Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Bericht der Arbeitsgruppe 2 „Sozialpsychiatrische Grundversorgung“

zur Fortschreibung des Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter

Leitung:
Dr. Michael von Cranach
Leitender Ärztlicher Direktor
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Hinweis:
Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierte Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

I. Leitlinien der psychiatrischen Versorgung

LEITLINIE 1:

Im Mittelpunkt psychiatrischer Hilfen steht der Mensch als Ganzes und nicht nur seine Erkrankung.

Psychische Störungen, welche der Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen System bedürfen, betreffen den ganzen Menschen und berücksichtigen dabei zwangsläufig seinen biologischen, seinen psychologischen und seinen sozialen Kontext. Das heute allgemein akzeptierte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell psychischer Störungen ist Ausdruck dieser ganzheitlichen Betrachtungs- und Behandlungsweise. Psychische Störungen entstehen bzw. werden aufrecht erhalten auf der Basis komplexer multifaktorieller Ursachen und machen deshalb notwendigerweise ein mehrdimensionales Behandlungskonzept notwendig. Dies wiederum hat zur Folge, dass in der psychiatrischen Versorgung verschiedene Berufsgruppen tätig sein müssen, die in der Lage sind, integriert je nach Bedarf, komplexe Behandlungsangebote zu gewährleisten. Auch bedeutet dies, dass psychiatrische Hilfen immer komplexer Natur sind, d.h. sie beinhalten Behandlungs-, Beratungs-, Betreuungs- und Eingliederungsmaßnahmen, was die Kostenträger zu berücksichtigen haben. Dieser ganzheitliche Ansatz beinhaltet auch, dass das Ziel der Hilfen nicht nur die Behandlung der Erkrankung, der Symptome oder der Krise ist, sondern auch die Gewährleistung der Eigenständigkeit, der sozialen und beruflichen Eingliederung und der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft, wie es die EU-Charta der Grundrechte für die Integration von Menschen mit Behinderungen fordert. Der betroffene Mensch darf nicht auf die Dimension der Krankheit, Behinderung und Defizite reduziert werden, sondern soll im salutogenetischen Sinne auch im Kontext seine Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken und Entwicklungschancen gesehen werden.

LEITLINIE 2:

Von institutionszentrierten zu personenzentrierten Hilfen

Im gegenwärtig noch zu institutionszentrierten Angebot psychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsleistungen müssen sich die hilfesuchenden Menschen überwiegend an die vorhandenen Angebote anpassen. Um die vielfältigen Störungsbilder und die individuellen Lebensentwürfe zu berücksichtigen, muss sich das gesamte psychiatrische Versorgungsangebot um die individuellen Bedürfnisse der hilfesuchenden Personen gruppieren. Dabei müssen die einzelnen Hilfeangebote zu einem ganzheitlichen Konzept zusammengefasst werden, das die multiprofessionellen Hilfen integriert.

Die Hilfeerbringung sollte wann immer möglich ambulant erfolgen und sich an dem höchst erreichbaren Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Betroffenen orientieren unter Berücksichtigung der Interessen der Angehörigen und der Gesellschaft insgesamt. Von zentraler Bedeutung ist dabei die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zwischen Hilfeerbringern und Betroffenen, die bei komplexem Hilfebedarf über eine koordinierende Bezugsperson entsprechend der Wünsche der Betroffenen gesteuert werden sollte. In allen Regionen Bayerns wird auch im ambulanten Bereich eine Versorgungsverpflichtung für alle in dieser Region hilfesuchenden Menschen eingegangen. Ein Ausschluss von Versorgungsleistungen wegen bestimmter persönlicher Eigenarten oder psychosozialer Problemlagen der Betroffenen sollte nicht mehr möglich sein. Die stationäre dauerhafte Betreuung in Heimen sollte nur unter sehr eng umgrenzten Bedingungen stattfinden können. Bedarfsgerechte Alternativen sind zu entwickeln.

Bislang haben sich die Betroffenen den Therapieprogrammen der Institutionen anzupassen, die sich ihr Klientel zum Teil selbst aussuchen können. Dieser institutionsorientierte Ansatz wird – soweit nicht aus fachlichen Gründen spezialisierte Einrichtungen sinnvoll sind - zugunsten eines bedarfsorientierten Ansatzes aufgegeben, mit dem sich die jeweiligen Institutionen den Hilfebedürfnisse der in einer Region lebenden psychisch kranken Menschen anpassen müssen. Dazu ist es nötig, komplexe, am individuellen Bedarf orientierte Hilfsangebote zu entwickeln, die über Hilfeplankonferenzen und regionale Verbundsysteme gesteuert werden, z B. persönliche Budgets anstelle einer institutionsbezogenen Finanzierung der Hilfen. In diesem Zusammenhang müssen insbesondere die

verschiedenen Schnittstellen (Krankenhausbehandlung – ambulante Betreuung; Suchthilfe – Psychiatrie, Altenhilfe – Gerontopsychiatrie, professionelle Helfer – Angehörige, psychiatrische Hilfen – Wohnungslosenhilfe) so gestaltet werden, dass reibungslose Übergänge und Kooperation die Regel werden.

Personenzentriertes Handeln heißt auch die sog. gesunden Anteile des Betroffenen, seine Ressourcen sowie die Ressourcen seiner Familie und seiner Umwelt zu erkennen und dabei im Sinne des Normalisierungsprinzips die Grundsätze des „normalen" Lebens (z.B. Trennung von Wohnen – Arbeit – Freizeit, Wochen- und Jahreszyklus, Lebensphasen, Geschlechterrolle) zu berücksichtigen.

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

In den letzten 2 Jahrzehnten seit Veröffentlichung des 2. Bayerischen Psychiatrieplans sind in allen Bereichen der Medizin, der Psychiatrie, Psychotherapie und in den Sozialwissenschaften deutliche Fortschritte zu verzeichnen. Eine evidenzbasierte Medizin bemüht sich, diagnostische und therapeutische Entscheidungen wissenschaftlich zu begründen. Die Evaluationsforschung hat in allen Bereichen der Psychiatrie, der biologischen Therapieverfahren, der Psychotherapie sowie der psychosozialen Hilfen einen hohen Stellenwert bekommen. Dies lässt sich an unzähligen Bespielen dokumentieren. Das von der Bundesregierung geförderte Kompetenznetzwerk Depression zeigte, wie die Qualität der ambulanten Behandlung depressiver Menschen verbessert werden kann und regional die Suizidhäufigkeit dadurch sinkt. Ähnliche Beispiele ließen sich für die effektivere Vorgehensweise bei dementiellen oder schizophrenen Störungen bringen. Neue Verfahren der Früherkennung und der Frühintervention bei Menschen mit schizophrenen Störungen scheinen einen günstigeren Krankheitsverlauf zur Folge zu haben. Psychoeduktion, Unterstützung der Angehörigen, Angehörigenarbeit, Psychoseseminare sind wichtige Bausteine der Behandlung bzw. Versorgung. Neue komplexe Vorgehensweisen bereichern die bisherigen Hilfen, z. B. „hometreatment" als Ersatz für eine vollstationäre Behandlung oder „place and train" als Form der individuellen Rehabilitation im Vergleich zur herkömmlichen institutionsorientierten Wiedereingliederung. Die Definition von

Standards in allen Bereichen der Versorgung und die Einführung eines Qualitätsmanagements, der für ihre Aufrechterhaltung sorgt, sind heute unverzichtbar geworden. Die Reduzierung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie, die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds des Patienten, die Entwicklung geschlechtsspezifischer Angebote sowie unterstützende Hilfen für psychisch kranke Eltern und deren Kinder müssen Schwerpunkte der Bemühungen in den folgenden Jahren sein.

Die Einhaltung von Standards bedarf einer ständigen Überprüfung. Die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung, die Förderung von Modellprojekten sowie eine intensive wissenschaftliche Evaluationstätigkeit sind Voraussetzung dazu.

LEITLINIE 4:
Niederschwelliger Zugang zu den Versorgungsangeboten

Von entscheidender Bedeutung für eine qualitative Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist es, die Hilfen/das Hilfesystem so zu gestalten, dass:

a) sie dem Bedarf der jeweiligen Zielgruppen entsprechend gestaltet sind (z.B. aufsuchende Hilfen);
b) sie leicht zugänglich sind und auch ohne großen verwaltungstechnischen Aufwand - im Sinne eines präventiven Ansatzes - möglichst frühzeitig in Anspruch genommen werden können;
c) eine im Bedarfsfall notwendige, sofortige und barrierefreie Gewährung/Bereitstellung von Hilfen gegeben ist;
d) die Hilfen aufeinander abgestimmt und nahtlose Übergänge möglich sind (z.B. Einrichtungswechsel, Komplexleistungsprogramme);
e) eine möglichst hohe Transparenz über das bestehende Versorgungssystem und die darin geleisteten Hilfen sowohl den Nutzern als auch den Leistungserbringern zur Verfügung stehen (Informationsmanagement, Nutzung geeigneter Medien).

Bedingungen für die Bereitstellung eines niederschwelligen Zugangs sind:

- Abbau administrativer Hürden und größtmögliche telemediale und persönliche Erreichbarkeit der Einrichtungen und Dienste mit einer kundenorientierten Gestaltung der Servicezeiten, durch Telefon, Fax, Internet;
- eine gute örtliche Erreichbarkeit und Räumlichkeiten die in entsprechenden (Wohn-) Vierteln integriert sind, um eine mögliche Stigmatisierung gering zu halten;
- ein regionales psychiatrisches Notdienst-/psychosoziales Krisendienstangebot rund um die Uhr
- intensive Vernetzung der bereits bestehenden Hilfeangebote (wie z.B. SPDis/GPDis/PSBs/Institutsambulanzen /Bereitschaftsdienstangebote der KV, etc.)
- Pauschalfinanzierung der Hilfen (auch um die nahtlosen Übergänge zwischen den Hilfen zu gewährleisten)
- der weitere Ausbau aufsuchender Hilfeleistungen nach den Grundsätzen der Lebensweltorientierung und Normalisierung
- Einbeziehung der Angehörigen und des Umfeldes der psychisch kranken Menschen

LEITLINIE 5:

Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin

Die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken auf allen Ebenen ist ein grundlegendes Anliegen der Reformbemühungen. Auf der Ebene des Versorgungssystems bedeutet dies:

- die psychiatrische Qualifizierung der hausärztlichen Primärversorgung.
- Präsenz der Psychiatrie bei den somatischen Disziplinen des allgemeinen Krankenhauses in Form eines psychiatrischen und psychosomatischen Liaisondienstes
- die weitere Gründung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit dem Ziel, die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin zu fördern.
- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker in den für die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Arbeitsverwaltung, Integrationsämter maßgeblichen Leistungsgesetzen sowie in dem bayerischen Gleichstellungsgesetz für Behinderte.

Ziel dieser Bemühung ist nicht nur die Reduzierung von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen, sondern auch die Stärkung einer regionalen Verantwortlichkeit, sowie die Verbesserung der psychosozialen Kompetenz in der Allgemeinmedizin und die enge Vernetzung zwischen den medizinischen Disziplinen

Die Multiprofessionalität der psychiatrischen Behandlung darf durch die Integration in die allgemeine Medizin nicht gefährdet werden, sondern sollte eher beispielgebend für andere somatische Bereiche sein.

LEITLINIE 6:

Gemeindenähe und Lebensweltorientierung der Hilfsangebote

Der psychisch kranke Mensch muss während der Inanspruchnahme der Hilfen weitestgehend in seiner vertrauten räumlichen Umgebung und innerhalb seiner familiären, sozialen und arbeitsbezogenen Strukturen verbleiben können. Dies erhält ihm die Sicherheit und Orientierung, vermeidet Ausgrenzung, erspart ihm belastende Anpassungsleistungen und ermöglicht ihm den Rückgriff auf vorhandene persönliche Ressourcen. Nur so können auch im integrierten Hilfeplanungsprozess die aktivierbaren externen Unterstützungsstrukturen sinnvoll in das Therapiekonzept einbezogen werden.
Zentrale Bedingung ist die gute Erreichbarkeit des Hilfsangebotes, das sich um das gewohnte Lebensumfeld der Hilfesuchenden gruppiert.
Eine gute Verkehrsanbindung sowie eine niedrigschwellige Organisation der Hilfeangebote ist hierfür die Voraussetzung.

Zentral sind Hilfen, die die Eigenständigkeit der psychisch kranken Menschen wieder herstellen bzw. gewährleisten und ihnen den Vollzug ihrer jeweiligen persönlichen Lebensentwürfe ermöglichen. Im Mittelpunkt steht die selbstbestimmt gewählte Lebensform in der eigenen Wohnung.
Hilfsangebote sind so in das Lebensumfeld zu integrieren, dass psychiatrische und nicht-psychiatrische Leistungen sich sinnvoll ergänzen können. Dazu bedarf es einer integrierten Hilfeplanung, die sich an dem individuellen Bedarf des psychisch kranken

Menschen orientiert. Sie umfasst alle Lebensbereiche, sofern sie von der Erkrankung beeinträchtigt sind.

LEITLINIE 7:

Kontinuität der Behandlung und Hilfe

Psychiatrische Hilfen bauen auf Beziehungen zwischen Menschen auf. Eine personelle Kontinuität ist Voraussetzung für das Gelingen von Behandlung, Rehabilitation bzw. Integration. Deshalb sind, gerade bei Menschen mit chronisch verlaufenden Störungen neue Formen der Gewährleistung personeller Kontinuität und Verantwortlichkeit einzuführen (Disease-Management, Case-Management, Integrierte Versorgung u.a.).

Schnittstellen zwischen Teilen des Systems bzw. zu anderen Hilfssystemen (z.B. Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosenhilfe) dürfen nicht zu unüberwindlichen Hürden werden. Die am individuellen Hilfsbedarf orientierte Finanzierung ist transparent zu gestalten und so zu organisieren, dass sie eine übergangslose Inanspruchnahme von Hilfen sicherstellt.

LEITLINIE 8:

Beteiligung und Mitwirkung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen

Psychiatrieerfahrene

Therapeutisch angezeigte Maßnahmen, die auf einem Kommunikations- und Verhandlungsergebnis beruhen bieten am ehesten die Gewähr, vom Klienten innerlich akzeptiert und mitgetragen zu werden. Der Klient kann so die bedeutsame Erfahrung machen, selbst an der Verbesserung seines Gesundheitszustandes mitgewirkt zu haben. Das wird sein Interesse an Selbstbefähigung weiterhin fördern, präventive Achtsamkeit ausbilden und so langfristig günstigere Krankheitsverläufe ermöglichen. Damit ein Interesse an Mitwirkung angeregt und die notwendige Energie beim Patienten geweckt wird, bedarf es einer Voraussetzung: Er muss „gute“ Erfahrungen mit den handelnden

Personen des Versorgungssystems machen. Das gilt insbesondere für ersterkrankte Patienten. Abkehr von Hilfe und Meidung der Versorgungsangebote gilt es zu verhindern. Professionell-methodisches Handeln erreicht den Klienten umso nachhaltiger, je eindeutiger dieses Handeln von einer respektvoll-personalen Begegnung getragen ist.

Sofern in einer Region eine Selbsthilfegruppe oder Selbsthilfeorganisation Psychiatrieerfahrener als Ansprechpartner zur Verfügung steht, sollte ihre exklusive Nutzerperspektive in Qualitätsprozesse einbezogen werden.

Angehörige

Die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheitsauswirkungen bei ihren psychisch kranken und behinderten Familienmitgliedern ist für deren Krankheitsverläufe von großer Bedeutung. Das Wie der Mitwirkung und Begleitung kann ausschlaggebend sein für Erfolg oder Misserfolg präventiver und therapeutischer Maßnahmen. Da ihr unterstützendes Verhalten abhängig ist von ihrem Informationsstand, von Miteinbeziehung in Planung und Durchführung der Therapien und von der Unterstützung durch die Angehörigen-Selbsthilfe und die professionelle Helfer, muss es zur Selbstverständlichkeit im Gesundheits- und Sozialsystem gehören, ihnen alle erdenklichen Hilfen zuzusichern. Bedauerlicherweise passiert mit der Heranziehung der Angehörigen zu den Eingliederungskosten genau das Gegenteil.

Mehr als die Hälfte aller psychisch kranken Menschen leben in ihrer Familie, bisweilen sind sie auch wirtschaftlich von den Angehörigen abhängig.
Die den Angehörigen auferlegten Pflichten und Verantwortung sind in den letzten Jahrzehnten aufgrund der enorm verkürzten psychiatrischen Krankenhausbehandlungszeiten und der Gewichtung ambulant vor stationär immer mehr gewachsen.

Um das präventive Potential der Angehörigen wirkungsvoll nutzen zu können, bedarf es einer behandlungs-partnerschaftlichen Anerkennung der Angehörigen psychisch kranker Menschen durch professionell in Psychiatrie Tätige und die Würdigung ihrer Gesundheitskosten senkenden, ehrenamtlichen Leistungen durch die Kostenträger. Ihrem großen ehrenamtlichen Engagement muss eine gesetzliche Verpflichtung der Unterstützung gegenüberstehen.

LEITLINIE 9:

Regionale Verantwortung der Planung und Steuerung

(AG Planung und Steuerung)

LEITLINIE 10:

Prävention und Früherkennung

(AG Prävention)

II. Hilfen im Einzelnen

Einleitung

Die im Folgenden beschriebenen Hilfen im Einzelnen sind im Sinne der Leitlinien regional und gemeindenah zu organisieren. Die Leistungsbereiche betreffen: Sicherstellung der Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung, Freizeitgestaltung, Beschäftigung, Zuverdienstmöglichkeiten, Arbeit und Ausbildung, Vermittlung, Koordination, Hilfeplanung, Abstimmung von Hilfen, sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung, aufsuchende Hilfen, Hilfen und Unterstützung bei der Erziehung von Kindern sowie geeignete Hilfen für die Kinder selbst, medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung.

Allgemein soll gelten:

a) Die räumliche Referenzgröße für alle psychiatrischen Hilfen sollen die Landkreise, die kreisfreien Städte oder, im urbanen Raum, die Stadtteile sein. Zu diesen Hilfen zählen ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlung, sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung, Leistungen der Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung und soziale Teilhabe, Arbeits- und Zuverdienstmöglichkeiten. Die Koordination

und Steuerung der konkreten Hilfeerbringung inklusive Versorgungsverpflichtung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes findet auf dieser Ebene statt.

b) Die Planungsregion (ca. 200.000 EW) bietet zusätzlich weitere stationäre Behandlungsangebote für spezielle Krankheitsbilder, Psychotherapie, Rehabilitation und Arbeit an.

Die Behandlung psychisch kranker Menschen findet einerseits aufgrund der Komplexität der Problematik und andererseits auch aufgrund von Besonderheiten unseres Versorgungssystems an sehr vielen Orten statt. Eine zentrale Rolle spielt der **Hausarzt** im Bereich der primärmedizinischen Versorgung. **Niedergelassene Nervenärzte bzw. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten sowie Ärzte anderer Fachrichtungen** mit einem psychotherapeutischen Zusatztitel bieten spezialisierte Diagnostik und Behandlung an. Die in den **psychiatrischen Krankenhäusern** bzw. **Psychiatrischen Abteilungen** an allgemeinen Krankenhäusern angesiedelten **Institutsambulanzen** bieten komplexe, spezialisierte Angebote für Patienten mit besonders schwierigen Krankheitsverläufen. Auch die **Sozialpsychiatrischen Dienste** bieten Hilfen an, die in den Behandlungsbereich fallen. Auch die **Gesundheitsämter** sind an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt. Hilfen zur Förderung der Teilhabe sind unerlässlich und betreffen die **Tagesstruktur,** das **Wohnen,** die **Arbeit.** Im Folgenden soll auf den Stellenwert sowie die Entwicklungsperspektiven dieser einzelnen Bausteine der ambulanten psychiatrischen Versorgung eingegangen werden.

Die Weiterentwicklung der Hilfen im Bereich der Beratung, Begleitung und Teilhabe zielt darauf ab, jedem psychisch kranken Menschen bzw. dessen Angehörigen die Beratung, Begleitung und Teilhabe zu gewähren, die individuell nötig und gewünscht ist. Der individuelle Bedarf ist Richtschnur für die inhaltliche und strukturelle Gestaltung der Beratungs-, Betreuungs- und Teilhabeangebote sein. Dabei sollte die selbst gewählte Lebensform bzw. die eigene Wohnung der Ausgangspunkt für die Hilfegewährung sein.

Bevor psychiatrische Hilfen in Anspruch genommen werden, sollte versucht werden, die aktivierbaren Ressourcen der betroffenen Person, ihrer Bezugspersonen und ihres sozialen Umfeldes sowie nicht-psychiatrische Hilfsangebote zu nutzen. Erst wenn diese Ressourcen nicht ausreichen, sollten psychiatrische Hilfen eingesetzt werden.

1. Der Hausarzt

Der Hausarzt, Arzt für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätiger Internist ist häufig der erste Ansprechpartner, wenn ein Mensch psychisch erkrankt. Er ist in vielen Fällen die ärztliche Bezugsperson vor Ort und spielt eine wichtige Rolle bei der langfristigen Behandlung und sollte bei der Koordination der Hilfen eine Lotsenfunktion einnehmen. Er muss in der Lage sein, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und zu diagnostizieren, seine Behandlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen kennen. Es ist deshalb für die Zukunft zu fordern, dass vermehrt Fort- und Weiterbildungsangebote flächendeckend für alle hausärztlich tätigen Ärzte stattfinden. Diese sind systematisch zu fördern, ebenso wie die Bemühungen, die bereits bestehenden von der bayerischen Landesärztekammer empfohlenen Curricula für die suchtmedizinische Grundversorgung sowie die Geriatrie regional anzubieten.

Projekte der integrierten Versorgung sollten grundsätzlich die Hausärzte mit einbeziehen, ihre Rolle im Bereich des Case- und Disease-Managements zu fördern. Modellprojekte zur psychopharmakologischen Arzneimittelüberwachung sollten Wege aufzeigen zur Optimierung dieses Behandlungsbereiches.

2. Niedergelassene Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Die **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** tragen einen wesentlichen Teil der ambulanten Behandlung. Ihre Zahl hat sich seit Veröffentlichung des 2. Landesplans für Psychiatrie erhöht, in Bayern sind fast ausnahmslos alle Kassenarztsitze besetzt. Wegen der Begrenzung der Budgets der Fachärzte kommt es zu Engpässen in der Versorgung gerade chronisch kranker Menschen, die nicht so häufig gesehen werden können, wie es erforderlich wäre. Die Komm-Struktur der Praxen erschwert auch die Betreuung von Patienten mit Problemen im Bereich der Krankheitseinsicht, des Antriebs und der Motivation. Die Beschränkung der Arzneimittelbudgets macht die Behandlung mit modernen Psychopharmaka oft schwierig. Es ist zu fordern, dass die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in Zukunft an Projekten der integrierten Versorgung beteiligt werden und dass Modelle erprobt werden zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und den Institutsambulanzen sowie den psychiatrischen Krankenhäusern einerseits, andererseits aber auch der Fachärzte als Supervisoren

des hausärztlichen Bereiches. Modellhaft sollte ihre Beteiligung an Krisen- und Notfalldiensten erprobt werden, wie es in manchen Regionen schon geschieht, ebenso wie ihr Beitrag zum Case- und Disease-Management. Neue Formen der Konsiliar- und Liaisontätigkeit in somatischen Krankenhäusern, Heimen und anderen Institutionen der psychiatrischen Versorgung müssen realisiert werden. Ihre Teilnahme an den regionalen Koordinierungs- und Planungsgremien ist sicherzustellen.

3. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
(AG Psychotherapie)

4. Sozialpsychiatrische Dienste

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind mit ihren aufsuchenden niedrigschwelligen lebensweltorientierten und gemeindenahen Beratungs- und Begleitungsangeboten unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ihre Zielgruppen sind insbesondere psychisch kranke Menschen mit Chronifizierungsgefahr oder chronischen Verläufen mit besonders komplexem Hilfebedarf, schwankender Compliance und hohen Schwellenängsten.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste müssen weiter ausgebaut werden, damit eine flächendeckende Versorgung möglich ist, d. h. in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt, in Ballungsgebieten je Stadtteil sollte ein Dienst mit einer personellen Mindestausstattung von zwei Fachkräften und einer Verwaltungskraft vorhanden sein. Anzustreben ist als Personalausstattung mindestens eine Fachkraft pro 35.000 Einwohner. Erforderlich ist eine multidisziplinäre Besetzung mit psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften, zusätzlich auch Fachpflegekräften, um eine größtmögliche Kontinuität der Hilfen zu gewährleisten. Die Mitarbeit eines behandlungsermächtigten Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie ist notwendig.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste erbringen vor allem Leistungen im Bereich der Beratung und Begleitung, bei der Krisenversorgung und im Rahmen der Kooperation und Koordination, der Planung und Steuerung sowie der Aktivierung ergänzender Hilfen. Daneben können sie, außerhalb der Finanzierungszuständig der Bezirke, Leistungen zur medizinischen Grundversorgung, der ambulanten psychiatrischen Pflege, in der ambulanten Soziotherapie sowie im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge vorhalten.

Die Möglichkeit der Übernahme von hoheitlichen Aufgaben ist zu prüfen. Die Leistungsangebote dürfen nicht so standardisiert oder kontingentiert werden, dass eine klienten- und problemzentierte Arbeit behindert wird. Die Pauschalfinanzierung der Dienste ist unabdingbar, um die Niedrigschwelligkeit zu erhalten. Eine kostendeckende Finanzierung ist sicherzustellen.

Bei der Erbringung personenzentrierter Hilfen im Rahmen einer integrierten Hilfeplanung können die Mitarbeiter an Sozialpsychiatrischen Diensten die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson übernehmen.

Es sollten Modelle initiiert werden, die die organisatorische Verzahnung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den Kliniken, insbesondere mit Psychiatrischen Institutsambulanzen, im Sinne einer integrierten Versorgung mit Versorgungsverpflichtung erproben. Die enge Einbindung der Sozialpsychiatrischen Dienste beim Aufbau von regionalen Verbundsystemen ist unabdingbar.

5. Krisendienste

Krisenintervention ist ein eigenständiges Segment der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit folgenden Merkmalen: Niederschwelligkeit und rascher, unmittelbarer Beginn der Hilfen, aktives Handeln des multiprofessionellen Personals – bestehend aus (Fach-) Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, (Fach-)Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen – mit flexiblem Einsatz verschiedener Interventionsmethoden und gegebenenfalls aufsuchendes Handeln vor Ort und systematische Einbeziehung der Ressourcen der Betroffenen und des Umfeldes. Sie ist ein geeignetes Mittel der Frühintervention und Sekundärprävention. Ziel der Krisenintervention ist es, Krisensituationen ambulant aufzufangen und stationäre Behandlung zu vermeiden bzw. notwendige stationäre Behandlungen fachkompetent einzuleiten.

Zielgruppe sind Menschen in akuten psychiatrischen und psychosozialen Krisen sowie deren Angehörige bzw. das soziale Umfeld. Darüber hinaus unterstützen und beraten Kriseneinrichtungen Fachkolleg(inn)en und professionelle Einrichtungen, Behörden, Allgemeine Sozialdienste sowie Polizei und Rettungsdienste im Rahmen von Einsätzen bei psychiatrischen Notfällen.

Notwendige Elemente gemeindepsychiatrischer Krisenversorgung sind: eine Rund-um-die-Uhr-Anlaufstelle mit Erreichbarkeit, Screening und unmittelbarer diagnostischer Abklärung nach medizinisch-psychiatrischen, psychosozialen und rechtlichen Gesichtspunkten, fachliche Entscheidung und Weichenstellung mit den Optionen: Information und Beratung von Patienten, Angehörigen, Betreuern und Kollegen, Vermittlung in ambulante Behandlung oder Beratung an anderer Stelle, Überbrückung bis zum Wirksamwerden anderer therapeutischer oder organisatorischer Maßnahmen, mobile Einsätze (bei Bedarf zusammen mit Polizei und Rettungsdiensten), Krisenbehandlung in ambulanter, teilstationärer oder (kurzzeit-)stationärer Form z. B. in Krisenzentren, Einweisung in psychiatrische oder somatische Kliniken oder Abteilungen.

Ein Krisendienst sollte die in der Region vorhandenen Versorgungsstrukturen sinnvoll miteinander verzahnen und Versorgungslücken für Menschen in Krisen schließen. Wichtig ist, dass die verschiedenen Bausteine der Krisenintervention unter das Dach einer gemeinsamen Organisationsstruktur integriert werden und somit Hilfen „aus einer Hand“ ohne Wartezeit und flexibel je nach individuellem Bedarf angeboten werden können.

6. Psychiatrische Institutsambulanzen

An allen Standorten von Bezirkskrankenhäusern sowie psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sind in Bayern **Institutsambulanzen** installiert worden. Sie konzentrieren sich in ihrer Tätigkeit laut Gesetzesauftrag auf Patienten mit besonders schwierigen oder chronifizierten Verläufen, die Zahl der von den psychiatrischen Institutsambulanzen betreuten Patienten ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Maßnahmen der internen und externen Qualitätskontrolle haben die Behandlungsmöglichkeiten deutlich verbessert. Durch ihre Multiprofessionalität, ihre Gehstruktur, können sie im Sinne der Personenzentrierung flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten reagieren. Psychiatrische Institutsambulanzen haben sich vielerorts in Fachgebiete (Gerontopsychiatrie, Sucht, Menschen mit Intelligenzstörungen und gleichzeitig psychischen Störungen sowie allgemeinpsychiatrische Störungen) aufgeteilt und spezialisiert. Viele Institutsambulanzen bieten komplexe, störungsspezifische Behandlungsangebote an.

Die Institutsambulanzen sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung geworden und ein Bindeglied zwischen stationär und ambulant, zwischen Krankenhaus und Gemeinde. Wichtige Aufgabe für die Zukunft wird es auch sein die

Vernetzung mit weiteren ambulanten Diensten, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und insbesondere den Sozialpsychiatrischen Diensten zu fördern. Zu gewährleisten ist auch ihre Präsenz in den Planungs- und Steuerungsstrukturen der Region. Institutsambulanzen befinden sich an der Nahtstelle zwischen medizinischen und psychosozialen Hilfen und haben dadurch die Möglichkeit, sensibel auf die örtlichen Bedürfnisse zu reagieren und flexibel darauf zu antworten.

Besonders dringend erscheint die Erprobung von integrativen Modellen der Kooperation zwischen Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten. Das Angebot der Institutsambulanz muss auch für jene Patienten erreichbar sein, die in größerer Entfernung von den Bezirkskrankenhäusern leben.

7. Das psychiatrische Krankenhaus

Das **psychiatrische Krankenhaus** hat im Laufe der Psychiatriereform dramatische Veränderungen erlebt. In Bayern hat sich die Zahl der psychiatrischen Betten halbiert, die Bettenmessziffer, also die Zahl der Betten pro 1000 Einwohner, liegt, von Region zu Region unterschiedlich, zwischen 0,4 und 0,8. Die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern haben sich um ein mehrfaches reduziert und liegen jetzt im bayerischen Durchschnitt zwischen 20 und 30 Tagen. Dabei hat sich die Zahl der Krankenhausneuaufnahmen in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt. Eine Reihe von Faktoren hat zu dieser Entwicklung beigetragen:

(1) Die Enthospitalisierung der Langzeitpatienten. Eine große Anzahl von Patienten die früher als Langzeitpatienten in den psychiatrischen Krankenhäusern lebten, sind entlassen worden.
(2) Der Forderung nachkommend, die psychiatrische Versorgung gemeindenah und in die allgemeine medizinische Versorgung integriert zu gestalten, ist es besonders in Schwaben und Oberbayern zu einer Verlagerung von psychiatrischen Betten aus den psychiatrischen Fachkrankenhäusern in regionale somatische Krankenhäuser gekommen. Teilweise haben sich neue psychiatrische Fachkrankenhäuser in der Nachbarschaft von Allgemeinkrankenhäusern etabliert, andererseits sind kleinere integrierte psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus entstanden.
(3) Ein Teil der psychiatrischen Betten ist in tagesklinische Plätze umgewandelt worden. Zum Teil sind auch eigene dezentrale Tageskliniken entstanden.

(4) Durch die Institutsambulanzen sind die Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Abteilungen in der Lage, Patienten mit besonders schwierigen Verläufen im Sinne der Kontinuität der Behandlung auch weiter ambulant zu behandeln. So konnte die Aufenthaltsdauer deutlich verkürzt und der Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen gefördert werden.
(5) Die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) hat die Krankenhäuser durch die Verbesserung ihres Personalschlüssels in die Lage versetzt, die Standards ihrer Behandlung ganz erheblich zu steigern, zeitgemäße, störungsspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien, Qualitätsmanagement und Vernetzungsarbeit zu leisten.

Diese Entwicklung ist aber noch lange nicht abgeschlossen und es ergeben sich folgende Forderungen:

(1) Die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin muss voranschreiten, die Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist weiter zu fördern.
(2) Die allseits anerkannte multifaktorielle Genese psychischer Erkrankungen erfordert mehrdimensionale Behandlungskonzepte. Die Psych-PV kann bei voll inhaltlicher Umsetzung und Finanzierung eine Einengung multiprofessioneller Therapiekonzepte auch in Zeiten ökonomischer Bedrängnis verhindern. Daneben sollen aber auch spezialisierte Behandlungsangebote (z. B. Mutter-Kind-Stationen, Soteria-Stationen) in Zukunft weiterhin modellhaft erprobt und in die Regelversorgung übernommen werden.
(3) Die teilstationäre Versorgung ist weiter auszubauen.
(4) Psychiatrische Liaisondienste sind an jedem somatischen Krankenhaus einzurichten. Dies erfordert die hohe Prävalenz- und Komorbiditätsrate von psychischen Störungen in somatischen Abteilungen. Diese Forderung gewinnt derzeit dadurch an Bedeutung, da sich nach der Einführung der DRG's herausstellt, dass psychiatrische Kompetenz unerlässlich ist z. B. an der Schnittstelle Geriatrie Gerontopsychiatrie oder für die Behandlung der Vielzahl der Suchtpatienten, die im somatischen Krankenhaus behandelt werden.
(5) Es ist sicherzustellen, dass keine Krankenhausentlassung in die Wohnungslosigkeit erfolgt.

8. Psychotherapeutisch-psychosomatische Kliniken
(AG Psychotherapie)

9. Die Gesundheitsämter

Die Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen der **Gesundheitsämter** in Bayern haben sich im letzten Jahrzehnt deutlich verändert und sind nach wie vor im Wandel begriffen.

Mit modernen **epidemiologischen Verfahren** wie z.B. dem Gesundheitssurvey beobachtet und bewertet der Öffentliche Gesundheitsdienst die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, zeigt Defizite in der Versorgung auf und führt eine fundierte Politikberatung durch *(Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz).*

Das „**Gesundheitsmanagement**" wie z.B. die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsangeboten verschiedener Anbieter, die Mitarbeit an Lösungen bei defizitärer Versorgung gewinnt zunehmend Vorrang. Erleichtert wird dies durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, Sozialpädagogen, Sozialmedizinischen Assistentinnen innerhalb einer Behörde z.B. bei der Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, des Suchtarbeitskreises sowie der koordinierenden Mitarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund und der Selbsthilfegruppen.

Gesundheitsförderung, gesundheitliche Aufklärung und **Prävention** psychischer Erkrankungen als bevölkerungsmedizinische Aufgabe des Gesundheitsamtes stärkt die persönliche Kompetenz der psychisch Erkrankten und deren soziale Verantwortung für die Gesundheit, unterstützt gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und leistet einen Beitrag zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Wenn erforderlich wird das Gesundheitsamt nach wie vor gutachterlich bei der Entscheidung über eine **Betreuung** mitwirken *(Betreuungsgesetz)* und bei einer akuten Gefährdung Stellung nehmen zur Frage, ob eine Behandlung oder **Unterbringung** gegen den Willen des Betroffenen notwendig ist *(Unterbringungsgesetz)*. Dabei handelt es sich um

Kriseninterventionen mit dem Ziel, konkrete Hilfsmaßnahmen einzuleiten, um das weitergehende Instrument der Betreuung oder auch der Unterbringung zu vermeiden.
Die erforderlichen **individualmedizinschen Maßnahmen** im Sinne eines Case-Managements mit aufsuchender und nachgehender Unterstützung, der Vermittlung von Hilfen, Motivationsarbeit und Kontaktaufnahme im sozialen Umfeld erfolgen subsidiär und in Ergänzung der bestehenden breiten Hilfsangeboten.

Im Rahmen des **Sozialgesetzesbuches XII** wirkt das Gesundheitsamt mit den Sozialhilfeträgern im Einzelfall bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen zusammen und informiert behinderte Menschen und mit deren Einverständnis Personenberechtigte über geeignete ärztliche und sonstige Eingliederungsmaßnahmen.

Nach wie vor achtet das Gesundheitsamt in der **Berufsaufsicht** darauf, dass Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ihre Befugnisse einhalten und ihre sonstigen Berufspflichten erfüllen *(Gesundheitdienstgesetz).*
Die **Praxen** von Ärzten, Heilhilfsberufen, aber auch ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke werden anlassbezogen bzw. regelmäßig **besichtigt** und vor allem infektionshygienisch überwacht (*Infektionsschutzgesetz).*

10. Allgemeine Beratungsstellen

In den letzten Jahrzehnten ist neben den allgemeinen sozialen Diensten in Bayern ein vielfältiges Beratungsangebot entstanden, das sich an unterschiedliche Zielgruppen mit oft spezifischen Beratungsbedürfnissen richtet. So sind neben den traditionellen Ehe-, Familien und Erziehungsberatungsstellen, den Sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen spezielle, vor allem störungsspezifische Beratungsangebote aufgebaut worden (Demenz, Depression, Essstörungen, u.ä.) Dieses vorhandene Beratungsangebot sollte pro Region transparent und übersichtlich zusammen gestellt werden, so dass die Kontakt suchenden Personen zügig die für sie zutreffende Beratung erhalten können.

11. Tagesgestaltung

Die **Tagesstätten** bieten tagesstrukturierende Maßnahmen an. Sie ermöglichen durch ihre niedrigschwellige Arbeitsweise auch den Zugang für schwerst chronisch psychisch kranke Menschen. Dies ist besonders wichtig, da viele chronisch psychisch kranke Menschen unter Isolierung und fehlender Struktur in ihrem Alltag leiden. Vielfach sind sie nicht mehr in der Lage, selbständig Beziehungen aufrecht zu erhalten, Hobbys zu pflegen und einen geregelten Tagesablauf zu gestalten oder die persönliche Hygiene zu gewährleisten. Sie entlasten auch die Familien.

Aufgabe der Tagesstätten für ihr Klientel ist:
- Kontaktstellenfunktion
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes
- Soziale Wiedereingliederung
- Zuverdienstmöglichkeiten

Das Angebot in den Tagesstätten umfasst eine vielfältige Palette vom Training von Alltagsfertigkeiten, Freizeitaktivitäten bis zur Hinführung an Arbeitstätigkeiten. Dabei werden die Besucher der Tagesstätten in die Planung der Angebote und die Ausgestaltung der Räume mit einbezogen. Vielfach ergeben sich mit der Zeit neue Betätigungsmöglichkeiten und es werden verschüttete Fähigkeiten der Besucher wieder trainiert.

Die Tagesstätten müssen in unterversorgten Gebieten ausgebaut werden. Dabei ist besonders auf den Erhalt des niedrigschwelligen Zugangs zu achten. Neben den Tagesstätten gibt es in regional unterschiedlichem Umfang Clubhäuser, Freizeittreffs, Teestuben, die ähnliche Hilfen anbieten.

12. Wohnen - Hilfen zur Selbstversorgung

Das Ziel in diesem Bereich besteht darin,

- für psychisch kranke Menschen, die über eine eigene Wohnung verfügen und dort bleiben wollen, den Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu sichern,
- für Menschen, die ihr bisheriges Wohnfeld verlassen wollen oder müssen, die nicht mehr über eine eigene Wohnung verfügen, oder gegenwärtig in den Langzeitberei-

chen psychiatrischer Krankenhäuser oder in Heimen untergebracht sind, die Möglichkeit des Wohnens nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu eröffnen.

Aufgaben psychiatrischer Hilfen sind,

- mit dem Klienten / der Klientin die gewünschte und geeignete sozialräumliche Organisation des Lebensortes, d.h. die Wohnform zu erarbeiten, sei es, dass er/sie allein, in Partnerschaft, bei Angehörigen, in kleineren oder größeren Gruppen leben möchte,
- diejenigen Hilfen zu vermitteln, oder, falls nötig, selbst zu leisten, die zur möglichst selbstständigen Bewältigung der Wohnsituation erforderlich sind.

Leistungen zur Selbstversorgung sind grundsätzlich von der Wohnform bzw. der Unterbringungsform zu entkoppeln, d.h.

- ein veränderter Hilfebedarf zieht nicht notwendig einen Wohnungs- und Betreuungswechsel nach sich,
- die Betreuungsdichte ist nicht primär abhängig von der Wohnform, sondern vom individuellen Hilfebedarf in der jeweiligen Lebenssituation.

Damit sind die bisher üblichen institutionellen Differenzierungen von Hilfeformen wie Wohn-, Übergangs- und Pflegeheime für erwachsene Menschen mit seelischer Erkrankung hinfällig. Die Hilfen zur Selbstversorgung in einer Versorgungsregion müssen wohnformübergreifend organisiert werden und die folgenden Kriterien erfüllen:

- alle genannten Wohnformen vorhalten, bzw. die Klienten/-innen dort betreuen können (Normalisierungsprinzip),
- nur die Hilfen anbieten, die nicht von allgemeinen sozialen und medizinischen Diensten in der Gemeinde vorgehalten werden, allenfalls den Zugang zu diesen fördern (z.B. Essenversorgung, Wohnungsreinigung, Besorgung der Wäsche, Geldverwaltung, Behördenkontakt u.a.),
- jedem Klienten / jeder Klientin, der/die keinen Krankenhausaufenthalt benötigt, unabhängig von der Schwere der Beeinträchtigung und der Verhaltensstörung kurzfristig einen stabilen und verlässlichen Lebensort bieten (Übernahme von regionaler Versorgungsverantwortung),
- über Fachkräfte verfügen, die aus verschiedenen Berufsfeldern stammen und die in berufsgruppen- und funktionsbereichsübergreifender Abstimmung (z.B. mit dem Funktionsbereich ambulante Behandlung) zur Entwicklung von komplexen und einzelnen angemessenen Hilfestrategien in der Lage sind,

- eine 24-stündige Erreichbarkeit über einen Hintergrunddienst gewährleisten,
- Mitarbeiter bei sich verändernden Hilfebedarfen flexibel einsetzen können und dennoch weitgehende personelle Kontinuität gewährleisten.

In welcher Weise diese Kriterien erfüllt werden, ist in den jeweiligen Versorgungsregionen zweifellos unterschiedlich und über die dortigen regionalen Verbundstrukturen zu gewährleisten.

13. Ambulante psychiatrische Pflege

Um eine personenzentrierte und bedarfsorientierte psychiatrische Versorgung aufzubauen ist es unabdingbar, in jeder Versorgungsregion ein Angebot an ambulanter psychiatrischer Pflege aufzubauen. Der ambulanten psychiatrischen Pflege sind drei Leistungsbereiche zuzuordnen:

- Leistungen zu Beginn der Pflege (Kontaktaufnahme, Pflegeplanung)
- Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung (Durchführung ärztlich verordneter Behandlungsmaßnahmen, Motivation zu und Veranlassung von Arztbesuchen, Psychiatrische Pflege zur Krankheitsbewältigung, Unterstützung bei der Entwicklung von kompensatorischen Hilfen
- Intervention bei Krisen (Krisenerkennung, Erkennung der Suizidalität, Einleitung weiterer Behandlungsmaßnahmen.

Die Mitarbeiter/-innen der ambulanten psychiatrischen Pflege sollten entsprechend qualifiziert sein, über stationäre psychiatrische Erfahrung Verfügung und die jeweiligen Pflegedienste müssen eng mit den Institutsambulanzen bzw. Fachärzten zusammenarbeiten und aktiv am regionalen Verbundsystem teilnehmen.

14. Familienpflege

Die psychiatrische Familienpflege ist eine der ältesten Instrumente zur Rehabilitation und Integration von psychisch kranken Menschen. Durch die mittel- bis langfristige Aufnahme in einer Gastfamilie lebt der behinderte Mensch in einem familiären Kontext mit Zugangsmöglichkeiten zu dem sozialen Netzwerk der Gastfamilie.

Projekte der Familienpflege sind in manchen Regionen Bayerns bereits etabliert, die Finanzierung ist sozialrechtlich abgesichert und die Methoden zur Auswahl der Familien sowie ihrer Begleitung klar definiert.
Die psychiatrische Familienpflege ist als eine bewährte Hilfsmaßnahme in Bayern auszubauen.

15. Heim

Ziele:

- Vermeidung weiterer Kostensteigerungen bei der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte durch grundsätzliche Vermeidung von Heimaufnahmen sowie den mittelfristigen Abbau von Heimplätzen um mindestens 20 Prozent je Bezirk
- Personenzentrierte Erbringung der Hilfeleistung unter Berücksichtigung der Grundsätze Wohnortnähe, Flexibilität und Vernetzung.
- Ausrichtung der Medizinischen Versorgungsstrukturen auf die Vermeidung von Heimaufnahmen.
- Transparenz der Leistungserbringung

Maßnahmen:

- Vermeidung von Heimaufnahmen
- Konsequente Umsetzung des Gesamtplans nach § 46 BSHG zur systematischen Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs des einzelnen Hilfesuchenden.
- Sicherstellung der bedarfsgerechten Auswahl, Abstimmung und Entwicklung der nach dem BSHG zu gewährenden Leistungen.
- Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär durch gezielten Ausbau ambulanter Wohn- und Betreuungsangebote unter Beachtung des § 3 a BSHG im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. ähnlicher Verbundsysteme. Dazu bedarf es effizienter Koordinationsstrukturen.

Einbeziehung der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie durch folgende Maßnahmen:

- Heimverlegungen greifen in das Persönlichkeitsrecht ein und bedürfen daher einer besonderen medizinischen Begründung (Chefsache).
- Bereits im frühen Stadium der Diagnostik und Therapie muss als Qualitätsstandard die Frage der Entlassung und gegebenenfalls Nachbetreuung im gemeindenahen Be-

reich unter Einbeziehung psychosozialer Dienste sichergestellt werden (Überleitungs- oder Hilfeplanungskonferenzen).

- Die Teilnahme an der gemeindenahen Versorgungsstruktur (PSAG/GPV) liegt in der Verantwortung der Krankenhausleitung.
- Gezielter Einsatz und Förderung von Familienpflege, familienähnlicher Strukturen, ehrenamtlichen Bürgerhelfern (Laienhelfern) und der Selbsthilfe.

Umbau der Heimversorgung:

- Konsequente Umsetzung des Gesamtplans nach § 46 BSHG
- Bedarfsgerechter Umbau der Heimversorgung entsprechend dem Grundsatz der Gemeindenähe im Rahmen regionaler Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbünde).
- Entwicklung von kostenneutralen Anreizsystemen für die bedarfsgerechte Umwandlung stationärer Heimplätze in ambulant betreute Wohnformen mit Tagesstrukturierung / Beschäftigung und, soweit noch notwendig, regionalisierte kleine Heimeinrichtungen
- Kostenneutrale Umwandlung von Heimplätzen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für seelisch Behinderte nach SGB V und/oder SGB VI.
- Konzentration der Leistungsstandards in den Einrichtungen auf den notwendigen Bedarf (Vorlage individueller Konzepte für Einsparungen und Absenkungen der Leistungsstandards mit den Anträgen auf neue Entgelte).
- Sicherstellung und Nachweis qualitätssichernder Maßnahmen sowie gemeinsame Entwicklung eines effektiven Controllings.
- Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung.

16. Teilhabe am Arbeitsleben

(AG Rehabilitation**)**

Anhang:

…..dass der betroffene Mensch nicht auf die Dimension der Krankheit, Behinderung und Defizite reduziert werden darf, sondern dass im solutogenetischen Sinne auch seine Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken und Entwicklungschancen gesehen werden.

Die Forderung nach **Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken,** die in früheren Jahren für die Reformbemühungen in der Psychiatrie zentral war, bedarf heute einer differenzierteren Betrachtung. Das Recht psychisch Kranker auf den gleichen somatisch-medizinischen Standard bei der Versorgung körperlicher Erkrankungen ist unbestreitbar. Die aus funktionellen psychisch bedingten Handicaps erwachsenden Benachteiligungen sind im Unterschied zu körperlichen Behinderungen oft nicht auf den ersten Blick erkennbar und werden deshalb nicht ausreichend berücksichtigt. Aber gerade sie sind häufig dafür verantwortlich, dass psychisch kranke Menschen hinsichtlich ihrer Teilhabe am öffentlichen Leben benachteiligt werden. Beispielhaft sind zu erwähnen: mangelnder Antrieb, um eigene Bedürfnisse zu formulieren und einzufordern, ein Mangel an Selbstsicherheit, Durchhaltevermögen, Stabilität, Kontaktfähigkeit, etc. Diese Aufreihung von potentiellen Schwächen steht nur vermeintlich im Widerspruch zur Tatsache, dass viele psychisch kranke Menschen gleichzeitig über einen enormen Reichtum an persönlichen Ressourcen, Begabungen, Talenten, Kreativität und Lebensbewältigungskapazität verfügen. Es zählt zu den Besonderheiten psychischer Erkrankungen, dass der Zugriff auf diese Ressourcen nicht immer möglich ist und dass die Kontinuität der Selbstbewältigungskräfte erheblichen Schwankungen unterliegen kann. Auf diese Spezifität psychischer Erkrankungen muss bei der Behandlung, Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen Bezug genommen werden.

Besonders bei der Anwendung des Behindertenrechts (Neufassung des Behinderten-Gleichstellungsgesetzes vom 01.08.2003) muss dieser Besonderheit psychischer Erkrankungen entsprechend Rechnung getragen werden. Die Bedürfnisse psychisch Behinderter lassen sich nicht ähnlich präzise operationalisieren wie bei somatisch Behinderten z. B. in Form der Bordsteinkantenhöhe für Rollstuhlfahrer. Und trotzdem sind die nicht auf den ersten Blick erkennbaren Barrieren im öffentlichen Leben für psychisch Kranke nicht weniger beeinträchtigend und die Teilhabe am öffentlichen Leben einschränkend. Hierzu zählen z.B. das intermittierende Versäumen von Fristen (Einwohnermeldebereich, Krankenkassenangelegenheiten, Rentenbereich, etc.), das Scheitern an Zeitvorgaben bei Ausbildungsmaßnahmen und Prüfungen (Gesellenprüfungen, Schulabschlüsse, Studium, etc.), soziophobische Hürden beim Besuch von Behörden etc. Durch die Einführung eines flexibeln, temporären Behinderungsstatus für psychisch Kranke käme darüber hinaus der Umstand zum Tragen, dass psychische Behinderungen im Unterschied zu somatischen Handicaps oft nur zeitlich befristet vorhanden sind und

nach Remission der Beschwerden die Aufrechterhaltung des Behindertenstatus eher integrationshemmend wirken kann.
Um eine qualitative Verbesserung der Integration psychisch Kranker zu erreichen, müssen die oben genannten Belange psychisch Kranker künftig präziser berücksichtigt werden.

Koordination der Arbeitsgruppe und Ansprechpartner bei Rücksprachen:

Dr. Michael von Cranach
Leitender Ärztlicher Direktor
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren