaltekosten in einem Umfang gewährleistet werden, die eine 24-Stunden Erreichbarkeit ermöglicht. Weil diese Kosten nicht auf den einzelnen Versicherten umgelegt werden können und damit nicht im Rahmen von versichertenbezogenen Leistungen abgerechnet werden können, muss hier **gesetzgeberisch** eine zusätzliche Aufgabe der GKV im Bereich der Sekundärprävention normiert werden. Beispielsweise könnte durch eine Erweiterung der Paragraphen 20 a ff. SGB V durch Einführung eines § 20 e SGB V der zusätzliche Leistungsbaustein „psychiatrische Krisenversorgung“ eingeführt werden. Wir sind überzeugt, dass sich diese Mehrinvestition für die GKV lohnt, da sich mit einem flächendeckenden Krisendienst häufiger kostspielige stationäre Aufnahmen vermeiden ließen. Die Finanzierung einer psychiatrischen Krisenintervention als Leistung des SGB V in Ergänzung und gegebenenfalls in Kooperation zur von den Bezirken finanzierten psychosozialen Krisenintervention erscheint dringend notwendig.

- **Zielgruppenspezifität**

Für besondere Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder, Jugendliche und alte Menschen müssen, eingebettet in die Versorgungsstrukturen, spezifische Kompetenzen und Strukturen auch im Krisendienst vorgehalten werden. Einige Beratungsstellen in Ballungszentren, wie auch beispielsweise beim Krisendienst Mittelfranken, halten zielgruppenspezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (hier russisch- und türkischsprachig) vor. Für Kinder und Jugendliche gibt es außerhalb der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie keine spezifischen Krisenangebote, insbesondere ein spezifisches Angebot der psychosozialen aufsuchend erfolgenden Krisenintervention für Kinder und Jugendliche vor allem an Abendstunden und Wochenenden gibt es nach unserer Kenntnis lediglich vereinzelt über die jeweiligen Jugendämter. Da bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung noch weniger von flächendeckender Versorgung gesprochen

werden kann als bei Erwachsenen, gibt es nicht selten Notaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in den Fachkliniken der Bezirke für Erwachsenenpsychiatrie.

- **Wie kann eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten sichergestellt werden?**

Hier besteht aus Sicht der Kliniken erheblicher Verbesserungsbedarf auf Seiten der niedergelassenen Ärzte. Dies könnte durch gemeinsame Fortbildungen und Qualitätszirkel erreicht werden. Eine weitere Verbesserung der psychiatrischen Notversorgung könnte auch durch eine entsprechende Qualifikation der Hausärzte erreicht werden. Viele der bezirklichen Kliniken haben entsprechende regionale Initiativen ergriffen. Doch auch die von niedergelassener Seite ernsthaften Anstrengungen zur Zusammenarbeit und Beteiligung an einer Krisenversorgung scheitern oft an ganz praktischen Problemen: Belegt ein niedergelassener Facharzt während einer Bereitschaftszeit seine Sprechstunde mit Regelterminen, kann er kaum zu einer zwei-stündigen Krisenintervention ausrücken und die Patienten warten lassen. Diese auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, bedeutet auf Grund der hohen Auslastung eine Terminvergabe in mehreren Wochen. Hält sich der Niedergelassene jedoch während der Bereitschaftszeit die Praxis auf Verdacht frei, so wird dieser Verdienstausfall nicht refinanziert. Daher muss es im Regelfall schon als Erfolg betrachtet werden, wenn es regional gelingt, die Strukturen so verbindlich zu gestalten, dass das „Einschieben“ eines Notfallpatienten innerhalb weniger Tage sichergestellt ist.

#### **4. Stationäre psychiatrische Versorgung einschließlich Psychosomatik**

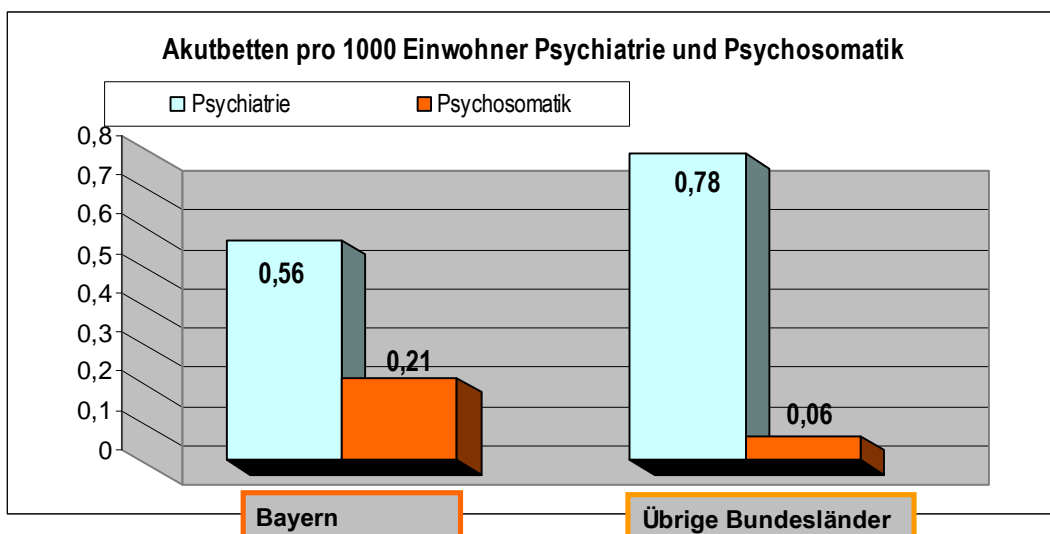
In Bayern bieten die Bezirke an über 40 Standorten insgesamt 7.200 Betten und tagesklinische Plätze im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an. Das entspricht 4/5 der Kapazität dieser Fachrichtung in Bereich. Anders ausgedrückt: 80 Prozent der Betten in der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie sind in kommunaler Trägerschaft, davon 90 Prozent in der Trägerschaft der Bezirke. Die Gesundheitsunternehmen der Bezirke sind in den letzten Jahren weiter in die Fläche gegangen; sie bieten mit gestuften störungsspezifischen Konzepten eine durchlässige Versorgung an. Bei jeder Regionalisierungsmaßnahme wurde die Erfahrung gemacht, dass damit die Nutzung der Betten im sogenannten Mutterhaus kaum zurückgegangen war.

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser der Bezirke sind in den letzten Jahrzehnten verstärkt in die Fläche gegangen: mit gut 30 Standorten zur stationären Versorgung und 42 tagesklinischen Angeboten allein in der Erwachsenenpsychiatrie kann man von einer gelungenen und für die Bundesrepublik vorbildlichen Regionalisierung sprechen. Die Anbindung der Psychiatrie an wohnortnahe somatische Kliniken ist grundsätzlich sinnvoll. In der somatischen Medizin gab es mit der Kompetenzzentrierung auf häufig wohnortferne Standorte eine gegenläufige Entwicklung. Das macht weitere Regionalisierungsbemühungen im Hinblick auf Vollversorgungskonzepte zunehmend schwierig, die Anbindung an ein somatisches Haus sollte daher nicht als Dogma verfolgt werden. Zudem sind auch in der Psychiatrie zunehmend störungsspezifische therapeutische Verfahren entwickelt worden. Aufgrund dieser gegenüber den Möglichkeiten vor 30 Jahren erheblich differenzierteren Behandlungskonzepte besteht auch in der Psychiatrie die Notwendigkeit der überregionalen Schwerpunktbildung. D. h. bei allen Regionalisierungsbemühungen müssen leistungsfähige „Mutterhäuser“ bestehen bleiben, die eine bestimmte Größe nicht unterschreiten dürfen.

Gleichzeitig haben wir seit Jahren bei allen Regionalisierungsmaßnahmen die Erfahrung gemacht, dass damit insgesamt mehr Menschen erreicht und versorgt werden und nicht nur lediglich dieselben Patienten wohnortnaher behandelt werden können. D.h. bei budgetneutraler Umsetzung wird eine neue Klientel erschlossen, ohne dass das entsprechende Budget vereinbart werden kann. Um nicht weiter in Vorleistung gehen zu müssen, fordern die Bezirke, künftig auf das Petitum der budgetneutralen Umsetzung zu verzichten.

#### Psychosomatik:

Nur in Bayern erfolgt die Bedarfsplanung für Krankenhausbetten-/ und Plätze der beiden medizinischen Fächer Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie getrennt voneinander. Diese bayerische Praxis hat zu zwei separaten Versorgungskreisen geführt. Zum einen wird die psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Pflichtversorgung in den bezirklichen Kliniken geleistet. Unabhängig davon findet in wohnortfernen psychosomatischen alleinstehenden Fachkliniken eine selektive Versorgung nach Diagnosegruppen, Erkrankungsstatus und Versichertenstatus statt.



03. Juli 2008

Margitta Borrmann-Hassenbach

Die Entwicklung erfüllt den Verband der bayerischen Bezirke mit großer Sorge. In dem in der Anlage 2 beiliegenden Positionspapier, wird dargelegt, dass die Unterscheidung der Fachbereiche eine willkürliche ist. Im Wesentlichen werden dieselben Störungen behandelt, aber auch die in der Behandlung stattfindenden Prozeduren sind im Wesentlichen dieselben.

Seit vielen Jahren sind wir mit wachsendem Erfolg um eine Entstigmatisierung der Psychiatrie und eine Verringerung der Diskriminierung psychisch kranker Menschen bemüht. Eine Perpetuierung und Vertiefung der Trennung der fachlich eng miteinander verzahnten Bereiche würde diese Bemühungen zunichte machen, wenn das Label „Psychiatrie“ nur noch schwerst chronisch Kranke, straffällig gewordenen psychisch Kranke und gerontopsychiatrische Patienten trügen.

Andererseits muss dem Wunsch nach „psychosomatischer“ Behandlung wohl Rechnung getragen werden. Dies kann aber auch in einem die Fachrichtungen integrierenden Zusammenhang geschehen.

Das Rad der getrennten Bepanung kann wohl nicht zurückgedreht werden. Es sind aber alle weiteren Maßnahmen unbedingt zu vermeiden, die zu einer Restigmatisierung in psychiatrischen Krankenhäusern behandelter Patienten führt und die eine selektive Versorgung attraktiver Patientengruppen außerhalb der psychiatrischen Fachkliniken begünstigt.

## 5. Jugendpsychiatrie

Der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und die Prävalenzen kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen wurde aktuell vom „Runden Tisch Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Verbesserung der Prävention und Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in Bayern“, den das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit ins Leben gerufen hat, beschrieben. Herr Prof. Dr. Freisleder und Herr Dr. Schlamp vom Heckscher Klinikum München und der Verband der bayerischen Bezirke haben daran unter anderem mitgewirkt.

Bedarf:

Für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigt sich folgende Ausgangslage:

- Es gibt eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten, wobei bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Erkrankungen psycho-soziale Faktoren von zunehmender Bedeutung sind.
- Es gibt eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Störungen.
- Die „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

Die KIGGS Studie (Ravens-Sieberer et. al, 2007) zur Prävalenz psychischer Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter weist eine Rate von 12 % Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen und 9,6 % psychischen Störungen aus.

Bei bundesweit 23,2 Mio Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) bedeutet dies:

- 2,78 Mio Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen
- 2,22 Mio Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

Bayernweit bedeutet dies bei 2,3 Mio Kinder und Jugendlichen:

- 276 000 Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen
- 220 800 Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

Bei einer konservativen Schätzung können wir in Bayern von 5 %, bzw. von 115.000 behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen ausgehen. Jedoch muss zuvor einer deutlich höheren Zahl von Kindern und Jugendlichen die diagnostische Abklärung einer eventuell behandlungsbedürftigen Störung angeboten werden. Daneben gibt es eine zunehmende Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten

und Suchtproblemen. Die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, steht hier in einem nahezu linearen Zusammenhang zur Zahl der psychosozialen Risikofaktoren.

Als Hochrisikogruppe für psychische Störungen gelten Kinder und Jugendliche, die in Folge von Erkrankungen oder familiären Belastungen in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe leben. Nach der Ulmer Heimkinderstudie (Nützel et al, 2005) liegt bei knapp 60% der Kinder und Jugendlichen in einer stationären Einrichtung und bei 50% in teilstationären Einrichtungen eine psychische Störung vor.

Kinder und Jugendliche in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung haben einen hohen Bedarf an Jugendhilfeanschlussmaßnahmen. Nach einer Untersuchung von Beck und Warnke (2009) wurde bei 50% der behandelten Kindern und Jugendlichen im Anschluss an die klinische Behandlung ein Jugendhilfebedarf festgestellt, bei 35% wurde er auch umgesetzt. Es handelte sich dabei in der Mehrzahl um eine vollstationäre Jugendhilfemaßnahme.

Versorgungssituation:

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche ist in Bayern regional unterschiedlich. Insbesondere in strukturschwächeren ländlichen Gebieten kann sich der Zugang schwierig gestalten. Dies zeigt sich beispielhaft daran, dass bei der Eröffnung der kinder- und jugendpsychiatrischen PIA in Amberg im Dezember 2009 innerhalb von 3 Monaten Wartezeiten von 6 Monaten entstanden.

Die durchschnittliche Wartezeit für einen Platz in der ambulanten kinder- und jugendlichen-psychotherapeutischen Versorgung beträgt 14,4 Wochen (Minimum 0 und Maximum 130 Wochen, insgesamt können etwa 54,4% der behandlungswilligen Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung psychotherapeutisch versorgt werden). Auch der Zugang zum ambulanten komplementären Bereich (Beratung, Begleitung und Nachsorge) ist mit regional unterschiedlichen Wartezeiten verbunden.

Insbesondere für Hochrisikogruppen (z.B. Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der teilstationären und stationären Jugendhilfe, psychische gestörte Kinder- und Jugendliche in der Behindertenhilfe mit einer gleichzeitig bestehenden geistigen und/oder körperlichen Behinderung) und spezifische Klientelgruppen (z.B. Jugendliche mit einer Borderline- Störung, Jugendliche mit einer Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis) fehlen häufig qualifizierte Clearing-, Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten an den Schnittstellen des Gesundheitssystems, der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe. Die Abstimmung der Hilfen, die Koordination unterschied-

licher Elemente und die Integration verschiedener Hilfebausteine im Sinne eines übergreifenden Gesamtbehandlungsplanes sind oft durch unklare Fragen der Zuständigkeit und Finanzierung beeinträchtigt.

### Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung in Bayern (01.01.2010)

	OBB	NB	OPF	SCHW	UFR	MFR	OFR	Gesamt
<b>KJ-Psychiatrie-Praxen / tätige Fachärztinnen und -ärzte</b>	46 (44)	8	11	17	23	16	9	<b>130</b> Fachärzte in ca.80 Praxen
<b>KJ-Psychotherapie-Praxen</b>	281 (285)	17	25	68	32	43	28	<b>494</b>
<b>KJP-Institutsambulanzen</b>	9 (10 ab Herbst 10)	3	4	3	3	3	3	<b>28</b>
<b>Stationäre Betten (Ist-Zustand)</b>	151	36	28	83	58	87	28	471
<b>Stationäre Betten (Bedarfsfestgestellt)</b>	50	4	12	0	28	5	0	99
<b>Teilstationäre Betten (Ist-Zustand)</b>	101	26	38	70	43	59	32	369
<b>Teilstationäre Betten (bedarfsfestgestellt)</b>	25	21	12	0	3	13	12	86
<b>Bettenmessziffer (inkl. Bedarfsfeststellungen) (100Tsd EW / 100Tsd Jug)</b>	4,6/20,0	3,4/18,6	3,8/21,1	4,6/24,9	6,4/37,0	5,4/31,5	2,6/15,1	4,6/26,0
<b>Tagklinikmessziffer (inkl. Bedarfsfeststellungen) (100Tsd EW / 100Tsd Jug)</b>	2,9/13,4	3,9/21,8	4,7/26,3	3,9/21,1	3,5/19,7	4,2/24,6	4,2/23,7	3,7/20,7
<b>Gesamtplätze (inkl. Bedarfsfeststellungen) (100Tsd EW / 100Tsd Jug)</b>	<b>7,5/33,4</b>	<b>7,3/40,4</b>	<b>8,5/47,4</b>	<b>8,5/46,0</b>	<b>9,9/56,7</b>	<b>9,6/56,1</b>	<b>6,8/38,8</b>	<b>8,3/46,7</b>
<b>Einwohner in Mio (2008)</b>	4,34	1,19	1,06	1,79	1,33	1,71	1,06	<b>12,48</b>
<b>davon &lt; 18 J. (%)</b>	17,4	18,1	17,9	18,6	17,5	17,1	17,5	<b>17,6</b>
<b>davon &lt; 18 J. (abs.)</b>	755.160	215.390	189.740	332.940	232.750	292.410	185.500	<b>2,196.480</b>

Gerade in der ambulanten kinder- und psychiatrischen Versorgung besteht erheblicher Ausbaubedarf. Die Versorgungssituation könnte nun deutlich vereinfacht und gleichzeitig verbessert werden, wenn die vorhandenen KJP-PIA sog. „Außenstellen“ ohne eigenes Institut (Krankenhaus oder Tagesklinik) andernorts errichten könnten. Dies wird aber insbesondere von der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern bislang strikt abgelehnt. Erst wenn eine krankenhauserplanerische Entscheidung über die künftige Errichtung eines Instituts, meist eine Tagesklinik, vorliegt, wird auch eine Institutsambulanz – dann durchaus auch im Vorgriff – genehmigt bzw. durch den Zulassungsausschuss eine entsprechende Ermächtigung ausgesprochen. Gerade im Hinblick auf die jetzt schon lückenhafte fachärztliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie auch künftige zu erwartende Lücken in der hausärztlichen Versorgung sollte eine unbürokratische Einrichtung von Außenstellen vorhandener psychiatrischer Institutsambulanzen i.S. von „Filialpraxen“ ermöglicht werden können. Dies trifft übrigens nicht nur auf die dramatische Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sondern auch für die Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen zu (insbesondere bei der Substitution). Allerdings kommen die Gesundheitsunternehmen der Bezirke dort an ihre Grenzen, wo sie selbst zu wenig Ärzte gewinnen können.

## 6. Gerontopsychiatrie

Wenn von Gerontopsychiatrie gesprochen wird, sind folgende Personengruppen in den Fokus zu nehmen:

- Altgewordene psychisch kranke Menschen und
- Menschen die im Alter psychisch erkranken (z. B. Depressionen, Angststörungen, Sucht sowie dementiell erkrankte Menschen)

Epidemiologische Studien gehen davon aus, dass ca. 30% der über 60jährigen Menschen an einer psychischen Erkrankung leiden. Ein gutes Drittel davon sind mittelschwer dementiell erkrankte Menschen, während sich der weit größere Anteil der Personen mit psychiatrischen Diagnosen auf die anderen psychiatrischen Krankheitsbilder verteilt.

Die dramatische steigende Anzahl direkt und indirekt betroffener Menschen erfordert eine landespolitische gerontopsychiatrische Planung, zumal sich hier ebenso wie in den anderen psychiatrischen Versorgungsbereichen zahlreiche Schnittstellen ergeben, die eine zielführende Versorgung nicht einfacher machen. In diesem Fall liegen

diese zwischen den Versorgungsvorgaben der SGB V, IX und XII, und auch zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung, da in gerontopsychiatrische Patienten in aller Regel multimorbid sind. Der neu gegründete Expertenkreis könnte hier in einer Unterarbeitsgruppe Verbesserungsvorschläge erarbeiten.

An vielen SPDi finanzieren die meisten Bezirke zusätzliche gerontopsychiatrische Fachkräfte bzw. es bestehen eigene Gerontopsychiatrische Dienste (GPDI's). Diese erbringen als ambulante psychiatrische Fachdienste vorrangig Leistungen für ältere Menschen ab 60 Jahren mit psychischen Störungen und Erkrankungen wie affektive Störungen, schizophrene und wahnhaftige Störungen, neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen u. a. m. oder in psychiatrischen und psychosozialen Krisen. Für Menschen mit demenziellen Erkrankungen können die GPDI's komplementäre Leistungen (vorrangig sind Leistungen des SGB V und SGB XI) erbringen, sofern entsprechende Ressourcen dafür zur Verfügung stehen. GPDI's beraten und unterstützen Angehörige und Bezugspersonen sowie das weitere soziale und institutionelle Umfeld und dienen als Informations- und Beratungsstelle für alle Bürger und Bürgerinnen innerhalb ihrer regionalen Zuständigkeit. Nicht zuständig sind die GPDI's für Personen mit primären Suchterkrankungen, primär neurologischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen sowie für Personen, die in stationären Einrichtungen leben.

Wir beobachten einen Bedarf am Auf- und Ausbau von Leistungsbausteinen zur Tagesgestaltung für alt gewordene und altersbedingt psychisch erkrankte Menschen. Hier wäre der Gesetzgeber gefordert, um eine bessere Verknüpfung der verschiedenen Leistungsträger und Zuständigkeiten zu gewährleisten. Es bleibt zu hoffen, dass im Rahmen der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe durch den Bundesgesetzgeber zügig diese Schnittstelle geklärt wird. Der Freistaat Bayern wird gebeten, sich vehement für eine Schnittstellenklärung einzusetzen, die nicht einseitig zu Lasten der Eingliederungshilfe und damit der Kommunen geht.

Vereinzelt gibt es bereits zukunftsweisende Initiativen für quartiersbezogene Netzwerke, in denen SGB V-Angebote mit SGB XII- und SGB XI-Leistungen in Kooperation mit Wohnungsbaugesellschaften verknüpft werden. Weitere Ansätze sind „Sozialräumliches Case-Management“, und „Sozialraumbezug in der Sozialplanung“, HALMA in Würzburg, „Kompetenznetzwerk Demenz“ in Nürnberg, Ärzte-Netzwerk Nürnberg-

Nord oder Netzwerke im Rahmen der integrierten Versorgung wie die „Blaue Blume“ in Kaufbeuren, „Picasso“ in Augsburg und „IDOB“ (integrierte Demenzversorgung in Oberbayern), die regional entwickelt wurden. Letztere drei sind leider von den Kassen gekündigt worden: das IDOB bereits zum 31.12.2009, der Bezirk Oberbayern konnte es noch ein Jahr weiterführen, da aber die Verhandlungen mit den Kassen nicht erfolgreich waren, werden einzelne Elemente im Rahmen der aufsuchenden Versorgung von der PIA weitergeführt. Das Projekt als solches musste beendet werden, obwohl es wissenschaftlich evaluiert deutliche Verbesserungen für die eingeschriebenen Betroffenen brachte. Die schwäbischen Projekte wurden zum 31.12.2010 gekündigt; es finden jedoch Gespräche zur Fortführung statt.

#### Klinische Versorgung:

Im Jahre 2008 wurden in den bayerischen Bezirkskliniken 17.674 gerontopsychiatrische Patienten stationär und 846 gerontopsychiatrische Patienten teilstationär versorgt. Den Fachabteilungen und zum Teil spezialisierten Tageskliniken ist meist eine gerontopsychiatrische Fachambulanz, die im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz betrieben werden, angeschlossen. Diese stehen Patienten im höheren Lebensalter zur Verfügung und werden überwiegend aufsuchend tätig. Zudem ist endlich ein Dienst der ambulanten psychiatrischen Pflege mit wesentlicher Beteiligung des Kommunalunternehmens des Bezirks Oberbayern im Entstehen, der gerade für ältere psychisch Kranke ein wichtiger Versorgungsbaustein werden wird.

Die medizin-technische Infrastruktur einschließlich der elektronischen Datenspeicher- und Verarbeitungsinstrumente der Fachkliniken in den bayerischen Bezirken befindet sich überwiegend auf hohem Niveau, die auch die zunehmende somatische Komorbidität berücksichtigt und die Voraussetzungen auch des Fachprogramms Akutgeriatrie erfüllt. Das Inn-Salzach-Klinikum hat bereits die Anerkennung als Akutgeriatrie erhalten, weitere sind beantragt, bzw. altersmedizinische Zentren in Planung.

In vielen PIA wird eine Demenzsprechstunde mit komplexer psychiatrisch-neurologisch-internistischer Diagnostik vorgehalten, routinemäßig erfolgt neuropsychologische Diagnostik. Bei Bedarf wird in Kooperation neuroradiologische Diagnostik durchgeführt. Die Vorhaltung multiprofessioneller Teams mit Sozialarbeitern und Psychologen ermöglicht die Vorbereitung der nachklinischen Versorgung im Lebensumfeld des Betroffenen und die Klärung der weiteren Lebensperspektiven. Die Bezirkskliniken legen großen Wert auf die Zusammenarbeit mit komplementären Anbietern so-

wie die Kooperation mit Angehörigen und Betreuern, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, gerontopsychiatrischen Diensten, ambulanten Pflegediensten, Alten- und Servicezentren sowie Heimen, Amtsgerichte, Polizei und Behörden, so dass ältere Patienten medizinisch fachbereichsübergreifend und berufsgruppenübergreifend im Sinne der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Multidisziplinarität diagnostiziert und in zielgruppenorientierte Versorgungsstrukturen behandelt werden.

## **7. Flächendeckende Versorgung**

### **7.1 auch für Menschen mit Migrationshintergrund**

In psychiatrischen Fachkliniken werden psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund aufgenommen und soweit wie möglich auch kultursensibel behandelt. Diesen Patientinnen und Patienten stehen im Rahmen der Behandlung jedoch nur begrenzt Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten mit entsprechenden Sprachkenntnissen zur Verfügung. Die als Anlage 3 beigefügte Tabelle bietet einen Überblick über die jeweils vorhandenen Sprachkenntnisse. In den Ballungsräumen, aber auch integriert in viele PSB's und SpDi's gibt es spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Schon aus Arbeitsmarktgründen beschäftigen viele Kliniken Fachkräfte mit Migrationshintergrund, deren Sprachkompetenz zwar gelegentlich durch entsprechende Schulungen über die Klinik sichergestellt werden muss. Auf der anderen Seite können über diese Fachkräfte muttersprachliche Therapien besonders als Einzelgespräche zur Verfügung gestellt werden. Auch im Bereich der komplementären Versorgung findet eine konzeptintegrierte fachliche Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Bedarfen statt. Aber auch hier gilt es, das vorhandene Personal entsprechend weiter zu qualifizieren.

## **8. Psychiatriegrundsätze und PsychKG**

### **8.1 Haben sich die bayerischen Psychiatriegrundsätze bewährt oder braucht Bayern ein PsychKG?**

Die in den bayerischen Psychiatriegrundsätzen enthaltenen Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung sind ausgearbeitet und vor dem Hintergrund zeitgemäßer Standards differenziert formuliert. Sie dienen als fachliche Orientierung. Einzelne Zielsetzungen wie Prävention, Selbsthilfe oder Einführung einer Gesundheitsberichterstattung kommen aus verschiedenen Gründen nur langsam voran. Empfehlungsregelungen lassen zwar einen größeren Spielraum zu und können so regionalen Gegebenheiten Rechnung tragen, sie sind aber eher unverbindlich. Uns ge-

lingt es häufig nicht, den verschiedenen Akteuren unter Berufung auf die Grundsätze entsprechende Konsequenzen abzuverlangen. Ein PsychKG würde nur dann daran etwas ändern, wenn es klare Handlungsanweisungen samt Kostentragungsregelungen enthielte. Es bedürfte also eines politischen Gestaltungswillens dahingehend, dass die Versorgungsgrundsätze verbindlich umgesetzt und insbesondere die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel unter Beachtung des Konnexitätsgrundsatzes auch zur Verfügung gestellt würden. Dies würde durch den Freistaat Bayern ein Bekenntnis zu den Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordern, aus dem sich vor allem auch in wirtschaftlich klammen Zeiten die Finanzierung wichtiger Versorgungsprojekte und innovative Ansätze in der Psychiatrie und Psychotherapie ableiten ließe.

## 8.2 Wenn ja, welche Regelungsbedarfe gibt es dafür?

Neben der Umsetzung der Programmsätze in den Psychiatriegrundsätzen wäre es erforderlich, zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention die bisherigen Regelungen zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuentwickeln. Beispielsweise müsste der Einwilligungsvorbehalt und die Regelungen zu Unterbringung und Zwangsbehandlung überarbeitet werden. Völlig unpassend erscheint in diesem Zusammenhang die beabsichtigte Einbeziehung des Therapieunterbringungsgesetzes in das Bayerische Unterbringungsgesetz.

## 9. Prävention

Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen im Bereich der Präventionsarbeit?

Auch hier wird vor allem auf die Ergebnisse des Runden Tisches Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe Themenblock 5) verwiesen:

Hier wurden unter anderem folgende Empfehlungen zur Prioritätensetzung erarbeitet:

### Im Gesundheitssystem

- Unterstützung von niederlassungsbereiten Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, gemeinsame Bedarfsplanung der ambulanten Versorgungsangebote sowie bedarfsangepasster Ausbau der ambulanten Beratung und Versorgung.
- Ausbau des psychotherapeutischen Angebots zur Behandlung im Kleinkind- und Vorschulalter.

- Bedarfsgerechter Ausbau der stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinheiten unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Versorgungsunterschiede in ländlichen Regionen.
- Regelmäßige Einbeziehung der Sozialpsychiatrischen Dienste bei der Prävention psychischer Störungen und der Betreuung betroffener Jugendlicher am Übergang zum Erwachsenenalter (für die Altersgruppe der 16 – 18jährige), ggf. Einrichtung und Ausbau spezialisierter sozialpsychiatrischer Dienste für Kinder und Jugendliche.
- Weitere stationäre Einrichtungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie - Erwachsenenpsychiatrie: In Wasserburg haben die Inn-Salzach-Klinikum gGmbH und die Heckscher-Klinikum gGmbH der Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen - einen gemeinsamen stationären Bereich für ältere Jugendliche und junge Erwachsene (Altersbereich etwa 16 bis 25 Jahre) errichtet. Im Bezirkskrankenhaus Mainkofen werden auf der Station B12 zunehmend auch jüngere Minderjährige schon ab 14 Jahren mit diagnoseführender Suchtproblematik behandelt. Deshalb wurde dort im Krankenhausplanungsausschuss am 3. Mai 2010 die Aufnahme der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Krankenhausplan anerkannt. Generell soll das Überleitungsmanagement zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie verbessert werden.
- Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgungsstrukturen für schwer- und mehrfachbehinderte Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen
- Verbesserung der ärztlichen Kompetenz zur Früherkennung psychischer Störungen bei Kinder- und Allgemeinärzten bzw. der Laienkompetenz bei Eltern und Lehrkräften. Schließung von Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit frühdiagnostischer und frühtherapeutischer Kompetenz.
- Die Möglichkeit der Errichtung von Filialen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen (s.a. Themenblock 5)
- Flächendeckende interdisziplinäre Beratung und Hilfestellung im Hinblick auf den Aufbau eines Hilfenetzes für psychisch kranke Eltern zur Unterstützung des Aufbaus sicherer Bindungen zu ihren Kindern und der Entwicklung von Erziehungskompetenz.
- Adäquate Honorierung der Leistungen für Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern durch die Leistungsträger.
- Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgungs-

strukturen mit Schulen und Jugendhilfe zur Gestaltung der Wiedereingliederung nach Klinikaufenthalten.

- Intensivierung der Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie mit Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe (Stichworte: Versorgung von Kindern im Falle der stationären Behandlung der Eltern, Risikoeinschätzung betroffener Kinder, Fragen der Elternschaft). (s. Anlage 4, die aber nicht alle Aktivitäten abschließend wiedergibt)

#### In der Schule:

- Entwicklung von Unterrichtsangeboten und Fortbildung zum Thema psychische Störungen und Migration, auch in Zusammenhang mit Traumatisierung..
- Entwicklung von Unterrichtsangeboten und Fortbildung von Lehrern zu psychischen Störungen und Auswirkungen auf Kinder psychisch kranker Eltern. Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen (z.B. im Rahmen des Ethik- bzw. Religionsunterrichts ab den 9. Klassen) unter Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen, um mit Hilfe von deren Lebenserfahrungen und -berichten Ängsten und unüberprüften Vorannahmen entgegen zu wirken, um so:
  - die Antistigmatisierung psychisch erkrankter Menschen zu fördern und
  - zur Enttabuisierung und Entmythologisierung psychischer Krankheit beizutragen und dadurch
  - die Bereitschaft, bei Bedarf Hilfe anzunehmen, zu verbessern.
- Intensivierung der Zusammenarbeit der Schulen mit den Akteuren der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung. Dies ist durch häufigere Kontakte, einen intensiveren Erfahrungsaustausch und den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen hinsichtlich gegenseitiger Information im Einzelfall unter Beachtung der Schweigepflicht zu erreichen.

#### In der Jugendhilfe:

- Ausweitung der Angebote (individuelle und Gruppenangebote) für Kinder psychisch kranker Eltern.
- Verstärkung der Liaisonarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der qualifizierten Gewährung von Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung gemäß §35a SGB VIII durch die Jugendämter

In der Forschung und Lehre:

- Verstärkung der interdisziplinären Forschung unter Einschluss der Kinder- Jugendpsychiatrie, der Psychotherapie, der klinischen Psychologie, der Sozialpädiatrie, der Sozialpädagogik und Pädagogik zur Identifikation von frühen Prädiktoren von psychischen Belastungen, die relevant für die Entstehung psychischer Störungen sind. Solche Erkenntnisse sind zentrale Voraussetzung für eine effektive Prävention. Prädiktoren für psychische Störungen, insbesondere der häufigen depressiven Störungen und Angststörungen, sind noch weitgehend unbekannt. Durch ihre Identifikation wird es möglich, zielgerichtet und effektiv Belastungen für psychische Störungen zu vermindern oder gezielt frühzeitig Interventionen durchzuführen.
- Überprüfung der Wirksamkeit früher Prävention, um das Entstehen oder die Folgen psychischer Belastung zu verringern. Die wenigsten Präventionsansätze sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft bzw. es liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor.
- Überprüfung der Wirksamkeit familientherapeutischer Methoden (z.B. Psychoedukation) zur Tertiärprävention.
- Untersuchung die Auswirkungen des Medienkonsums im Jugendalter, insbes. hinsichtlich des Abhängigkeitspotentials auf die Entwicklung junger Menschen, um die Entstehung psychischer Störungen infolge dieses veränderten Jugendverhaltens zu verstehen und auch hier präventiv zu wirken.
- Systematisches Monitoring von Gesundheits- und Präventionsindikatoren (Gesundheitsberichterstattung), um Entwicklungen bewerten und Vergleiche mit anderen Regionen vornehmen zu können. Damit wird eine Grundlage geschaffen, Präventions- und Versorgungsprioritäten rational bestimmen zu können.
- Interdisziplinäre Entwicklung von Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) oder S 3-Leitlinien für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Drei-Stufen-Konzept der Leitlinienentwicklung: S3 = Leitlinien der höchsten Stufe mit allen Eigenschaften systematischer Erstellung (z.B. Konsensus und "Evidenz"-basiert).

Weiter muss daraufhingewiesen werden, dass es in allen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken der Bezirke enge Kooperationsstrukturen mit der Jugendhilfe gibt. Einen Einblick hierzu, der aber keinesfalls als abschließend geltend kann, gibt die beige-fügte Tabelle Anlage 5.

## **10. Arbeit für psychisch Kranke**

### **10.1 Wie gelingt der Erhalt des Arbeitsplatzes bei psychisch Kranken?**

Grundsätzlich ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bei psychisch kranken Menschen schwieriger als bei z.B. körperlichen Behinderungen, da häufig trotz Therapie und Medikamenteneinnahme kein gleichmäßiger Leistungszustand erreicht (gehalten) werden kann und nicht selten Probleme im zwischenmenschlichen Bereich erschwerend hinzu kommen. Häufig bleibt langfristig oder dauerhaft die Notwendigkeit zur Intervention durch Vorgesetzte oder Externe (z.B. den Integrationsfachdienst) bestehen.

Zuschüsse für Minderleistung und Betreuungskosten können eine Entlastung des Arbeitgebers und auch des Arbeitnehmers bewirken. Unterstützungsangebote (besonders, wenn sie rechtzeitig in Anspruch genommen werden) durch das Integrationsamt bzw. den Integrationsfachdienst können hier entlasten und unterstützen.

Wichtig ist, dass es bei dieser Zielgruppe in der Regel sehr individuelle Lösungen braucht. Für den spezifischen Menschen und seine Arbeitssituation müssen individuell geeignete Bedingungen geschaffen bzw. gesucht werden. Mit der entsprechenden Unterstützung ist das aber durchaus möglich.

Bei Menschen mit Suchtproblematik ist das Vorgehen zum Erhalt eines Arbeitsplatzes im Regelfall besser organisiert, hier gibt es (meistens) standardisierte Abläufe, die sich sehr bewährt haben.

Große Firmen, wie z. B. Siemens, oder die öffentliche Verwaltung, wie z.B. die Landeshauptstadt München oder der Bezirk Oberbayern, haben innerbetriebliche Sozialberatungen als Ansprechpartner für MitarbeiterInnen und Mitarbeiter eingerichtet, die psychosoziale Probleme haben, um diesen rechtzeitig eine adäquate Hilfe und Unterstützung anbieten zu können. Dieses Angebot soll dazu dienen, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und die Integration am Arbeitsplatz zu ermöglichen, sowie um langwierige Chronifizierungen durch möglichst frühzeitige Intervention zu vermeiden. Diese internen Ansprechpartner kooperieren im Bedarfsfall auch mit dem vielfältigen externen Beratungsangebot, das die Bezirke finanzieren. Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement hat sich sehr bewährt und sollte weiter gefördert werden.

### **10.2 Wie gelingt die Reintegration am Arbeitsplatz?**

Die Reintegration am Arbeitsplatz kann durch Arbeitserprobung gem. SGB V gelingen, sowie durch konsequente Umsetzung eines betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements, sofern das im Betrieb vorhanden ist.

Auf Bundesebene führen derzeit die angekündigten massiven Kürzungen im Eingliederungstitel des SGB II zu sehr ungünstigen Auswirkungen auf die Träger und damit unmittelbar auf die betroffenen Menschen. Diese Mittel sollten daher im notwendigen Umfang erhalten bleiben. Bei der für 2011 angekündigten Reform der Instrumente im SGB II und III ist eine Fokussierung auf Beschäftigung und Qualifizierung – statt bloßer Fixierung auf „Eingliederung“ – von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit sowie mit psychischen Erkrankungen und Behinderung erforderlich. Die Schnittstellen zwischen allen betroffenen Gesetzbüchern sollten nach einer solchen Reform reibungsloser als bisher funktionieren.

Die Förderinstrumente müssen auf allen Ebenen, also im Freistaat, in den Bezirken und Kommunen, bedarfsgerecht, flexibel und individuell ausgerichtet sein. Und stabil bestehen. Gerade die Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind bei konjunkturellen Schwankungen gefährdet. Investitionen lohnen für einen Beschäftigungsträger jedoch nur, sei er ein Wirtschaftsunternehmen des ersten Arbeitsmarkts oder ein sozialer Träger des zweiten Arbeitsmarktes, wenn die Fördermaßnahmen zur Unterstützung dieser Arbeitsplätze nicht Jahr um Jahr aufs Neue hinterfragt werden.

Insgesamt sollte die Kooperation zwischen Staat, Arbeitsagenturen und Maßnahmeträgern sowie den Kostenträgern im Sozial- und Gesundheitswesen wesentlich enger, verlässlicher und nachhaltiger gestaltet werden.

Die Rehabilitation suchtkranker Menschen ist demgegenüber recht erfolgreich.

### **10.3 Funktioniert die leistungsträgerübergreifende Kooperation bei der Finanzierung?**

Die leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit funktioniert nicht zufriedenstellend. Die Gemeinsame Servicestellen in Bayern können das nicht ausgleichen. Die Möglichkeiten der Finanzierung sind sehr unübersichtlich. Absprachen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern sind häufig schon wegen der unterschiedlichen Ebenen der Entscheidungen erschwert oder diese verhindern regionale Lösungen (die Arbeitsagentur unterliegt Bundesregelungen, andere Akteure entscheiden auf Landes-, Bezirks-, Landkreis- oder Stadt- und Gemeindeebene). Je schwieriger die Haushaltssituationen in den einzelnen Leistungsträgersystemen werden, desto stärker sind diese bestrebt, die Zuständigkeit auf andere Leistungsträger abzuschieben.

### **10.4 Reichen die bestehenden Integrationsprojekte und deren Finanzierung?**

Insgesamt reichen die bestehenden Projekte und deren Finanzierung nicht.

Die Bezirke fördern Integrationsfirmen und Zuverdienstarbeitsplätze für psychisch kranke Menschen mit mehr als 10,5 Mio. € im Jahr.

Angesichts der Probleme psychisch kranker Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bleiben bzw. (wieder) Fuß zu fassen (s.o. unter 10.1), sollte es mehr Plätze in Integrationsfirmen geben. Die Finanzierung der Integrationsfirmen erfolgt aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. In Bayern wird (anders als in anderen Bundesländern) ein großer Teil dieser Mittel auch zur Errichtung von Plätzen in von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen verwendet. Dies geht zu Lasten der Integrationsfirmen. Daher fördern die Bezirke im Rahmen ihrer Möglichkeiten zusätzlich 55 Selbsthilfefirmen mit knapp 1000 Plätzen.

Aber nicht nur die finanziellen Rahmenbedingungen sind ungünstig, auch die Anforderungen an die Leistungserbringer sind in einer Integrationsfirma besonders hoch. Es ist nicht einfach, geeignete Träger für Integrationsfirmen zu finden. Hier ist besonderes betriebswirtschaftliches Know-how notwendig, dem die Integrationsämter z.B. mit dem Programm „management plus“ Rechnung tragen wollen (Finanzierung von Fortbildungskosten zur Stärkung der betriebswirtschaftlichen Kenntnisse). In diesem Zusammenhang könnte vielleicht über Integrationsabteilungen in Firmen nachgedacht werden.

Bei der anstehenden Reform der Eingliederungshilfe müssen gerade in diesem Bereich flexiblere Lösungen, bspw. über ein Budget für Arbeit, ermöglicht, aber auch der Wechsel zwischen Werkstatt und erstem/ zweitem Arbeitsmarkt und zurück sinnvoll geregelt werden.

Auch die Jobcenter spielen im Zusammenhang mit Arbeit eine Rolle: Sie können regionale Programme auflegen, die gut an die örtlichen Gegebenheiten angepasst sind. Die berufliche Reha im engeren Sinne gehört zwar nicht zu deren Aufgaben, allerdings führen Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sogenannte AGH- Maßnahmen) durchaus auch zu einer Annäherung der betroffenen Personen an den Arbeitsmarkt bzw. zu einer Integration der Menschen zumindest in das Hilfesystem.

## **11. Ambulante Psychiatrie/ Soziotherapie**

Die ambulante Soziotherapie hat sich aus Sicht der Kliniken nicht bewährt, da sie zu einer Patientenselektion führt und die Versorgung dadurch zusätzlich zergliedert wird. Dies ist aber für die Patienten nicht sinnvoll.

- a. Wie hat sich die ambulante Soziotherapie während und nach Beendigung des Rahmenvertrags seit 2003 entwickelt?

- b. Wie viele ambulante Soziotherapeuten gibt es in Bayern, die nicht nur anerkannt sind, sondern Ihre Tätigkeit noch aktiv ausüben?
- c. Wie viele neue Anträge auf Zulassung als Soziotherapeut liegen den Krankenkassen vor?
- d. Wie wird die Finanzierungslage der ambulanten Soziotherapie beurteilt?
- e. Wie werden mögliche Einsparungen im stationären Bereich durch den vermehrten Einsatz von ambulanten Soziotherapeuten beurteilt?
- f. Wie wird der Ausbau der ambulanten Soziotherapie beurteilt?

### 11.1 Wie hat sich die ambulante Soziotherapie während und nach Beendigung des Rahmenvertrags seit 2003 entwickelt?

Einem Bericht der AG Psychiatrie der AOLG von 2009 lässt sich entnehmen, dass sich die Soziotherapie in den Ländern höchst unterschiedlich entwickelt hat:

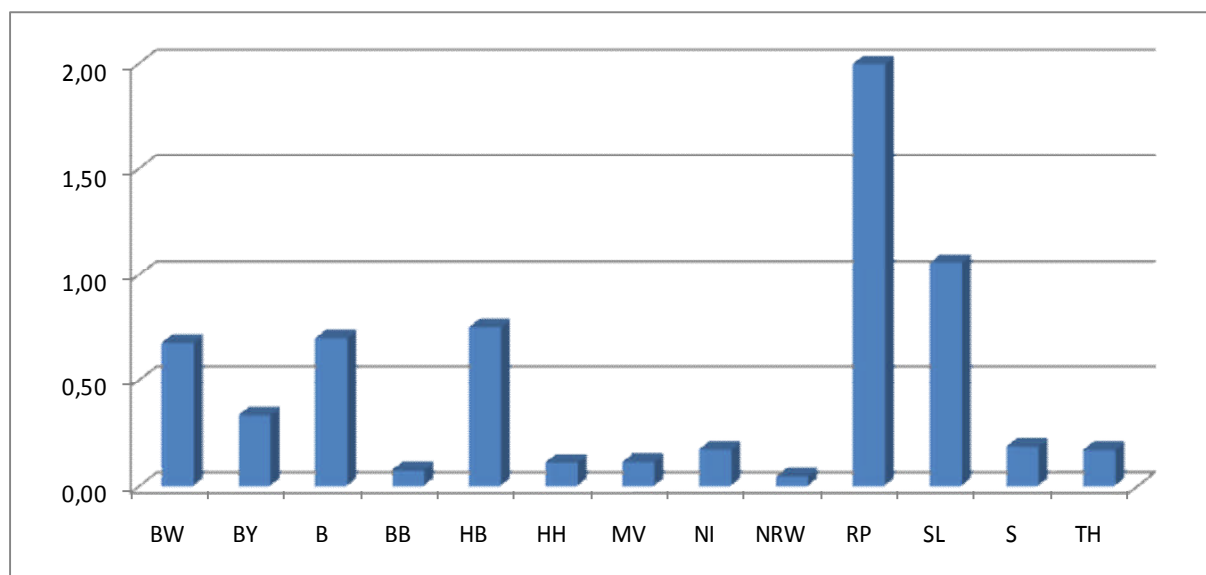


Abbildung 1: Zahl der Leistungsanbieter pro 100.000 Einwohner in den Ländern

Das Leistungsvolumen korrespondiert nur teilweise mit der Zahl der Leistungsanbieter. Die Zahl der Fälle pro 100.000 Einwohner schwankt zwischen 0,51 und 37,70, wie die folgende Abbildung zeigt.

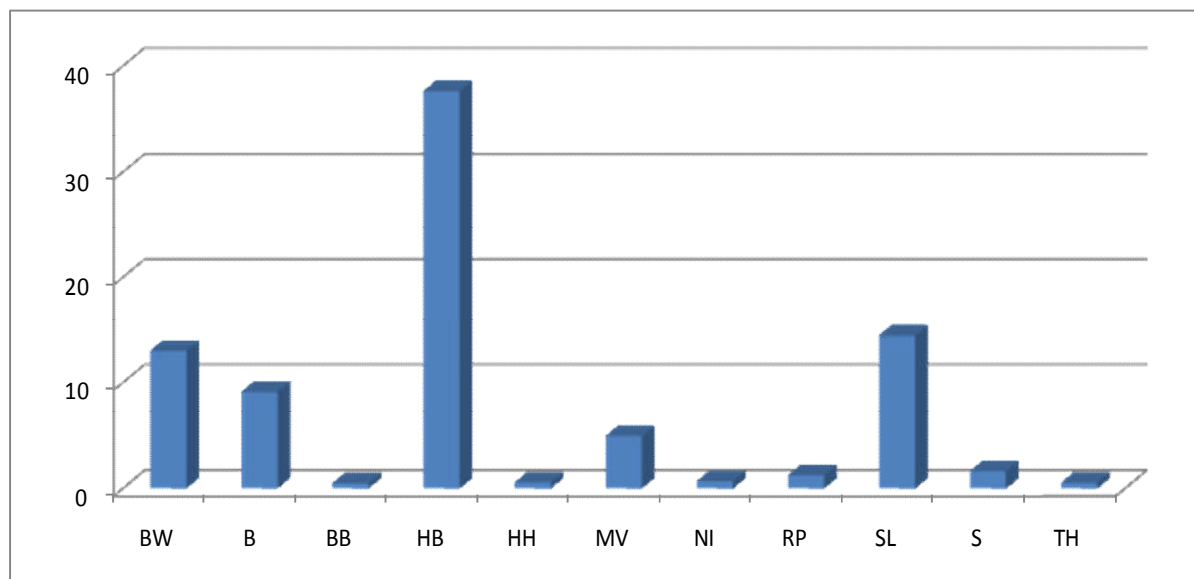


Abbildung 2: Zahl der abgerechneten Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2008

### 11.2 Wie viele ambulante Soziotherapeuten gibt es in Bayern, die nicht nur anerkannt sind, sondern Ihre Tätigkeit noch aktiv ausüben?

Nach einer Tabelle von 2008 sind es 14. Neuere Daten liegen dem Verband nicht vor.

### 11.3. Wie viele neue Anträge auf Zulassung als Soziotherapeut liegen den Krankenkassen vor?

Hierzu liegen uns keine Erkenntnisse vor.

### 11.4 Wie wird die Finanzierungslage der ambulanten Soziotherapie beurteilt?

Die Vergütung der Soziotherapie ist bis heute unbefriedigend. Sie lag 2002 mit € 39,50 pro Stunde im bundesweiten Vergleich zwar an der Spitze, erreichte aber dennoch nicht die Kostengrenze. Heute werden den Soziotherapeuten pro Stunde € 40,06 vergütet. Das sind immer noch rund 14% weniger, als von öffentlichen Kostenträgern für vergleichbare Dienstleistungen im Bereich der Eingliederungshilfe gezahlt wird. Um wenigstens kostendeckend zu arbeiten, müsste der Stundensatz entsprechend erhöht werden.

### 11.5 Wie werden mögliche Einsparungen im stationären Bereich durch den vermehrten Einsatz von ambulanten Soziotherapeuten beurteilt?

Die *Soziotherapie* entspricht dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und dient der Vermeidung von stationären Aufnahmen im klinischen als auch außerklinischen Versorgungsbereich.

Die *Soziotherapie* ist neben der *Ambulanten Psychiatrischen Pflege* und der *Integrierten Versorgung* gem. SGB V eine der Eingliederungshilfe vorrangige Leistung der Kranken-

kasse. Beide Leistungen sind geeignet, eine adäquate Anschlussbehandlung nach einem Klinikaufenthalt sicherzustellen, bzw. einen Klinikaufenthalt zu vermeiden.

Nach der gesetzlichen Einführung der Soziotherapie wurden bisher nur in Berlin die Wirkungszusammenhänge zwischen Soziotherapie und stationärer Behandlung statistisch erfasst. Seit 2006 werden dort die Behandlungsverläufe der soziotherapeutisch behandelten Patienten mit den Zeiten verglichen, die dieser Verordnung vorausgingen. In allen bisher gemeinsam mit den Krankenkassen erhobenen statistischen Auswertungen (2008 immerhin schon bei fast 450 Patienten) stellte sich heraus, dass bei über 80% der Patienten die stationäre Behandlungshäufigkeit deutlich zurückgegangen war. Dabei liegen die Mehrkosten für die Soziotherapie deutlich unter den eingesparten stationären Aufwendungen.

#### **11.6 Wie wird der Ausbau der ambulanten Soziotherapie beurteilt?**

Der Ausbau hat die Erwartungen bei weitem nicht erfüllt:

War ursprünglich vorgesehen in allen 93 Sozialpsychiatrischen Diensten Bayerns (mit weiteren 13 Außenstellen) mit insgesamt 300 Vollzeitstellen Soziotherapie anzubieten, so muss man feststellen, dass derzeit gerade mal noch 14 Soziotherapeuten (2008, neuere Daten liegen nicht vor) in ganz Bayern aktiv sind.

Der weitere Ausbau der ambulanten *Soziotherapie* würde neben anderen ambulanten Angeboten eine deutliche Verbesserung in der Versorgung von psychisch kranken Menschen darstellen.

Der wichtigste Grund für ein geringes Leistungsvolumen wird in einer zu geringen Vergütung gesehen (.s. 11.4). Daneben wird darauf hingewiesen, dass nur wenige Ärzte die Soziotherapie verordnen, weil die Leistung zu wenig bekannt ist und das Verfahren zur Anordnung umständlich, zeitaufwendig und damit aus wirtschaftlicher Sicht ineffektiv ist.

Die Möglichkeit der Verordnung der Soziotherapie durch Institutsambulanzen und der Leistungserbringung durch Sozialpsychiatrische Dienste könnte das Ausmaß der benannten Mängel mindern. Die PIA sind jedoch von der Verordnung ausgeschlossen. Zudem ist es nur im Ausnahmefall möglich, dass zeitgleich Leistungen der PIA und der Soziotherapie erbracht werden dürfen. Gerade bei den nicht- komplianten ( nicht- kooperative) Patienten wäre es jedoch sinnvoll, wenn der niederschwelliger arbeitende Soziotherapeut den Patienten der Behandlung in der PIA zuführen könnte.

Außerdem sollte der Umfang der Diagnosen, der als Indikationsvoraussetzung definiert ist, erweitert werden. Das gilt insbesondere für Abhängigkeitserkrankungen. Die Soziotherapie-Richtlinien des G-BA wären dahingehend zu erweitern, dass schwere Abhängigkeitserkrankungen als Indikation für Soziotherapie ergänzt werden. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige weisen dieselben Fähigkeitsstörungen auf, wie sie für andere psychisch Kranke in den Soziotherapie-Richtlinien benannt werden. Hierzu zählen insbesondere Störungen des Antriebs, der Ausdauer und Belastbarkeit, Einschränkungen des Realitätsbezuges, Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlende Konfliktlösungsfähigkeit, Störungen der kognitiven Fähigkeiten und mangelnde Compliance (kooperatives Verhalten). Von einer Soziotherapie könnten vor allem opiatabhängige Substitutionspatientinnen und -patienten sowie langjährig schwer Alkoholabhängige profitieren, die über die Suchterkrankung hinaus oftmals unter weiteren psychischen Störungen leiden. Soziotherapeutische Betreuungen können gerade auch bei diesem Personenkreis dazu beitragen, die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu verbessern und wiederholte Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in cursive script, reading 'Wenk-Wolff'.

Wenk-Wolff