

07/2019

Positionspapier

ES IST ZEIT FÜR EINEN NEUEN AUFBRUCH!

Handlungsbedarfe zur Reform
der psychosozialen Versorgung
44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Redaktionskreis

Gabriel Gerlinger, DGPPN – Leiter Public Affairs und Wissenschaftlicher Dienst

Dr. Elke Prestin, NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit

Prof. Dr. Rudolf Schmid, FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt, Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expertengruppe im Rahmen des FES-Projekts „Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Expertengruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

Positionspapier**ES IST ZEIT
FÜR EINEN NEUEN AUFBRUCH!****Handlungsbedarfe zur Reform
der psychosozialen Versorgung
44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete**

3	VORWORT
4	1. EINLEITUNG
5	2. ANALYSE
5	2.1 Politische Relevanz des Themas
5	2.1.1 Prävalenz und Folgen psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung
6	2.1.2 Psychische Erkrankungen im Kontext des gesellschaftlichen Wandels
6	2.2 Zentrale Entwicklungslinien seit der Psychiatrie-Enquete von 1975
6	2.2.1 Hintergrund und zentrale Inhalte der Psychiatrie-Enquete
8	2.2.2 Spätere politische und inhaltliche Impulse
10	2.2.3 Anforderungen an eine zeitgemäße Versorgung psychisch kranker Menschen
10	2.3 Aktuelle Problemfelder und Handlungsbedarfe
10	2.3.1 Mangelnde Verfügbarkeit intensiv-ambulanter Versorgungsangebote
12	2.3.2 Fragmentierte Angebotsstruktur und Koordinationsdefizite
13	2.3.3 Unzureichende Inklusion in den Bereichen Wohnen und Arbeiten
14	2.3.4 Präventions- und Versorgungsdefizite spezieller Bevölkerungsgruppen
15	2.3.5 Unzureichende Verankerung von Autonomieförderung und Partizipation
16	2.3.6 Fehlen angemessener verbindlicher Personalvorgaben
18	3. PERSPEKTIVEN UND EMPFEHLUNGEN
18	3.1 Zielvorgaben
19	3.2 Politische Gestaltungs- und Regelungsbedarfe
21	Mitglieder der Expertengruppe
22	Abkürzungsverzeichnis
22	Literaturverzeichnis

VORWORT

Im Jahr 1975 wurde dem Deutschen Bundestag der Bericht der Psychiatrie-Enquete-Kommission mit dem Titel „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ vorgelegt. Der Bericht war das Ergebnis von vier Jahren intensiver Arbeit. Ziel der Kommission war es, die psychiatrische Versorgung in Deutschland neu aufzustellen und an die veränderten wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Enquete lieferte Blaupausen für Reformen, die bis in die Gegenwart nachwirken.

Vieles hat sich seitdem zum Guten verändert. Aber die aktuellen Fachdebatten zeigen deutlich auf: Es sind auch neue Problemfelder und Handlungsbedarfe entstanden. Mehr als vier Jahrzehnte nach der Psychiatrie-Enquete stellt sich somit erneut die Frage, ob die psychosoziale Versorgung auf der Höhe der Zeit ist und im Dienst psychisch kranker Menschen sowie ihrer Angehörigen steht. Diese Fragestellung hat der Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) im Herbst 2017 zum Anlass genommen, eine Expertengruppe zur Reform der psychosozialen Versorgung zu initiieren. Diese Gruppe bestand aus Betroffenen, Praktiker_innen, Wissenschaftler_innen sowie Vertreter_innen der Politik, Verwaltung und Gewerkschaften. In der vorliegenden Publikation werden die Ergebnisse der Expertengruppe zusammenfassend dargestellt. Ziel ist es, mit diesen umsetzungsorientierten Vorschlägen einen Beitrag zur politischen Debatte um die psychosoziale Versorgung zu leisten.

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine Dauerbaustelle. Die FES begleitet seit vielen Jahren die Arbeiten an dieser Baustelle mit eigenen Vorschlägen und wissenschaftlichen Studien. In der Vergangenheit wurden beispielsweise wegweisende Positionspapiere zur ambulanten und stationären Versorgung, Pflege und Rehabilitation vorgelegt. Uns leitet dabei der Gedanke, dass die Interessen der Patient_innen – und nicht Einzelinteressen der großen Spieler_innen im System – im Mittelpunkt stehen müssen. Dies gilt auch und im Besonderen für die psychosoziale Versorgung. Psychisch kranke Menschen, ihre Angehörigen und nahestehenden Personen müssen sich auf das Gesundheitssystem verlassen können.

Ich danke den Mitgliedern der Expertengruppe sehr herzlich für ihre außerordentlich engagierte Mitarbeit. Ein besonderer Dank gilt der Redaktionsgruppe des Projekts, insbesondere Dr. Elke Prestin, die den Text weitgehend formuliert hat.

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der FES

1

EINLEITUNG

Die Zukunft der Versorgung psychisch kranker Menschen wird aktuell an vielen Stellen diskutiert. Im Fokus stehen dabei allerdings weitgehend das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), und dort die Debatten zum Entgeltsystem und der Personalbemessung im stationären Bereich sowie zu den Wartezeiten und der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Auch das aktuelle Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Aktion Psychisch Kranke e. V., zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen, bleibt auf den Rechtskreis des SGB V beschränkt.

Die Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung ist der Überzeugung, dass dieser Ansatz zu kurz greift und den heutigen Herausforderungen nicht gerecht wird. Denn im Gegensatz zu den meisten somatischen Krankheiten schränken schwere psychische Erkrankungen regelhaft auch die Chancen auf soziale Teilhabe ein. Hilfs- und Unterstützungsangebote müssen deshalb über den medizinisch-therapeutischen Bereich hinausgehen. Sie müssen auf den Bedarf der einzelnen Person zugeschnitten, selbsthilfefördernd und sozialraumbezogen sein.

Diese Erkenntnisse sind keineswegs neu. Tatsächlich sind infolge der Psychiatrie-Enquete von 1975 vielfältige neue Angebote und Strukturen der psychosozialen Versorgung¹ entstanden, insbesondere in der Gemeindepsychiatrie sowie in den Bereichen Wohnen und Arbeiten. Zu Recht gilt die Psychiatrie-Enquete als ein Meilenstein in der deutschen Psychiatrie-Geschichte. Sie hat vielfältige Impulse gesetzt, um die Psychiatrie umfassend zu modernisieren und humaner zu gestalten.

Fast 45 Jahre nach Veröffentlichung der Enquete durch den Deutschen Bundestag ist es allerdings an der Zeit für eine neue, umfassende Debatte. Denn zum einen haben sich in der Zwischenzeit politische, gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen ergeben, die eine kritische Über-

prüfung des Status quo der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordern (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention, stärkere Betonung von Autonomie und Partizipation). Zum anderen sind in den letzten Jahrzehnten teils strukturelle und funktionale Fehlentwicklungen erfolgt. Insbesondere ist zu konstatieren: Die Angebotslandschaft ist inzwischen überaus komplex, zersplittert, verschiedenen Rechtskreisen und Kostenträgern zugeordnet und kaum noch im Sinne einer integrierten, personenzentrierten Versorgung handhabbar.

Diese Problemfelder – inhaltliche wie strukturelle und funktionale – sind in der Fachwelt längst bekannt (vgl. DGPPN 2018a, 2018b, 2019; Herzog et al. 2012). Diverse Modellprojekte wurden entwickelt, um Lösungen zu erproben. Es fehlt allerdings eine bundesweite, übergreifende Analyse und Beurteilung der Situation. Die Expertengruppe plädiert deshalb dafür, in Anknüpfung an die Enquete von 1975 einen neuen, grundlegenden Diskussionsprozess über die Ausgestaltung einer zukunftsfähigen Versorgung psychisch kranker Menschen zu führen.

Das vorliegende Papier kann angesichts der enormen Komplexität der Thematik keine auch nur annähernd vollständige Darstellung liefern. Nach einer Skizzierung der politischen Relevanz des Themas werden im Folgenden zentrale Entwicklungslinien seit der Psychiatrie-Enquete nachgezeichnet und anschließend aktuelle Problemfelder und Handlungsbedarfe benannt – insbesondere auch solche, die über den Bereich des SGB V hinausgehen. Teils lassen sich unmittelbare politische Forderungen ableiten, oft besteht aber auch noch weiterer Diskussionsbedarf. Insofern soll das Papier in erster Linie Impulse für eine folgende intensive Debatte bieten.

¹ Der Begriff „psychosoziale Versorgung“ wird in diesem Text in einem umfassenden Sinne gebraucht und subsumiert die ärztlich-therapeutische und pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen ebenso wie sozialarbeiterische Hilfen, Maßnahmen der Eingliederungshilfe etc.

2

ANALYSE

2.1 POLITISCHE RELEVANZ DES THEMAS

2.1.1 PRÄVALENZ UND FOLGEN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IN DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG

In Deutschland sind im Laufe eines Jahres (Jahresprävalenz) 27,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung beliebigen Schweregrads betroffen (Jacobi et al. 2014). Ein großer Teil dieser Erkrankungen ist schwach oder mittelschwer ausgeprägt, die Einschränkungen durch die Krankheitssymptomatik sind oft – wenn auch nicht immer – vorübergehend. Einen besonderen und häufig auch langfristigen Versorgungsbedarf haben die schwer psychisch erkrankten Menschen. Die Prävalenz schwerer psychischer Erkrankungen liegt zwischen einem und zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung (Gühne et al. 2015). Das bedeutet, dass zu jedem beliebigen Zeitpunkt 500.000 bis eine Million Menschen in Deutschland schwer psychisch erkrankt sind. Der Fachbegriff der schweren psychischen Erkrankung (Severe Mental Illness, SMI) bezeichnet dabei eine klinisch bedeutsame psychische Störung von mindestens zweijähriger Dauer, die mit einem erheblich eingeschränkten Funktionsniveau nach einer gültigen Bewertungsskala, i. d. R. nach der GAF-Bewertungsskala (Global Assessment of Functioning) einhergeht (Ruggeri et al. 2000).

Allerdings gibt es keine empirischen Belege dafür, dass das Vorkommen psychischer Erkrankungen generell steigt. Diverse Querschnitt- und Längsschnittstudien belegen eine solche Zunahme nur für den Bereich der altersbedingten psychischen Erkrankungen, nicht für die Allgemeinbevölkerung (Richter; Berger/Reker 2008; Richter/Berger 2013; Kilian/Becker 2013). Insgesamt steigend ist jedoch die Inanspruchnahme von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen der psychiatrischen Versorgung, also die institutionelle Prävalenz. Diese Entwicklung wird teils im Zusammenhang mit einer verstärkten Wahrnehmung psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten gesehen (Richter/Berger 2013), u. a. bedingt durch deren häufigere Thematisierung in den Massenmedien

(Kilian/Becker 2013). Teils ist auch von einer höheren Akzeptanz für psychiatrische und psycho-therapeutische Behandlungsangebote auszugehen (Angermeyer et al. 2014), die allerdings nicht mit einer wachsenden Akzeptanz für die von der Erkrankung Betroffenen selbst, also mit einer Entstigmatisierung, einhergeht (Schomerus et al. 2012, 2014).

Psychische Erkrankungen sind mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden, sowohl für die Erkrankten selbst als auch für ihr soziales Umfeld. Neben den Belastungen durch die Krankheitssymptomatik ist gerade die Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen verstärkt von gesellschaftlicher Exklusion bedroht, insbesondere in den Bereichen Wohnen und Arbeiten (Gühne/Riedel-Heller 2015). Zudem ist ihre Lebenserwartung internationalen Studien zufolge um bis zu 20 Jahre reduziert (WHO 2016); im Mittel geht man von einer Verkürzung der Lebenszeit um rund zehn Jahre aus (Walker et al. 2015).

Zum individuellen Leiden tritt die ökonomische Komponente hinzu: Die durch psychische Krankheiten verursachten direkten Kosten für das Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2015 auf 44,372 Milliarden Euro (Destatis 2017) und machten somit 13,12 Prozent der gesamten Krankheitskosten aus. Betrachtet man die einzelnen Krankheitsgruppen im Vergleich, so gingen von psychischen Erkrankungen im Jahr 2015 die zweithöchsten direkten Kosten aus, knapp hinter den Krankheiten des Kreislaufsystems mit 46,436 Milliarden Euro (Destatis 2017). Darüber hinaus entstehen von der Gesellschaft zu tragende indirekte Kosten, beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen.

Auffällig ist, dass sich Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund psychischer Erkrankungen von 2007 bis 2017 von 48 auf 107 Millionen mehr als verdoppelt haben und somit unter allen Krankheitsgruppen den höchsten Anstieg verzeichnen (BAuA 2009, 2018). 16 Prozent der AU-Tage wurden durch psychische Erkrankungen verursacht, was sie zur zweitgrößten Ursache nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen macht (BAuA 2009, 2018). Bei der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten lagen psychische Erkrankungen

mit 40 Tagen an der Spitze (BMG 2017). Auch bei den Frühberentungen hat die Relevanz von psychischen Erkrankungen auf lange Sicht stark zugenommen. Ihr Anteil hat sich seit Beginn der 1990er Jahre nahezu verdoppelt und lag im Jahr 2017 bei rund 43 Prozent (DRV 2018).

Diese Entwicklung hängt nicht zuletzt mit den gestiegenen psychischen Belastungen in der Arbeitswelt zusammen (Richter 2010; Sigrist 2016). Doch damit ist nur ein Einflussfaktor benannt. Faktisch ist es unabdingbar, psychische Erkrankungen in einem breiteren gesellschaftlichen Kontext zu betrachten, um soziale Belastungsfaktoren zu identifizieren und konstruktive Lösungen zu entwickeln.

2.1.2 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM KONTEXT DES GESELLSCHAFTLICHEN WANDELS

Die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung ist für den einzelnen Menschen mit vielfältigen Herausforderungen und oft auch Belastungen verbunden. Spürbare und viele Menschen verunsichernde Veränderungen betreffen zunächst die Gesellschaftsstruktur. Die sozialen Milieus werden instabiler und driften auseinander. Mit fortschreitender Individualisierung der Lebensentwürfe nimmt die Bedeutung traditioneller Gemeinschaften ab. Soziale Bindungen werden schwächer, soziale Netzwerke verlieren an Tragkraft. Die Familie spielt nur noch bedingt eine zentrale Rolle im Gesellschaftsgefüge.

Gleichzeitig nimmt die kulturelle Vielfalt zu, auch durch verstärkte Zuwanderung. Die auch international wachsende Ungleichheit zwischen bevorzugten und benachteiligten Regionen führt zu einer erhöhten Migration in die privilegierten Regionen. Auch bei guter eigener sozialer Absicherung sind viele Menschen besorgt und entwickeln Vorbehalte gegenüber der derzeitigen Gestaltung der Gesellschaft, ohne selbst politisch Mitverantwortung übernehmen zu wollen.

Insbesondere auch im Arbeitsleben sind die Anforderungen an die Selbstregulation und psychische Belastungsfähigkeit der Individuen angestiegen. Mit der Globalisierung, Digitalisierung und Automatisierung der Wirtschaft sind neben großen Chancen auch große Risiken verbunden. Die zunehmende Entgrenzung der Arbeitszeit birgt Gefahren für die psychische Gesundheit und das soziale Zusammenleben der Menschen (Schmidt 2018).

Angesichts der Beschleunigung vieler Lebensvollzüge, zunehmender Rationalisierung und Technisierung, Flexibilisierung und Mobilisierung, Ökonomisierung und Kommerzialisierung aller Bereiche von Produktion und Reproduktion steigt die Anzahl der Menschen, die psychisch nicht mithalten können. Die Grenzen zwischen psychischen Beeinträchtigungen ohne psychiatrische Diagnose auf der einen Seite und Störungen mit Krankheitswert und Behandlungserfordernis bzw. im Ausmaß einer psychischen Behinderung mit einem Anspruch auf Teilhabeleistungen auf der anderen Seite sind dabei undeutlicher geworden.

Erwiesen ist der enge Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Menschen einerseits und ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit andererseits. Bevölkerungsgruppen, die in ungünstigen sozialen Lagen leben, leiden

häufiger unter schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen und zeigen eine deutlich geringere Lebenserwartung.

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 (vgl. das folgende Kapitel 2.2) war eingebettet in einen gesellschaftlichen Diskurs, der nicht zuletzt die Frage der Grundwerte betraf: Wie leben wir derzeit, und wie möchten wir leben? Eine heutige Debatte, die beansprucht, an den Enquete-Prozess anzuknüpfen, kommt nicht umhin, diese Frage wieder aufzugreifen. Die Expertengruppe möchte deshalb ausdrücklich dazu einladen, in der anzustrebenden bundesweiten Debatte über die Zukunft der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch die Frage der sozialen Werte in ihrer Gesamtheit zu thematisieren.

2.2 ZENTRALE ENTWICKLUNGSLINIEN SEIT DER PSYCHIATRIE-ENQUETE VON 1975

2.2.1 HINTERGRUND UND ZENTRALE INHALTE DER PSYCHIATRIE-ENQUETE

Die Situation vor der Psychiatrie-Enquete

Einige Fakten zur stationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland in den 1960er Jahren

- Psychisch schwer kranke Menschen wurden überwiegend stationär behandelt. Ambulante, teilstationäre und komplementäre Angebote waren kaum vorhanden.
- Es gab 130 psychiatrische Krankenhäuser mit durchschnittlich 1.200 Betten. Die Versorgung erfolgte also für die meisten Patient_innen weitab vom eigenen Lebensumfeld.
- Die Stationen wurden überwiegend geschlossen geführt.
- Die Personalausstattung (Verhältnis von Arzt zu Patient 1 : 78; Psychologe zu Patient 1 : 500) ließ statt einer umfassenden Behandlung weitgehend nur eine Verwahrung zu.
- Die Verweildauer lag bei durchschnittlich einem Jahr. Knapp 60 Prozent der Patient_innen blieben länger als zwei Jahre im psychiatrischen Krankenhaus.

Quelle: Deutscher Bundestag 1975.

Die Jahre nach 1945 waren von den Kriegsfolgen gekennzeichnet. Gesellschaftspolitische Debatten wurden überlagert, auch verdrängt durch den Wiederaufbau, welcher sich zum sogenannten „Wirtschaftswunder“ auswuchs. Psychisch kranke Menschen standen ebenso wie geistig behinderte Menschen im Schatten dieser Erfolge: Sie hatten in den Jahren nach 1945 weder Entschädigung für schwer erlittenes Unrecht bis hin zu Zwangssterilisation und Tötung „Geisteskranker“ im Nationalsozialismus erfahren noch organisierte sich ihre Versorgung sofort medizinisch, sozial und strukturell neu. Allein die internen, personellen und räumlichen Bedingungen der großen, meist abseits gelegenen „Anstalten“ verhinderten lange eine menschenwürdigere Behandlung. Ausgrenzung und Verwahrung in kustodialen Strukturen kennzeichneten die Situation.

Einer allmählichen Veränderung der Versorgung psychisch kranker Menschen leisteten ab den 1960er Jahren

verschiedene Entwicklungen Vorschub. Die entstehenden linksgerichteten Studenten- und Bürgerbewegungen lösten grundlegende Debatten um Menschenrechte und Demokratisierung aus. In Fachkreisen gab es erste Initiativen, die für eine Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung eintraten. Entsprechende Diskussionen wurden auch in der damaligen DDR geführt, wo 1963 im Rahmen eines internationalen Symposiums die „Rodewischer Thesen“ mit Forderungen u. a. nach einer sozialpsychiatrischen Orientierung entstanden (Sächsisches Krankenhaus Rodewisch 1963).

Zugleich gelang es zunächst einzelnen Protagonist_innen, die Aufmerksamkeit einer breiteren Öffentlichkeit auf die Situation in den psychiatrischen Anstalten zu lenken. Die Forderung nach Veränderungen wurde lauter und traf in der Zeit der ersten sozialliberalen Koalition ab 1969 auf ein reformorientiertes politisches Klima: Die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung, die Betonung der Chancengleichheit, Beachtung von Minderheiten und Aufhebung von Benachteiligungen standen auf der Agenda.

Eine „Psychiatrie-Enquete“ wird Realität (1975)

In den 1970er Jahren erhielt die Bewegung dann eine große Dynamik: Anfang 1971 gründete sich die „Aktion Psychisch Kranke“ (APK) mit Bundestagsabgeordneten und psychiatrischen Expert_innen, womit eine bis heute bestehende, wichtige Plattform für den Austausch gegeben war. Im gleichen Jahr beschloss der Deutsche Bundestag, eine Bestandsaufnahme (Enquete) in Auftrag zu geben, die zugleich Empfehlungen zu einer Psychiatrie-Reform erarbeiten sollte. Eine Sachverständigenkommission wurde eingesetzt und legte 1975 ihre Ergebnisse zu allen Gebieten der psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie psychosomatischen Versorgung vor.

Zentrale Forderungen der Psychiatrie-Enquete (1975)

- Die Versorgung psychisch kranker Menschen soll gemeindenah erfolgen.
- Die großen Landeskrankenhäuser sind umzustrukturieren, stationäre Psychiatrien sind möglichst an Allgemeinkrankenhäuser anzugliedern.
- Psychisch kranke Menschen sind mit körperlich kranken Menschen gleichzustellen.
- Nicht (voll-)stationäre Angebote wie Tageskliniken und Institutsambulanzen sind in den Gemeinden einzurichten und zu fördern.
- Die Versorgung psychisch kranker Menschen muss bedürfnisgerecht und umfassend erfolgen, inklusive einer bedarfsgerechten Koordination.

Quelle: Deutscher Bundestag 1975; SVR 2018: 685.

Die Sachverständigen machten mit dem Enquete-Bericht deutlich: „Die Mängel in der Versorgung sind schwerwiegend. Sie erfordern eine Neuordnung“ (Deutscher Bundestag 1975: 16). Diese sollte psychisch kranke mit somatisch kranken Menschen gleichstellen und auf die (Re-)Integration der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in die gemeindenaher Allgemeinversorgung abzielen.

Die Reformnotwendigkeiten wurden zwar von keiner Seite bestritten, jedoch bestanden unterschiedliche Auffassungen über Schrittfolge, Zeitbedarf, Finanzierung u. a. m.

Modellerprobungen (ab 1976) und Empfehlungen zur Reform der Versorgung (1988)

Als Reaktion auf den Enquete-Bericht setzte die Bundespolitik mehrfach finanzielle Anreize zur Erprobung und Etablierung neuer Versorgungsmodelle und -formen: Von 1976 bis 1987 wurden im „Modellverbund: Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ insgesamt 37 Projekte im Bundesgebiet gefördert, die neue Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen auf Ebene einzelner Einrichtungen erprobten. Das 1980 aufgesetzte und bis 1987 laufende Bundes-Modellprogramm zur Reform der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung (Modellprogramm Psychiatrie) wurde mit der damals beträchtlichen Summe von umgerechnet 130 Millionen Euro ausgestattet. Es zielte auf eine umfassende Umsetzung der Empfehlungen der Enquete durch die (Um-)Gestaltung gesamter Modellregionen sowie durch Förderung neuer Institutionen, darunter Sozialpsychiatrische Dienste und Psychiatrie-Koordinatoren als lokale Steuerungsinstanzen. Gefördert wurden auch die Verkleinerung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser durch Reintegration der (Langzeit-)Patient_innen in die Gemeinde und ihre Betreuung dort, z. B. durch Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen. Zudem wurden Tageskliniken und Institutsambulanzen etabliert. Für (chronisch) schwer psychisch kranke Menschen wurden ortsnahe Wohnheime eingerichtet.

Die Auswertung der Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Modellprogramm Psychiatrie erfolgte durch eine eigens eingesetzte Expertenkommission. Diese Kommission formulierte 1988 Empfehlungen zur Psychiatrie-Reform, die gegenüber der Enquete von 1975 weiterführende Akzentsetzungen enthielten. Insbesondere wurde die Aufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften unterstrichen, im Rahmen der Daseinsfürsorge auch die (politische) Verantwortung für die Versorgung psychisch erkrankter und behinderter Menschen zu übernehmen. Eine Psychiatrieplanung sollte möglichst auf den regionalen Abgrenzungen der Gebietskörperschaften aufbauen (Standardversorgungsgebiete): Zu den Zielen gehörte ausdrücklich auch die Stärkung der sogenannten nicht-professionellen Kräfte und Selbsthilfepotenziale.

Zugleich empfahl die Expertenkommission die personenzentrierte Definition von Leistungen und Maßnahmen, die Ordnung nach Funktionsbereichen (Wohnen, Arbeit etc.) sowie die kooperative und koordinierte Leistungserbringung. Das Fundament der allgemeinpsychiatrischen außerklinischen Versorgung sollten besser vernetzte, durch Psychiatriekoordinator_innen und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gesteuerte Verbände von Hilfeanbietern in der Gemeinde bilden. Neben den Kliniken und Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern sowie den ambulant tätigen Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen entstand im Gefolge der Psychiatrie-Enquete und der Modellerprobungen somit

ein weiterer, sogenannter „komplementärer“ Bereich der Versorgung, der in den Kommunen und Gemeinden insbesondere durch Einrichtungen und Hilfen im Hinblick auf Wohnen, Tagesstrukturierung, Rehabilitation und Reintegration bzw. Eingliederungshilfe gekennzeichnet war und ist.

Novellierung der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer

Die mit der Psychiatrie-Enquete 1975 eingeforderten Änderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen waren nicht nur bundesseitig aufgegriffen worden. Die Bundesländer wandten sich der Reformthematik in zweifacher Hinsicht zu: Zum einen entwickelten einzelne Länder, die nicht am Bundesmodellprogramm teilnahmen, stattdessen eigene Reformprogramme (z. B. Baden-Württemberg) oder förderten gezielt Reformprojekte (z. B. Niedersachsen). Zum anderen wurde die dem Landesrecht unterliegende zwangsweise „Unterbringung“ von psychisch kranken Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern neu geregelt.

Die öffentlich-rechtliche „Unterbringung“ nach Landesrecht kann grundsätzlich bei Vorliegen einer Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgen. Leitender Grundgedanke der Neuregelungen war es, die zwangsweise Unterbringung nur als letztmöglichen Weg („ultima ratio“) anzusehen und stattdessen Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie therapeutischen Ansätzen Priorität zu geben. In den Jahren nach 1975/1990 haben alle Bundesländer ihre diesbezüglichen Gesetze sukzessive novelliert. Eine weitere Welle der Novellierung erfolgte in den Jahren nach 2010, da höchstrichterliche Urteile zur Rechtsstellung des psychisch kranken Menschen, zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen und -behandlung, aber auch z. B. zum Datenschutz in den PsychKG der Länder zu berücksichtigen waren und sind.

2.2.2 SPÄTERE POLITISCHE UND INHALTLICHE IMPULSE

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 war innerhalb eines grundlegenden gesellschaftlichen Wandlungsprozesses zu verorten. Sie trug dazu bei, den Blick auf psychisch kranke Menschen zu verändern und deren Wiedereingliederung zu fördern. In den folgenden Jahren nahmen jedoch die praktischen Aufgaben den Großteil der Ressourcen in Anspruch: Es ging um den Auf- und Ausbau einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen sowie um die konkrete Gestaltung der notwendigen Maßnahmen und Hilfen für die Betroffenen. Die Fragen nach dem grundlegenden Menschenbild, nach der Rolle, der Rechtsstellung und der Würde der Betroffenen traten demgegenüber eher in den Hintergrund.

EU-Grünbuch und UN-Behindertenrechtskonvention

Auch internationale Impulse trugen dazu bei, die notwendige Debatte erneut anzuregen. Einen solchen Impuls setzte die Europäische Union (EU): Ausgehend von der „Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit“, die 2005

bei einer „Ministeriellen Konferenz“ der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Helsinki erstellt wurde, verabschiedete die EU noch im gleichen Jahr ein „Grünbuch“ (Europäische Kommission 2005) zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in den Mitgliedsstaaten. In diesem Grünbuch wird die Bedeutung des Erhalts der psychischen Gesundheit als wichtige Ressource für den langfristigen wirtschaftlichen Wohlstand, aber auch zugunsten sozialer Gerechtigkeit hervorgehoben.

Als richtungweisend erwies sich zudem insbesondere das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), das im Jahr 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde und mit Beginn des Jahres 2009 in Deutschland Gesetzeskraft erlangte.² Von höchster Bedeutung ist der hier vorgenommene Perspektivwechsel. Ein Mensch ist nicht mehr per se behindert, sondern er wird behindert: Die eigentliche Behinderung erfolgt erst durch Barrieren im gesellschaftlichen Umfeld. Für solchermaßen „behinderte“ Menschen, ausdrücklich auch solche mit psychischen Beeinträchtigungen, formuliert die UN-BRK klare Ansprüche.

Es gehört zu den großen Verdiensten der UN-BRK, dass sie die Prinzipien der Autonomie und der Teilhabe (Zugehörigkeit, Inklusion) als gleichberechtigt und aufeinander verweisend charakterisiert (Bielefeldt 2009). Autonomie wird dabei zwar einerseits durchaus im klassisch-liberalen Verständnis (vgl. Mill 1859) als Abwehrrecht des freien und selbstbestimmten Subjekts gegen Bevormundung und Vereinnahmung verstanden. Zugleich bleibt der Mensch aber angewiesen auf soziale Bezüge, innerhalb derer sich seine Autonomie überhaupt erst entfalten kann.

Von der UN-BRK gingen wesentliche Impulse für das Bundesteilhabegesetz (BTHG) aus, das im Jahr 2016 verabschiedet wurde und stufenweise bis 2020 in Kraft tritt. Damit soll der Schritt vom bisherigen „Fürsorgesystem“ zu einem modernen Teilhaberecht vollzogen werden, das sich konsequent am individuellen Bedarf orientiert. Hervorzuheben ist insbesondere die Neugestaltung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), das nunmehr in Teil zwei die aus dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ beinhaltet.

Allerdings ist auch festzuhalten: Mit der UN-BRK und dem BTHG sind die aktuellen Probleme der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (ausführlicher in Kapitel 2.3) nicht gelöst. Denn zum einen lassen sich nicht alle psychisch erkrankten Menschen unter den Behinderungsbegriff subsumieren. Zum anderen ist das BTHG zwar in der Intention auf alle Arten von Behinderung gleichermaßen ausgerichtet, doch zeigt sich in der Praxis eine Orientierung primär an den Bedürfnissen von Menschen mit körperlichen Behinderungen. Die spezifischen Bedarfe psychisch kranker, insbesondere auch schwer psychisch kranker Menschen bedürfen einer eigenen Ana-

² Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008.

Auszüge aus der UN-BRK (2006/2009)**Artikel 3: Allgemeine Grundsätze**

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a) Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft (...).

Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht

- (1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.
- (3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. (...)

Artikel 14: Freiheit und Sicherheit der Person

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
 - a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
 - b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. (...)

Artikel 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch

- (1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen. (...)

Artikel 19: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen (...), indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben (...).

Artikel 27: Arbeit und Beschäftigung

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. (...)

Quelle: Bundesgesetzblatt 2008.

lyse und erfordern passgenaue Maßnahmen. Die diesbezüglich erforderlichen politischen Weichenstellungen stehen noch aus.

Moderne psychosoziale Konzepte: Recovery und Empowerment

Inhaltlich weist die UN-BRK enge Bezüge zu modernen psychosozialen Versorgungskonzepten wie Recovery und Empowerment auf. Das Recovery-Konzept ist hier verstanden, ursprünglich auf die Selbsthilfebewegung zurückgehenden Sinne zielt darauf ab, dass psychisch erkrankte Menschen trotz möglicherweise verbleibender gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes, sinnerfülltes Leben in sozialen Bezügen führen können. Dies erfordert einen persönlichen Wachstums- und Entwicklungsprozess, der im Kern dem Individuum selbst obliegt, aber durch Angebote der psychosozialen Versorgung unterstützt werden kann und soll. Ein wichtiger Baustein hierfür ist der Einsatz von sogenannten „Peers“, also von Menschen mit reflektierter eigener psychischer Krankheitserfahrung, die beispielsweise eine spezielle Weiterbildung

zum Ex-In-Genesungsbegleiter absolvieren und anschließend in den verschiedensten Feldern psychosozialer Versorgung tätig sein können.

Recovery-orientierte Behandlung und Versorgung zielen nicht mehr nur auf Symptomreduktion ab. Vielmehr sind „wichtige Ziele (...) in der seelischen und körperlichen Stabilisierung, der Aktivierung und Förderung von Motivation und Ressourcen sowie der Entwicklung von Fähigkeiten für eine weitestgehend selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung zu sehen“ (Gühne et al. 2017: 54).

Ein zentrales Element von Recovery ist die Entwicklung und Förderung der Eigeninitiative der Betroffenen. Hierfür hat sich mittlerweile der Begriff Empowerment etabliert, der historisch aus der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzsamerikaner_innen entstammt (Knuf 2003: 17). Mittels Empowerment sollen psychisch kranke Menschen verstärkt in die Lage versetzt werden, ihre Rechte auf Partizipation selbstbestimmt wahrzunehmen, sowohl mit Blick auf die Ausgestaltung der Behandlung (Wahl zwischen Therapieoptionen etc.) als auch im gesamten Bereich der sozialen Teilhabe.

Recovery und Empowerment gelten heute als international etablierte Leitprinzipien psychiatrischer Versorgung (Gühne et al. 2017: 55) und haben in Form von Empfehlungen Eingang in die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde gefunden (DGPPN 2019).

Empowerment: Folgen für die Versorgung psychisch kranker Menschen

Die Entscheidungen über Art und Ausmaß der Hilfen sind möglichst immer gemeinsam mit dem einzelnen Menschen zu treffen, nach Abwägung verschiedener Alternativen mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken (Shared Decision Making), ausgerichtet auf eine Erweiterung seiner Entscheidungs- und Handlungsspielräume (Empowerment) sowie seiner Möglichkeiten zur gleichberechtigten Teilhabe und Teilgabe am Leben der Gemeinschaft (Inklusion).

2.2.3 ANFORDERUNGEN AN EINE ZEITGEMÄSSE VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN

Mit den in Kapitel 2.2.2 skizzierten, auch internationalen Einflüssen erhalten die Entwicklungen im Gefolge der Psychiatrie-Enquete sowie nachfolgender Reformprogramme und Initiativen ein neues und klareres inhaltliches Fundament. Ausgehend vom Begriff einer inhärenten Menschenwürde und den daraus folgenden Menschenrechten muss die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an deren individuellen Bedürfnissen ausgerichtet sein. Dabei geht es nicht nur um eine Reduktion der Krankheitssymptome im engeren medizinischen Sinne, sondern zugleich um den Erhalt oder die Wiedergewinnung möglichst umfassender sozialer Teilhabechancen.

Zugleich ist ausdrücklich festzuhalten: Die Stärkung des psychisch erkrankten Menschen durch „Empowerment“ darf nicht im Sinne eines radikalen Liberalismus zu einer Entsolidarisierung mit hilfebedürftigen Menschen führen (Maio 2015, 2016).

Theoriestand 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete

Zentrale Anforderungen an ein zeitgemäßes psychosoziales Versorgungssystem sind:

Inhaltlich

- Leitliniengerechte, qualitativ hochwertige Behandlung und Versorgung
- Förderung von Autonomie und sozialer Teilhabe (Empowerment)
- Unterstützung des individuellen Genesungswegs (Recovery-Orientierung)
- Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen (Partizipation)

Strukturell und funktional

- Personenzentrierung, Bedarfsorientierung, Flexibilität
- Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung
- Gemeindenähe und Sozialraumorientierung; Integration der verschiedenen Lebensbereiche (u. a. Wohnen, Arbeit), soweit erforderlich
- Koordination und Steuerung in regional verankerten Hilfesystemen

Diesbezüglich ist auf den Capability-Ansatz (Nussbaum 2011; Sen 1999) zu verweisen, der den konzeptionellen Hintergrund für das aktuelle Verständnis von Teilhabe darstellt. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Befähigung von Menschen zu einer Lebensführung, die ihren persönlichen Vorstellungen entspricht. Nussbaum (2011) nennt dafür zehn Kernbereiche (Central Capabilities), darunter Gesundheit, praktische Vernunft (eigene Lebensplanung, Gewissens- und Religionsfreiheit), Zugehörigkeit (Anerkennung anderer und durch andere) und Kontrolle über die eigene Umwelt (politische Partizipation, Eigentum, Arbeit). Laut Nussbaum folgt aus der Menschenwürde der Anspruch, in allen diesen Bereichen ein durch einen Schwellenwert festgelegtes Mindestmaß an „Verwirklichungschancen“ zu erhalten.

Damit sind vielfältige gesellschaftspolitische Anforderungen verknüpft, nicht zuletzt das Erfordernis einer materiellen Grundsicherung. Deshalb zählen auch prekäre Lebensumstände wie Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu den gesundheitlichen Risikofaktoren. Mit Blick auf die psychosoziale Versorgung im engeren Sinne besteht das Erfordernis, gerade die Menschen mit komplexem Leistungsbedarf nicht aus dem Blick zu verlieren. Insbesondere dort, wo eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit krankheitsbedingt noch nicht unmittelbar gelingt, sind intensive, nachgehende Angebote und Betreuungsformen in personeller Kontinuität erforderlich. Hier wie auch in anderen Bereichen bestehen jedoch derzeit noch teils erhebliche Probleme und Handlungsbedarfe, die im folgenden Kapitel 2.3 näher in den Blick genommen werden sollen.

2.3 AKTUELLE PROBLEMFELDER UND HANDLUNGSBEDARFE

2.3.1 MANGELNDE VERFÜGBARKEIT INTENSIV-AMBULANTER VERSORGUNGSANGEBOTE

Infolge der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser deutlich verkleinert und umstrukturiert, psychiatrische Abteilungen wurden zunehmend an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert. Die Zahl stationärer Betten, die im Jahr 1973 noch bei rund 111.500 (Deutscher Bundestag 1975) gelegen hatte, nahm bis 2005 um mehr als die Hälfte ab (AOLG 2012). Zugleich wurden ambulante und sogenannte „komplementäre“ Versorgungsangebote ausgebaut.

In den vergangenen 15 Jahren kam diese Bewegung allerdings ins Stocken und kehrte sich in Teilen sogar um. Für den stationären Bereich ist festzustellen: Die Bettenzahlen steigen seit 2005 (bei Einbeziehung der Psychosomatik: seit 2003) leicht, aber kontinuierlich an (SVR 2018: 701f.). Noch wesentlich gravierender ist jedoch die Tatsache, dass sich die stationären Behandlungsfälle seit 1990 mehr als verdoppelt haben. Der Bettenabbau wurde nicht durch eine Verringerung der Patientenzahl erreicht, sondern durch die massive Verkürzung der stationären Verweildauer auf aktuell 23,8 Tage (Destatis 2018). Es kam also zu einer Leistungsverdichtung, in deren Folge die Wie-

deraufnahmeraten in den Kliniken deutlich stiegen – der „Drehtüreffekt“ beschleunigte sich, mit negativen Folgen sowohl für die Patient_innen als auch für die Kostenträger (Spiessl et al. 2006).

Ein wesentlicher Grund für diese unerwünschte Entwicklung besteht darin, dass es bislang nicht gelungen ist, flächendeckend und in ausreichendem Umfang ambulante Versorgungsangebote für psychisch schwer kranke Menschen zur Verfügung zu stellen. Zwischen der Behandlungsintensität stationärer und teilstationärer Versorgung einerseits und ambulanter Versorgung andererseits besteht eine große Lücke (SVR 2018: 745). Psychisch schwer erkrankte Menschen mit dem Bedarf einer zeitintensiven und komplexen Behandlung sind nach wie vor weitgehend auf institutionelle, stationäre Settings angewiesen (Steinhart/Wienberg 2017: 26).

Die erforderlichen Maßnahmen zur Etablierung einer umfassenden und zeitgemäßen intensiv-ambulanten Versorgung sind längst bekannt, allerdings nur unzureichend verwirklicht. Zwar wurden im Zuge der Reformen nach der Psychiatrie-Enquete (1975) Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) eingerichtet. Diese sind heute flächendeckend vorhanden und richten sich nach den speziellen Bedarfen von Menschen aus, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung ein krankenhaushnahes Versorgungsangebot brauchen. Grundsätzlich bieten die PIAs die große Chance, wesentlich zur Schließung der Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beizutragen. Allerdings ist ihre Refinanzierung in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, so dass sich die Leistungsspektren deutlich unterscheiden: Mancherorts werden nur Sprechstunden im Sinne einer „Kommstruktur“ angeboten, was für die Zielgruppe aber bereits eine Überforderung darstellen kann. Teils, aber noch viel zu selten, bieten PIAs auch aufsuchende Behandlung in multiprofessionellen Teams an (Steinhart/Wienberg 2017: 24).

Gerade multiprofessionelle aufsuchende Hilfen stellen jedoch nach aktuellem Forschungsstand das Mittel der Wahl dar, um Hospitalisierungen zu vermeiden (Dieterich et al. 2010; Murphy et al. 2012). Insbesondere im anglo-amerikanischen Raum sind verschiedene gemeindepsychiatrische Modelle längerfristiger und niedrigschwelliger aufsuchender Versorgung etabliert und auch bereits positiv evaluiert worden (Stengler et al. 2015). Dazu gehören vor allem Community Mental Health Teams (CMTH), Assertive Community Teams (ACT) und das Home Treatment (HT), die alle speziell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konzipiert wurden und auf der Grundlage eines regionalen Versorgungsauftrags professionsübergreifend und teambasiert arbeiten.

Mit der Einführung der sogenannten „stationsäquivalenten Behandlung“ (StäB) nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Jahr 2016 ist in Deutschland ein wichtiger Schritt in Richtung Home Treatment getan. Allerdings kann diese neue Behandlungsform nur von Krankenhäusern erbracht werden, wobei eine Delegation von Teilleistungen an andere Leitungserbringer möglich ist. Eine stationsäquivalente Behandlung können nur solche Patient_innen in Anspruch

nehmen, bei denen eine Indikation für eine stationäre Behandlung besteht. Eine längerfristige Begleitung ist somit nicht möglich.

Aktuelle Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zur multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Quelle: DGPPN 2019.

Um die Versorgung im gewohnten Lebensumfeld dauerhaft und auch in akuten Krankheitsphasen zu gewährleisten, wie es die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) in Empfehlung 11 fordert, müssen mobile Kriseninterventionsdienste/ambulante Krisenhilfen flächendeckend und rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Zudem bedarf es krankenhausalternativer Rückzugsorte für Menschen, die in einer psychischen Belastungssituation vorübergehend einen Ortswechsel benötigen. Für die positive Wirkung solcher Rückzugsorte liegt inzwischen wissenschaftliche Evidenz vor (Murphy et al. 2012).

Auch diese Forderungen sind jedoch längst nicht hinreichend erfüllt: Insbesondere nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen können sich Menschen in psychischen Krisen oft nur an den allgemeinen ärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen oder direkt ans Krankenhaus wenden. Dadurch kommt es zu stationären Aufnahmen, die bei einer leitliniengerechten ambulanten Versorgung vermeidbar wären (Greve/Floeth 2017: 118f.).

Grundsätzlich positiv ist zu vermerken, dass die bestehenden Mängel in der ambulanten Versorgung erkannt wurden und die Suche nach Lösungen in Form von vielfältigen Projekten bereits begonnen hat. Mittlerweile wurden in diversen Regionen sektorübergreifende Modellprojekte initiiert. Dazu gehören erstens Modellprojekte nach § 64 SGB V, im Wesentlichen regionale Krankenhausbudgets (Deister/Wilms 2014, Schmid et al. 2013). Zweitens gibt es diverse Modelle der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 a-d SGB V. Dabei handelt es sich meist um spezifische Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Die Hürde der notwendigen Einschreibung schließt jedoch oft gerade die bedürftigsten, psychisch schwer kranken Menschen von der Teilnahme aus. Drittens existieren Modellprojekte im Rahmen der Regelfinanzierung nach § 118 SGB V oder

nach § 17 KHG (Schmid et al. 2013). Zudem werden seit 2016 über den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neue Versorgungsformen gefördert, welche über die bisherige Regelversorgung hinausgehen.

Inwieweit aus den genannten Projekten konkrete Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen insgesamt hervorgehen können, bleibt abzuwarten. Die Ergebnisse und Evaluationen werden im Einzelnen zu prüfen sein, nicht zuletzt auch hinsichtlich der Leitlinienorientierung. Unbedingt ist darauf zu achten, dass sich die ohnehin zu beklagende zersplitterte Angebotslandschaft nicht weiter verfestigt, indem einzelne, qualitativ für adäquat befundene Modelle nur regional verstetigt werden (SVR 2018: 715; Borbé et al. 2017: 278).

Zudem besteht angesichts der Beschränkung auf den Rechtskreis des SGB V die Gefahr, dass die Forderung nach einer umfassenden, ausdrücklich auch den Bereich der sozialen Teilhabe einschließenden Versorgung aus dem Blick gerät. Gerade dieser weit gefasste, rechtskreisübergreifende Zugang stellt aber ein zentrales Charakteristikum einer zeitgemäßen Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf dar. Und auch hier gibt es, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, erhebliche Probleme, die politisch zu adressieren sind.

2.3.2 FRAGMENTIERTE ANGEBOTSTRUKTUR UND KOORDINATIONSDEFIZITE

Seit der Psychiatrie-Enquete (1975) sind vielfältige außerklinische, sogenannte „komplementäre“ Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit längerfristigen oder chronischen psychischen Erkrankungen entstanden. Gemeindepsychiatrische Einrichtungen haben sich dabei im Laufe der letzten Jahrzehnte zunehmend zu Anbietern komplexer Hilfeleistungen aus allen sozialrechtlichen Sparten entwickelt (Jacobi et al. 2018). Neben die Leistungen zur Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsleben sind Leistungen der Pflege, der Jugendhilfe, der Ergo- und Soziotherapie sowie – allerdings nur in wenigen Orten – der Krisenintervention rund um die Uhr getreten. Während die Sozialpsychiatrischen Dienste in sämtlichen kommunalen Gebietskörperschaften bestehen, sind die übrigen Angebote allerdings in sehr unterschiedlichem Maße ausgebaut, mit einem deutlichen Stadt-Land-Gefälle. Nur in einem Teil der Regionen konnte bisher eine vollständige Abdeckung mit allen erforderlichen Angeboten erreicht werden.

Ein großes und bis heute ungelöstes Problem besteht darin, dass eine umfassende, auf die verschiedenen Lebensbereiche ausgerichtete (also funktional gegliederte) Versorgung zwar unumstritten für notwendig erachtet wird, in der Praxis aber auf massive strukturelle und funktionale Hürden trifft.

So verlangt der reformbegründete Wechsel von der angebots- zur personenzentrierten Versorgung zwingend die Koordination der Leistungserbringer und Kostenträger sowie die (fallbezogene) Vernetzung von Hilfeangeboten mit möglichst effektiven Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen. Wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen gewährleisten, dass erforderliche Hilfen „zum Bürger kommen“, nicht umgekehrt. Die dabei

erforderlichen Regelungssysteme sind nach wie vor „versäult“, und die Säulen (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Träger der weiteren Teilhabeleistungen) arbeiten nach ihrer je eigenen internen Logik (Greve/Floeth 2017: 116f.).

Fragmentierung und Unübersichtlichkeit: Problembeschreibungen aus der Literatur

„Das gut ausgestattete, aber auch hochfragmentierte deutsche Versorgungssystem ist nicht nur von hilfeschuchenden Menschen, sondern auch von den dort professionell Tätigen kaum noch zu überschauen und deshalb schwierig zu navigieren, was gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gravierende Folgen hat.“

Quelle: DGPPN 2018a: 3.

„Gegenwärtig zeichnet sich das gemeindepsychiatrische Hilfesystem durch eine Unübersichtlichkeit aus, die sich einer konsequenten und stringenten Steuerung weitgehend entzieht. Langfristige und komplexe Behandlungen erfolgen nach wie vor nicht in persönlicher und therapeutischer Kontinuität über die Strukturen (ambulant und stationär) und Sozialsysteme (Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe) hinweg.“

Quelle: Armbruster et al. 2015: 21.

Mit dem Abstand von über vier Jahrzehnten betrachtet kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Grund für den nach wie vor bestehenden Reformbedarf in der Psychiatrie-Enquete (1975) selbst liegt: Die Enquete hat damals zu Recht und richtungsweisend das Prinzip der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch Kranken aufgestellt. Diese Gleichstellung schlägt jedoch dann fehl, wenn die für die Somatik geltenden Mechanismen der Leistungserbringung nur analog transferiert werden.

Während z. B. die verunfallte, operierte oder von einem Tumor betroffene Person in der Regel die notwendigen Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsleistungen in zeitlich gestufter Abfolge in Anspruch nehmen kann, funktioniert ein solches lineares Prinzip nicht für psychisch erkrankte Menschen, die ggf. in verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens zugleich eingeschränkt sind. Hier ist es sinnvoll, von Anfang an integriert zu handeln und verschiedene Leistungen aus Medizin, Pflege und anderen Sozialrechtsgebieten zusammenzuführen – die aber auf unterschiedlicher Regelungs- und Finanzierungsbasis beruhen. Ein nach wie vor hoch differenziertes Leistungssystem, begründet in mehreren Sozialgesetzbüchern, führt nicht zu einer „Gleichstellung“ im eigentlich intendierten Sinne, wenn notwendige Leistungsbündel jeweils über mehrere Gesetzbücher hinweg im Einzelfall verknüpft werden müssen. Nicht selten versendet integriert Notwendiges für psychisch kranke Menschen in unterschiedlichen Regelungs- und Finanzierungszuständigkeiten.

Gerade Menschen, die von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen sind, leiden zudem in besonderem Maße unter den ständigen institutionellen, konzeptionellen und personellen Kontinuitätsbrüchen in der Behandlung und Versorgung (Steinhart/Wienberg 2017: 27; Mönter 2017: 106). Als richtungsweisend sind hier Ansätze von So-

zialpsychiatrischen oder Gemeindepsychiatrischen Verbänden zu bezeichnen, die Kooperationen der Leistungserbringer mit einer gemeinsam getragenen Funktion der „koordinierenden Bezugsperson“ vorsehen (Greve/Floeth 2017: 117). Diese Bezugsperson nimmt eine Lotsenfunktion für den psychisch erkrankten Menschen selbst und sein soziales Umfeld wahr, plant die Hilfen gemeinsam mit den Betroffenen und ist für die Koordination der verschiedenen Leistungen verantwortlich. Allerdings bleiben bei einer solchen integrierten Hilfeplanung die medizinische und therapeutische Versorgung i. d. R. außen vor. Auch hier zeigt sich, wie schwierig es ist, Leistungen nach verschiedenen Sozialgesetzbüchern miteinander zu verknüpfen.

Die Gesamtproblematik von Angebotsfragmentierung und Koordinationsdefiziten in der Versorgung psychisch kranker Menschen kann als unbestrittenes Faktum gelten. So forderte die AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) bereits im Jahr 2012: „Die Fragmentierung des Finanzierungssystems und die daraus resultierende Zerstückelung des therapeutischen und rehabilitativen Leistungsgeschehens durch konkurrierende Anbieter von Teilleistungen (...) sind fachlich und ökonomisch kontraproduktiv. Die daraus entstehenden Nachteile für die Klientinnen und Klienten einerseits sowie für die Herausbildung einer effizienten, ineinandergreifenden Versorgungsstruktur andererseits sollten durch Etablierung von Anreiz-, Finanz- und Steuerungssystematiken, möglichst auf Ebene der psychiatrischen Versorgungsregion – d. h. regional definierte infrastrukturelle Einheiten –, überwunden werden“ (AOLG 2012: 7).

Mit dem Funktionalen Basismodell psychiatrischer Versorgung (Steinhart/Wienberg 2017), das sektoren- und SGB-übergreifend ausgerichtet ist, liegt ein konkreter und in einigen Regionen bereits erprobter Lösungsvorschlag vor, der wichtige Impulse für die erforderlichen Reformen bieten kann.

2.3.3 UNZUREICHENDE INKLUSION IN DEN BEREICHEN WOHNEN UND ARBEITEN

Zu den Aufgaben des psychosozialen Versorgungssystems gehört neben der medizinischen und therapeutischen Behandlung auch die „Verhinderung sozialer Exklusion und ihrer Risiken“ (Richter 2010: 10). Auch in dieser Hinsicht ist der positive Einfluss aufsuchender Behandlungen inzwischen belegt (Dieterich et al. 2010).

Bereich Wohnen

Die Reformen infolge der Psychiatrie-Enquete (1975) haben dazu geführt, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnen inzwischen rund zwei Drittel der Klient_innen ambulant in ihrer eigenen Wohnung unterstützt werden (Steinhart/Wienberg 2017: 22). Allerdings lebten im Jahr 2017 auch noch rund 60.000 schwer psychisch kranke Menschen in Heimen (BAGÜS 2019, eigene Berechnungen), und zwei Drittel der aufgewendeten Finanzmittel flossen in diesen Bereich (stationär: 2,8 Milliarden Euro, ambulant: 1,3 Milliarden Euro; Zahlen für 2017) (BAGÜS 2019, eigene Berechnungen).

Mit dem BTHG treten ab 2020 grundlegende Neuerungen in Kraft, die sich eng an den Vorgaben der UN-BRK orientieren. Die Unterscheidung von ambulanten und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen entfällt vollständig. Stattdessen erhalten die Klient_innen je nach individuellem Bedarf unterhaltssichernde Leistungen (für Miete etc.) und fachliche Leistungen. Wenn sich Menschen mit psychischer Behinderung künftig gegen ein Leben in einem Wohnheim und für eine eigene Wohnung entscheiden, so müssen die Kostenträger dem – innerhalb bestimmter Grenzen, die das Wunsch- und Wahlrecht vorgibt – entsprechen.

Diese im Grunde sehr zu begrüßende Entwicklung bringt jedoch auch Herausforderungen mit sich, aus denen ein weiterer politischer Gestaltungsbedarf folgt. Zum einen besteht auch im Bereich der Wohnunterstützung das Dilemma fehlender intensiv-ambulanter Angebote: Die Betreuungsintensität außerhalb von Wohnheimen ist weitaus geringer und für psychisch schwer erkrankte Menschen teils nicht ausreichend. Modelle für intensivere Betreuungsformen, wie das Intensiv Betreute Wohnen (IBW), zeigen eine Lösungsmöglichkeit auf (Grauenhorst/Steinhart 2011). Darüber hinaus ist aber im Sinne der in den vorigen Kapiteln vorgenommenen Ausführungen die Verknüpfung mit weiteren (auch medizinisch-therapeutischen) Unterstützungsangeboten anzustreben, um eine koordinierte, umfassende Versorgung zu gewährleisten.

Ein weiteres Problem liegt im begrenzten Angebot an geeigneten Wohnungen. Angesichts des Mangels an preiswertem Wohnraum entsteht eine Konkurrenzsituation, in der psychisch kranke Menschen auch aufgrund immer noch vorhandener Stigmatisierungen (vgl. Schomerus/Angermeyer 2015) deutlich benachteiligt sind. Neben einer Forcierung des sozialen Wohnungsbaus ist hier eine politisch geförderte Aufklärungs- und Anti-Stigma-Arbeit nötig.

Bereich Arbeit

Dem größten Teil der chronisch psychisch erkrankten Menschen bleibt der allgemeine Arbeitsmarkt verschlossen: Zum einen steigt die Zahl der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen (vgl. Kapitel 2.1.1). Zum anderen ist der Anteil psychisch Kranker in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bundesweit auf rund ein Fünftel angestiegen; die Zahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den WfbM nahm im Zeitraum von 2006 bis 2016 um 52 Prozent zu (BGW 2017). Die Vermittlungsquote dieser Klientel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt liegt jedoch bei unter einem Prozent pro Jahr (Gühne/Riedel-Heller 2015).

Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass die Teilhabe am Erwerbsleben erst sehr spät in den therapeutischen Fokus genommen wird, wenn die Erfolgsaussichten für eine Rehabilitation schon deutlich gesunken sind (nach sechs oder mehr Monaten AU). Wenn nach einer stationären oder tagesklinischen Behandlung eine längere Versorgungslücke durch die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsteht, verpufft der Effekt der vorherigen Maß-

nahme, was ebenfalls die Chronifizierung fördert und die Prognose verschlechtert.

Zweifelsohne ist die Rehabilitation bei psychischer Erkrankung ein hoch komplexes Unterfangen. Eine evaluative Betrachtung kommt zu dem Schluss, „dass ein substanzieller Teil der beruflichen Rehabilitationsbemühungen nicht die gewünschten Ergebnisse zeitigt und Betroffene sich mit einem Dauerarbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen zufrieden geben müssen, arbeitslos bleiben oder frühzeitig eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten“ (Gühne/Riedel-Heller 2015: 4). Gerade deshalb ist der Handlungsbedarf auf diesem Feld der Rehabilitation deutlich zu unterstreichen (DGPPR 2018).

Mangelnde Inklusion im Bereich Arbeit

„Aus dem ‚Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen‘ (...) geht hervor, dass:

- 50 % der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit nachgehen,
- 20 % in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind,
- [der] Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt (...) in der Praxis derzeit nur einer sehr kleinen Gruppe betroffener Personen möglich ist (...).

Andererseits ist es mittlerweile unstrittig, dass Arbeit günstige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit schwer psychisch Erkrankter hat (...). Dabei zeichnet sich im Vergleich zu anderen Formen von Arbeit eine besondere Stellung kompetitiver Beschäftigung, d. h. der Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ab.“

Quelle: Gühne/Riedel-Heller 2015: 19.

Die Unterstützungsleistungen zur Teilhabe im Bereich Arbeit erscheinen in mehrfacher Hinsicht reformbedürftig: Erstens ist das in Kapitel 2.3.2 bereits diskutierte Problem der Fragmentierung und mangelnden Koordination auch im Teilbereich der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu konstatieren. Es gibt eine Vielzahl von Anbietern und Maßnahmen, die in ihrer Heterogenität kaum überschaubar sind; Vorgaben zu einer Maßnahmenübergreifenden Abstimmung existieren nicht (Stengler/Becker 2017: 235ff.). Zweitens mangelt es den meisten Angeboten an einer individuellen Ausgestaltung: Sie geben feste Strukturen und Tätigkeitsbereiche vor und sind damit institutionszentriert, nicht personenzentriert (Krüger 2017: 22). Drittens folgt die berufliche Wiedereingliederung in Deutschland immer noch überwiegend dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“, obwohl es internationale Evidenz für die Überlegenheit des umgekehrten „Erst platzieren, dann trainieren“-Prinzips gibt, das bereits in den 1990er Jahren als „Supported Employment“ in den USA eingeführt wurde (Bond et al. 2012; Hoffmann et al. 2014; Gühne/Riedel-Heller 2015).

Auch wenn die Herausforderungen für die Teilhabe psychisch kranker Menschen in den Bereichen Wohnen und Arbeit an dieser Stelle nur grob skizziert werden konnten, sollte deutlich geworden sein: Um eine zukunftsfähige psychosoziale Versorgung zu gewährleisten, sind auch hier politische Maßnahmen erforderlich.

2.3.4 PRÄVENTIONS- UND VERSORGUNGSDEFIZITE SPEZIELLER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

In den einleitenden Ausführungen zur politischen Relevanz des Themenfelds „Psychische Erkrankungen und psychosoziale Versorgung“ wurde insbesondere auch auf den Einfluss der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hingewiesen (vgl. Kapitel 2.1.2). Besondere Herausforderungen bestehen heute u. a. mit Blick auf Kinder und Jugendliche, auf alte Menschen und auf Menschen mit Migrationserfahrung.

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Chronisch verlaufende psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters reichen häufig bis in die Kindheit und Jugend zurück. Deshalb kommt der Prävention und Früherkennung im Kindes- und Jugendalter eine besondere Bedeutung zu. Im Sinne der Primärprävention ist eine Gleichwertigkeit emotionaler und sozialer Bildung im Bildungskanon von Kitas, Schulen, Hochschulen und Betrieben anzustreben. Da Kinder psychisch kranker Eltern besonders gefährdet sind, selbst psychisch zu erkranken, müssen Unterstützungsprogramme für diese Zielgruppe verstärkt gefördert werden.

Im kurativen Bereich besteht ein wesentliches aktuelles Problem auf funktionaler Ebene: Die notwendige verbindliche Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Diensten und Einrichtungen der Jugendhilfe, realisiert in Form interdisziplinärer Fallkonferenzen sowie regelmäßiger kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste, steht vielerorts noch aus. Auch die Kooperation zwischen Gesundheits- und Schulsystem ist regional sehr unterschiedlich gestaltet und insgesamt oft unzureichend (DGPPN 2019). Zudem bestehen Mängel im Übergang zum Erwachsenenalter: Hier ist eine verbindliche, enge Zusammenarbeit vor allem mit der Erwachsenenpsychiatrie und der Eingliederungshilfe erforderlich, um Schnittstellen-Problematiken zu vermeiden.

Kognitiv und psychisch veränderte alte Menschen

Die Altersstruktur in Deutschland verändert sich nachhaltig. Die individuelle Lebenserwartung und das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigen. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter ist hoch, und häufig besteht eine Kombination mit kognitiven Einschränkungen und mit körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits wiederum ein Risikofaktor für psychische Beeinträchtigungen sind.

Die besonderen Herausforderungen und psychischen Belastungen des Alterns werden allerdings bis heute oftmals nicht ausreichend berücksichtigt, systematische Präventionsangebote fehlen. Neben demenziellen Erkrankungen sind Depressionen die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (DGPPN 2019). Im öffentlichen Diskurs finden jedoch zumeist nur die Erscheinungsformen der Demenz Beachtung. Der weiter gefasste psychosoziale Unterstützungsbedarf von alt gewordenen Menschen bedarf einer höheren Aufmerksamkeit.

In der Versorgung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen und ggf. auch kognitiven Veränderungen kommt dem Spezialbereich der Gerontopsychiatrie mittlerweile eine zunehmende Bedeutung zu. Der Ausbaugrad psychosozialer, psychotherapeutischer und pflegerischer Angebote mit psychogeriatrischer und gerontopsychiatrischer Spezialisierung ist allerdings regional sehr unterschiedlich und gerade in ländlichen Gebieten in der Regel völlig unzureichend. Die Politik ist hier gefordert, eine flächendeckende Versorgung insbesondere auch durch niedrigschwellige, ggf. aufsuchende Unterstützungs- und Versorgungsangebote sicherzustellen.

Psychisch kranke Migrant_innen

In Bezug auf psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung besteht ein meist noch ungedeckter Versorgungsbedarf. Gewalterfahrungen und weitere Belastungsfaktoren eines Migrationsschicksals führen häufig zu posttraumatischen Belastungsstörungen und Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis. Insofern sind verstärkte Anstrengungen zur Identifikation besonders vulnerabler Personen und zur Früherkennung von Traumafolgestörungen notwendig (BPTK 2015, 2018).

Präventionskonzepte müssen Maßnahmen zur Förderung der Resilienz und Informationen über verfügbare Hilfsangebote umfassen (BPTK 2016). Die oft sprachlich und kulturell bedingten Zugangshürden und Verständigungsprobleme erfordern jedoch mehr kultursensitiv geschultes Fachpersonal sowie Sprach- und Integrationsmittel. Deshalb wurden, ergänzend zu den vorhandenen Versorgungsangeboten, spezialisierte psychosoziale Zentren für Geflüchtete und transkulturelle Spezialambulanzen aufgebaut. Diese haben sich in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) zusammengeschlossen und unterstützen auch den Transfer entsprechender Kompetenzen in die Angebote des Regelsystems. Ihre Finanzierung ist zu sichern.

Weitere Risikogruppen und Handlungsbedarfe

Die drei oben genannten Gruppen der Kinder und Jugendlichen, der alten Menschen und der Migrant_innen stehen exemplarisch für Menschen in besonderen Lebensphasen oder Lebenslagen, die ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen. Diesbezüglich gefährdende Lebenslagen sind darüber hinaus insbesondere auch Armut, Arbeits- und Wohnungslosigkeit. Vor diesem Hintergrund ist Prävention nie nur individuell im Sinne einer Stärkung der persönlichen Resilienz (d. h. der psychischen Widerstandsfähigkeit) zu denken. Vielmehr geht es auch darum, prekäre Lebensverhältnisse zu vermeiden und jedem Menschen das Mindestmaß an sozialer Sicherheit zu ermöglichen, das zur psychischen Gesunderhaltung erforderlich ist. Zur Prävention chronischer psychischer Erkrankungen ist es auch notwendig, dass Patient_innen mit akuten und leichteren Störungen (z. B. Anpassungsstörungen, Erschöpfungssyndrome) schnelle und kompetente Behandlung erhalten, um eine Chronifizierung zu verhindern. Ziel muss es daher sein, Wartezeiten auf Psychotherapie weiter zu reduzieren.

2.3.5 UNZUREICHENDE VERANKERUNG VON AUTONOMIEFÖRDERUNG UND PARTIZIPATION

Zu einer zeitgemäßen Ausgestaltung der psychosozialen Versorgung gehören Autonomieförderung im Sinne eines „Empowerment“ und Partizipation der psychisch erkrankten Menschen (vgl. Kapitel 2.2.2). Eine Mitbestimmung der Betroffenen muss auf allen Ebenen erfolgen: in der Entscheidungsfindung über medizinisch-therapeutische und rehabilitative Maßnahmen, bei der Ausgestaltung des Behandlungssettings (z. B. durch den Einsatz von Menschen mit eigener psychischer Krankheitserfahrung als Genesungsbegleiter_innen) und bei der Evaluation und Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung im umfassenden Sinne (z. B. durch die konsequent dialogische Besetzung von Gremien). Entsprechende Formen der Mitwirkung sind jedoch bislang nicht systematisch geregelt oder beschränken sich auf ein reines Anhörungsrecht, wie derzeit im G-BA. Ein gesetzlich garantiertes Mitbestimmungsrecht sollte festschreiben, welchen konkreten Einfluss Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankungen und deren Angehörige auf welchen Ebenen ausüben.

Ein wenig beachteter, aber dennoch wichtiger Bereich der Partizipation ist darüber hinaus die Forschung. Insbesondere für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsforschung eignen sich partizipative Ansätze (Bergold/Thomas 2012; Fegert et al. 2019; von Peter 2017), deren großes Verdienst darin liegt, die Perspektiven, Lebensweisen, Themen- und Fragestellungen der Betroffenen einzubeziehen, und damit den Horizont deutlich zu erweitern. Mit der bundesweiten Ausschreibung entsprechender Projekte sollte partizipative psychiatrische Versorgungsforschung auch in Deutschland gezielt gefördert werden.

Selbsthilfe

Bezüglich der Selbsthilfe von psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen ist zwischen der individuellen und der organisierten Selbsthilfe zu unterscheiden.

Die individuelle Selbsthilfe, d. h. das Suchen und Finden von Lösungen außerhalb des professionellen Hilfesystems, ist in den aktuellen Debatten über Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen kaum im Blick. Wer Betroffenen und ihren Familien helfen will, muss jedoch auch um deren Hilfesuchverhalten, ihr informelles Handeln, ihre private Selbsthilfekompetenz und ihre Grenzen wissen. Insofern müssen diese Themen künftig verstärkt berücksichtigt werden, u. a. im Kontext der Versorgungsforschung.

Die organisierte Selbsthilfe im Umfeld psychischer Erkrankungen besteht in Deutschland seit Anfang der 1980er Jahre: Der Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker wurde im Jahr 1985, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener im Jahr 1991 gegründet. Seitdem hat sich die Selbsthilfe-Bewegung ausdifferenziert, weitere Organisationen, wie z. B. das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) unter dem Dach der Aktion Psychisch Kranke (APK), sind entstanden.

Allerdings bringt sich insgesamt nur ein kleiner Teil der Betroffenen und Angehörigen aktiv in die Selbsthilfe ein.

Dies ist nicht nur auf die Krankheitsbelastungen und die Angst vor Stigmatisierung zurückzuführen, sondern hat auch strukturelle Ursachen: Die Aktivitäten der Selbsthilfe basieren auf persönlichem Engagement und auf ehrenamtlicher Tätigkeit von Betroffenen und Angehörigen. Der erforderliche Aufwand ist aber ohne externe Unterstützung nicht dauerhaft zu leisten. Der Gesetzgeber hat dem durch das Präventionsgesetz vom 18. Juni 2015 zwar entsprochen, die Leistungen für Prävention und Selbsthilfe auf Basis von § 20 a-d SGBV haben sich dadurch erhöht. Dennoch bewegten sich die Ausgaben für Prävention und Selbsthilfe im Jahr 2017 nur bei ca. 0,2 Prozent des gesamten Ausgabenvolumens der Gesetzlichen Krankenversicherung – im Einzelfall bei geringen Euro-Beträgen. Die Bezuschussung von Selbsthilfeaktivitäten im kommunalen Umfeld ist uneinheitlich und auch dort i. d. R. auf geringem Niveau. Damit lassen sich Aufwand, Reisekosten, Material- und Sachkosten kaum decken. Im Sinne einer Mindestforderung wäre zumindest hier Abhilfe zu schaffen, damit Selbsthilfe als wichtiger, gesellschaftlich gewollter, eigenmotivierter Beitrag zur Gesundheit gegenüber professionell tätigen Organisationen handlungsfähig bleibt.

Soll folglich Selbsthilfe auch künftig als Partnerinstanz fungieren können, ist sie mit verlässlichen, längerfristigen Zuschussmöglichkeiten auszustatten. Organisatorische Unterstützung sollte z. B. über entsprechend geförderte Selbsthilfekontaktstellen vor Ort gewährleistet werden. Um die inhaltlichen Impulse der Selbsthilfe optimal nutzen zu können, ist eine regelhafte und systematische Zusammenarbeit mit den Akteuren des psychosozialen Hilfesystems erforderlich. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Berufsverbände und die für psychisch kranke Menschen tätigen Institutionen sollten entsprechende Kooperationen verstetigen und die Expertise der Selbsthilfe konsequent nutzen.

Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Im Zusammenhang mit dem Thema Autonomieförderung muss auch auf den Umgang mit Zwang in der Psychiatrie eingegangen werden, denn die Anwendung von Zwangsmaßnahmen stellt die maximale Negierung persönlicher Autonomie dar. Grundlegende höchstrichterliche Urteile³ haben in den vergangenen Jahren das Selbstbestimmungsrecht von gegen ihren Willen in psychiatrischen Kliniken untergebrachten Personen gestärkt: Zwang darf nur als „ultima ratio“ nach Ausschöpfung aller anderen Mittel angewendet werden und unterliegt eng gefassten rechtlichen Vorgaben (u. a. bzgl. Richtervorbehalt, Betreuungsintensität während einer Zwangsmaßnahme, Dokumentation und Nachsorge).

Die schädlichen Folgen jeder Art von Zwang in der Psychiatrie sind bekannt: Zwangsmaßnahmen lösen nicht selten (Re-)Traumatisierungen aus und untergraben das Vertrauen der Betroffenen in die psychiatrischen Hilfen (Steinert et al. 2013; Kuosmanen et al. 2015). Das psychiatrische Behandlungssetting ist deshalb so zu gestalten,

dass auf die Anwendung von Zwang so weit wie möglich verzichtet werden kann.

Um diese Forderung systematisch umzusetzen und dies auch überprüfen zu können, ist allerdings eine bessere Datengrundlage unabdingbar. Deshalb ist umgehend ein anonymisiertes bundesweites Register für Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen in Medizin und Pflege einzuführen (DGPPN 2018a: 18). Nur wenn jede Art von Zwang in ihrem Kontext erfasst wird, lässt sich wissenschaftlich untersuchen, welche Einflussfaktoren relevant sind, und welche Strategien der Prävention und Reduktion von Zwang (z. B. Bowers 2014) sich als wirksam erweisen. Entsprechende Forschungsprojekte sind zu fördern, ihre Ergebnisse müssen in die weitere Ausgestaltung des psychosozialen Versorgungssystems einfließen.

Zudem ist die Vereinheitlichung der Landespsychiatriegesetze insbesondere in denjenigen Aspekten anzustreben, welche die Grundrechte von Patient_innen betreffen. Zwar wurden die Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer in den Jahrzehnten seit der Psychiatrie-Enquete mehrfach novelliert (vgl. Kapitel 2.2.1), doch sind die dort festgeschriebenen Regelungen immer noch sehr heterogen. In der Ausgestaltung der PsychKG-Vorschriften, ihrer Auslegung und Umsetzung besteht weiterer Optimierungsbedarf (Gerlinger et al. 2019). Der erforderliche Diskussionsprozess ist dialogisch unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zu führen (DGPPN 2018a: 19).

2.3.6 FEHLEN ANGEMESSENER VERBINDLICHER PERSONALVORGABEN

Mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 war ein Reformschub auch für die personelle Ausstattung in der Psychiatrie verbunden, der – zumindest für den Bereich der Kliniken – im Jahr 1990 mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verstetigt wurde: Erstmals wurden nun verbindliche Personalschlüssel vorgegeben, um die Voraussetzungen für eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Das Ende 2016 beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) schreibt fest, dass es auch künftig eine verbindliche Vorgabe für die Personalbemessung in der stationären psychiatrischen Versorgung geben soll, und zwar in Form einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Diese Richtlinie soll bis September 2019 erarbeitet werden und zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Bei der Neuregelung wird zu berücksichtigen sein, dass sich seit Inkrafttreten der Psych-PV im Jahr 1990 in den Kliniken vieles verändert hat (s. a. Kapitel 2.3.1): Während die Anzahl der Aufnahmen stark anstieg, ist die Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Zugleich weist ein zunehmender Anteil von Patient_innen komplexe Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarfe auf. Eine erhebliche Leistungsverdichtung im stationären und teilstationären Bereich ist die Folge.

Die Anforderungen an die Mitarbeiter_innen steigen zusätzlich durch neue Behandlungskonzepte, einen stetig

³ Wichtige Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts seit 2011: 2 BvR 882/09, 2 BvR 633/11, 2 BvR 502/16, 1 BvL 8/15, 2 BvR 502/16, 2 BvR 309/15.

wachsenden Dokumentationsaufwand, die in vielen Häusern unvollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben sowie die Vernetzung von stationären und außerklinischen Angeboten. Insgesamt ist darum in den letzten drei Jahrzehnten die positive Wirkung der Psych-PV immer weiter hinter den Aufgaben der Krankenhäuser zurückgeblieben.

Wenn Kliniken und Krankenkassen im G-BA über neue Personalvorgaben verhandeln, muss das Ziel eine bedarfsgerechte, umfassende, kohärente und lückenlose verbindliche Personalbemessung sein. Alle Aufgaben und Tätigkeiten, Berufsgruppen, medizinischen und fachpflegerischen Diagnosen und Settings müssen abgebildet werden. Dazu gehören insbesondere auch therapeutische Ansätze, die in der Psych-PV noch nicht ausreichend abgebildet waren, wie z. B. Psychotherapie und Spezialtherapien. Auch die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter_innen muss berücksichtigt werden. Jene, also psychiatrieerfahrene Menschen mit einer spezifischen Zusatzausbildung, bieten in immer mehr psychiatrischen Einrichtungen eine wichtige Ergänzung des Versorgungsangebots. Entscheidend für Akzeptanz, erfolgreiche Arbeit und gute Arbeitsbedingungen von Genesungsbegleiter_innen wird sein, dass angemessene Qualitätsstandards flächendeckend umgesetzt, angemessen eingruppierte Stellen geschaffen und diese nicht zulasten anderer Berufsgruppen finanziert werden.

Für die regionalen Institutionen der Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflege ist die Erarbeitung von der Psych-PV vergleichbaren Personalvorgaben zu fordern, die der starken Differenzierung der Angebote, den hohen Anforderungen an die Individualisierung der Hilfen sowie der Flexibilität der Arbeitszeiten und Arbeitsorte Rechnung tragen. Besonders im ambulanten Bereich ist die Regelung von Arbeitsbedingungen in den Strukturen einer engagierten, kleinteiligen Gemeindepsychiatrie mit häufig prekären Finanzierungsbedingungen eine Herausforderung. Verbindliche Vorgaben können nicht wie bisher überwiegend den Vergütungsverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern überlassen bleiben, sondern müssen aus Qualitätsanforderungen an leitliniengerechte Versorgung abgeleitet werden (vgl. DGPPN 2019).

Eine adäquate, den Anforderungen angepasste personelle Ausstattung erhöht zugleich die Attraktivität des Arbeitsfelds. Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen erforderlich. Die Bekämpfung des Fachkräftemangels nicht nur in der psychosozialen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik insgesamt.

3

PERSPEKTIVEN UND EMPFEHLUNGEN

Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 konnten in der psychosozialen Versorgung erhebliche Fortschritte erzielt werden. Psychisch erkrankten Menschen stehen heute vielfältige Behandlungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung. Ihre Würde und ihre Rechte finden mehr Beachtung.

Die obige Analyse zeigt aber auch: Rund 45 Jahre nach der Enquete bestehen neue, dringende politische Handlungsbedarfe. Die Expertengruppe empfiehlt deshalb die Erarbeitung einer Reform, die sich an den folgenden genannten Eckpunkten orientieren sollte.

3.1 ZIELVORGABEN

Die künftige psychosoziale Versorgung sollte nach diesen **allgemeinen Kriterien** reorganisiert werden:

- Individuell, flexibel und bedarfsgerecht,
- selbstbestimmt und partizipativ,
- an der Wahrung der Würde aller Beteiligten ausgerichtet,
- inklusiv und teilhabeorientiert,
- regionalisiert und populationsorientiert,
- sektor- und rechtskreisübergreifend,
- kooperativ und koordiniert,
- qualitativ hochwertig und transparent,
- präventiv (inkl. einer erhöhten Aufmerksamkeit für Risikogruppen).

Innerhalb einer Region ist ein **sinnvoll abgestuftes Hilfesystem** nach diesen Prinzipien zu gestalten:

- Unterstützung der Selbst- und Laienhilfe,
- Vorrang für ambulante Unterstützung gegenüber stationärer Betreuung,
- Einbeziehung psychiatriererfahrener Genesungsbegleiter_innen in die Mitarbeiterteams der Dienste und Einrichtungen,
- bedarfsgerecht verfügbare Hilfsangebote und darauf bezogene, zuverlässig funktionierende Netzwerke auf allen Versorgungsebenen,

- leichte Zugänglichkeit einer sofortigen Krisenhilfe durch einen „rund um die Uhr“ verfügbaren multidisziplinären Krisen- und Notfalldienst,
- Einbettung psychosozialer Hilfen in den Gesamtkontext sozialer Infrastruktur, vor allem bei Arbeit und Wohnen, kultureller Teilhabe und materieller Existenzsicherung.

Planung, Koordination und Steuerung sind nach folgenden Grundsätzen zu gewährleisten:

- Sorgfältige interdisziplinäre und ggf. rechtskreisübergreifende Planung bei einem längerfristigen komplexeren Hilfebedarf mit regelhafter Einbeziehung (sozial-) psychiatrischer Expertise,
- Koordination und Steuerung, Planung und Evaluation sowohl der Hilfen im Einzelfall als auch der Versorgung in der Region,
- Berücksichtigung aller Kernaufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention über Diagnostik und Therapie bis zu Rehabilitation, längerfristiger Betreuung und Pflege,
- Evaluation und Weiterentwicklung des Systems u. a. durch öffentlich geförderte, partizipative Versorgungsforschung.

Zukunftsorientierte psychosoziale Versorgung stellt nicht das Versorgungssystem in den Mittelpunkt, sondern den psychisch erkrankten Menschen. Die Hilfeplanung muss personenzentriert und ressourcenorientiert ausgerichtet sein. Leitende Prinzipien sind die Achtung von Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen sowie die partnerschaftliche Planung und Ausgestaltung der für sie individuell passenden Hilfen. Unterstützungs- und Versorgungsangebote nach aktuellem fachlichem Standard müssen wohnortnah zur Verfügung stehen und in den Sozialraum eingebunden sein.

Grundsätzlich ist das Versorgungssystem so zu konzipieren, dass Leistungen im Sinne eines „Stepped Care“-Prinzips nach Schweregrad der Erkrankung gestuft angeboten werden können. Dies erfordert zunächst niedrigschwellige Anlaufstellen, die kurzfristig kontaktierbar sind, Ersthilfe

leisten und die Klient_innen bei umfangreichem Hilfebedarf weitervermitteln. Für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf muss eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung „wie aus einer Hand“ gewährleistet sein. Das bedeutet: Die individuell erforderlichen Maßnahmen (z. B. der medizinisch-therapeutischen Versorgung, der Rehabilitation, der Pflege, der Eingliederungshilfe in den Bereichen Arbeit und Wohnen sowie der Förderung sozialer Teilhabe insgesamt) sind frühzeitig und integriert zu planen, unabhängig von der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger und unabhängig davon, ob sie in einem ambulanten, teil- oder vollstationären Rahmen erbracht werden. Eine Koordinationsfunktion sollte sicherstellen, dass bei Bedarf eine Person als Ansprechpartner_in für alle Beteiligten fungiert und insbesondere auch den erkrankten Menschen selbst und dessen Angehörige als „Lotse“ begleitet.

Damit ein solches System flächendeckend etabliert werden kann, sind jedoch politische Rahmensetzungen erforderlich: Zum einen ist sicherzustellen, dass Leistungen aus verschiedenen Sektoren (ambulant/stationär) und Rechtskreisen (Sozialgesetzbüchern) tatsächlich im Einzelfall kooperativ und koordiniert erbracht werden können und müssen. Zum anderen werden politische Vorgaben für die Steuerung des Gesamtsystems benötigt.

3.2 POLITISCHE GESTALTUNGS- UND REGELUNGSBEDARFE

Um die genannten Zielsetzungen zu erreichen, schlägt die Expertengruppe insbesondere folgende politische Maßnahmen vor:

Politische Maßnahmen

- A.** Sicherstellung einer integrierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen:
- Gesetzliche Festschreibung des individuellen Anspruchs auf integrierte Versorgung bei schweren chronischen psychischen Erkrankungen;
 - gesetzliche Festschreibung des individuellen Anspruchs auf eine koordinierende Bezugsperson;
 - Einführung sektor- und rechtskreisübergreifend integrierter regionaler Psychriatriebudgets als Regelinstrument der Finanzierung;
 - perspektivisch: Initiative zu einer Rahmengesetzgebung auf Bundesebene zur Zusammenführung psychiatrierelevanter Leistungen aus den einzelnen Sozialgesetzbüchern, auch mit dem Ziel, Globalbudgets zugunsten einer integrierten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu schaffen.
- B.** Gesetzliche Rahmenvorgaben des Bundes und der Länder zur Festschreibung der von den kommunalen Gebietskörperschaften zu erfüllenden Mindestanforderungen:
- Bzgl. der psychosozialen Versorgungsstruktur (u. a. niedrigschwellige Angebote, aufsuchende Dienste, rund um die Uhr erreichbare mobile Kriseninterventionsdienste);

- bzgl. der Planung, Steuerung und Koordination vor Ort (inkl. der Benennung von Verantwortlichkeiten);
 - bzgl. der verbindlichen Beteiligung der mit der Versorgung psychisch kranker Menschen befassten Einrichtungen, Dienste und Praxen sowie der psychiatriee erfahrenen Menschen und Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen an der Gestaltung der örtlichen Versorgung;
 - bzgl. der regelmäßigen Evaluation und Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung.
- C.** Bundespolitische Maßnahmen:
- Zur verstärkten Prävention psychischer Erkrankungen;
 - zur nachhaltigen Förderung der Selbsthilfe psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen.

Erläuterung

Psychisch kranke Menschen – auch solche mit komplexem Unterstützungsbedarf – müssen sich darauf verlassen können, jederzeit und an jedem Ort in Deutschland **individuell zugeschnittene und aufeinander abgestimmte Hilfen** zu erhalten. Dafür bedarf es eines gesetzlichen Anspruchs auf integrierte Versorgung bei schweren chronischen psychischen Erkrankungen. Zudem müssen die Betroffenen den Rechtsanspruch auf eine individuell koordinierende Bezugsperson erhalten.

Für die Umsetzung einer integrierten psychosozialen Versorgung erscheint es sinnvoll, als Regelinstrument der Finanzierung sektor- und rechtskreisübergreifend integrierte regionale Versorgungsbudgets einzuführen. Perspektivisch sollte die Einführung eines Globalbudgets Psychiatrie auf Bundesebene geprüft werden, das die psychiatrierelevanten Leistungen aus den einzelnen Sozialgesetzbüchern zusammenführt.

Eine adäquate **Planung und Steuerung des Gesamtsystems** muss unter Berücksichtigung der föderalen Strukturen mehrstufig erfolgen:

Die unmittelbare Zuständigkeit für die psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgungsstrukturen liegt im Sinne der Daseinsfürsorge bei den kommunalen Gebietskörperschaften. Zu ihren Kernaufgaben gehören die Vorhaltung von Sozialpsychiatrischen Diensten sowie die Bereitstellung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Umfang und Ausgestaltung der Angebote zwischen den Gebietskörperschaften erheblich differieren. Eine einheitlich hohe Versorgungsqualität auf der Grundlage aktueller fachlicher Standards und Leitlinien (siehe die obige Analyse) ist in Deutschland aktuell nicht sichergestellt.

Deshalb bedarf es **politischer Rahmenvorgaben** auf Landes- und Bundesebene, die Festlegungen zu Mindeststandards und Verantwortlichkeiten treffen. Gesetzlich festzuschreiben sind u. a. niedrigschwellige Beratungs- und Hilfeleistungen. Ähnlich den Pflegestützpunkten sollten professionell ausgestattete psychosoziale Stützpunkte verbindlich eingerichtet werden. Zudem sind multiprofessionelle aufsuchende Behandlungs- und Unterstützungsangebote erforderlich, die eine angemessene Betreuungsintensität

tät auch für schwer psychisch erkrankte Menschen gewährleisten. Die Vorhaltung von jederzeit erreichbaren, mobilen Kriseninterventionsteams muss obligatorisch sein. Darüber hinaus sollten krankenhausalternative Rückzugsorte für Krisensituationen zur Verfügung stehen.

Um die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure zu fördern, sind Netzwerke wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Gemeindepsychiatrische Verbände zu bilden. Zudem wird eine Stelle für Psychiatriekoordination benötigt, die (soweit noch nicht vorhanden) in jeder Gebietskörperschaft verbindlich eingerichtet werden muss, begleitet und unterstützt von einem triadisch, d. h. mit Professionellen, Betroffenen und Angehörigen besetzten Beirat. Eine verpflichtende, qualitativ hochwertige Psychiatrieberichtserstattung muss die Grundlage für die Evaluation und Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung in der Region bilden. Auch hierbei ist die Partizipation von Betroffenen und Angehörigen unverzichtbar. Im Sinne der Inklusion ist es zudem wichtig, die kommunale Psychiatrieplanung nicht isoliert vorzunehmen, sondern als Bestandteil der übergreifenden Sozialplanung zu verstehen.

Die Bundesländer sollten in ihren Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen die entsprechenden Rahmenvorgaben festschreiben, die Zuständigkeiten der Kommunen benennen und im Rahmen des Finanzausgleichs die erforderlichen Mittel bereitstellen. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung in den Gebietskörperschaften sind ausreichende Spielräume erforderlich, um regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können. Zugleich muss die grundlegende Versorgungsqualität im oben genannten Sinne aber über alle Regionen hinweg gleichermaßen sichergestellt sein.

Angesichts der derzeitigen Heterogenität der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze erscheint es sinnvoll, wesentliche Festlegungen auf Bundesebene zu treffen. Ein Bundespsychiatriegesetz sollte alle relevanten Vorgaben beinhalten und konkrete Aufträge an die Länder benennen. Zudem sind bundesweite Maßnahmen zur Förderung der Prävention und zur (auch finanziellen) Unterstützung der Selbsthilfe erforderlich. Die regelhafte Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Planung, Umsetzung und Evaluation psychosozialer Versorgung ist gesetzlich festzuschreiben.

Erste Schritte zur Umsetzung

Bund, Länder und Kommunen müssen Hand in Hand arbeiten, um für psychisch kranke Menschen die optimale Versorgung zu gewährleisten. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung muss ein Anliegen sein, dem sich die Politik jenseits von Partikularinteressen verantwortungsvoll und nachhaltig widmet.

Die Expertengruppe regt deshalb an, zur Prüfung und Umsetzung der in diesem Papier genannten Vorschläge eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** mit Einbezug der kommunalen Ebene und der Selbsthilfe von psychiatriee erfahrenen Menschen und ihren Angehörigen ins Leben zu rufen (vgl. Elgeti 2019).

44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete von 1975 ist es an der Zeit für eine neue konzertierte Initiative.

Mitglieder der Expertengruppe

Stefanie Bosch,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Dirk Heidenblut MdB, Deutscher Bundestag

Paul Bomke,

Geschäftsführer – Pfalzkrankenhaus AdÖR – Dienstleister für Seelische Gesundheit

Jurand Daskowski,

Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V.

Dr. Klaus-Heinrich Dedring,

SPD-Parteivorstand – Referat Arbeitsmarkt, Sozial- und Gesundheitspolitik

Dr. Hermann Elgeti,

Dezernat für Soziale Infrastruktur – Region Hannover

Grit Genster,

ver.di Bundesvorstand – Bereichsleiterin Gesundheitspolitik

Gabriel Gerlinger,

DGPPN – Leiter Public Affairs und Wissenschaftlicher Dienst

Nils Greve,

Vorsitzender – Dachverband Gemeindepsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth,

Ärztliche Direktorin – Regionalgeschäftsführerin – Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weissensee

Dr. Silke Heinemann,

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Mainz, seit 2019 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Ulrich Krüger,

Geschäftsführer – Aktion Psychisch Kranke e. V.

Armin Lang,

Vorsitzender des Sozialverbands VdK Saarland

Dr. Elke Prestin,

NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit

Prof. Dr. Rudolf Schmid,

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH

Severin Schmidt,

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Franz-Josef Wagner,

Vorsitzender und Geschäftsführer des NetzG RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz e. V., ehemals Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE RLP) e. V.

Christian Zechert,

Mitglied im Vorstand des BApK 2014 – 2018, Beisitzer für die Angehörigen im Vorstand des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

Abkürzungsverzeichnis

Literaturhinweise

AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BpTK	Bundespsychotherapeutenkammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Bundesteilhabegesetz
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPPR	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Psychosomatische Prävention und Rehabilitation
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
Psych-KG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (die genauen Titel sind länderspezifisch unterschiedlich)
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (kurz: UN-Behindertenrechtskonvention)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Carta, M. G.; Schomerus, G. 2014: Changes in the Perception of Mental Illness Stigma in Germany over the last two Decades, in: *European Psychiatry* 29 (6), S. 390–395.

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2012: Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ an die Gesundheitsministerkonferenz 2012, http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf (22.12.2018).

Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. 2015: Wo stehen wir heute? Resümee und Ausblick, in: Armbruster, D. et al. (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquete*, Köln, S. 16–38.

Bergold, J.; Thomas, S. 2012: Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1), Art. 30, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801> (22.12.2018).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2009: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2007: Unfallverhütungsbericht Arbeit, www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Suga-2007.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (1.4.2019).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2018: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2017: Unfallverhütungsbericht Arbeit, www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Suga-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=13 (1.4.2019).

Bundesministerium für Gesundheit 2017: GKV-Statistik KG8. Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen 2017, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/AU-Faelle-nach-Diagnosen-und-Alter_2017.pdf (1.4.2019).

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2017: Behindertenhilfe in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Ein Trendbericht, https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf?__blob=publicationFile (1.7.2018).

Bielefeldt, H. 2009: *Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin.

Bond, G. R.; Drake, R. E.; Becker, E. R. 2012: Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) Model of Supported Employment outside the US, in: *World Psychiatry* 11 (1), S. 32–39.

Borbé, R.; Steinhart, I.; Wienberg, G. 2017: Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells, in: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): *Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 278–298.

Bowers, L. 2014: Safewards: A new Model of Conflict and Containment on Psychiatric Wards, in: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (6), S. 499–508.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) 2019: Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf (1.4.2019).

Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) 2015: BpTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf (17.2.2019).

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 2016: Ratgeber für Flüchtlingshelfer: Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen? https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160513_BPtK_Ratgeber-Fluechtlingshelfer_2016_deutsch.pdf (17.2.2019).
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 2018: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fluechtlingen_in_deutschland.pdf (17.2.2019).
- Deister, A.; Wilms, B. 2014: Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte nach § 64 b SGB V, Köln.
- Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Psychosomatische Prävention und Rehabilitation (DGPPR) 2018: Positionspapier zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), in: *Ärztliche Psychotherapie* 13, S. 263–265.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2018a: Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a-03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf (1.4.2019).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2018b: DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie: Versorgung Forschung Nachwuchs Qualität, https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d-449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf (1.4.2019).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2019: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html> (1.4.2019).
- Deutscher Bundestag 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, Bonn.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) 2018: Rentenversicherung in Zeitreihen, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.html (3.1.2018).
- Dieterich, M.; Irving, C.; Park, B.; Marshall, M. 2010: Intensive Care Management for Severe Mental Illness, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), CD007906, DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.
- Elgeti, H. 2019: Psychiatriereform braucht gute Planung – Bund, Länder und Kommunen tragen dafür Verantwortung, in: *Bundesgesundheitsblatt* 62 (2), S. 222–229.
- Europäische Kommission 2005: Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf (24.2.2019).
- Fegert, J. M.; Baumeister, H.; Brieger, P.; Gallinat, J.; Grabe, H.; Gündel, H.; Härter, M.; Oexle, N.; Prestin, E.; Rassenhofer, M.; Riedel-Heller, S.; Rüscher, N.; Schäfer, I.; Schomerus, G.; Schulz, H.; Speck, A.; Steinhart, I.; Stengler, K.; Becker, T. 2019: Greifswalder Erklärung zur gesellschaftlichen Bedeutung des Bereichs psychische Gesundheit in der Gesundheitsforschung – „Lost in translation?“, in: *Psychiatrische Praxis* 46 (2), S. 70–72.
- Gerlinger, G.; Deister, A.; Heinz, A.; Koller, M.; Müller, S.; Steinert, T.; Pollmächer, T. 2019: Nach der Reform ist vor der Reform – Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer, in: *Der Nervenarzt* 90 (1), S. 45–57.
- Grauenhorst, I.; Steinhart, I. 2011: Heim-Alternativen: Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, in: *Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 29 (2), S. 30–32.
- Greve, N.; Floeth, T. 2017: Sektorengrenzen überwinden – Integrierte Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): *Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 116–131.
- Gühne, U.; Becker, T.; Riedel-Heller, S. 2017: Evidenzbasierte Psychiatrie im Sozialraum – Update der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, in: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 45–62.
- Gühne, U.; Becker, T.; Salize, H. J.; Riedel-Heller, S. 2015: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank?, in: *Psychiatrische Praxis* 42, S. 415–523.
- Gühne, U.; Riedel-Heller, S. 2015: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1f-ce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (22.12.2018).
- Herzog, W.; Beutel M. E.; Kruse, J. 2012: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebiets in Deutschland, Stuttgart, S. 55–82.
- Hoffmann, H.; Jäckel, D.; Glauser, S.; Mueser, K. T.; Kupper, Z. 2014: Long-term Effectiveness of Supported Employment: Five Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial, in: *American Journal of Psychiatry* 171, S. 1183–1190.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U. 2014: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung, in: *Der Nervenarzt* 85, S. 77–87.
- Jacobi, F.; Karadza, A.; Ziervogel, K. 2017: Gesundheitsförderung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Konzept und Evidenzlage, in: Pohl, U. (Hrsg.): *Morgenspuren. Abschiedsgabe aus Bethel für Günther Wienberg mit Beiträgen zu Herausforderungen in Sozialpsychiatrie und Somatik*, Bielefeld, S. 155–167.
- Jacobi, F.; Kunas, S. L.; Annighöfer, M. L. D.; Sammer, S.; Götz, T.; Gerlinger, G. 2019: Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialer Hilfebedarf in Deutschland, in: Harig, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*, Berlin.
- Kilian, R.; Becker, T. 2013: Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? In: *Kerbe* 3, S. 4–6.
- Knuf, A. 2003: Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie, in: *Managed Care* 7, S. 17–19.
- Krüger, U. 2017: Psyche und Arbeit zusammenbringen, in: *Kerbe* 4, S. 21–22.
- Kuosmanen, L.; Makkonen, P.; Lehtila, H.; Salminen, H. 2015: Seclusion Experienced by Mental Health Professionals, in: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (5), S. 333–336.
- Maio, G. 2015: Anerkennung durch die Gabe der Zuwendung. Warum das Eigentliche in der Medizin nicht gekauft werden kann, in: Ders. (Hrsg.): *Ethik der Gabe: Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen*, 2. Aufl., Freiburg S. 7–56.
- Mill, J. S. 1859/1988: *Über die Freiheit*, Stuttgart.
- Mönter, N. 2017: Mobile Multiprofessionelle Teams aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes, in: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): *Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 100–115.

- Murphy, S. M.; Irving, C. B.; Adams, C. E.; Driver, R. 2012: Crisis Intervention for People with Severe Mental Illnesses, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12, Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- Nussbaum, M. C. 2011: *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, Cambridge.
- Peter, S. von 2017: Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie, in: *Psychiatrische Praxis* 44, S. 431–433.
- Richter, D. 2010: Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, in: *Psychiatrische Praxis* 37, S. 127–133.
- Richter, D.; Berger, K.; Reker, T. 2008: Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht, in: *Psychiatrische Praxis* 35, S. 321–330.
- Richter, D.; Berger, K. 2013: Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Literaturübersicht über wiederholte Querschnittstudien, in: *Psychiatrische Praxis* 40, S. 176–182.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018: Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (6.12.2018).
- Sächsisches Krankenhaus Rodewisch 1963: Rodewischer Thesen, https://www.skh-rodewisch.sachsen.de/ueber_uns/rodewischer_thesen/ (5.1.2019).
- Ruggeri, M.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Bisoffi, G. 2000: Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness, in: *British Journal of Psychiatry* 177 (2), S. 149–155.
- Schmid, P.; Steinert, T.; Borbé, R. 2013: Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland, in: *Psychiatrische Praxis* 40, S. 414–424.
- Schmidt, A. 2018: Schlechte Arbeitsbedingungen – Gefährdung der psychischen Gesundheit, in: *PiD – Psychotherapie im Dialog* 19, S. 99–104.
- Schomerus, G.; Angermeyer, M. C. 2015: Auswirkungen der Psychiatriereform auf das Image der Psychiatrie und auf die Haltungen zu den Betroffenen, in: Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn*, Köln, S. 256–266.
- Schomerus, G.; Schwahn, C.; Holzinger, A.; Corrigan, P. W.; Grabe, H. J.; Carta, M. G.; Angermeyer, M. C. 2012: Evolution of Public Attitudes about Mental Illness: A Systematic Review and Metaanalysis, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125 (6), S. 440–452.
- Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C. 2014: Casual Beliefs of the Public and Social Acceptance of Persons with Mental Illness: A Comparative Analysis of Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence, in: *Psychological Medicine* 44 (2), S. 303–314.
- Sen, A. 1999: *Commodities and Capabilities*, Oxford.
- Sigrist, J. 2016: Arbeitswelten und Psychische Störung, in: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 17 (2), S. 16–21.
- Spießl, H.; Binder, H.; Cording, C.; Klein, H.; Hajak, G. 2006: Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (39), S. 2549–2552.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017: Krankheitskosten. Fachserie 12 Reihe 7.2.1 – 2015, https://www.destatis.de/GPstatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00033175/2120721159004.pdf;jsessionid=B19129ECF3A61F8DB331D847FC4E599C (1.4.2019).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018: Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de/gbe10/I?I=547:31060267D (1.4.2019).
- Steinert, T.; Birk, M.; Flammer, E.; Bergk, J. 2013: Subjective Distress after Seclusion or Mechanical Restraint: One-year Follow-up of a Randomized Controlled Study, in: *Psychiatric Services* 64 (10), S. 1012–1017.
- Steinhart, I.; Wienberg, G. 2017: Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung, in: Dies. (Hrsg.): *Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 22–44.
- Stengler, K.; Becker, T. 2017: Das Ende der Reha-Kette? – Zukunft der beruflichen Teilhabe, in: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): *Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*, Köln, S. 234–245.
- Stengler, K.; Riedel-Heller, S.; Günhe, U.; Becker, T. 2015: Gemeindepsychiatrische Versorgung, in: *PSYCH up2date* 9 (02), S. 113–128, DOI: 10.1055/s-0041-100094.
- Walker, E. R.; McGee, R. E.; Druss, B. G. 2015: Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis, in: *JAMA Psychiatry* 72, S. 334–341.
- World Health Organization (WHO) 2016: Meeting Report on Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorders, https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf (1.4.2019).

Impressum:

© 2019

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, D-53175 Bonn
Fax 0228 883 9202, 030 26935 9229, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten
Ansichten sind nicht notwendigerweise die der
Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). Eine gewerbliche Nutzung
der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne
schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-96250-333-8

Titelmotiv: © IR Stone / Shutterstock.com (Symbolbild)
Gestaltungskonzept: www.stetzer.net
Satz/Anwendung: Heike Wächter, Grafikdesign
Druck: www.bub-bonn.de

Das Vorsorgekonto – Basisprodukt für die private Altersvorsorge
WISO DISKURS – 01/2019

Qualität in einem sektorenübergreifenden Gesundheitswesen –
Über die Bedeutung der Qualität für eine gute gesundheitliche
Versorgung
WISO DISKURS – 22/2018

Beschäftigtenpotenziale nutzen: die beste Antwort auf die
Alterung der Gesellschaft
WISO DIREKT – 14/2018

ZEIG – ein zielfokussiertes Evaluationstool für Innovationen im
Gesundheitswesen
WISO DISKURS – 13/2018

Grundrente & Co. – Konzepte für eine bessere Alterssicherung bei
Niedriglohn im Vergleich
WISO DIREKT – 08/2018

Digitalisierung politisch gestalten. Mehr. Besser. Anders. Für eine
soziale Innovationspolitik
WISO DISKURS – 09/2018

„Capital-funded“ Pensions – A blind Alley?
WISO DIREKT – 02/2018

Shaping Health Care Fairly – the Situation in Germany from a
politico-ethical Perspective
WISO DIREKT – 01/2018

Betriebliche Sozialpolitik – Eine Bestandsaufnahme
WISO DISKURS – 01/2018

Wer wählt rechtspopulistisch? Geografische und individuelle
Erklärungsfaktoren bei sieben Landtagswahlen
WISO DISKURS – 16/2017

Angst im Sozialstaat – Hintergründe und Konsequenzen
WISO DIREKT – 38/2017

„Kapitaldeckung“ der Rente – ein Irrweg?
WISO DIREKT – 34/2017

Gesundheit gerecht gestalten – politisch-ethische Überlegungen
zur Situation in Deutschland
WISO DIREKT – 32/2017

