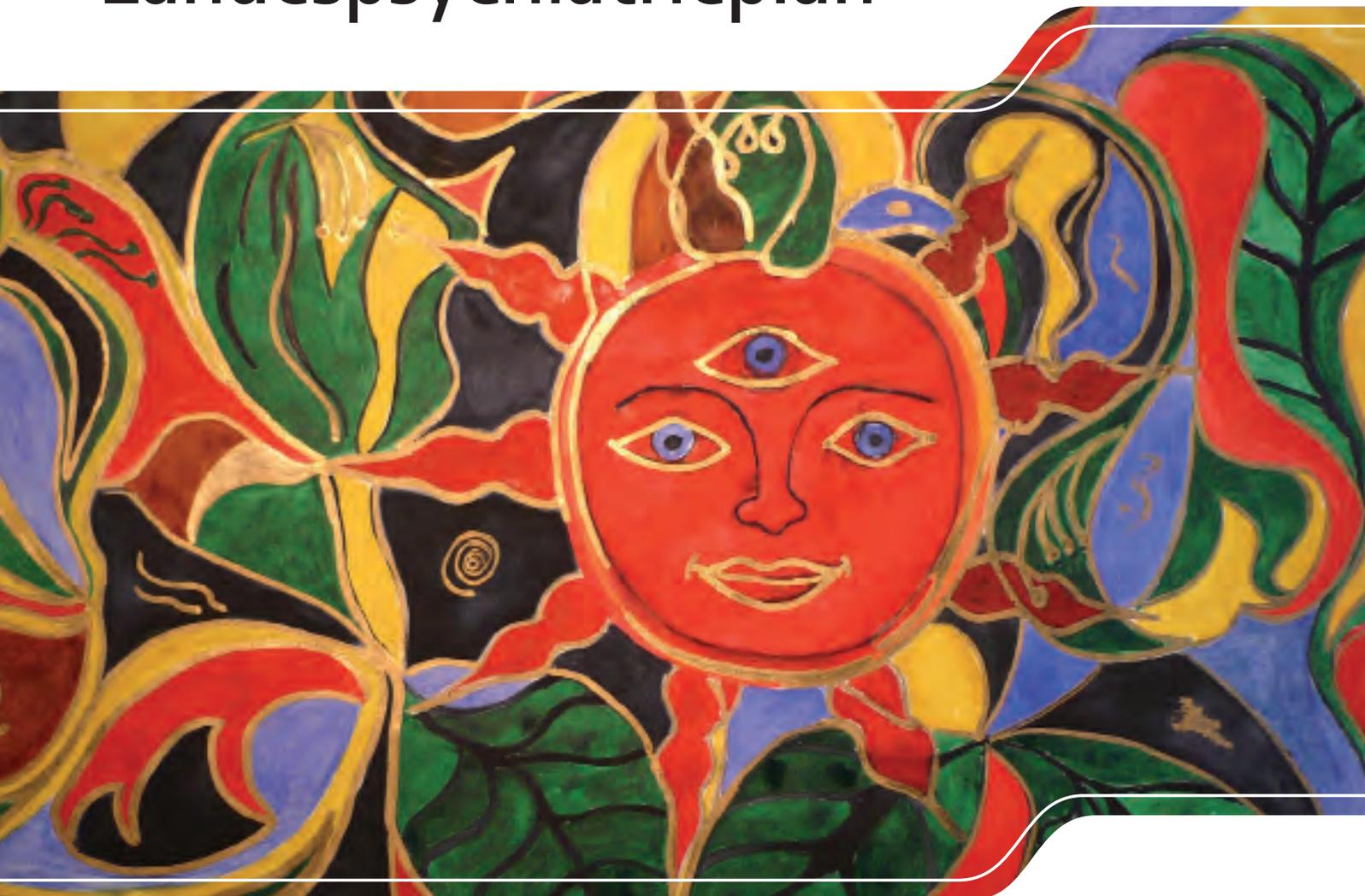




# Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan





# Vorwort



Seit dem Erscheinen des Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplans im Jahr 1993 sind inzwischen fast 20 Jahre vergangen. Dieser Plan stand im Zeichen des Umbaus der zur Neugründung des Freistaates Sachsen vorgefundenen psychiatrischen Landschaft. Vieles hat sich in dieser Zeit verändert.

Im Jahr 1990 konzentrierten sich an acht großen Fachkrankenhäusern, den damaligen Bezirkskrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie, 90% der psychiatrischen Behandlungskapazitäten. Die zumeist überfüllten Einrichtungen befanden sich nahezu ausnahmslos in einem sehr schlechten baulichen Zustand. Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen erfolgte fast ausschließlich in den sogenannten Langzeitbereichen dieser Krankenhäuser, deren Größe zuletzt bis auf 3.700 Plätze angewachsen war. Durch die ländliche Lage der Krankenhäuser und die Vernachlässigung der Langzeitbereiche wurde die Rehabilitation und gesellschaftliche Wiedereingliederung der Betroffenen extrem erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht.

Inzwischen zeigt sich ein deutlich verändertes Bild: Für die Krankenhausversorgung stehen neben den Landeskrankenhäusern über den gesamten Freistaat verteilt Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie sowie an verschiedenen Standorten Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Teilstationäre Behandlungsplätze in Tageskliniken – zumeist ergänzt durch eine Institutsambulanz – schlagen eine Brücke zwischen stationärer Psychiatrie und „Außenwelt“.

Parallel dazu erfolgte der Ausbau eines differenzierten Systems der komplementären psychiatrischen Versorgung. Im Bereich Wohnen stehen in über 40 Wohnstätten mehr als 1.350 Plätze zur Verfügung, die durch derzeit über 400 Plätze in Außenwohngruppen ergänzt werden. Durch die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste und Kontakt- und Beratungsstellen sowie das flächendeckend etablierte Angebot des betreuten Wohnens wird der Grundsatz ambulant vor stationär verwirklicht, so dass stationäres Wohnen erst als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen wird.

Ermöglicht wurde dieser tiefgreifende Wandel einerseits durch die Etablierung einer breitgefächerten Vielfalt von Trägern, die mit viel Engagement Verantwortung auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung übernommen haben. Andererseits war die finanzielle Förderung durch den Freistaat Sachsen unverzichtbar für die Um- und Neustrukturierung des gesamten Fachgebietes Psychiatrie. So hat die Staatsregierung seit 1990 rund 500 Millionen Euro in die Sanierung der ehemaligen Großkrankenhäuser und die Neugründung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern investiert. Für den Aufbau der komplementären psychiatrischen Versorgung wurde eine Fördersumme von über 100 Millionen Euro ausgereicht. Zusätzlich wird die Arbeit der gemeindepsychiatrischen Verbände jährlich mit mehr als 3 Millionen Euro unterstützt.

Der Aufbau einer modernen Standards genügenden psychiatrischen Versorgungslandschaft ist damit weitestgehend abgeschlossen. Die baulichen Gegebenheiten stellen jedoch gewissermaßen erst das äußere Gerüst dar. Der vorliegende Zweite Sächsische Landespsychiatrieplan gibt das Rahmenkonzept für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung für die nächsten Jahren vor.

Als Schwerpunkte sind in diesem Zusammenhang neben der Konsolidierung des erreichten Niveaus der komplementären psychiatrischen Versorgung vor allem die Sicherung der ambulanten fachärztlichen Betreuung und die Vernetzung der Hilfsstrukturen zu sehen. Besonderes Gewicht liegt auch auf einer Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und – ein Thema, das ständig an Bedeutung zunimmt – auf der bedarfsgerechten Behandlung und Versorgung älterer psychisch kranker Menschen.

Der im letzten Jahrzehnt begonnene Paradigmenwechsel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Ansatz ist auf der Grundlage einer noch verbindlicheren Verzahnung der Hilfsangebote über die Grenzen der Leistungserbringer und die Zuständigkeiten der Leistungsträger hinweg konsequent weiterzuführen.

Die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention psychischer Erkrankungen müssen als Querschnittsaufgabe verstärkt Inhalt politischer Aktivitäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen werden. Ihr Stellenwert ergibt sich aus der hohen Häufigkeit psychischer Störungen sowie den daraus resultierenden gravierenden persönlichen und gesamtgesellschaftlichen Folgen. Der Zweite Sächsische Landespsychiatrieplan soll mit seinen Orientierungen und Zielsetzungen dazu beitragen, die notwendigen Finanzmittel für die Ausgestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in ein angemessenes Verhältnis zu den berechtigten Ansprüchen psychisch kranker Menschen auf Heilung und Linderung sowie Teilhabe am sozialen Leben zu setzen, wobei als Maßstab die Versorgung und Integration schwer Erkrankter zu wählen ist. Der Freistaat Sachsen wird auch in Zukunft im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten seinen Beitrag dazu leisten.

Der erste Entwurf des Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplans wurde von der AG Psychiatrische Versorgungsforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden unter Leitung von Herrn Dr. Schützwohl erstellt und in zahlreichen Sitzungen mit dem ehrenamtlich tätigen Landesbeirat Psychiatrie unter Vorsitz von Herrn Prof. Kallert, Leipzig, und seinem Vorgänger, Herrn Prof. Waldmann, Plauen, abgestimmt. Für das außergewöhnlich große Engagement, ohne das der Psychiatrieplan in der vorliegenden Form nicht zustande gekommen wäre, spreche ich allen Beteiligten meinen außerordentlich Dank, meine Anerkennung und meinen Respekt aus. Den Verbänden der Fachöffentlichkeit, der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, den betroffenen Sozialleistungsträgern und den kommunalen Spitzenverbänden, die im Rahmen der externen Anhörung zum Arbeitsentwurf mit kritischen Anmerkungen, Anregungen und Ergänzungen Einfluss auf den Landespsychiatrieplan genommen haben, danke ich ebenfalls herzlich.

Dresden, Juni 2011



Christine Clauß  
Staatsministerin für Soziales  
und Verbraucherschutz

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>A</b>	<b>GRUNDLAGEN.....</b>	<b>8</b>
1	Einleitung.....	9
1.1	Geltungsbereich und Aufbau.....	9
1.2	Entstehung und Verlauf psychischer Störungen.....	10
1.3	Häufigkeit psychischer Störungen im Freistaat Sachsen.....	10
1.4	Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen.....	12
1.5	Vorgaben und Rahmenbedingungen.....	13
1.6	Die Entwicklung seit dem Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan.....	14
1.7	Fortschreibung und Weiterentwicklung.....	16
2	Grundprinzipien.....	18
<b>B</b>	<b>FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT, PRÄVENTION PSYCHISCHER STÖRUNGEN UND VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN IM FREISTAAT SACHSEN .....</b>	<b>26</b>
3	Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention.....	27
3.1	Förderung der psychischen Gesundheit.....	27
3.2	Prävention.....	28
3.3	Suizidprävention.....	30
4	Grundversorgung psychisch erkrankter Erwachsener.....	32
4.1	Gemeindepsychiatrischer Verbund – Vernetzung.....	32
4.2	Ambulante medizinische Versorgung.....	34
4.2.1	Hausärzte.....	34
4.2.2	Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie („Fachärzte“).....	35
4.2.3	Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten.....	36
4.2.4	Medizinische Versorgungszentren.....	37
4.2.5	Psychiatrische Institutsambulanzen.....	38
4.2.6	Sozialpsychiatrische Dienste.....	39
4.2.7	Krisenintervention.....	40
4.2.8	Versorgung im häuslichen Umfeld („Home-Treatment“).....	41
4.2.9	Ambulante Pflege für psychisch kranke Menschen.....	42
4.2.10	Soziotherapie.....	42
4.2.11	Psychiatrische Ergotherapie.....	43
4.3	Krankenhausversorgung.....	44
4.3.1	Teilstationäre Versorgung.....	44
4.3.1.1	Tageskliniken.....	44
4.3.1.2	Nachtklinische Angebote.....	44
4.3.2	Stationäre Versorgung.....	45

4.4	Rehabilitation und Arbeitsangebote.....	47
4.4.1	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen.....	47
4.4.2	Integrationsprojekte und Zuverdienstfirmen für psychisch kranke Menschen.....	47
4.4.3	Werkstätten für behinderte Menschen.....	48
4.4.4	Integrationsfachdienste.....	49
4.4.5	Berufsbildungswerke.....	50
4.4.6	Berufsförderungswerke.....	51
4.4.7	Berufstrainingzentren.....	52
4.5	Tagesstrukturierung.....	52
4.5.1	Sozialtherapeutische Tagesstätten.....	52
4.5.2	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.....	53
4.6	Wohnen.....	54
4.6.1	Sozialtherapeutische Wohnstätten.....	55
4.6.2	Sozialtherapeutische Außenwohngruppen.....	57
4.6.3	Ambulant betreutes Wohnen.....	58
4.6.4	Betreutes Wohnen in Familien.....	58
4.7	Angehörigenarbeit.....	59
4.8	Selbsthilfegruppen.....	60
4.9	Bürgerschaftliches Engagement.....	61
<b>5</b>	<b>Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger.....</b>	<b>63</b>
5.1	Ambulante Versorgung.....	63
5.1.1	Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.....	63
5.1.2	Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	64
5.1.3	Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	65
5.1.4	Kinder- und Jugendpsychiater im Öffentlichen Gesundheitsdienst.....	66
5.1.5	Sozialpädiatrische Zentren.....	67
5.1.6	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.....	67
5.1.7	Kinder- und Jugendhilfe.....	68
5.1.8	Weitere Rehabilitations- und Sozialhilfeträger.....	70
5.2	Stationäre und teilstationäre Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen.....	70
5.3	Maßregelvollzugsbehandlung bei Minderjährigen bzw. Heranwachsenden.....	71
5.4	Versorgung von Minderjährigen mit Substanzstörungen.....	72
<b>6</b>	<b>Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.....</b>	<b>74</b>
6.1	Angehörige.....	74
6.2	Hausärzte.....	75
6.3	Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten.....	75
6.4	Ambulante Pflegedienste.....	76
6.5	Gerontopsychiatrische Tagespflegestätten.....	77
6.6	Kurzzeitpflege.....	78
6.7	Psychiatrische Institutsambulanzen.....	78
6.8	Krankenhaus.....	79

6.9	Tageskliniken.....	80
6.10	Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe.....	80
6.11	Einrichtungen für Beratung, Begleitung und Tagesstrukturierung (BBT).....	81
6.12	Vernetzung gerontopsychiatrischer Angebotsformen.....	81
7	<b>Versorgung suchtkranker Menschen .....</b>	<b>83</b>
8	<b>Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen.....</b>	<b>84</b>
9	<b>Versorgung psychosomatisch erkrankter Menschen .....</b>	<b>86</b>
9.1	Akutbehandlung.....	87
9.2	Rehabilitation .....	88
10	<b>Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Intelligenzminderung .....</b>	<b>90</b>
11	<b>Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund.....</b>	<b>93</b>
12	<b>Forensisch-psychiatrische Versorgung.....</b>	<b>95</b>
12.1	Maßregelvollzugseinrichtungen .....	95
12.2	Forensisch-psychiatrische Nachsorge .....	97
<b>C</b>	<b>UMSETZUNG .....</b>	<b>99</b>
13	<b>Maßnahmen zur Umsetzung.....</b>	<b>100</b>
13.1	Qualitätsplanung .....	100
13.2	Qualitätslenkung.....	100
13.3	Qualitätssicherung .....	101
13.4	Qualitätsverbesserung.....	102
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>103</b>
	<b>Glossar.....</b>	<b>104</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>105</b>
	1. Sozialrechtliche Begrifflichkeiten und Grundlagen und deren Vernetzung	
	2. Übersichtskarten	

# A Grundlagen

# 1 Einleitung

## 1.1 Geltungsbereich und Aufbau

Der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen kommt ein hoher Stellenwert zu. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die Versorgung von Menschen mit akuten Störungen mit leicht ausgeprägter Symptomatik und geringen Funktionsbeeinträchtigungen handelt oder um die Versorgung chronifizierter Störungen mit schwer ausgeprägter Symptomatik und deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen. Eine bedarfsgerechte und modernen fachlichen Standards entsprechende Basisversorgung für die Gesamtbevölkerung umfasst sowohl hausärztliche, psychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische und psychologische Kompetenz als auch komplementäre Hilfsangebote. Die besondere Fürsorgepflicht des Staates gilt psychisch kranken und psychisch behinderten Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeiten sowie Handlungsmöglichkeiten, die zu tiefen Störungen des persönlichen Lebensvollzugs und aller Beziehungen in der natürlichen Umwelt führen können. Als Qualitätsmaßstab des Landespsychiatrieplans ist folglich vor allem die Situation der Menschen definiert, die psychiatrische Hilfen benötigen und vom psychiatrischen Hilfesystem versorgt werden müssen.

Gliederung und Umfang der folgenden Ausführungen werden ganz wesentlich durch dieses Primat bestimmt. In Ergänzung zu den entsprechenden Ausführungen zur Grundversorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen (Kapitel 4) wird vor allem die Versorgung von psychisch erkrankten Minderjährigen (Kapitel 5) sowie von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen (Kapitel 6) beleuchtet. Die Versorgung von suchtkranken Menschen wird nur kurz angerissen (Kapitel 7); hierzu wird derzeit der Landessuchthilfeplan erarbeitet. Kapitel 8 widmet sich der Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen, Kapitel 9 der Versorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten, Kapitel 10 psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung, Kapitel 11 der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und Kapitel 12 der forensisch-psychiatrischen Versorgung. Im abschließenden Kapitel 13 werden Möglichkeiten, Maßnahmen und Mittel zur Umsetzung und Qualitätssicherung diskutiert.

In einleitenden Kapiteln werden zunächst jedoch Hintergrundvariablen geschildert, die für die Planung und Gestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bedeutsam sind. Hierzu zählen Informationen zur Entstehung und zum Verlauf psychischer Störungen (Kapitel 1.2), zur Häufigkeit psychischer Störungen (Kapitel 1.3), zur gesamtgesellschaftlichen Relevanz der Thematik (Kapitel 1.4) sowie zu rechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen (Kapitel 1.5). Die Entwicklungen seit dem Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan werden in Kapitel 1.6 aufgezeigt und die Notwendigkeit der Fortschreibung und Weiterentwicklung in Kapitel 1.7.

## 1.2 Entstehung und Verlauf psychischer Störungen

Für die meisten psychischen Störungen wird derzeit davon ausgegangen, dass deren Entwicklung das Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Variablen ist, deren Bedeutung in der Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ganz unterschiedlich, bidirektional sowie kontextabhängig sein kann. Man arbeitet gegenwärtig theoretisch im Allgemeinen mit dem so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen, das als schulenübergreifendes integratives Modell verstanden werden kann. Nach diesem Modell führt Vulnerabilität (=Verletzbarkeit), die sowohl biologischer Art (z. B. in Form von genetischen Belastungsdispositionen) als auch sozialer Art (z. B. in Form von nachteiligen Lebens- und Entwicklungsbedingungen) sein kann, für sich genommen nicht zur Störung. Es ist vielmehr erforderlich, dass Stress hinzukommt, das heißt, dass Anpassungen an Anforderungssituationen erforderlich sind, die etwa in Form von kritischen Lebensereignissen oder Belastungssituationen auftreten können. Dabei ist die Bedeutung bestimmter Stressfaktoren oder das Ausmaß der Stressbelastungen von vielen Faktoren abhängig, so zum Beispiel von entwicklungsbezogenen Faktoren wie Bindung und Leistungskompetenz oder auch von psychologischen Faktoren wie dysfunktionalen Kognitionen oder dem Ausmaß erlebter sozialer Unterstützung.

Das Wissen um die Faktoren, die den weiteren Störungsverlauf und damit auch dessen akute Folgen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Hilflosigkeit) und langfristige Folgen (z. B. Minderung der Erwerbsfähigkeit, seelische Behinderung) bestimmen, ist noch immer sehr gering. Es wird auch hier davon ausgegangen, dass die Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Variablen von entscheidender Bedeutung ist.

Für die im Landespsychiatrieplan skizzierten Aufgaben ergibt sich daraus die Forderung nach einem umfassenden multimodalen und multimethodalen interdisziplinären Ansatz. Die Kooperation von psychiatrisch-psychotherapeutischem Versorgungssystem und sozialen Hilfesystemen im Rahmen der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ist ebenso von großer Bedeutung wie die Implementierung von Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit sowie zur Prävention psychischer Störungen.

## 1.3 Häufigkeit psychischer Störungen im Freistaat Sachsen

Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen im Freistaat Sachsen liegen nicht vor. Es scheint aber zulässig, die entsprechenden Schätzungen aus Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland abzuleiten; hierauf weisen zumindest Studien hin, die einen Vergleich zwischen den östlichen und den westlichen Bundesländern vornehmen<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Die arabischen Ziffern verweisen auf das Literaturverzeichnis

Für die Population der 18- bis 65-Jährigen wurden auf der Basis der im Bundesgesundheits-survey (BGS98) erhobenen Daten 12-Monatsprävalenzraten für das Vorliegen mindestens einer psychischen Störung von über 30 % berichtet<sup>2</sup>; demnach erfüllten in einem Zeitraum von 12 Monaten vor der Untersuchung drei von zehn befragten Bundesbürgern die im DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen) definierten Kriterien einer psychischen Störung. Dabei erwies sich die Komorbidität unter einzelnen psychischen Störungen und mit körperlichen Erkrankungen als bemerkenswert hoch. Angststörungen zählten mit 12-Monatsprävalenzraten von knapp 15 % zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, aber auch Depressionen mit ca. 9 % und Schmerzstörungen mit ca. 7 % waren relativ häufig; an einer psychotischen Störung erkrankten dagegen in einem Jahr mit etwa 2 % deutlich weniger Menschen.

Die Übertragung dieser im BGS98 erhobenen Prävalenzraten lässt erwarten, dass im Freistaat Sachsen in einem Zeitfenster von 12 Monaten allein in der Alterspopulation der 18- bis 65-Jährigen über 800.000 Menschen die DSM-IV-Kriterien mindestens einer psychischen Störung erfüllen; an einer psychotischen Störung wären demnach knapp über 50.000 Menschen erkrankt.

Im BGS98 ließ sich aus retrospektiven Befragungen ableiten, dass die meisten Störungen erstmals in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter auftreten, wobei im Durchschnitt Depressionen und Schizophrenien später beginnen als etwa Angststörungen oder Substanzerkrankungen. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigten sich ca. 12 % der 3- bis 17-jährigen Mädchen und ca. 18 % der altersgleichen Jungen als auffällig oder mindestens grenzwertig auffällig<sup>3</sup>. Für den Freistaat Sachsen heißt das, dass nach dem im KiGGS angewandten Bewertungsmaßstab aktuell mit Punktprävalenzraten von ca. 40.000 auffälligen und 40.000 grenzwertig auffälligen Kindern und Jugendlichen gerechnet werden muss.

Am häufigsten fanden sich im KiGGS Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen; ein signifikanter Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen erwies sich aber auch als emotional auffällig und litt unter Ängsten oder depressiven Verstimmungen. Die psychischen Auffälligkeiten gingen dabei mit einer deutlichen Beeinträchtigung der subjektiven Lebensqualität einher<sup>4</sup>. Aus den Ergebnissen lässt sich damit einerseits ein hoher Versorgungsbedarf ableiten; sie betonen andererseits aber im Zusammenhang mit Studien, die frühen Verhaltensauffälligkeiten einen hohen Stellenwert in der Entstehung psychischer Störungen im Erwachsenenalter zuweisen, auch die Notwendigkeit, beginnenden psychischen Problemen frühzeitig und präventiv zu begegnen.

Im Bereich der über 65-jährigen Bevölkerung rückten die demenziellen Erkrankungen in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Betrachtung. Die vorliegenden epidemiologischen Studien zeigen, dass die Prävalenz entsprechender Erkrankungen mit dem Alter ansteigt, und zwar von ca. 0,8 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf fast 30 % bei den über

90-Jährigen<sup>5</sup>. Damit ist auf der Basis der vom Landesamt für Statistik herausgegebenen Bevölkerungsprognosen für den Freistaat Sachsen von ca. 75.000 Demenzerkrankungen im Jahr 2010 und von ca. 100.000 Demenzerkrankungen im Jahr 2020 auszugehen.

Depressionen zählen neben den Demenzerkrankungen unter den über 65-Jährigen mit Prävalenzraten von über 10 % zu den häufigsten psychischen Störungen, wobei Störungen mit schwer ausgeprägter Symptomatik mit durchschnittlich ca. 1,8 % eher selten sind<sup>6</sup>. Die Angaben zur Prävalenz von Angststörungen im Alter schwanken zwischen 4 % und 14 %<sup>7</sup>; auch sie weisen auf einen hohen Versorgungsbedarf für die über 65-Jährigen hin. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass ca. 25 % dieser Alterspopulation an einer psychischen Störung leidet<sup>8</sup>. Im Freistaat Sachsen wären dies 2010 ca. 200.000 und 2020 ca. 275.000 Menschen.

Das Vorliegen einer psychischen Störung führt selbstverständlich nicht automatisch dazu, dass die betroffenen Personen ein individuelles Behandlungsbedürfnis haben oder dass aus professioneller Sicht ein Behandlungsbedarf besteht. Die berichteten Häufigkeiten lassen aber dennoch einen hohen Handlungsbedarf erkennen, zumal Behandlungsbedürfnis und Behandlungsbedarf auch dann vorliegen können, wenn die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung nicht voll erfüllt sind.

Die berichteten und für den Freistaat Sachsen geschätzten Häufigkeiten liefern daher nur einen groben Anhaltspunkt für Überlegungen zum notwendigen Umfang von spezifischen Angeboten. Für die Planung regionaler Angebotsstrukturen ist zudem zu beachten, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in Übereinstimmung mit aktuellen ätiologischen Modellannahmen von bestimmten Personenmerkmalen wie Geschlecht, Familienstand, Berufstätigkeit, sozialer Schicht und Wohnort abhängig ist: In Übereinstimmung mit internationalen Befunden ist sie auch in Deutschland bei Frauen höher als bei Männern, bei ledigen oder getrennt lebenden höher als bei verheirateten Personen, bei arbeitslosen oder berenteten Personen höher als bei in Vollzeit Berufstätigen, bei Angehörigen der unteren sozialen Schicht höher als bei Angehörigen der mittleren oder oberen sozialen Schicht und in Großstädten höher als in ländlichen Gebieten oder kleineren Gemeinden. Der Versorgungsbedarf kann daher letztlich nur regional definiert werden, und es ist keineswegs möglich, diesen aus reinen Einwohnerzahlen abzuleiten.

#### **1.4 Bedeutung und Auswirkungen psychischer Störungen**

Psychische Störungen sind in der Regel nicht nur mit einem massiven Leidensdruck verbunden, sondern auch mit erheblichen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Arbeitsproduktivität, und zwar nicht nur im akuten Störungsstadium, sondern bei der Mehrzahl der Störungen über einen langen Zeitraum hinweg. Nach Berechnungen der WHO<sup>9</sup> leben über 16 Mio. Einwohner der entwickelten Länder aufgrund von Depressionen mit zumindest

mittelgradigen krankheitsbedingten Belastungen. Zudem finden sich - gemessen in «verlorenen Lebensjahren» („years lost due to disability“; YLD) oder auch in «behinderungsadjustierten Lebensjahren» („disability adjusted life years“; DALY) - unter insgesamt 110 beurteilten Ursachen Alkoholmissbrauch- oder -abhängigkeit, Demenzen sowie Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit unter den 10 Erkrankungen mit der größten Krankheitslast. Die Suizidraten waren in den letzten Jahren im Freistaat Sachsen, wo seit vielen Jahrzehnten deutschlandweit die höchsten Suizidzahlen zu beobachten sind, wie in den anderen Bundesländern rückläufig; dennoch ist die Zahl der Frauen und Männer, die sich das Leben nehmen, noch immer beklagenswert groß.

Der Anteil der psychischen Störungen am Krankenstand hat sich in den letzten 20 Jahren fast vervierfacht; sie nehmen inzwischen unter den Diagnosehauptgruppen den vierten Rang ein. Mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeit zählen sie zu den sechs wichtigsten Ursachen<sup>10</sup>.

Es überrascht vor diesem Hintergrund nicht, dass die direkten und indirekten Kosten psychischer Störungen enorm sind; nach einer aktuellen Schätzung betragen sie in Europa jährlich ca. 290 Mrd. Euro, in der Bundesrepublik Deutschland liegen sie nach vorgelegten konservativen Schätzungen bei ca. 11 Mrd., im Freistaat Sachsen bei ca. 550 Mio.<sup>11</sup>.

Die Zahlen zeigen deutlich, dass von einer erheblichen individuellen Belastung und Beeinträchtigung der psychisch erkrankten Menschen ebenso auszugehen ist wie von einer hohen gesamtgesellschaftlichen Relevanz der Thematik. Der Förderung psychischer Gesundheit, der Prävention psychischer Störungen und der qualitativ hochwertigen Behandlung und Versorgung psychisch erkrankter Menschen kommt damit ein nicht zu unterschätzender gesamtgesellschaftlicher Stellenwert zu.

## **1.5 Vorgaben und Rahmenbedingungen**

Die Rahmenbedingungen der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen sind, weitaus stärker als in anderen medizinischen Bereichen, ganz wesentlich von rechtlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen definiert. Das Versorgungssystem ist geprägt durch Fragmentierung mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Leistungserbringern und Kostenträgern. Ein Überblick sowie nähere Erläuterungen zu den sozialrechtlichen Begrifflichkeiten und Grundlagen und deren Vernetzung finden sich in Anhang 1.

Die stationären medizinischen Versorgungseinrichtungen laufen unter der Trägerschaft von Ländern, Kommunen und freigemeinnützigen oder privaten Anbietern. Für die Finanzierung der zu erbringenden Leistungen sind die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zuständig, wobei Art und Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) beschrieben und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert werden. Für die Planung der stationären Versorgung trägt der Freistaat Sachsen die Verantwortung, der den Krankenhausplan in enger Abstim-

mung und möglichst im Einvernehmen mit allen dem Krankenhausplanungsausschuss angehörenden Mitgliedern (z. B. Vertreter der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V., der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen oder der Landesärztekammer) erstellt.

Die verschiedenen ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen werden unter ganz unterschiedlicher Trägerschaft vorgehalten. Institutsambulanzen etwa arbeiten ebenso wie die stationären Versorgungseinrichtungen unter der Trägerschaft von Ländern, Kommunen, freigemeinnützigen oder privaten Anbietern, während die ambulanten Praxen von selbstständigen Unternehmern angeboten werden. Für die Finanzierung der zu erbringenden Leistungen sind hier wiederum die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zuständig. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen und der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung obliegt der KV Sachsen, über die das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die Rechtsaufsicht wahrnimmt.

Die komplementären Versorgungsangebote werden in der Regel von den Wohlfahrtsverbänden, den Kommunen oder aber privaten Anbietern vorgehalten. Die Finanzierung erfolgt über die Rentenversicherung, die Bundesanstalt für Arbeit oder über die Länder und Kommunen. Für die überwiegend nach Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) zu erbringenden Leistungen sind im Freistaat Sachsen neben anderen Rehabilitationsträgern als überörtlicher Sozialhilfeträger hauptsächlich der Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV Sachsen) für Personen von 18 bis 65 Jahren sowie die Landkreise und Kreisfreien Städte (örtliche Sozialhilfeträger) für Minderjährige und Personen über 65 Jahre zuständig. Die Leistungsträger schließen in diesem Zusammenhang auch Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern ab. Der Bereich der komplementären Versorgung ist damit institutionell und rechtlich weitgehend vom ambulanten und stationären medizinischen Bereich getrennt.

Die Fragmentierung führt nicht nur häufig zu einer Diskontinuität in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, sondern macht auch die Planung und Steuerung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu einem schwierigen und komplexen Unterfangen. Nähere Erläuterungen finden sich unter 4.1.

## **1.6 Die Entwicklung seit dem Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan**

Die im 1993 herausgegebenen Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan definierten Zielstellungen konnten in den letzten Jahren dank vielfältiger Anstrengungen in vielen Bereichen umgesetzt werden.

Im Bereich der stationären medizinischen Versorgung ist das Ziel einer dezentralen und regionalisierten psychiatrischen Krankenhausversorgung weitgehend erreicht. Dies ist vor allem durch den Aus- und Aufbau psychiatrischer Abteilungen mit Vollversorgungsverpflich-

tung an Allgemeinkrankenhäusern erreicht worden. Die baulichen und Ausstattungsgegebenheiten sind in aller Regel als sehr gut zu bewerten, und auch die ehemaligen Großkrankenhäuser haben nach umfangreichen baulichen Umgestaltungen und internen Umstrukturierungen ihren Anstaltscharakter verloren; sie nehmen gleichberechtigt mit den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen an der Patientenversorgung teil.

Das Angebot an tagesklinischen Plätzen ist im Rahmen der Reformierung und Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung mit 377 Plätzen im Jahr 1993 und 755 Plätzen im Jahr 2009 praktisch verdoppelt worden; teilstationäre Angebote werden von allen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen vorgehalten, wobei Tageskliniken zum Teil auch als „Satelliten“ an einem anderen Standort als dem der Klinik eingerichtet wurden.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen verfügen inzwischen auch über Institutsambulanzen, was zu einer Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung ebenso beigetragen hat wie die Professionalisierung und der Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung.

Zu einem grundlegenden Bestandteil der ambulanten, gemeindenahen Versorgung haben sich, der Zielsetzung im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan entsprechend, die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) entwickelt. Deren Tätigkeitsfeld hat sich in den letzten Jahren gewandelt, sodass neben der regelmäßigen Betreuung und Begleitung chronisch psychisch erkrankter Menschen vor allem Aufgaben der Krisenintervention, der Beratung von Familienangehörigen und sonstigen Bezugspersonen und die Vermittlung von Hilfen die Tätigkeit bestimmen.

Das Angebot an komplementären Versorgungseinrichtungen ist in den Jahren nach 1993 in allen Bereichen erheblich erweitert und gleichzeitig ausdifferenziert worden. Der Gesamtplatzbedarf betreuter Wohnformen zum Beispiel gilt inzwischen ebenso als gedeckt wie der Bedarf an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Mit dem Programm BADO-K ist ein Dokumentationssystem für den komplementären Bereich entwickelt und inzwischen praktisch landesweit implementiert worden. Ergänzende Regelungen zu Inhalt, Form und Zweck der verpflichtend vorgeschriebenen Psychiatrieerberichterstattung sollen demnächst in das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) aufgenommen werden. Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen haben sich in großer Anzahl etabliert, und entsprechend der Vorgaben im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan nehmen deren Vertreter an den Beratungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften teil.

Das seit 1999 geltende Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) erleichtert den Zugang von Patienten zur Psychotherapie und trägt damit zur verbesserten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei.

Die Situation in der Krankenhausbehandlung von psychisch erkrankten Minderjährigen hat sich erheblich verbessert. Das Ziel einer qualitativ hochwertigen gemeindenahen stationären und teilstationären Behandlung ist weitgehend verwirklicht; auch entsprechen die baulichen Voraussetzungen der jeweiligen Kliniken modernen Maßstäben.

Der Freistaat Sachsen hat durch nicht unerhebliche Investitionen Maßregelvollzugseinrichtungen geschaffen, die sowohl den therapeutischen als auch den sicherheitstechnischen Maßstäben entsprechen, die an die Behandlung und Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten gerichtet werden.

## **1.7 Fortschreibung und Weiterentwicklung**

Auch wenn sich die Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Freistaat Sachsen positiv und in vielen Bereichen in Übereinstimmung mit den im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan definierten Zielen entwickelt hat, besteht der Bedarf, diesen fortzuschreiben. Veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie sonstigem Weiterentwicklungsbedarf soll damit Rechnung getragen werden.

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Freistaat Sachsen erfolgt auf einem sehr hohen Niveau, jedoch nicht immer werden die Betroffenen ihrem Krankheitsbild entsprechend nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt. Verbesserungsbedarf im ambulanten und stationären medizinischen Bereich besteht insbesondere für die Versorgung komplexer psychischer und komorbider somatischer Erkrankungen sowie psychischer Erkrankungen mit gleichzeitig bestehender Intelligenzminderung. Den wachsenden Herausforderungen in der Versorgung von psychisch erkrankten älteren Menschen soll mit dem in den letzten Jahren begonnenen Aufbau geriatrischer Abteilungen an Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie z. B. der Etablierung interdisziplinärer Behandlungsteams begegnet werden. Im komplementären Bereich steht, nachdem die Versorgungslandschaft in den letzten Jahren vor allem an den Bedürfnissen von an Schizophrenie erkrankten Menschen orientiert war, die Weiterentwicklung der Versorgung neuer Patientengruppen im Fokus. Zu nennen sind hier beispielsweise Personen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, die, oft verbunden mit erheblichen psychosozialen Defiziten, unter drogeninduzierten Psychosen und schweren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen leiden. Auch die Betreuung von chronisch schizophren erkrankten Personen, die somatisch erkrankt sind, ist im komplementären Bereich entwicklungsbedürftig. In diesem Zusammenhang besonders zu erwähnen sind Betroffene jenseits der 65, die wegen komorbider somatischer Erkrankungen gleichzeitig pflegebedürftig geworden sind. Einhergehend mit dem vermehrten Auftreten komplexer Problemlagen bei Kindern und Jugendlichen besteht gegenwärtig ein besonderer Entwicklungsbedarf in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und hier vor allem im Bereich der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung.

Die Versorgungssituation älterer psychisch erkrankter Menschen hingegen stellt sich aktuell im Wesentlichen positiv dar. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung steht das Versorgungssystem hier allerdings vor einer besonderen Herausforderung, da die Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird.

Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Prävention psychischer Erkrankungen sind weiterzuentwickeln. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang nach wie vor das Postulat, einen individuellen Bedarf an psychiatrischer oder psychotherapeutischer Versorgung rechtzeitig zu erkennen, sodass Menschen mit psychischen Erkrankungen Verzögerungen der adäquaten Behandlung – und nicht selten lange Irrwege durch das Gesundheitssystem – erspart bleiben. Darüber hinaus muss einer rückläufigen Entwicklung an qualifiziert ausgebildeten Hausärzten und, vor allem im ländlichen Raum, an niedergelassenen Fachärzten entgegengewirkt werden.

Es ist abschließend anzumerken, dass sich der Landespsychiatrieplan in seiner aktualisierten zweiten Fassung auch an veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ausrichtet. Hier sei zum Beispiel hingewiesen auf das GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) von 2000 und die dort aufgeführten Bestimmungen zur Soziotherapie nach § 37a SGB V, das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 und die dort neu definierten Regelungen für ein Medizinisches Versorgungszentrum, die Möglichkeiten zur Finanzierung einer integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V, die seit 01.01.2008 geltenden Regelungen zur Leistungsform „Persönliches Budget“ (§ 17 SGB IX), oder die Planungen zur „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHRG) von 2009. Von großer Bedeutung für die Gestaltung der Psychiatriepolitik des Freistaates Sachsen ist das Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Inklusion behinderter Menschen festlegt.

Der Zweite Sächsische Landespsychiatrieplan dient als Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Menschen, ohne grundsätzliche, über das bisherige Maß hinausgehenden Standards festzuschreiben. Die Umsetzung der genannten Maßnahmen und Ziele einschließlich finanzieller und personeller Folgewirkungen steht, soweit sie den Staatshaushalt betreffen, unter dem Vorbehalt der Finanzierung im jeweiligen Einzelplan sowie der Einhaltung der Stellenpläne.

## 2 Grundprinzipien

Die im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan definierten Grundprinzipien und Zielstellungen der psychiatrischen Versorgung sind weiterhin gültig (vgl. Abb. 1); sie werden im Folgenden vor dem Hintergrund neuer Erfahrungen und Beurteilungen ergänzt und differenziert. Ihr Geltungsbereich umfasst den gesamten Bereich psychischer Erkrankungen. Die Grundprinzipien stehen in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention, sie sollen Maßstab für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen sein, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung beitragen und die Inklusion stärken.

**Abb. 1 Übersicht über die im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan definierten „Grundsätze der psychiatrischen Versorgung im Freistaats Sachsen“**

1. Der gesetzliche Anspruch auf Gleichstellung somatisch und psychisch kranker Menschen wird verwirklicht. (...)
2. Medizinische, psychologisch-psychotherapeutische, soziale, heilpädagogische, pflegerische und beruflich-rehabilitative Maßnahmen werden zu einem institutionellen und therapeutischen Gesamtkonzept (...) integriert.
3. Die Neuordnung des psychiatrischen Versorgungssystems geht dabei von der Erfüllung der für eine optimale Versorgung psychisch kranker Menschen erforderlichen Aufgaben (Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge, Begleitung, Krisenintervention) aus. Für die Wahrnehmung dieser Funktionen wird eine versorgungsgebietsbezogene und bedarfsgerechte Ausstattung mit Einrichtungen und Diensten angestrebt. (...)
4. Die Einrichtungen werden innerhalb eines Standardversorgungsgebietes als gemeindepsychiatrischer Verbund koordiniert und gewährleisten eine kontinuierliche ("Behandlungskette") und den individuellen Rehabilitationsverläufen angepasste Behandlung, Förderung, Betreuung und Pflege (Patientengerechtigkeit der Angebote). Die Konzeption neuer Angebote und die Umprofilierung bestehender Angebote sollen dabei nach dem Grundsatz verfahren: soviel ambulante Versorgung wie möglich, soviel stationäre Versorgung wie fachlich geboten.
5. Das Kernstück der ambulanten Versorgung bilden die niedergelassenen Fachärzte und die im Sächsischen Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) vorgesehene flächendeckende Einrichtung aufsuchend arbeitender Sozialpsychiatrischer Dienste zur Vorsorge, Krisenintervention und Nachsorge besonders für diejenigen Patienten, die von sich aus nicht zum niedergelassenen Psychiater gehen. Der Aufbau und die Förderung von Tagesstätten als niederschwelligem tagesstrukturierenden Angebot für chronisch psychisch kranke Menschen stellen eine weitere wichtige Ergänzung zur Vermeidung von Ausgrenzung in Wohn- und Pflegeheimen und zur Entlastung der Angehörigen dar und tragen damit zur Akzeptanz wohnortnaher Versorgung und sozialer Integration psychisch Kranker bei. In Ballungszentren empfiehlt sich zusätzlich die Einrichtung von psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen als Beratungsangebote im Vorfeld psychischer Krisen und Erkrankungen und als Treffpunkt für Angehörige, für Selbsthilfegruppen für von psychischer Erkrankung oder Rezidiven bedrohte Menschen und vor allem chronisch psychisch Kranker. Tagesstätten und psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sind in Orientierung an den von den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ermittelten regionalen Bedarf und in Abhängigkeit bestehender funktional-äquivalenter Angebote einzurichten.
6. Die notwendige psychiatrische Krankenhausbehandlung ist künftig versorgungsgebietsbezogen zu organisieren (Sektorisierungsprinzip). Die Versorgungsgebiete sind aus historischen und pragmatischen Gesichtspunkten meist nicht mit Landkreisen oder kreisfreien Städten identisch. Die bereits existierenden und die im Aufbau oder in Planung befindlichen psychiatrischen Abteilungen sind so auszulegen, dass sie der Verpflichtung zur Vollversorgung ihres jeweiligen Sektors nachkommen können. Dazu gehört, dass die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen sowohl vollstationäre ("Betten") als auch teilstationäre Versorgungskapazitäten (tagesklinische Plätze) vorhalten und letztere bedarfsentsprechend auch an anderen Standorten als dem der stationären Abteilung anbieten. Darüber hinaus wird angestrebt, dass die Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen im Sinne einer gemeindenahen, nachgehenden und sektoriserten Versorgung auch Institutsambulanzen (nach §§ 118, 120 SGB V) betreiben.

---

**Abb. 1 Übersicht über die im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan definierten „Grundsätze der psychiatrischen Versorgung im Freistaats Sachsen“**

7. Der Verbesserung bestehender Formen der Zusammenarbeit und Schaffung neuer Strukturen der Kooperation und Koordination innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems dienen regionale Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften.
  8. Eigeninitiative und Selbständigkeit der Patienten im Sinne einer möglichst weitgehenden "Normalisierung" des Lebens mit psychischer Krankheit werden gefördert. Eine Integration in das soziale Umfeld oder in neu geschaffene "künstliche Netzwerke" begleitender und flankierender Hilfen wird angestrebt. Hierzu gehört vor allem die Förderung von Selbsthilfe, Angehörigenarbeit und freiwilliger Hilfe ("Ehrenamt") im Bereich der psychiatrischen Versorgung.
  9. Freie Träger werden in die psychiatrische Versorgung entsprechend den Prinzipien der Subsidiarität und Trägervielfalt eingebunden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Trägervielfalt nicht zu Lasten der Einheitlichkeit und Kontinuität der Versorgung geht.
  10. Die Fachkräfte in der psychiatrischen Versorgung sind durch berufsbegleitende Fortbildungsmaßnahmen aus- und weiterzubilden. Die Staatsregierung macht entsprechende Angebote.
  11. Der Prävention dienen Aufklärung und Information über Entstehung, Symptome und Verlauf psychischer Krankheiten und Störungen, über den spezifischen Hilfebedarf psychisch Kranker und über die zur Verfügung stehenden Hilfsmöglichkeiten.
  12. Alle staatlich oder kommunal geführten oder geförderten Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung haben künftig die Pflicht zur Dokumentation über Inanspruchnahme, Wirksamkeit und Kosteneffizienz, um die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems beurteilen zu können und um wesentliche Grundlagen der Planung zu erhalten (Psychiatrieberichte). Die Teilnahme an der Psychiatrieberichte stellt eine Voraussetzung zur Förderung aus Landesmitteln dar.
  13. Psychisch Kranke stehen wie alle Bürger der Bundesrepublik Deutschland unter dem Schutz des Grundgesetzes. Die Einschränkung der Grundrechte eines psychisch Kranken wird notwendig, wenn sich aus seiner Krankheit eine erhebliche Gefahr für den Betroffenen selbst oder andere ergibt. Oft verhindert die mit der psychischen Krankheit verbundene Krankheitsuneinsichtigkeit einvernehmliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr. Bevor in die Grundrechte des psychisch Kranken eingegriffen werden darf, müssen alle Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft oder wegen akuter Dringlichkeit nicht erfolgreich anwendbar sein.
- 

**Es gilt der Grundsatz der Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen**

Die Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen, 1975 ein zentrales Anliegen der Psychiatrie-Enquête und ebenso Forderung der mit Veröffentlichung der Rodewischer Thesen<sup>II</sup> im Jahr 1963 verbundenen Reformbewegung in der DDR, galt im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan als definierter Fakt. Der Grundsatz gilt nach wie vor, und in den gesetzlichen Vorgaben ist er weitestgehend, wenn auch nicht vollständig, realisiert.

---

<sup>II</sup> Rodewischer Thesen (Z. ges. Hyg. 11 (1965), H. 1 (S. 61-65))

Vom 23. bis 25. Mai 1963 fand in Rodewisch i. Vogtland ein Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation statt. Abschluss fand das Symposium in der Verabschiedung wissenschaftlich begründeter Therapieempfehlungen, die als "Rodewischer Thesen" in die Psychiatriegeschichte eingehen sollten. In diesen Thesen sind – zwölf Jahre vor der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung – bereits die wesentlichen Ziele der Psychiatriereform formuliert. Sie fordern die Abschaffung der Verwahrspsychiatrie, die soziale Integration der Kranken in die Gesellschaft und den Aufbau ambulanter und teilstationärer Dienste.

Im Lebensalltag sind Menschen mit psychischen Erkrankungen aber dennoch im Vergleich zu somatisch erkrankten Menschen häufig benachteiligt. Dies resultiert zum einen aus noch immer vorhandenen irrationalen Befürchtungen, die vor allem einer beruflichen Reintegration, aber auch einer sozialen Integration entgegenstehen; zum anderen berücksichtigen die gesetzlichen Vorgaben oft nicht die Besonderheiten psychischer Erkrankungen, die, trotz aller Gemeinsamkeiten zwischen psychisch und somatisch kranken und behinderten Menschen, bestehen. Es sei beispielhaft darauf hingewiesen, dass Behinderungen aufgrund psychischer Störungen im Unterschied zu somatisch bedingten Behinderungen häufig nur zeitlich befristet bestehen, weswegen vor allem das Behindertenrecht den Besonderheiten psychischer Erkrankungen nur bedingt Rechnung trägt.

Die Politik der Staatsregierung wird vor diesem Hintergrund weiter darauf ausgerichtet sein, die Gleichbehandlung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen zu verwirklichen.

### **Die Versorgung erfolgt gemeindenah**

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sollen die notwendigen Hilfen möglichst in ihrer vertrauten räumlichen Umgebung und innerhalb der etablierten sozialen Strukturen erhalten. Dieses Prinzip verhindert die Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen, bietet ihnen Sicherheit und Orientierung und gewährleistet, dass die zur Verfügung stehenden externen Ressourcen und sozialen Unterstützungsstrukturen genutzt werden können. Es gilt daher ganz besonders für diejenigen, die einer raschen beruflichen und sozialen Wiedereingliederung bedürfen, trägt aber auch zu einer besseren Wiedereingliederung chronisch erkrankter Langzeitpatienten bei. In bestimmten Fällen kann es notwendig sein, dass die Versorgung wohnortfern erfolgt. Dies gilt zum Beispiel, wenn ein spezialisiertes Angebot gemeindenah nicht vorgehalten werden kann. In diesem Fall kann das Prinzip der gemeindenahen Versorgung im Rahmen der nachsorgenden Hilfen aufgegriffen werden.

Die Staatsregierung unterstützt vor diesem Hintergrund den weiteren Ausbau gemeindepsychiatrischer Versorgung und den Aufbau bedarfsgerechter und umfassender Versorgung in den Regionen. Das Sektorisierungsprinzip der psychiatrischen Krankenhausbehandlung wird nicht zuletzt vor diesem Hintergrund aufrechterhalten; im komplementären Bereich wird dieses Prinzip durch den Abschluss von Versorgungsverträgen realisiert. Es ist sicherzustellen, dass die Trägervielfalt gewährleistet bleibt.

### **Die zur Behandlung psychischer Störungen notwendigen Hilfen sollen möglichst ambulant erbracht werden**

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist weiterhin ein wesentliches Element der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Dabei geht es nicht prinzipiell um die Vermeidung stationärer Behandlung, sondern darum, den von psychischer Erkrankung betroffenen

Personen die Behandlung zukommen zu lassen, die bei gleicher Wirksamkeit am wenigsten einschneidend ist.

Um das Prinzip umzusetzen, ist ein umfassendes, aufeinander abgestimmtes Angebot von ambulanten medizinischen sowie ambulanten komplementären Leistungen erforderlich.

### **Der Zugang in die Versorgung ist niederschwellig zu gestalten**

Vor allem mit Blick auf die Bedeutung frühzeitiger Behandlung für einen möglichst positiven Verlauf psychischer Störungen sollten die notwendigen Hilfen unter verschiedenen Aspekten leicht zugänglich sein:

Das Angebot selbst muss Versorgungseinrichtungen umfassen, die unkompliziert und möglichst auch unentgeltlich in Anspruch genommen werden können. Zudem sollten die Versorgungseinrichtungen möglichst gut erreichbar sein und, zum Beispiel mit Blick auf die Öffnungszeiten und die Möglichkeit, sich über das Angebot zu informieren, patientenorientiert arbeiten.

Die Niederschwelligkeit psychiatrischer Hilfen ist aber nicht allein durch die Verbesserung der Angebotsstruktur zu erreichen. Ein möglichst breites Wissen über die zur Verfügung stehenden Hilfen und deren Erreichbarkeit sowie über die zur Anwendung kommenden therapeutischen Mittel und Strategien ist ein weiterer wesentlicher Bedingungsfaktor. Die vorhandenen Einrichtungen sollten für die in der Versorgung tätigen professionellen Helfer, aber auch für die potentiellen Nutzer überschaubar und das Beratungs- und Behandlungsangebot allen Beteiligten bekannt sein. In diesem Sinn kann auch die Einbeziehung von Angehörigen die Niederschwelligkeit verbessern und ein möglichst frühzeitiges Inanspruchnahmeverhalten fördern.

Der Abbau stigmatisierender Einstellungen und Interventionen gegen Selbststigmatisierung können ebenfalls dazu beitragen, dass Menschen mit psychischen Problemen frühzeitig Unterstützung, Beratung und Behandlung aufsuchen.

Die Staatsregierung wird daher das Angebot niederschwelliger Versorgungsleistungen stärken und auch zukünftig Anti-Stigma-Programme sowie Maßnahmen zur Reduzierung von individueller und struktureller Diskriminierung unterstützen.

### **Ziel ist die Umorientierung zu einem personenzentrierten Versorgungssystem**

Das Angebot psychiatrischer Hilfeleistungen ist gegenwärtig noch in weiten Bereichen institutionszentriert, sodass sich die hilfesuchenden Menschen nach den Behandlungs- und Betreuungsangeboten der jeweiligen Institutionen richten müssen und oft von einer Institution zu einer anderen Institution mit einem im Querschnitt besser passenden Versorgungsangebot weitergereicht werden. Es muss daher ein langfristiges Ziel sein, dass sich die Hilfen dem individuell wechselnden Bedarf der Patienten anpassen.

Dieses Ziel ist von besonderer Relevanz für diejenigen psychisch erkrankten Menschen, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen und Hilfen nicht selbst aktiv in Anspruch nehmen und koordinieren können. Hilfeplankonferenzen, an denen sowohl Leistungserbringer als auch Leistungsträger teilnehmen und in denen die am individuellen Hilfebedarf ausgerichteten Hilfen gesteuert werden, können für diesen Personenkreis als Kernstück der praktischen Umsetzung hin zu einer personenzentrierten Versorgung gesehen werden.

Der Umbau der Versorgungslandschaft von einem einrichtungszentrierten zu einem bedarfs- und personenzentrierten System wird daher weiter unterstützt. Die einzelnen Einrichtungsträger werden ermutigt, ihr gemeindenahes Angebot auszuweiten, um ein Komplexangebot mit möglichst vielen Leistungsarten vorzuhalten; zugleich werden die verschiedenen Einrichtungsträger aufgefordert, ihr Leistungsangebot verbindlich aufeinander abzustimmen und sich vertraglich oder mittels einer Grundsatzerklärung zu einem regionalen Verbund zusammenzuschließen. Zur Etablierung von Hilfeplankonferenzen und der Anwendung standardisierter Verfahren zur Hilfebedarfserfassung wird aufgefordert. Die Grundlage hierfür bildet die von der WHO entwickelte ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als professionsübergreifendes Instrument, welches u.a. die Möglichkeit eröffnet, die Ressourcen und Bedarfe der Klienten im Zusammenhang mit der unmittelbaren Umwelt zu betrachten.

### **Die Kooperation zwischen verschiedenen Bereichen der Versorgung und Unterstützung psychisch erkrankter Menschen muss gefördert werden**

Die Häufigkeit psychischer Störungen, die Multifaktorialität der Ursachen und die Komplexität der Problematik, die sich vor allem bei schwerer und chronisch psychisch erkrankten Menschen zeigt, bedingen, dass die Versorgung nicht ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen und Diensten erfolgen kann, sondern die Kooperation mit nichtpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten sowie mit verschiedenen Professionen erfordert. Dies erfordert die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Bereichen der Versorgung und der sozialen Unterstützung.

Die Staatsregierung wird Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, im Rahmen vorhandener Möglichkeiten unterstützen.

### **Die Kontinuität der Behandlung soll gefördert werden**

Kontinuität psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gilt als wichtiger Prädiktor für deren Erfolg; sie scheint vor allem das Funktionsniveau und die Lebensqualität chronisch psychisch erkrankter Menschen positiv zu beeinflussen. Dabei scheint neben der informationellen und besonders der personellen Kontinuität vor allem die Kontinuität der von unterschiedlichen Institutionen erbrachten Leistungen von Bedeutung.

Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungskontinuität werden daher von der Staatsregierung besonders positiv bewertet.

### **Psychisch erkrankte Menschen werden in ihrer Selbstbestimmung gestärkt („Empowerment“)**

In der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen sind Bedingungen bereitzustellen, die es vor allem auch chronisch Erkrankten ermöglichen, sich ihrer ungenutzten Ressourcen und Kompetenzen bewusst zu werden, sie zu erhalten und zu erweitern, um ihr Leben so weit wie möglich selbst zu bestimmen („Empowerment“-Unterstützung).

Die Staatsregierung ermutigt daher zu emanzipatorischen und partizipativen Ansätzen in der psychiatrischen Versorgung und beteiligt sich aktiv am partnerschaftlichen Austausch von psychisch Erkrankten, Angehörigen, Fachpersonen sowie Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung. Maßnahmen wie der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen und die Inanspruchnahme eines persönlichen Budgets werden unterstützt.

### **Das Hilfepotential der Angehörigen wird anerkannt und gefördert**

Das Hilfepotential der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen kann für den Krankheitsverlauf ihrer Familienmitglieder von großer Bedeutung sein und schließt gleichzeitig das Potential zu Kostenentlastungen ein.

Die Staatsregierung anerkennt dies und fördert daher die Einbeziehung der Angehörigen auf verschiedensten Ebenen der Planung und Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung.

Die Staatsregierung ist sich aber auch bewusst, dass die Verantwortung der Angehörigen im Rahmen der Reformierung der psychiatrischen Versorgung immer mehr gewachsen ist. Die betroffenen Familien sind häufig einem erheblichem Ausmaß an objektiven und subjektiven Belastungen ausgesetzt, die letztlich auch zu Beeinträchtigungen der Gesundheit der Angehörigen führen können. Die Belastung von Kindern, deren Eltern oder Geschwister psychisch erkrankt sind, wird besonders anerkannt. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Staatsregierung die Implementierung von professionell geleiteten Angehörigengruppen ebenso wie den Austausch in Angehörigenselbsthilfegruppen.

### **Ein hoher Standard der vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen wird gewährleistet**

Es ist selbstverständlich, dass ein möglichst hoher Standard der psychiatrischen Hilfen zu gewährleisten ist. Um diesen sicherzustellen, sind Kriterien guter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu definieren, deren Einhaltung ständig zu überprüfen ist. Kriterien guter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind allerdings nicht statisch, sondern bedürfen der

ständigen Anpassung. Die Staatsregierung unterstützt vor diesem Hintergrund die Implementierung neuer Erfolg versprechender Maßnahmen und Angebotsstrukturen.

### **Zwangmaßnahmen werden soweit möglich vermieden und, falls erforderlich, schonend und sicher gestaltet**

Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen bleiben ein zentrales und aktuelles Thema der psychiatrischen Versorgung. Aus ethischen, medizinischen und rechtlichen Gründen dürfen sie nur als letztes Mittel zur Verhinderung von schwerwiegenden Schäden und Gefahren angewandt werden. Ziel bleibt es, einer Anwendung von Zwang vorzubeugen und ihn möglichst zu vermeiden. Falls Zwangsmaßnahmen dennoch zur Anwendung kommen müssen, so muss dies schonend und sicher gestaltet werden.

Die Staatsregierung unterstützt daher Bemühungen zur Anwendung bestehender sowie zur Entwicklung weiterer fachlicher Leitlinien zur Deeskalation und systematischen Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sowie zur möglichst schonenden Handhabung von Zwangsmaßnahmen.

### **Der Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen Differenzierung präventiver Maßnahmen und psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung wird Rechnung getragen.**

Aus den Ausführungen zur Ätiologie und zur Epidemiologie psychischer Störungen lässt sich die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen Differenzierung präventiver Maßnahmen und psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung ableiten: Frauen und Männer unterscheiden sich zum Beispiel sowohl hinsichtlich der biologischen als auch der sozialen Vulnerabilität, sodass bezüglich der Prävalenz einzelner Störungen sowie der Wirkung medikamentöser Therapien Unterschiede zu beachten sind.

Die Staatsregierung definiert das Prinzip einer geschlechtersensiblen Betrachtung daher als eigenständiges Qualitätskriterium und mahnt die Beachtung auf allen Ebenen an.

### **Planung und Steuerung liegen ganz wesentlich in regionaler Verantwortung**

Das Ziel einer gemeindenahen, am individuellen Hilfebedarf orientierten und personenzentrierten Versorgung kann nur durch die Zusammenarbeit aller in einer Region Tätigen erreicht werden. Daraus folgt, dass auch Planung und Steuerung ganz wesentlich in regionaler Verantwortung liegen müssen, wobei die der Staatsregierung und den Leistungsträgern der Sozialversicherung gesetzlich zugeschriebenen Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten unberührt bleiben.

Die Schwierigkeiten, die sich in diesem Zusammenhang aus der Fragmentierung der psychiatrischen Versorgungslandschaft ergeben, wurden im Zusammenhang mit der Darstellung der bestehenden gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen bereits erörtert.

Vor diesem Hintergrund fordert die Staatsregierung auf, sich in gemeinsamer Verantwortung fortlaufend um die Optimierung der Versorgungssituation zu bemühen und sich bietende Möglichkeiten flexibel zu nutzen.

## **B Förderung psychischer Gesundheit, Prävention psychischer Störungen und Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen im Freistaat Sachsen**

### **3 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention**

#### **3.1 Förderung der psychischen Gesundheit**

Maßnahmen und Aktivitäten zur Förderung von psychischer Gesundheit zielen darauf ab, die Gesundheitsressourcen der Bevölkerung zu stärken; sie sind damit abzugrenzen von Maßnahmen und Aktivitäten zur Prävention, die ganz konkret auf die Vorbeugung und Früherkennung von spezifischen Krankheiten abstellen.

Die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Die EU-Mitgliedstaaten brachten dies im 2005 veröffentlichten „Grünbuch“ zum Ausdruck und rückten das Thema aus dem Schatten von Stigma und Diskriminierung in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten. Ausgangspunkt der weiteren im „Grünbuch“ angestellten Überlegungen ist die Feststellung, dass die hohen Prävalenzraten psychischer Störungen mit erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden sind, die das Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem erheblich belasten, und durch Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen darüber hinaus Grundpfeiler der europäischen Grundnormen verletzt werden können. Vor diesem Hintergrund wird ein hohes Maß an psychischer Gesundheit als wesentliches Gut der Gesellschaft und als ein wesentlicher Faktor für die Erreichung strategischer Zielstellungen der EU - Gerechtigkeit, Wohlstand und Solidarität - angesehen.

Das „Grünbuch“ bleibt allerdings, was den Handlungsaspekt betrifft, sehr im Allgemeinen. Hier geht ein von der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ ebenfalls 2005 veröffentlichter „Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit“ deutlich weiter. In diesem werden zum Beispiel Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen oder auch Maßnahmen zur Reduktion und zum Management von Stress und psychosozialen Belastungsfaktoren vorgeschlagen.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK) verpflichtet die Vertragsstaaten, Gesundheitsleistungen zur Früherkennung und Frühintervention bei drohenden Behinderungen zu erbringen, ebenso wie Leistungen, durch die weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden. Im Dezember 2008 haben Bundestag und Bundesrat der BRK sowie dem zugehörigen Fakultativprotokoll, das Verfahrensregelungen zur Umsetzung und Überwachung der BRK enthält, zugestimmt. Das Ratifizierungsgesetz ist am 01.01.2009 in Kraft getreten.

In verschiedenen Bereichen wurden inzwischen Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit eingeleitet; zu erwähnen sind hier zum Beispiel das Aktionsprogramm der EU, Initiativen zur Vermeidung von Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen

oder auch Maßnahmen zur Verhütung von Stress am Arbeitsplatz. Maßnahmen und Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit wurden auch im Freistaat Sachsen in ganz verschiedenen Bereichen initiiert. Hingewiesen sei z. B. auf das Gesundheitsforum „Gesunde.Sachsen.de“, das Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ und auf entsprechende Aktivitäten der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Die Förderung der psychischen Gesundheit ist als Querschnittsaufgabe Inhalt politischer Aktivitäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Sie ist ein stetiger Prozess, so dass Maßnahmen kontinuierlich und langfristig angeboten werden müssen. Die Rahmenbedingungen zur Förderung von psychischer Gesundheit der Bevölkerung sollen kontinuierlich verbessert werden.

Dabei sollen Maßnahmen im Fokus stehen, die den spezifischen gesellschaftlichen Verhältnissen im Freistaat Rechnung tragen. Die in den vergangenen zwei Jahrzehnten erfolgten gravierenden wirtschaftsstrukturellen Veränderungen und sozialen Umwälzungen brachten und bringen Verunsicherungen mit sich, die zu einer besonderen Risikobelastung der Bevölkerung führten und führen, und zwar sowohl im Sinn sozialer Vulnerabilität als auch in Form von akutem Stress. Zu nennen sind hier zum Beispiel die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und damit die Ausgrenzung von gesellschaftlichen Ressourcen. Daraus leitet sich ab, dass Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Freistaat Sachsen ganz besonders auf die Stärkung von entsprechenden Schutzfaktoren (z. B. dem Umgang mit Leistungsdruck und Arbeitslosigkeit) abzielen - wenn auch nicht darauf begrenzt bleiben - sollten. Die im „Europäischen Aktionsplan für Psychische Gesundheit“ aufgeführten Maßnahmen und Strategien können dabei ebenso als Leitfaden dienen wie die im Sächsischen Gesundheitszieleprozess vereinbarten Handlungsfelder.

### **3.2 Prävention**

In Abgrenzung zur Gesundheitsförderung fokussiert Prävention auf die Verhinderung, Erkennung oder Behandlung bestimmter Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen, während die Gesundheitsförderung auf die Gesunderhaltung im Allgemeinen abzielt.

Prävention hat, betrachtet nach dem Zeitpunkt, zu dem in den Erkrankungsverlauf eingegriffen wird, drei Zielstellungen: Primärprävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern, Sekundärprävention Erkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln, Tertiärprävention Langzeitfolgen und Komplikationen von Erkrankungen mindern. Am Beispiel der Depression illustriert bedeutet dies, dass Primärprävention die Entstehung früher, unterschwelliger Symptomatik zu verhindern sucht (z. B. durch die Förderung positiver Aktivitäten oder ein Training zum Umgang mit Stress); Sekundärprävention darauf abzielt, das Vorliegen früher, noch unterschwelliger Symptomatik frühzeitig zu erkennen, um Behandlungsmaßnahmen schnell einleiten zu können; Tertiärprävention zum Ziel hat, die Behandlung bei

Vorliegen einer diagnosewürdigen Depression früh im Erkrankungsverlauf zu beginnen, um Folgeschäden zu vermeiden.

Der Stellenwert der Prävention ergibt sich, ebenso wie der Stellenwert der Gesundheitsförderung, aus der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie den daraus resultierenden gravierenden persönlichen und gesamtgesellschaftlichen Folgen. Da die Erkrankungen oft bereits früh im Leben beginnen, ist es geboten, beginnenden psychischen Erkrankungen möglichst frühzeitig zu begegnen, oder deren Auftreten, wenn möglich, zu verhindern oder auch zu verzögern. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil die mit psychischen Störungen verbundenen akuten Beeinträchtigungen langfristig einen besonders negativen Einfluss haben können, wenn sie im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftreten und hier in wichtigen Lebensphasen zu Beeinträchtigungen der persönlichen, beruflichen und sozialen Entwicklung der Betroffenen führen. Insbesondere der frühzeitigen Erkennung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Die Problematik früher affektiver (d. h. rein depressiver oder manisch-depressiver) und psychotischer Störungen, von jugendlichem Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, von Essstörungen und von psychischen Beschwerden in Schwangerschaft und Mutterschaft sind aktuell in den Fokus der Öffentlichkeit geraten. Die Bevölkerung ist stärker als früher für diese Themen sensibilisiert, sodass die Nachfrage nach Hilfestellungen gestiegen ist. Vor dem Hintergrund zunehmender beruflicher Belastungen sollte betriebsärztlichen bzw. arbeitsmedizinischen Präventionsmaßnahmen eine größere Rolle zugemessen werden. Für ältere Menschen ergibt sich insbesondere aufgrund der steigenden Häufigkeit demenzieller Erkrankungen ebenfalls die Notwendigkeit der Früherkennung und -intervention.

Die Thematik der Früherkennung von psychischen Erkrankungen muss allerdings in einen kritischen gesellschaftlichen Diskurs eingebettet sein. Der Übergang von „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist zum Teil fließend, und zwischen den aus einer frühen Pathologisierung resultierenden Folgen und den aus einer frühen medizinisch-therapeutischen Behandlung resultierenden persönlichen Chancen ist abzuwägen.

Mit Blick auf die Primär- und Sekundärprävention muss festgestellt werden, dass im Vergleich zur Situation bei bevölkerungsrelevanten körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sowohl bundesweit als auch im Freistaat Sachsen ein sehr begrenztes Angebot vorliegt. Als Beispiel für einen Erfolg versprechenden Ansatz seien die gemeindebasierten und in der Regel unter der Mitwirkung von lokalen und regionalen Bündnissen gegen Depression zu implementierenden „4-Ebenen-Interventionen“ genannt, die mit dem Ziel einer besseren Früherkennung und Versorgung depressiver Erkrankungen einen wesentlichen Beitrag zur Suizidprävention leisten.

Die Tertiärprävention psychischer Störungen wird von den Anbietern ambulanter und stationärer medizinischer und komplementärer Versorgung getragen; dieses Angebot ist im Frei-

staat Sachsen weit ausdifferenziert, wobei in den letzten Jahren vor allem das Angebot spezialisierter Versorgung erheblich erweitert worden ist. Weiterer Entwicklungsbedarf besteht zum Beispiel noch bei der Langzeitplanung der Behandlung, der Integration der Betroffenen in die Entscheidungsfindung und der weiteren Vernetzung der verschiedenen Anbieter.

Vor diesem Hintergrund bleibt die Prävention psychischer Störungen weiterhin im Fokus der Gesundheits- und Sozialpolitik. Im Vordergrund stehen die Etablierung und Förderung einer offenen Diskussionskultur und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, die aktiv vorangetrieben wird. In Ergänzung zu diesen gesellschaftskulturellen Rahmenbedingungen sind verstärkt Strukturen der Kooperation, der Vernetzung und Information anzustreben. Dies betrifft besonders die Vernetzung im Bereich der kinder- und jugendärztlichen sowie hausärztlichen Versorgung mit den Strukturen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, gilt im Bereich der Tertiärprävention aber auch für den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess. Die Weiterbildung und -qualifikation aller professionellen Bezugspersonen von Betroffenen in der Früherkennung psychischer Störung und der adäquaten Zuweisung der Betroffenen zu den Versorgungsangeboten ist anzustreben. Initiativen zur Etablierung von Forschungs- und Modellprojekten zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation präventiver Maßnahmen und deren Umsetzung in die Versorgung werden begrüßt und soweit möglich unterstützt.

### **3.3 Suizidprävention**

Auch wenn sich die Suizidziffern in den letzten ca. 20 Jahren ungefähr halbiert haben, so kommt der Suizidprävention doch weiterhin ein besonderer Stellenwert zu. In Deutschland ist die Zahl der Menschen, die durch Suizid versterben, höher als die Zahl der Verkehrs- und Drogentoten und der Verbrechenopfer zusammen; in Sachsen sind die Suizidziffern dabei traditionell am höchsten.

Suizidprävention gestaltet sich deshalb schwierig, weil sich immer noch 70 bis 80 % der Suizide ereignen, ohne dass vorher institutionelle Kontakte stattgefunden haben, obwohl heute davon auszugehen ist, dass in mehr als 90 % relevante psychische Erkrankungen beteiligt sind. Suizidversuche, ca. zehnmal häufiger als Suizide, sind Anlass zum Einstieg für Tertiärprävention, um erneute Suizidversuche bzw. vollendete Suizide zu verhindern. Auf der Grundlage multimodaler Modelle für Suizidalität sind psychotherapeutische, klinisch-psychiatrische, soziale und allgemeingesellschaftliche Hilfen einzusetzen. Sekundärprävention wird niederschwellig als Krisenintervention wirksam, während Primärprävention in den Bereich Förderung der psychischen Gesundheit fällt, wozu auch Hilfen für betroffene Angehörige von Suizidenten zählen.

Obwohl im Freistaat Sachsen sekundär- und tertiärprophylaktische Angebote wesentlich verbessert wurden - Selbsthilfeinitiativen, Telefonseelsorge, Telefon des Vertrauens, Notfall-

seelsorge, Krisendienste, ambulante Psychotherapie und psychiatrische Praxen, regionale Bündnisse gegen Depression, Sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie - und Maßnahmen des "Nationalen Suizid-Präventionsprogramms Deutschland", eine Initiative der "Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V.", zur Anwendung kommen, gilt es, die Fokussierung zur Identifizierung von Suizidalität und die Vernetzung der Angebote weiter zu entwickeln, zumal Dunkelfelder bis zu 100 % anzunehmen und Tabuisierung bis Stigmatisierung der Thematik immer noch gegenwärtig sind.

## 4 Grundversorgung psychisch erkrankter Erwachsener

### 4.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund - Vernetzung

Im Kap. 1.5. wurde die Problematik der Planung und Steuerung im fragmentierten System der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung angesprochen. Sie ist geprägt durch die Notwendigkeit, die vielfältigen Behandlungs- und Hilfsangebote miteinander zu koordinieren und zu vernetzen. Wirksame personenbezogene und wohnortnahe Hilfen erfordern ein am individuellen Bedarf orientiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen der verschiedenen Leistungsanbieter.

Als wesentliches regionales Steuerungsfundament wird seit der Psychiatrie-Enquete die Organisationsform des **Gemeindepsychiatrischen Verbundes** innerhalb eines Standardversorgungsgebietes beschrieben.

Dem Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan folgend sind in Übernahme der regionalen Versorgungsverantwortung in den Landkreisen und Kreisfreien Städten des Freistaates Sachsen Gemeindepsychiatrische Verbunde etabliert. In ihnen sind die vier zentralen Funktionsbereiche der psychiatrischen Versorgung:

1. Behandlung, Rehabilitation, Pflege,
2. Tagesstrukturierung, Kontaktstiftung, Alltagsgestaltung,
3. Arbeit und
4. Wohnen

mit den dazugehörigen spezifischen Einrichtungen und Diensten vertreten, wobei dem jeweiligen regionalen Bedarf noch nicht in jedem Fall vollkommen Rechnung getragen wird. Auf diesbezügliche Versorgungsdefizite wird an entsprechender Stelle im Landespsychiatrieplan differenziert eingegangen.

Als Gremien zur Planung der Koordinierung und Vernetzung innerhalb der Gemeindepsychiatrischen Verbunde und zur Klärung von Kooperationsfragen zwischen den Trägern sind in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften eingerichtet (vgl. § 7 SächsPsychKG). Sie beraten darüber hinaus die Landkreise und Kreisfreien Städte in Fragen der Bedarfsermittlung und der regionalen Psychiatrieplanung. Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bestehen aus Vertretern der Leistungserbringer der regionalen psychiatrischen Versorgung, wie niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Krankenhäuser und Träger der komplementären psychiatrischen Hilfen, der kommunalen Stellen, die für die Hilfen für psychisch kranke Menschen zuständig sind, wie Gesundheitsämter, Sozialämter, Jugendämter und der Angehörigen- und Betroffenenver-

bände. Weitere Sozialleistungsträger, wie die Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit oder der Kommunale Sozialverband Sachsen, sollen bei Bedarf vertreten sein (vgl. Kap. 13). Die Organisation, Geschäfts- und Protokollführung liegt bei der zuständigen Gebietskörperschaft.

Zur Sicherstellung und Koordination der Hilfen, die nach §§ 5 und 6 SächsPsychKG in Verantwortung der Landkreise und Kreisfreien Städte stehen, und zur Abstimmung mit anderen Angeboten der regionalen psychiatrischen Versorgung sind in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Psychiatriekoordinatoren bestellt. Dabei handelt es sich um einschlägig erfahrene Fachkräfte, die je nach Bedarf ausschließlich oder teilweise mit der Aufgabe der Abstimmung, der Vorbereitung von Planungen, der Erhebung und Aufbereitung planungsrelevanter Daten und mit der Entscheidungsvorbereitung sowie Aufgaben der Qualitätssicherung und -kontrolle betraut sind.

Um den Handlungsspielraum der Gemeindepsychiatrischen Verbunde vor dem Hintergrund der Vielfalt der Leistungserbringer der psychiatrischen Versorgung, der Vielzahl der Sozialleistungsträger für den betroffenen Personenkreis und der Notwendigkeit der Anpassung der jeweiligen Leistungen an den häufig wechselnden Versorgungs- und Betreuungsbedarf zu sichern, wird der Abschluss rechtsfähiger Kooperationsvereinbarungen empfohlen. Damit verbunden ist die gemeinsame vertragliche Verpflichtung zur Übernahme der Versorgung für chronisch psychisch Kranke im jeweiligen Gebiet.

### Ziel

- Die Kooperationspartner der Gemeindepsychiatrischen Verbunde übernehmen in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen in Form rechtsfähiger Zusammenschlüsse die gemeinsame Versorgungsverpflichtung für die psychisch kranken Bürger ihrer Region.

Für die Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) ist die Notwendigkeit der Zusammenarbeit sowie der Koordinierung und des Zusammenwirkens bei der Leistungserbringung im SGB IX (§§ 10 bis 13) gesetzlich normiert. Die "Gemeinsame Empfehlung gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX" zur Erstellung eines Teilhabeplans bildet die Grundlage zur Umsetzung der Aufgabe der Rehabilitationsträger, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen nahtlos, nach dem Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich (wie aus einer Hand) erbracht werden. Darüber hinaus ist eine übergreifende Teilhabeplanung zu erstellen sobald weitere Leistungen (andere Leistungsträger) notwendig werden. Durch die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger stellen diese eine einheitliche Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe sicher.

Die Träger der Sozialhilfe sind gemäß § 58 SGB XII verpflichtet, im Rahmen der Eingliederungshilfe einen Gesamtplan aufzustellen, der gewährleistet, dass die verschiedenen in Be-

tracht kommenden individuellen Leistungen aufeinander abgestimmt sowie nahtlos und zügig durchgeführt werden. Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen ist mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt nach § 62 SGB IX, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammenzuwirken.

#### Ziel

- Die Rehabilitationsträger wirken im Rahmen der einheitliche Praxis von Rehabilitation und Teilhabe unter Berücksichtigung der Regelungen der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen in den für den jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammen.

## **4.2 Ambulante medizinische Versorgung**

### **4.2.1 Hausärzte**

Der Hausarzt - das heißt ein Facharzt für Allgemeinmedizin, ein Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, ein hausärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin oder ein so genannter praktischer Arzt - ist häufig erster Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Störungen. Er ist in der Regel mit den familiären und sozialen Verhältnissen der Patienten vertraut und genießt deren Vertrauen. Damit ist er ganz besonders auch die Bezugsperson für diejenigen Betroffenen, die - zum Beispiel aufgrund einer Angst vor Stigmatisierung oder anderer kritischer Einstellungen - nicht den Weg zum niedergelassenen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Facharzt suchen.

Dem Hausarzt obliegen damit die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und der Erstdiagnostik. Zudem muss er, die Grenzen eigener Behandlungsmöglichkeiten erkennend, die weiteren psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen einleiten und gegebenenfalls koordinieren.

In einigen sächsischen Regionen besteht die Gefahr, dass aufgrund einer rückläufigen Anzahl der Hausarztpraxen die Versorgung nicht mehr ausreichend ist.

#### Ziele

- Ein umfassendes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist flächendeckend sicherzustellen. Es soll die Kompetenz in den Bereichen Frühdiagnostik und Behandlungsplanung und -steuerung ebenso stärken wie das Wissen über die Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Psychopharmaka.
- Die Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten ist unerlässlich.

- Hausarztpraxen sollten flächendeckend in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Zur Vermeidung einer Unterversorgung stellt der Freistaat Sachsen – subsidiär zu den Maßnahmen der Selbstverwaltung – im Rahmen seiner Möglichkeiten Finanzmittel zur Verfügung. Dafür wirkt er eng mit den beteiligten Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zusammen.

#### **4.2.2 Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie („Fachärzte“)**

Die niedergelassenen Fachärzte<sup>III</sup> sind maßgeblich an der ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beteiligt. Aufgrund ihrer Kompetenz in der Behandlung unterschiedlichster psychischer Störungen sind sie für die Versorgung von zentraler Bedeutung.

Im Freistaat Sachsen steht derzeit für ca. 14.000 Einwohner ein Facharzt zur Verfügung, was einer bevölkerungsbezogenen Zahl von 0,71 Fachärzten auf 10.000 Einwohner entspricht. Dieser Schlüssel erfüllt die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die sich am Versorgungsstand der alten Bundesländer zum 31.12.1990 orientiert und in der die „nervenärztliche Arztgruppe“ nicht weiter differenziert ist, wie es den aktuellen Facharztgruppen gemäß Weiterbildungsverordnung entsprechen würde. Die Bedarfszahlen entsprechen damit nicht fachlichen Kriterien und berücksichtigen zum Beispiel weder die im BGS 98 erhobenen Prävalenzen noch die Auswirkungen der demographischen Entwicklung. Vor diesem Hintergrund kommt es im niedergelassenen Bereich oft zu erheblichen Wartezeiten bis zur Erstvorstellung; sie betragen, regional unterschiedlich, bis zu einem halben Jahr und können dazu führen, dass Patienten teilstationär oder stationär statt ambulant behandelt werden.

Auf Grund der bestehenden Finanzierungsbedingungen gestaltet sich vor allem die Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen als unbefriedigend. Die Patienten werden zum einen nicht immer ausreichend häufig gesehen, die Behandlung bleibt zum anderen oft auf Pharmakotherapie beschränkt; dabei macht die Beschränkung der Arzneimittelverordnung die Behandlung mit modernen Psychopharmaka gleichzeitig häufig schwierig. Die vorhandenen psychotherapeutischen Kompetenzen kommen aufgrund einer in der Regel sehr kurzen Kontaktzeit meist nicht zum Tragen.

Ein fachärztlicher Hausbesuch ist angesichts der bestehenden Rahmenbedingungen praktisch nicht möglich. Die Komm-Struktur der Facharztpraxen erschwert allerdings die Behandlung und Betreuung von Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht oder mangelndem Antrieb und Motivation.

---

<sup>III</sup> Wenn hier und im Folgenden ganz allgemein von „Fachärzten“ gesprochen wird, so bezieht sich das immer auf die in der Überschrift aufgeführten Facharzt Disziplinen.

## Ziele

- Die ambulante fachärztliche Versorgung muss flächendeckend bedarfsgerecht erfolgen. Der Freistaat Sachsen unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten Maßnahmen, die einer drohenden Unterversorgung entgegenwirken können. Dies kann – unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips – auch den Einsatz finanzieller Mittel beinhalten. Darüber hinaus werden Bemühungen zu einer Reformierung der Bedarfsplanungsrichtlinie unterstützt.
- Es ist zwingend erforderlich, dass die Finanzierungsbedingungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V eine fachgerechte ambulante Behandlung speziell chronisch psychisch erkrankter Menschen ermöglichen.
- Die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Fachärzten und anderen Anbietern und Einrichtungen der Grundversorgung ist weiter zu intensivieren und betrifft auch die Einbindung in die gemeindepsychiatrischen Hilfe- und Versorgungsstrukturen. Die Etablierung von sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen ist vor diesem Hintergrund regional und bedarfsorientiert zu prüfen.

### **4.2.3 Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten**

Die Prävalenzraten psychischer Störungen sprechen für einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung, die entsprechend dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ganz wesentlich von approbierten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten geleistet wird.

Im Freistaat Sachsen gilt der Bedarf nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit derzeit etwa 275 ärztlichen Psychotherapeuten und mehr als 600 niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten als gedeckt. Zum 01.07.2010 wurde in der Bedarfsplanungsrichtlinie das Verhältnis zwischen psychologischen Psychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugunsten der zwei letztgenannten Berufsgruppen neu geregelt. Aktuell gilt damit für die ärztlichen Psychotherapeuten die Mindestbesetzung in einigen Gebieten nicht als erreicht. Die Zahl der Einwohner, für die ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut zur Verfügung steht, liegt inzwischen mit 5.500 nur noch wenig über dem Durchschnittswert aller Bundesländer. Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch von ca. zwei bis drei Monaten deuten allerdings darauf hin, dass die angewendeten Bedarfsplanungszahlen nicht geeignet sind, den tatsächlichen Bedarf abzudecken. Zudem ist die Versorgungssituation regional unterschiedlich.

Eine weitere Anlaufstelle bieten die Institutsambulanzen der Ausbildungsinstitute zum Psychologischen Psychotherapeuten und weitere Lehrpraxen, in denen die Wartezeiten für Patienten in der Regel deutlich geringer ausfallen.

Unter strukturellen Gesichtspunkten ist kritisch zu bewerten, dass vor allem auch die Versorgungssituation von Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Störungen unbefriedigend ist. Dies gilt deshalb, weil deren Behandlung durch die niedergelassenen Fachärzte angesichts der bestehenden Finanzierungsbedingungen oft auf Pharmakotherapie reduziert bleiben muss und die betroffenen Patienten einerseits nur selten den Weg zum niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten finden, andererseits dort auch nicht immer fachgerecht behandelt werden.

### Ziele

- Der Freistaat Sachsen hält eine Prüfung der Bedarfsplanung für erforderlich, um eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung sicherzustellen.
- Die Kooperation und Vernetzung mit allen an der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen ist zu stärken.
- Das Ausbildungscurriculum und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten die Kompetenz der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in der Behandlung von komplexen und schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen stärken.

#### **4.2.4 Medizinische Versorgungszentren**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als freiberufliche Vertragsärzte oder als Angestellte tätig sind; „fachübergreifend“ heißt, dass mindestens zwei verschiedene Facharztgruppen vertreten sind. Ein MVZ kann von jedem Leistungserbringer gegründet werden, der aufgrund von Ermächtigung, Zulassung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten teilnimmt, also nicht nur von Ärzten, sondern zum Beispiel auch von Krankenhäusern oder Apothekern.

Die Versorgung der Patienten erfolgt ähnlich der in Gemeinschaftspraxen. Es besteht jedoch kein Anspruch auf Behandlung durch einen bestimmten Arzt, wodurch die Kontinuität der Behandlung nicht immer zu gewährleisten ist. Die Patienten können jedoch von Synergieeffekten der koordinierten interdisziplinären Versorgung profitieren.

Im Freistaat Sachsen nimmt die Anzahl der MVZ, in denen mindestens ein psychiatrischer Facharzt tätig ist, seit Schaffung der gesetzlichen Grundlage im Jahr 2004 stetig zu; dabei besteht allerdings ein erheblicher regionaler Unterschied.

## Ziel

- Für Angebote psychiatrischer Versorgungsleistungen in Medizinischen Versorgungszentren gelten die definierten Grundprinzipien; im Fokus zu definierender Zielstellungen steht die Realisierung einer personellen Kontinuität der Behandlung.

### **4.2.5 Psychiatrische Institutsambulanzen**

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 118 SGB V wurden die psychiatrischen Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen (im Folgenden „psychiatrische Abteilungen“ genannt) vom Gesetzgeber ermächtigt, Institutsambulanzen als Teilbereich der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu gründen. Ziel war die Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus bedürfen oder von anderen Versorgungsangeboten nur ungenügend erreicht werden. Die Vermeidung von Krankenhausaufnahmen und die Verkürzung der Dauer stationärer Behandlungen sind wesentlicher Behandlungsauftrag. Für die psychiatrischen Abteilungen wurden durch Neuregelung des Vertrages nach § 118 Abs. 2 SGB V auf Bundesebene die Ein- und Ausschlusskriterien für die Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen erstmals konkretisiert (Indikationen/Diagnosen, Kriterien für Schwere und Dauer).

Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen mit ihrem komplexen Leistungsangebot den multiprofessionellen Handlungsbedarf der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung schwerer und mehrfach kranker Patienten. Dazu gehören, neben der psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie im engeren Sinne, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, ergotherapeutische Angebote und die Psychoedukation unter Einbezug der Angehörigen. Von entscheidender Bedeutung für die Therapie ist die Gewährleistung der Behandlungskontinuität für die Patienten. Die Institutsambulanzen müssen sich in das Versorgungssystem der Region einbinden und mit den niedergelassenen Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten und komplementären Einrichtungen kooperieren.

Im Freistaat Sachsen sind inzwischen an allen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen Institutsambulanzen eingerichtet. Im gesetzlich intendierten Sinn haben sie sich als Bindeglied zwischen der haus- und fachärztlichen Behandlung einerseits und der stationären Versorgung andererseits etabliert. Ihr Angebot schließt neben der Behandlung schwerer und komplexer Krankheitsbilder auch die Diagnostik und Therapieplanung bestimmter Erkrankungen ein. Die Versorgungssituation ist allerdings nicht in allen sächsischen Regionen zufriedenstellend und bedarfsorientiert, so dass Menschen aus ländlichen Gebieten mit schweren psychischen Erkrankungen wegen langer Anfahrtszeiten nicht immer ausreichend erreicht werden.

## Ziele

- Das Angebot ist bedarfsgerecht vorzuhalten; die bestehenden Institutsambulanzen sind zu erhalten. Dabei werden die Institutsambulanzen als flankierendes Angebot zu den niedergelassenen fachärztlichen Behandlungsstrukturen vorgehalten und ersetzen diese nicht.
- Die Vernetzung von Institutsambulanzen mit den übrigen medizinischen und komplementären Leistungserbringern soll erweitert werden, um die Behandlungskontinuität auch bei einem notwendigen Settingwechsel soweit wie möglich zu gewährleisten.

### **4.2.6 Sozialpsychiatrische Dienste**

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) ist ein niederschwelliger, d. h. ein allen offenstehender und leicht zugänglicher ambulanter Dienst, der bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zur Verkürzung psychiatrisch-stationärer Behandlungen beitragen, die Nachbehandlung sichern und die Lebensmöglichkeiten außerhalb stationärer Einrichtungen verbessern soll. Die Ausgestaltung ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt.

Im Freistaat Sachsen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste durch die Landkreise und Kreisfreien Städte einzurichten und als ein grundlegender Bestandteil der ambulanten, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung an die Gesundheitsämter angeschlossen. Sie werden gemäß SächsPsychKG von einem Arzt geleitet, der eine Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie erworben hat. Die Leistungen - vor allem Aufgaben der Beratung, Diagnostik, Krisenintervention, Behandlung und Begleitung - werden im Rahmen einer aktiv aufsuchenden Tätigkeit von einem multiprofessionellen Team realisiert, wobei vorrangig chronisch psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf sowie deren Angehörige betreut werden. Darüber hinaus übernimmt der SpDi eine wichtige Lotsenfunktion bei der Koordinierung der Hilfen.

Hinsichtlich der personellen Ausgestaltung - und daraus resultierend auch hinsichtlich anderer Strukturvariablen wie Leistungsangebot und Vernetzung - bestehen im Freistaat Sachsen regionale Unterschiede. Mancherorts ist die Erreichbarkeit für die Patienten nicht in ausreichendem Maße gegeben. Die zum Teil langen Wegezeiten stellen umgekehrt für die Mitarbeiter bei der Gewährung aufsuchender Hilfen einen hohen, kaum vertretbaren Aufwand dar.

## Ziele

- Das Angebot der SpDi ist bedarfsorientiert differenziert auf die Region abzustimmen.
- Die Bemessung der Personalausstattung von einer Fachkraft pro ca. 25.000 Einwohner sollte unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten eingehalten werden. Die Mindestpersonalausstattung mit einem Facharzt und den entsprechenden Fachkräften ist zu

gewährleisten. Zur Förderung der Behandlungskontinuität ist anzustreben, dass die Personalbesetzung möglichst konstant bleibt.

- Der Facharzt ist möglichst mit einer kassenärztlichen Ermächtigung für bestimmte Patienten und für die Gefahrenabwehr im Notfall auszustatten. Dies erscheint zum einen erforderlich, um die zur Gefahrenabwehr nach SächsPsychKG geforderten ambulanten Behandlungsalternativen zeitnah sicherzustellen. Dies kann aber auch zu einer weiteren Verbesserung der Vernetzung mit den Fachkrankenhäusern und -abteilungen sowie den Institutsambulanzen beitragen, die Attraktivität der Arztstellen erhöhen und damit letztlich helfen, die Besetzung der Facharztstellen perspektivisch zu sichern.
- Für die Gewährung der Hilfen sollten Wegezeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln von ca. 30 bis 45 Minuten möglichst nicht überschritten werden.
- Zur Umsetzung einer integrierten gemeindenahen Versorgung ist anzustreben, die Vernetzung mit allen regionalen medizinischen und komplementären Leistungsanbietern stetig zu verbessern. Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe ist zu gewährleisten.
- Der SpDi sollte in regelhaft stattfindenden Hilfeplankonferenzen federführend wirken.

#### **4.2.7 Krisenintervention**

Krisenintervention ist ein entscheidender Teilbereich ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung mit dem Ziel, Menschen in akuten psychischen und psychosozialen Krisen ambulant aufzufangen. Zu unterscheiden ist dieses Angebot von der Notfallbehandlung, die im medizinischen Bereich vor allem von den psychiatrischen Kliniken geleistet wird, sowie von den häufig aus Rettungsdiensten und Feuerwehrleuten heraus gegründeten Kriseninterventionsteams für Katastrophenfälle.

Das Angebot ist niederschwellig zu organisieren, 24-stündig vorzuhalten und in die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu integrieren. Das Interventionsspektrum umfasst im Wesentlichen Beratung und Unterstützung sowie die Einleitung psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychosomatischer oder somatischer Weiterbehandlung im ambulanten oder, falls erforderlich, im teilstationären oder stationären Setting.

Im Freistaat Sachsen existiert in allen Regionen ein umfassendes Angebot an zum Teil aufeinander abgestimmten Hilfestellungen, die meist aus rund um die Uhr zu erreichenden ärztlichen Bereitschaftsdiensten und zeitlich umfassend zur Verfügung stehenden professionell besetzten telefonischen Beratungsangeboten bestehen.

## Ziele

- Ein bedarfsorientiertes Angebot einer ganzjährigen, 24-stündigen Krisenintervention ist unter Nutzung und Einbeziehung bereits vorhandener Versorgungsstrukturen vorzuhalten. Es ist nicht gewünscht, dass ein neues Angebot in Form einer neuen professionellen Institution eingerichtet wird.
- Ein hoher Standard der Kriseninterventionen ist durch Weiterbildungsmaßnahmen und Qualitätskontrollen zu gewährleisten.
- Kriseninterventionen sollen möglichst auch aufsuchend tätig sein können.
- Die Steuerung der Krisenintervention sollte regional über die SpDi erfolgen.

### **4.2.8 Versorgung im häuslichen Umfeld („Home-Treatment“)**

Unter „Home Treatment“ ist, als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung, eine häusliche psychiatrische Akutbehandlung zu verstehen. Es stellt einen vollwertigen Ersatz einer stationären Krankenhausbehandlung oder auch ein vorübergehendes Behandlungsangebot nach einer stationären Intensivbehandlung dar. Im Zentrum des Angebotes steht ein multiprofessionelles Team, das sich aus Fachärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und psychosozialen Therapeuten zusammensetzen sollte und aufsuchend den akutpsychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung im Rahmen eines mit ihm vereinbarten Behandlungsplanes betreut.

Ziel ist es, das soziale Umfeld eng in die Behandlung einzubeziehen, um sowohl eine Linderung der Symptomatik beim Patienten zu erreichen als auch das soziale Netzwerk der Klienten zu entlasten. „Home Treatment“ findet direkt am Wohnort des Patienten statt. Die Dauer der Behandlung orientiert sich prinzipiell an der einer stationären Behandlung und ist in der Regel bei gleichwertigem Behandlungserfolg etwas kürzer.

Die Verbreitung von „Home Treatment“ bleibt in Deutschland vor allem aufgrund der Voraussetzungen zur Finanzierung hinter dem Entwicklungsstand anderer Länder zurück. Im Freistaat Sachsen bestehen bisher keine Angebote des „Home Treatment“.

## Ziel

- „Home Treatment“ sollte im Rahmen eines Modellprojekts als Alternative zur stationären Behandlung unter Berücksichtigung der bestehenden Voraussetzungen und Versorgungsangebote erprobt werden.

#### **4.2.9 Ambulante Pflege für psychisch kranke Menschen**

Auf Grundlage des § 37 SGB V kann ambulante häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen gewährt werden, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zudem kann häusliche Krankenpflege erbracht werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege steht damit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V und unterstützt die medizinische Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht allerdings nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Betroffenen nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die zum 01.07.2005 in Kraft getretene Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) erfasste erstmalig Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Realisierung des Angebots im Freistaat verläuft bisher schleppend, da es an psychiatrisch qualifiziertem Fachpersonal in den ambulanten Pflegediensten fehlt.

##### Ziel

- Das Versorgungsangebot der ambulanten Pflege für psychisch erkrankte Menschen soll bedarfsgerecht und regionalen Erfordernissen entsprechend gestaltet werden.

#### **4.2.10 Soziotherapie**

Soziotherapie ist eine ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen; sie zielt darauf ab, die ambulante Versorgung zu unterstützen und stationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Auf der Grundlage des § 37a SGB V richtet sich diese Leistung der gesetzlichen Krankenkassen an Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie umfasst koordinierende Aufgaben sowie Trainings- und Motivationsmethoden mit der Intention, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Entwicklung von krankheitsbezogenen Bewältigungsstrategien durch die Betroffenen zu verbessern. Dazu gehören ebenfalls die Stärkung der sozialen Kompetenz bzw. der Abbau sozialer Defizite und eine Verbesserung der Alltagsbewältigung.

Die Leistungen werden von speziell ausgebildeten bzw. vertraglich zugelassenen Fachkräften erbracht. Für eine Kostenübernahme dieser Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist eine fachärztliche Verordnung und eine Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse erforderlich.

Soziotherapie kann einen wichtigen Beitrag leisten, die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen individuell wirkungsvoller und wirtschaftlicher zu gestalten. Der Grad der Umsetzung entspricht derzeit nicht den ursprünglichen Erwartungen. Im Freistaat Sachsen ist das Angebot noch sehr begrenzt.

### Ziele

- Eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung mit Soziotherapie sollte nachhaltig unterstützt werden.
- Die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer von Soziotherapie sollten dem Hilfebedarf entsprechen.
- Zur Nutzung von Synergieeffekten sollte Soziotherapie grundsätzlich in bestehende Strukturen integriert sein.
- Für die Realisierung eines bedarfsgerechten Angebotes sind die finanziellen Rahmenbedingungen und die Zugangsvoraussetzungen entsprechend zu gestalten.

#### **4.2.11 Psychiatrische Ergotherapie**

Ergotherapie als psychosozialer Therapieansatz unterstützt psychisch erkrankte Menschen aller Altersstufen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung konkret bedroht sind. Durch spezifische Aktivitäten und Beratung sollen Handlungsfähigkeiten im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität entwickelt werden.

Zielstellungen der psychiatrischen Ergotherapie sind vor allem die Entwicklung, die Verbesserung und der Erhalt von psychischen Grundleistungsfunktionen wie zum Beispiel Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität, Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung und Interaktionsfähigkeit. Zur Förderung und als Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben eröffnet Ergotherapie psychisch erkrankten Menschen die Möglichkeit, ihr seelisches Befinden mittels kreativer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen einerseits und beruflich orientierter Angebote andererseits zu verbessern.

### Ziele

- Ergotherapie muss als wesentlicher Teil der psychiatrischen Behandlung und Versorgung berücksichtigt werden. Die Behandlung muss sich als patientenorientiertes Angebot an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten orientieren und ein differenziertes therapeutisches Angebot gewährleisten.
- Die Professionalisierung der Ergotherapie wird gefordert und soweit möglich gefördert. Mitarbeiter sollen an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen.

## **4.3 Krankenhausversorgung**

### **4.3.1 Teilstationäre Versorgung**

#### **4.3.1.1 Tageskliniken**

Tageskliniken vervollständigen das Angebot der stationären Versorgung und sind ein sinnvolles und unerlässliches Bindeglied zu den Bausteinen der gemeindenahen ambulanten und komplementären Versorgung. Dabei übernehmen Tageskliniken, zunächst als Ort der Behandlung nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftiger Patienten konzipiert, in den letzten Jahren zunehmend Aufgaben der Akutversorgung, wobei sie in ihrer Wirksamkeit vollstationären Angeboten nicht nachstehen.

Im Freistaat Sachsen wird in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan vom Dezember 2009 derzeit ein Angebot von 1,79 Plätzen pro 10.000 Einwohnern vorgehalten, wobei sich die sächsischen psychiatrischen Tageskliniken, bei weitgehend einheitlichen administrativen Gegebenheiten, in strukturellen Merkmalen, wie zum Beispiel der personellen Ausstattung und dem vorgehaltenen therapeutischen Angebot, erheblich unterscheiden. Mit dem Ziel, der Intention einer gemeindenahen Versorgung Rechnung zu tragen und das Angebot möglichst flächendeckend vorzuhalten, befinden sich von den über 750 Plätzen knapp 250 nicht an dem Standort, an dem das Fachkrankenhaus oder die Fachabteilung ihr stationäres Angebot hat. Dennoch ist die Erreichbarkeit regional sehr unterschiedlich, und fachlich vertretbare Wegezeiten konnten bisher nicht allorts realisiert werden.

#### Ziel

- Unter dem Gesichtspunkt der gemeindenahen Versorgung ist das Angebot konzeptionell und kapazitiv entsprechend dem regionalen Bedarf und den regionalen Besonderheiten zu gestalten. Das Ziel der Vermeidung vollstationärer Behandlungen muss dabei im Blickpunkt entsprechender Planungen stehen. Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen sollten daher mindestens 20 % ihrer Platzkapazität als tagesklinisches Angebot vorhalten.

#### **4.3.1.2 Nachtklinische Angebote**

Ein nachtklinisches Angebot richtet sich als teilstationäres Angebot vor allem an Menschen mit psychischen Störungen, die über einen Arbeitsplatz verfügen oder im beruflichen Rehabilitationsprozess stehen und in den Abend- und Nachtstunden einen therapeutischen Rahmen benötigen. Es kann zum Beispiel zur Verkürzung einer stationären Behandlung beitragen oder aber alternativ zur stationären Behandlung angeboten werden.

Das Angebot, das schon in den Rodewischer Thesen gefordert wurde, hat angesichts der schlechten Beschäftigungssituation vor allem chronisch und komplex psychisch erkrankter

Menschen in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung verloren, auch wenn der Behandlungserfolg mit dem anderer teilstationärer Maßnahmen vergleichbar scheint. Inzwischen jedoch wird ein nachtklinisches Angebot, in der DDR zum Beispiel als „Tages-Nacht-Therapeutikum“ oder auch als Modell einer „befürsorgten Wohnstätte“ vorgehalten, diskutiert und bundesweit an manchen Standorten neu etabliert.

### Ziel

Der Bedarf an nachtklinischen Angeboten ist regional zu prüfen.

## **4.3.2 Stationäre Versorgung**

Der Bereich der stationären Grundversorgung von psychisch erkrankten Menschen hat sich, im Freistaat Sachsen speziell in den letzten beiden Jahrzehnten, tiefgreifend verändert. Die Entwicklung war geprägt von der Abkehr von einigen zentralen psychiatrischen Großkliniken hin zu gemeindepsychiatrischen Versorgungsansätzen und ganz besonders vom Auf- und Ausbau psychiatrischer Abteilungen mit Vollversorgungsverpflichtung an Allgemeinkrankenhäusern. Dieser Paradigmenwechsel in Richtung einer sozial- und gemeindepsychiatrischen Versorgung war mit dem Abbau stationärer Langzeitbetten und dem Auf- und Ausbau ambulanter medizinischer, komplementärer und rehabilitativer Angebotsstrukturen verbunden. Parallel zum Abbau der allgemeinpsychiatrischen Langzeitbetten nahm die Anzahl betreuter Wohnformen zu. Die Behandlungsdauer pro Krankenhausaufenthalt hat sich im Verlauf dieser Entwicklung erheblich reduziert. Eine ausreichend lange Verweildauer zur Sicherstellung der Wirksamkeit von Arzneimitteltherapien muss in den Krankenhäusern jedoch weiterhin gewährleistet werden. Krankenhäuser erfüllen damit inzwischen fast ausschließlich Aufgaben der Akutversorgung, das Angebot richtet sich vor allem an Patienten, die einer besonderen Behandlungsintensität bedürfen.

Im Freistaat Sachsen ist die Krankenhausbehandlung sektoriert, d. h. Patienten sind gemäß SächsPsychKG von den Krankenhäusern aufzunehmen, in deren Einzugsgebiet sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben; die Einzugsgebietsverordnung folgt dabei den definierten Grundprinzipien und hat das Ziel einer gemeindenahen Behandlung.

Unter die Einzugsgebietsverordnung fallen aktuell im Freistaat Sachsen 25 psychiatrische Kliniken mit Vollversorgungsauftrag mit 2.616 Betten. Die Bettenmessziffer liegt damit bei 0,62, d. h. es werden 0,62 Betten pro 1.000 Einwohner vorgehalten. Dabei stehen einigen wenigen Gebieten, in denen ein geringfügiges Überangebot an Krankenhausbetten zu konstatieren ist, noch immer Regionen gegenüber, in denen das Pflichtversorgungsgebiet deutlich mehr als 150.000 Einwohner umfasst und zum Teil Anreizezeiten für die Betroffenen entstehen, die einer gemeindenahen Versorgung nicht entsprechen.

Die Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 (Psych-PV) erweist sich derzeit vor allem im ärztlichen Bereich als schwierig, zunehmend aber auch im Pflegebe-

reich. Die Bettenbelastung je Vollkraft liegt im Freistaat im ärztlichen Dienst deutlich über dem Bundesdurchschnitt, so dass sich die Sicherstellung der stationären Krankenhausbehandlung von schwer psychisch erkrankten Patienten in einigen Einrichtungen problematisch gestaltet.

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V wird von allen Krankenhäusern, allerdings in unterschiedlicher Differenziertheit, umgesetzt; zum Teil befindet sich das Qualitätsmanagement noch im Aufbau.

### Ziele

- Als Richtwert zur Bedarfsplanung im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Versorgung gelten im Freistaat Sachsen 0,60 bis 0,65 Betten pro 1.000 Einwohner, wobei die konkreten Messziffern nach den regionalen Bedingungen sowie spezifischen Versorgungsaufgaben einzelner Kliniken bestimmt werden müssen. Die Messziffern von Universitätskliniken zum Beispiel müssen höher liegen, ebenso die Messziffern von Einrichtungen mit überregionalen Versorgungsaufgaben.
- Der regionalisierte Aufbau von psychiatrischen Abteilungen mit Vollversorgungsverpflichtung an Allgemeinkrankenhäusern ist abgeschlossen. Die Kapazität wird auch künftig geprüft und bedarfsabhängig gestaltet. Die Zahl der Behandlungsplätze einer Abteilung muss dabei sowohl wirtschaftlichen Erfordernissen als auch den therapeutischen Anforderungen einer Vollversorgung entsprechen, sie soll jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen 150 Betten überschreiten
- Patienten, die einer stationären psychotherapeutischen Versorgung bedürfen, sollten möglichst wohnortnah in den Fachkrankenhäusern oder -abteilungen behandelt werden; die Behandlung in wohnortfernen Rehabilitationskliniken bedarf einer klaren Indikation.
- Die Verbesserung der stationären Behandlung ist von allen Krankenhäusern unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und durch Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten.
- Ziel der Krankenhausplanung ist die Integration von psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung.
- Die Personalausstattung mindestens entsprechend der Psych-PV muss gewährleistet sein.
- Die Vernetzung der stationären Versorgung mit dem allgemeinmedizinischen sowie dem ambulanten und komplementären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist mit dem Ziel einer möglichst umfassenden Behandlungskontinuität auszubauen und aufrechtzuerhalten. Entlassungen aus der stationären Behandlung erfolgen vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit.

## 4.4 Rehabilitation und Arbeitsangebote

### 4.4.1 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) stellen als integrierte Komplexleistung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, verbunden mit ergänzenden psychosozialen Hilfen, ein Leistungsangebot zur Teilhabe für Menschen mit schweren psychischen Störungen, mit ausgeprägten Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe dar.

Vor dem Hintergrund des Perspektivenwechsels hin zu einer personen- und lebensweltbezogenen psychiatrischen Versorgung bieten die am 01.07.2006 in Kraft getretenen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RPK-Empfehlungsvereinbarung) derzeit erweiterte Möglichkeiten, Leistungen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form bedarfsgerecht zu erbringen.

Bisher existieren im Freistaat Sachsen vier RPK-Einrichtungen in Dresden, Glauchau, Görlitz und Leipzig. Ein flächendeckendes Angebot von ca. 4-5 dezentralen Einrichtungen mit einer dem Versorgungsgebiet angepassten Platzzahl ist dabei gegenwärtig als bedarfsgerecht anzusehen. Für eine qualitätsgesicherte Erbringung dieser Leistungen sind wirtschaftlich tragbare Strukturen vorzuhalten. Der Freistaat unterstützt entsprechende Bemühungen von Trägern.

#### Ziele

- Die Vernetzung der RPK's mit anderen Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist sicherzustellen.
- Im Sinne einer erfolgreichen Reintegration der Rehabilitanden sollten sich die Maßnahmen an dem Grundsatz „erst platzieren, dann rehabilitieren“ orientieren.

### 4.4.2 Integrationsprojekte und Zuverdienstfirmen für psychisch kranke Menschen

Die Integrationsprojekte nach § 132 SGB IX sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne Integrationsbetriebe oder Integrationsabteilungen von Unternehmen bzw. öffentlichen Arbeitgebern im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB IX. Sie beschäftigen insbesondere schwerbehinderte Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung mit einer festen wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 15 Stunden. Der Anteil der schwerbehinderten Mitarbeiter im Unternehmen liegt zwischen 25 und 50 %. Eine Förderung der Unternehmen erfolgt nach § 134 SGB IX aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. In der Praxis beschäftigen Integrationsprojekte nur in geringem Umfang Menschen mit einer seeli-

schen Behinderung. Lediglich 5% der schwerbehinderten Beschäftigten in Integrationsprojekten im Freistaat Sachsen im Jahr 2009 wiesen eine vorrangige seelische Behinderung auf (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen – BIH).

Zuverdienstfirmen bieten die Möglichkeit behinderungsgerechter Arbeit und sinnvoller Beschäftigung besonders für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, psychischen Behinderungen oder Abhängigkeitserkrankungen; sie bieten angepasste Arbeitszeiten und Arbeitsanforderungen, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle. Zuverdienstfirmen schaffen niederschwellige Beschäftigungsangebote für psychisch kranke Menschen. Basis der Beschäftigung kann sowohl ein geringfügiger Arbeits- als auch ein Beschäftigungsvertrag sein. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt in der Regel weniger als 15 Stunden. Die Arbeitsverträge sind üblicherweise in der Dauer nicht befristet, d. h. nicht an Maßnahme- oder Bewilligungszeiträume geknüpft. Die Tages- oder Wochenarbeitszeiten werden flexibel nach den Bedürfnissen der Mitarbeiter und der Auftragslage der Firmen gestaltet, so dass auch längere Krankheitszeiten der Mitarbeiter kompensiert werden können. Die Tätigkeitsfelder reichen von gastronomischen Angeboten über Hausmeisterdienstleistungen, Garten- und Landschaftspflege, Baunebenleistungen, Elektromontage und Verpackungsarbeiten bis hin zur Möbelbörse. Die Anzahl verfügbarer Zuverdienst Arbeitsplätze muss aber noch immer als nicht bedarfsgerecht bewertet werden.

### Ziele

- Ein bedarfsgerechtes Angebot von Integrationsprojekten und Zuverdienstfirmen ist anzustreben. Entsprechend den Möglichkeiten ist die erforderliche finanzielle Unterstützung bestehender sowie wirtschaftlich tragbarer neuer Projekte einzuplanen und sicherzustellen.
- Die Staatsregierung regt die Rehabilitationsträger an, Zuverdienstprojekte zur Entwicklung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen.

#### **4.4.3 Werkstätten für behinderte Menschen**

Die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben auf der gesetzlichen Grundlage des § 136 SGB IX. Das Angebot richtet sich an behinderte Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können.

Die WfbM bieten nicht nur eine berufliche Bildung oder einen Arbeitsplatz, sondern ermöglichen behinderten Menschen ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Sie fördern durch entsprechende Maßnahmen den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse von chronisch psy-

chisch kranken und seelisch behinderten Menschen und deren unterschiedlichen Berufs- sowie Arbeitserfahrungen bzw. Zielvorstellungen, sollen die WfbM ein breit gefächertes und individuell anpassbares Angebotsspektrum vorhalten, das speziell auch dem Bedarf psychisch erkrankter Menschen gerecht wird. Zum Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen gehören auch ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die zum Zwecke des Übergangs bzw. auch als dauerhaft ausgelagerte Plätze mit entsprechendem Betreuungsangebot vorgehalten werden. Eine Entwicklung in diese Richtung stellt der Aufbau betriebsintegrierter (virtueller) Werkstattplätze dar. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Begleitung durch eine qualifizierte Bezugsperson, die für alle Betroffenen und Maßnahmen eines Betriebes Ansprechpartner ist. Die WfbM vergüten die Leistungen der Beschäftigten durch ein Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis. Die Qualität des Angebotes der WfbM wird durch entsprechend qualifiziertes Personal sowie einen begleitenden Dienst mit zusätzlicher psychologischer Betreuung sichergestellt.

Im Freistaat Sachsen konnte in der Laufzeit des Ersten Landespsychiatrieplanes ein breitgefächertes Angebot an WfbM für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen aufgebaut werden.

### Ziele

- Es ist dafür Sorge zu tragen, dass gerade auch bei jungen Menschen alle Alternativen von beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten geprüft und, wenn möglich und vertretbar, vorrangig genutzt werden.
- Ein differenziertes, bedarfsorientiertes Angebot für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen ist überwiegend in eigenen Abteilungen und unter Nutzung betriebsintegrierter Werkstattplätze sicherzustellen.
- Für Menschen mit besonderem Förderbedarf sind eine bedarfsgerechte Angebotsdifferenzierung und Flexibilisierung der Nutzung der WfbM zu prüfen und gesetzliche Grundlagen entsprechend auszuschöpfen. So sind zum Beispiel die bestehenden Möglichkeiten zu einer Arbeitszeit von weniger als sechs Stunden flexibel zu nutzen.
- Zur Sicherstellung einer optimalen Betreuung und Förderung der Betroffenen ist eine enge Vernetzung und Kooperation zwischen dem komplementären Versorgungsbereich und den Werkstätten stets abzusichern.

#### **4.4.4 Integrationsfachdienste**

Integrationsfachdienste sind ein Angebot für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Das Angebot der Integrationsfachdienste umfasst die Unterstützung bei der Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung. Zielgruppen sind schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender

Betreuung, Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können und schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind. Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehören die Beratung und Unterstützung der betroffenen behinderten Menschen selbst sowie die Information und Hilfestellung für Arbeitgeber bei den unterschiedlichsten Problemsituationen bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Integrationsfachdienste werden an den Aufgaben der gesetzlichen Leistungsträger, von denen sie beauftragt werden, beteiligt. Die Verantwortung für die gesamte Aufgabenerledigung bleibt damit beim jeweiligen Auftraggeber. Das Angebot der Integrationsfachdienste besitzt allerdings bei der Rehabilitation der Personengruppe der chronisch psychisch Erkrankten eine untergeordnete Bedeutung.

Integrationsfachdienste sind im gesamten Bundesgebiet eingerichtet, so dass in jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit mindestens ein solcher Dienst vorhanden ist. Im Freistaat Sachsen arbeiten derzeit acht Integrationsfachdienste.

### Ziele

- Durch eine intensive Zusammenarbeit und enge Kooperation zwischen den Integrationsfachdiensten, den gesetzlichen Leistungsträgern und den Arbeitgebern ist eine bestmögliche Vorbereitung der betroffenen Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt abzusichern.
- Für eine erfolgreiche Reintegration der Rehabilitanden sind die Maßnahmen an dem Grundsatz „erst platzieren, dann rehabilitieren“ zu orientieren.
- Für chronisch psychisch kranke Menschen, die – krankheitsbedingt – keinen Schwerbehindertenausweis und keine Gleichstellung als schwerbehinderter Mensch besitzen, weil sie das Antragsverfahren und das damit zusammenhängende Prozedere meiden, sollten Möglichkeiten zur Schaffung von Arbeitsplätzen, zur Finanzierung des Betreuungsaufwandes sowie entsprechender Beratungs- und Betreuungsleistungen geprüft werden.

#### **4.4.5 Berufsbildungswerke**

Auf der Grundlage des § 35 SGB IX gehören Berufsbildungswerke (BBW) zu den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für behinderte Menschen. Die BBW sind überregionale Einrichtungen, die jungen Menschen mit Behinderungen eine dreijährige berufliche Erstausbildung ermöglichen. Das Angebot beinhaltet neben der praktischen Ausbildung bzw. der Berufsschule, auch Freizeitangebote und Wohngelegenheiten. Ziel der Ausbildung ist eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die soziale Integration. Um dies zu realisieren werden von den BBW Maßnahmen zur Berufsvorbereitung sowie Berufsausbildungen in anerkannten Ausbildungsberufen und nach Ausbildungsregelungen für junge

Menschen mit Behinderungen angeboten. Die Ausbildung erfolgt nach individuellen Förderplänen, die die persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigen. Für die Förderung steht ein interdisziplinäres Team von Ausbildern, Lehrern, Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen sowie Erziehern zur Verfügung.

Im Freistaat Sachsen wurden in der Laufzeit des Ersten Landespsychiatrieplanes keine speziell abgestimmten Förderangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen etabliert. Von den Einrichtungen der BBW werden aber für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Einzelfall Berufsvorbereitungs- bzw. Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt.

#### Ziel

- Die Möglichkeit zur beruflichen Erstausbildung und Förderung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen ist durch ein bedarfsgerechtes Angebot an Berufsvorbereitungs- bzw. Ausbildungsplätze abzusichern.

#### **4.4.6 Berufsförderungswerke**

Berufsförderungswerke (BFW) sind gemeinnützige, außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, welche grundsätzlich der Fortbildung und Umschulung von Erwachsenen dienen, die in der Regel bereits berufstätig waren. Zentrales Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist die Eingliederung behinderter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Das Leistungsangebot reicht von Information, Beratung und Diagnostik, u. a. im Rahmen von Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung, über berufsbezogene Bildungsmaßnahmen und Qualifizierung (Anpassungs- und Aufschulungsmaßnahmen sowie Ausbildung) bis hin zu Hilfen zur beruflichen Eingliederung. Voraussetzung für eine Berufsförderungsmaßnahme ist eine Belastbarkeit von acht Stunden. Neben den Bildungsstätten stehen den Rehabilitanden begleitende Fachdienste zur Verfügung, die hauptamtlich mit medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Mitarbeitern besetzt sind. Zudem werden Wohnangebote vorgehalten. Der Anteil der Rehabilitanden mit einer psychischen Erkrankung liegt bei ca. 20 bis 25 %.

Derzeit gibt es in Dresden und Leipzig je ein Berufsförderungswerk, die nach § 35 SGB IX anerkannte Zentren für berufliche Förderung und Rehabilitation sind.

#### Ziele

- Durch geeignete vorbereitende und unterstützende Maßnahmen ist eine die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten fördernde sowie die allgemeine Arbeitsmarktsituation berücksichtigende Berufsfindung abzusichern.
- Für eine erfolgreiche Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt ist im Sinne des Grundsatzes „erst platzieren, dann rehabilitieren“ eine enge Kooperation zwischen den BFW und potentiellen Arbeitgebern anzustreben und umzusetzen.

#### **4.4.7 Berufstrainingszentren**

Berufstrainingszentren (BTZ) sind Einrichtungen gemäß § 35 SGB IX zur beruflichen Rehabilitation, die individuelle, auf die Leistungsfähigkeit zugeschnittene Spezialangebote der beruflichen Rehabilitation anbieten.

BTZ sind spezielle Rehabilitationsangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen. Zielgruppe sind Personen, die entweder noch im Erwerbsleben stehen oder die während bzw. nach einer psychiatrischen Behandlung mit Hilfe einer beruflichen und psychosozialen Förderung wieder auf eine Rückkehr ins Erwerbsleben vorbereitet werden.

Das Angebotsspektrum der BTZ umfasst qualifizierende Schulungen, aber auch Trainingsplätze unter betrieblichen Bedingungen und Anforderungen. Die Rehabilitanden werden bei der Abklärung der individuellen, beruflichen Perspektiven, der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder der Stabilisierung im Vorfeld einer Umschulung oder Ausbildung unterstützt. Voraussetzung für die Aufnahme einer Trainingsmaßnahme ist die Anerkennung als Rehabilitand und eine vierstündige Belastbarkeit.

Bedingung für eine erfolgreiche Arbeit der beruflichen Rehabilitation mit psychisch behinderten Menschen ist eine enge Kooperation mit den Kliniken und den komplementären Einrichtungen, insbesondere den SpDi.

Im Freistaat Sachsen steht das Leistungsangebot der BTZ gegenwärtig an zwei Standorten, in Dresden und Plauen, zur Verfügung.

#### Ziele

- Zur optimalen Nutzung der beruflichen Rehabilitation ist eine enge Vernetzung zwischen den relevanten Akteuren sowohl aus dem Bereich der psychiatrischen Behandlung und Versorgung als auch der Leistungsanbieter sicherzustellen.

### **4.5 Tagesstrukturierung**

#### **4.5.1 Sozialtherapeutische Tagesstätten**

Im Freistaat Sachsen stellen die Sozialtherapeutischen Tagesstätten ein teilstationäres komplementäres Angebot der Eingliederungshilfe dar, das als Leistungstyp in der Anlage des Rahmenvertrages gem. § 79 Abs. 1 SGB XII definiert ist. In Abgrenzung zu den psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen halten Tagesstätten ein verbindliches tagesstrukturierendes Beschäftigungsprogramm für einen festen Personenkreis vor. Es richtet sich an Menschen, die chronisch psychisch erkrankt sind, nicht vordergründig an einer Suchtmittelabhängigkeit leiden und die das Regelangebot einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) nicht, noch nicht, nicht mehr oder noch nicht wieder in Anspruch nehmen können.

Das Angebot muss wochentags für jeweils mindestens sechs Stunden in Anspruch genommen werden. In Abgrenzung zu teilstationären medizinischen Angeboten stehen Maßnahmen der sozialen und vorbereitenden beruflichen Rehabilitation zu (Wieder-) Erlangung und Erhalt einer selbstständigen Lebensführung im Vordergrund.

Die Sozialtherapeutischen Tagesstätten besitzen im komplementären Bereich eine wichtige Brückenfunktion bei der Vermittlung chronisch psychisch erkrankter Menschen in Integrations- und Zuverdienstfirmen oder in Regelangebote, wie beispielsweise die WfbM.

Im Freistaat Sachsen wurden in der Laufzeit des Ersten Landespsychiatrieplanes fünf Sozialtherapeutische Tagesstätten - in Chemnitz, Crimmitschau, Dresden, Görlitz und Plauen - geschaffen. Die Einrichtungen halten Angebote zur Tagesgestaltung, wie beispielsweise das Training von Alltagsfertigkeiten oder Freizeitaktivitäten vor, und führen die Hilfesuchenden an Arbeitstätigkeiten heran.

### Ziele

- Sozialtherapeutische Tagesstätten sind regional und bedarfsgerecht vorzuhalten.
- Regelungen zu einer am Bedarf orientierten Flexibilisierung der Tagesstättenangebote sind sowohl hinsichtlich der zeitlichen Vorgaben als auch bezüglich der Betreuung von Außenwohngruppenbewohnern anzustreben.

### **4.5.2 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen**

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) sind ein niederschwelliges Angebot, das erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, deren Angehörigen und Kontaktpersonen sowie Menschen in seelisch belastenden Situationen die Möglichkeit zu Kontakt oder Beratung bietet. Die PSKB halten meist ein umfassendes Angebot an verschiedenen tagesstrukturierenden Maßnahmen und Gruppen vor, um in einer Kultur der Gemeinschaft die Tagesgestaltung und Alltagsbewältigung zu unterstützen und zu fördern. Sie sichern damit der Mehrzahl der chronisch psychisch erkrankten Menschen ein weitgehend eigenständiges selbstbestimmtes Leben und tragen wesentlich dazu bei, dass die Betroffenen nicht drehtürartig stationär aufgenommen werden müssen. Die Angebote der PSKB sollen den Klienten auch grundlegende Fähigkeiten vermitteln, um Arbeitsangebote z. B. in WfbM, Integrationsprojekten oder Zuverdienstfirmen wahrnehmen zu können.

Im Freistaat Sachsen existiert weitgehend ein flächendeckendes Netz von PSKB, die einen wesentlichen Baustein im gemeindenahen Versorgungssektor darstellen. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der gemeindenahen Versorgung konnten regionale Netzwerke aufgebaut werden.

## Ziele

- Für eine gemeindenahere Versorgung ist ein flächendeckendes, regionales Angebot der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sicherzustellen.
- Eine Vernetzung und enge Kooperation mit den Hilfeanbietern der gemeindenaheren Versorgung ist zu gewährleisten.
- Die Angebotsstruktur ist einem sich verändernden Bedarf und einer sich verändernden Klientel anzupassen, die Öffnungszeiten sind danach auszurichten und soweit möglich zu erweitern.

## **4.6 Wohnen**

Im Verlauf chronischer psychischer Erkrankungen kann es erforderlich werden, dass die Betroffenen zumindest vorübergehend ein Leben und Wohnen in einem geschützten Umfeld benötigen. Im Freistaat Sachsen ist auf Basis der Planungen aus dem Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan als Standardmodell ein abgestuftes dreigliedriges Hilfsangebot bestehend aus Wohnstätten, Außenwohngruppen und aufsuchend ambulant betreutem Wohnen etabliert. Es kann durch Wohnformen wie „Betreutes Wohnen in Familien“ ergänzt werden.

Für diesen Bereich der komplementären Versorgung lassen sich im Vorgriff auf die Erörterung der einzelnen Angebotsformen Zielstellungen definieren, die einrichtungsübergreifend gelten.

- Das Versorgungssystem folgt in seiner gegenwärtigen Form dem Grundprinzip einer den individuellen Erfordernissen chronisch psychisch erkrankter Menschen angepassten Durchlässigkeit der betreuten Wohnformen. Es muss vor dem Hintergrund sich verändernder Bedingungen und Anforderungen weiterentwickelt und ausdifferenziert werden.
- Der Bedarf an betreuten Wohnformen ist kontinuierlich und regional zu überprüfen; steigendem Bedarf ist durch den Ausbau weniger institutionalisierter Wohnformen zu begegnen.
- Die meisten der in Wohnstätten aufgenommenen Klienten verbleiben in der Regel relativ lang in dieser stationären Einrichtung. Die Rahmenbedingungen müssen daher in allen Bereichen so gestaltet werden, dass die Durchlässigkeit hin zu einer weniger betreuten Wohnform erleichtert wird. Betreute Wohnangebote sollten unter Beachtung des individuellen Hilfebedarfs und unter Nutzung des Persönlichen Budgets noch flexibler ausgestaltet werden.

- Es sollten gleichzeitig Rahmenbedingungen geschaffen werden, um bei einem kurzzeitig erhöhten Hilfebedarf Klienten auch kurzfristig und niederschwellig in eine stärker betreute Wohnform aufnehmen zu können (z. B. Krisenwohnen oder Kurzzeitbetreuung).
- Für einen Großteil der Klienten aller Wohnformen besteht Optimierungsbedarf bezüglich der beruflichen und vor allem auch der sozialen Wiedereingliederung. Es sind daher, in Zusammenarbeit mit allen relevanten Einrichtungen, Anstrengungen notwendig, um die Bewohner soweit wie möglich beruflich und sozial adäquat und gemeindenah zu integrieren; hierzu zählen ganz besonders auch Maßnahmen der Motivation zur Veränderung.
- Es ist in jeder Region zu prüfen, ob für spezifische Bedarfsgruppen ein spezialisiertes Angebot erforderlich ist; ein solches Angebot ist dann in bestehenden Einrichtungen zu implementieren. Falls ein vorübergehender spezifischer Hilfebedarf regional nicht gedeckt werden kann, kann ein entsprechendes wohnortfernes Angebot in Form einer vorübergehenden Behandlung und Betreuung in Anspruch genommen werden.

#### **4.6.1 Sozialtherapeutische Wohnstätten**

In Sozialtherapeutischen Wohnstätten werden chronisch psychisch kranke Menschen betreut, die ein stationäres Angebot im Bereich Wohnen benötigen und aufgrund ihrer komplexen Problemlagen einen umfangreichen Hilfebedarf haben. Ziel der Betreuung ist die Vermeidung, Beseitigung oder Milderung krankheitsbedingter Beeinträchtigungen und ihrer Folgen, die Aktivierung der Bereitschaft zu eigener Mitwirkung in den mit Wohnen verbundenen Lebensbereichen, der Wiedererwerb oder die Verbesserung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten sowie alltagspraktischer Fertigkeiten und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Der Bewohner soll letztlich zu einem Leben in einer weniger betreuten Wohnform bis hin zum selbstständigen Wohnen befähigt werden. Die Einrichtungen bieten ihren Bewohnern, in der Regel im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung, neben Unterkunft und Verpflegung auch ein ihrem jeweiligen Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechendes sozialtherapeutisches und -pädagogisches Angebot (z. B. Beratung, Begleitung, Hilfen, Training und Motivation zur Alltagsbewältigung sowie zur Tagesstrukturierung). Wichtige Parameter der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurden mit den Leistungstypen gemäß Anlage 1 zum Rahmenvertrag und den darauf aufbauenden Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII festgelegt und in die Praxis umgesetzt. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Fachärzte oder psychiatrische Institutsambulanzen.

Die Unterteilung in Übergangseinrichtungen und Dauereinrichtungen ist im Freistaat nicht vorgesehen; es besteht grundsätzlich die Möglichkeit zum unbefristeten Wohnen. Kurzzeitbetreuung hat sich aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen nicht durchgesetzt.

Das Angebot an Plätzen ist infolge der Enthospitalisierung stark gestiegen. Im Freistaat Sachsen werden derzeit in über 40 Wohnstätten mehr als 1.350 Plätzen zur Verfügung ge-

stellt; dies entspricht einer Messziffer von 0,33 Plätzen je 1.000 Einwohner und damit in etwa den für den Freistaat Sachsen ermittelten Bedarfszahlen. Die Kapazität der einzelnen Wohnstätten liegt in der Regel zwischen 25 und 35 Plätzen, meist unterteilt in Wohngruppen mit ca. 8 Bewohnern, für die überwiegend Einzelzimmer zur Verfügung stehen.

In ca. 50 % der Wohnstätten werden insgesamt etwas mehr als 100 Plätze für eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung gemäß § 1906 BGB vorgehalten.

Die Versorgungsrealität ist aus vielfältigen Gründen von einer eher geringen Durchlässigkeit in Richtung einer weniger betreuten Wohnform geprägt, so dass die Unterbringung unnötig oft auf Dauer erfolgt und die Betroffenen zum Teil erheblich vom allgemeinen sozialen Leben entfremdet sind. Die Versorgung komorbid auftretender chronischer somatischer Erkrankungen erfolgt nicht immer ausreichend. Ein besonderes Problem stellen Klienten dar, die fremdaggressives Verhalten und wenig Krankheitseinsicht zeigen; schwierig gestaltet sich zudem die Betreuung von Bewohnern mit Substanzstörungen und Mehrfachdiagnosen.

### Ziele

- Der Bedarf an stationären Wohnstättenplätzen muss kontinuierlich und regional bestimmt, die Versorgungsstrukturen müssen entsprechend angepasst werden. Ein weiterer Ausbau darf nicht im Widerspruch zu dem geltenden Grundsatz „ambulant vor stationär“ erfolgen; ambulanten Wohnformen ist der Vorrang einzuräumen. Dies bedeutet auch, dass die Betreuungsstrukturen sowie die Finanzierungsmodalitäten – bspw. durch Nutzung des Persönlichen Budgets – und Fördermöglichkeiten möglichst flexibel zu handhaben sind.
- Ein Angebot an Plätzen zu einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung gemäß § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch ist regional in ausreichender Anzahl vorzuhalten. Richtlinien und Entscheidungshilfen für den Umgang mit diesem Personenkreis sind auszuarbeiten und deren Umsetzung zu kontrollieren.
- Die Außenorientierung der Einrichtungen ist weiter voranzutreiben; Maßnahmen zur besseren sozialen Integration der Bewohner sind zu entwickeln und zu implementieren. Anstrengungen, die Bewohner zu einem Leben in einer offeneren Wohnform zu ermutigen und zu befähigen, sind zu intensivieren.
- Die Vernetzung mit ambulanten, stationären und anderen komplementären Angeboten ist als wichtiges Element zur Verbesserung der Versorgung und der Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Vor allem die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten ist eng und kontinuierlich anzulegen.
- Für den Umgang mit Menschen mit Substanzstörungen und Doppeldiagnosen soll das Fachwissen der Suchtkrankenhilfe durch Schulungen und fachlichen Austausch intensiver einbezogen werden.

- Kriterien guter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind zu definieren und finanziell adäquat zu untersetzen; die Einhaltung entsprechender Leitlinien ist kontinuierlich zu überprüfen.
- In den Wohnstätten soll das Wohnen in Einzelzimmern regelhaft gewährleistet werden.

#### **4.6.2 Sozialtherapeutische Außenwohngruppen**

Außenwohngruppen sind in der Regel ausgelagerte Wohngruppen der Sozialtherapeutischen Wohnstätten. Sie sollen als räumlich und inhaltlich vom Wohnstättenbereich getrennte, diesem jedoch zugehörige Teile in der Nähe des Kernwohnheims gelegen sein, so dass die Bewohner dessen Angebotsstruktur nutzen können; eine organisatorische Anbindung an andere teilstationäre bzw. ambulante Angebote ist ebenfalls möglich. Außenwohngruppen ermöglichen stärker als Wohnstätten Autonomie und Selbstbestimmung für die Bewohner, sie stellen an deren Eigenständigkeit höhere Anforderungen und gelten als erster Schritt in Richtung eines angestrebten selbstständigen Wohnens.

Nachdem Außenwohngruppen im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan explizit noch nicht vorgesehen waren, ist deren Platzzahl in den Jahren nach 1994 stetig gewachsen. Das Angebot ist als Bindeglied zwischen stationärer Wohnstättenversorgung und ambulanter Betreuung ein wichtiges Versorgungselement, das der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung chronisch psychisch erkrankter Menschen Rechnung trägt.

Aufgrund einer Flexibilisierung der Zugangsvoraussetzungen stehen Außenwohngruppen chronisch psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Hilfebedarfen offen und damit zum Beispiel auch Klienten, die nicht in einer tagesstrukturierenden Einrichtung (z. B. einer WfbM) betreut werden. In diesen Fällen sollen zur Tagesstrukturierung die in den Wohnheimen oder anderweitig vor Ort existierenden Möglichkeiten genutzt werden.

#### Ziele

- Der Platzbedarf an Außenwohngruppen ist regional zu prüfen. Die Erweiterung der Platzkapazität und die Flexibilisierung der Zugangsvoraussetzungen können dazu beitragen, dass eine Erweiterung der Wohnheimkapazitäten nicht erforderlich wird.
- Der Betreuungsbedarf muss vor allem vor dem Hintergrund der erfolgten Flexibilisierung der Zugangsvoraussetzungen am individuellen Hilfebedarf der Bewohner orientiert sein. Außenwohngruppen sollten jedoch den Charakter einer Zwischenform zwischen Wohnstätten und ambulant betreutem Wohnen behalten, so dass die Bewohner auch weiterhin über ein höheres Maß an Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz verfügen.
- Außenwohngruppen sollten mit anderen Angeboten zur Tagesstrukturierung, zum Beispiel Tagesstätten, kooperieren können.

### **4.6.3 Ambulant betreutes Wohnen**

Das ambulant betreute Wohnen bietet Hilfen für chronisch psychisch erkrankte Menschen, die infolge ihrer Erkrankung nicht (mehr) ohne Betreuung in eigenem Wohnraum leben können und alternativ in eine stationäre Wohnform aufgenommen werden müssten, einer stationären Betreuung nicht (mehr) bedürfen und bei einer regelmäßigen sozialpädagogischen Betreuung ihren Lebensbereich weitgehend selbst gestalten können.

Ambulant betreutes Wohnen erlaubt damit psychisch erkrankten Menschen in einer weitgehend von Hilfen unabhängigen Wohnform zu leben - in der Regel in den eigenen Räumlichkeiten. Ziel ist es, die Fähigkeiten und die Bereitschaft zu größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung aufzubauen, zu erhalten und weiterzuentwickeln, um die Klienten zu befähigen, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Zu den Hilfen zählen zum Beispiel Beratung, Begleitung, Anleitung und Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen; falls erforderlich, werden Tätigkeiten übernommen, die zur Bewältigung der Anforderungen im Lebensbereich Wohnen notwendig sind. Die Hilfen werden aufsuchend und durchschnittlich in ein bis drei einstündigen Betreuungskontakten wöchentlich erbracht; sie können im Einzel- oder Paarwohnen sowie auch für Wohngemeinschaften realisiert werden.

Ambulant betreutes Wohnen wird im Freistaat Sachsen derzeit von über 70 Diensten angeboten. Die Messziffer liegt gegenwärtig etwa bei 0,4 Plätzen je 1.000 Einwohner; sie ist jedoch aufgrund der Möglichkeit, Kapazitäten im ambulant betreuten Wohnen auf Antrag bedarfsentsprechend zu erweitern, nur als sehr allgemeiner Näherungswert zu verstehen.

#### Ziele

- Die Vernetzung mit anderen sozialpsychiatrischen Angeboten ist zu gewährleisten.
- Die Betreuung in kleinen Wohngemeinschaften ist bedarfsgerecht anzubieten.

### **4.6.4 Betreutes Wohnen in Familien**

Betreutes Wohnen in Familien (BWF) ist definiert als das Aufnehmen von psychisch erkrankten Menschen in fachlich supervidierten Gastfamilien. Das Konzept, im späten 19. Jahrhundert unter dem Begriff der Familienpflege relativ weit verbreitet und in den letzten Jahren wiederentdeckt, stellt ein sehr individuelles ambulantes Betreuungsangebot dar, das vor allem langfristig hospitalisierten Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht zu einer selbstständigen Lebensführung fähig sind, ein Leben in der Gemeinschaft ermöglichen kann. Es ist ein Angebot, das vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen etabliert werden kann. Der Erfolg dieser Betreuungsform ist wesentlich von der Bereitschaft und Befähigung der Gastfamilien sowie von der Tragfähigkeit der Beziehung zwischen Gastfamilie und Patient abhängig.

Im Freistaat Sachsen wird dieses Konzept vom KSV Sachsen seit einigen Jahren unterstützt und sachsenweit angeboten, ist aber bisher kaum realisiert.

#### Ziel

- Betreutes Wohnen in Familien soll, regional organisiert, auch im Freistaat Sachsen etabliert werden, wobei die Indikation dieser Intervention geprüft und die Kriterien für die Auswahl der Gastfamilien klar definiert sein müssen und ein strenger Maßstab an die Fachbetreuung anzulegen ist.

### **4.7 Angehörigenarbeit**

Die Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen sind emotional und körperlich stark gefordert, tragen den größten Teil der Versorgungs- und Betreuungsaufgaben und sind auf Grund dieser Belastungen selbst gesundheitlich gefährdet; sie haben einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg einer Behandlung und damit auf den Krankheitsverlauf, so dass sie im Sinn einer familienorientierten Therapie möglichst frühzeitig in den Behandlungsverlauf einzubeziehen sind.

Vor diesem Hintergrund ist Angehörigenarbeit ein wesentliches Kontextelement für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Sie trägt dazu bei, die Qualität der Gesundheitsversorgung von psychisch erkrankten Menschen zu verbessern und stärkt die oft schwer belasteten Familien, holt sie aus der Isolation und gibt ihnen auch in schweren Krisen Halt. Hauptaufgaben der Angehörigenarbeit sind die Aufklärung, Beratung und Betreuung von betroffenen Familien sowie die Stärkung in Krisensituationen in triadischer Zusammenarbeit mit Fachleuten. Zudem sind Information, Unterstützung und Stärkung des Selbstbewusstseins von Angehörigen wichtige Instrumente, um der Stigmatisierung psychischer Krankheiten und psychisch kranker Menschen entgegenzuwirken.

Im Freistaat Sachsen wird die Angehörigenarbeit ganz wesentlich vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Sachsen e. V. (LApK) sowie von Angehörigenvereinen und regional organisierten Selbsthilfegruppen getragen; sie beraten die Angehörigen kostenlos, übernehmen die Vermittlung von Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen und fördern vor allem den Erfahrungsaustausch. Der Landesverband, der Mitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. ist, sucht den Dialog und die Zusammenarbeit mit allen Institutionen, die Verantwortung im psychosozialen Hilfesystem haben. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt darin, ein landesweites Netzwerk von Angehörigengruppen aufzubauen und fachlich zu unterstützen.

## Ziele

- Ein flächendeckendes Netz von Angehörigenvereinen und -selbsthilfegruppen trägt zu einer Verbesserung der Versorgungspraxis bei. Der Ausbau, besonders auch in ländlichen Regionen, sollte unterstützt werden.
- Das Angebot zur Beratung, Begleitung und Betreuung von Kindern psychisch erkrankter Eltern sowie Bestrebungen von Angehörigeninitiativen, familienorientierte Angebote in den Bereichen Wohnen und Beschäftigung zu etablieren, sind zu unterstützen.
- Die Angehörigen sollten, soweit möglich und erforderlich, in Hilfeplankonferenzen mit einbezogen werden.
- Angehörigenarbeit muss ein fester Bestandteil der Tätigkeit in den SpDi, den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, den Fachkliniken und den gemeindepsychiatrischen Verbunden sein.
- In der Aus- und Weiterbildung von professionellen Helfern ist der Stellenwert der Angehörigenarbeit zu vermitteln.

## **4.8 Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten sowie psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie selber direkt oder indirekt betroffen sind. Sie dienen der Kontaktstiftung, dem Erfahrungsaustausch, der gegenseitigen Hilfe, der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Stabilisierung bis hin zu einer Selbstverwirklichung.

Im Geltungszeitraum des Ersten Landespsychiatrieplanes hat sich im Freistaat Sachsen eine Kultur der Selbsthilfe entwickelt, die wertvolle Beiträge der Unterstützung psychisch erkrankter Menschen leistet. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Form von sozialen Netzwerken einen positiv-unterstützenden Beitrag bei der Bewältigung der Krankheit und deren Therapie leistet. Des Öfteren bedürfen jedoch Netzwerke zur Selbsthilfe der Anregung, Unterstützung und - soweit von den Mitgliedern gewünscht - Begleitung durch Fachkräfte der psychosozialen Versorgung. Diese Unterstützungsleistung kann dann durch die Dienste und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung erfolgen. Kristallisationspunkte für Selbsthilfegruppen können, neben Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und Sozialpsychiatrischen Diensten, auch Tageskliniken, Tagesstätten, Angehörigenvereine und Suchtberatungsstellen bzw. an diesen Einrichtungen ins Leben gerufene Patientenclubs sein.

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe stellt eine wertvolle Ergänzung zur ambulanten therapeutischen Behandlung dar. Da die Meinung der Fachleute bei der Entscheidung der Betroffenen für oder gegen Selbsthilfegruppen eine große Rolle spielt, sollten Patienten er-

mutigt werden, mit ihren stationären und ambulanten Therapeuten oder Ärzten über das Thema Selbsthilfe für psychische Störungen zu sprechen.

### Ziele

- Der Zusammenschluss von psychisch erkrankten Menschen sowie Angehörigen zu Selbsthilfegruppen ist unter Beachtung der Autonomie und Unabhängigkeit sowie der vorhandenen Angebote zu unterstützen und zu fördern.
- In Selbsthilfegruppen und -netzwerken aktiv Tätigen sollen durch die verschiedenen an der Behandlung und Betreuung beteiligten Institutionen und Einrichtungen unterstützende Angebote zur Organisation und Abwicklung der erforderlichen Gruppenarbeit zur Verfügung gestellt werden.

## **4.9 Bürgerschaftliches Engagement**

Bürgerschaftliches Engagement, das heißt freiwilliges, nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtetes Engagement von Einzelnen oder Gruppen, kann in ganz unterschiedlichen Bereichen stattfinden (z. B. in Form gezielter Einzelbetreuung von Demenzkranken, in Form von unterstützenden Gesprächen oder auch als Mitarbeit in Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) und professionelles psychiatrisches Arbeiten wirkungsvoll ergänzen. Es dient der Förderung von sozialer Integration, trägt zur Normalisierung und Alltagsorientierung bei und kann Betroffenen und ihren Angehörigen Sicherheit, Verlässlichkeit und Unterstützung außerhalb professioneller und klinischer Beziehungen vermitteln. Die in diesem Rahmen tätigen psychosozialen Hilfsvereine leisten in Sachsen einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung. Das Konzept des „Dritten Sozialraums“, welches das Paradigma der Gemeindeorientierung konsequent weiterdenkt, bietet dabei die Möglichkeit, im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem den „Bürger-Profi-Mix“ zu einem Steuerungsprinzip der unterstützenden und begleitenden Integrationsbemühungen zu machen.

Bürgerschaftliches Engagement hilft aber nicht nur psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen. In der Regel hat es vielmehr auch einen allgemeinen gesellschaftlichen Nutzen, da es zum Beispiel als Ausdruck gelebter Demokratie verstanden werden kann. Für diejenigen, die sich freiwillig engagieren, kann bürgerschaftliches Engagement zu Sinnstiftung, Anerkennung und Stärkung von Selbstwert und Selbstbewusstsein beitragen. Besonders hervorzuheben sind hier die Einbeziehung und das freiwillige Engagement psychiatrienerfahrener Menschen. Sie sind Mitglied in den Besuchskommissionen, sind als Patientenführer tätig und unterstützen die kommunalen Arbeitskreise der psychosozialen Versorgung. Ohne diese Beteiligung wären viele Veränderungen zur Verbesserung der Versorgung nicht entstanden.

Die Anzahl der Menschen, die zu freiwilligem Engagement bereit sind, ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Der Anteil derjenigen, die sich im Gesundheitsbereich engagieren, liegt leider insgesamt nur bei ca. 1 %. Vor diesem Hintergrund ist besonders positiv zu bewerten, dass die Zahl der ausgebildeten ehrenamtlichen Demenzhelfer stetig zunimmt.

Die in den letzten Jahren erfolgten Bemühungen, bürgerschaftliches Engagement zu fördern - zum Beispiel durch das Förderprogramm „Wir für Sachsen“ - und stärker anzuerkennen - zum Beispiel durch die „Sächsische Ehrenamtskarte“ - , haben durchaus Wirkung gezeigt; dennoch bleibt weiterer Verbesserungsbedarf bestehen. Eine wichtige Plattform zur Koordination bürgerschaftlichen Engagements bieten auch die in verschiedenen Stadtteilen eingerichteten Quartiersmanagements.

### Ziele

- Die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement sind weiter zu verbessern, die Informations- und Anerkennungskultur ist auszubauen.
- Die Qualität der durch Laienhelfer erbrachten Hilfen ist, wo immer erforderlich, durch Weiterbildungs- und Trainingsmaßnahmen zu unterstützen.
- Das Engagement psychiatrieerfahrener Menschen im Bereich der psychosozialen Versorgung erfährt die besondere Unterstützung des Freistaates Sachsen. Die Gründung eines Landesverbandes wird angeregt.

## 5 Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger

Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst Diagnostik und Behandlung sowie Rehabilitation und Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Neben den Hilfen des ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären psychiatrischen Versorgungssystems werden psychisch erkrankten Minderjährigen häufig auch Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer Rehabilitations- und Sozialhilfeträger gewährt. Überschneidungen mit benachbarten Fachgebieten wie Pädiatrie und zu den Bereichen der Sozial- und Heilpädagogik sind bei der Planung und Ausgestaltung der Versorgung Rechnung zu tragen. Im Vorgriff auf die Erörterungen der einzelnen Angebotsformen und Einrichtungen lässt sich festhalten, dass auch vor diesem Hintergrund die Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfeanbieter Voraussetzung für ein optimales und erfolgreiches Versorgungssystem ist. Die Forderung nach einer vernetzten patientenzentrierten Zusammenarbeit ist daher als einrichtungsübergreifendes Ziel zu definieren. Die zunehmende Zahl von Kindern und Jugendlichen in komplexen Problemlagen ist eine Herausforderung, der sich alle beteiligten Einrichtungen gleichermaßen stellen müssen. Bei diesen Kindern und Jugendlichen liegen häufig schulische Integrations- und Leistungsstörungen sowie psychosoziale Probleme und gleichzeitig eine psychische Erkrankung vor.

### Ziel:

- Die Fachkräfte aller beteiligten Einrichtungen nehmen sich der dringenden Aufgabe der Entwicklung neuer Lösungsansätze für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf an.

### 5.1 Ambulante Versorgung

#### 5.1.1 Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Auch wenn dem Hausarzt (vgl. Kapitel 4.2.1) mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen eine größere Bedeutung zukommt, so sind in jüngeren Jahren meist die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin erster Ansprechpartner für Eltern, die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder beobachten. Durch die regelmäßigen Kindervorsorgeuntersuchungen kennen die Fachärzte in der Regel die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und verfügen zudem über einen kontinuierlichen Kontakt zu den Familien. Insofern kommt den Kinder- und Jugendmedizinern eine wichtige Schlüsselposition zu: Ihnen obliegen die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und der Erstdiagnostik psychischer Erkrankungen, und sie müssen zudem die weiteren fachärztlichen Hilfeleistungen initiieren und gegebenenfalls koordinieren. Zugleich können die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte eine bedeutende Rolle bei der Wahrnehmung von familiären Belastungssituationen und Kin-

deswohlgefährdungen einnehmen und entsprechende Hilfemaßnahmen vermitteln sowie Interventionen veranlassen.

Im Freistaat Sachsen war im Juni 2009 ein Kinder- und Jugendarzt für ca. 1.500 minderjährige Einwohner kassenärztlich zugelassen, so dass der Bedarf damit gegenwärtig als gedeckt gelten kann. Allerdings ist aufgrund der Altersstruktur damit zu rechnen, dass es zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation kommen wird, wenn es nicht gelingt, die aus dem Berufsleben ausscheidenden Fachärzte zu ersetzen.

### Ziele

- Früherkennung und Erstdiagnostik von psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen ist ganz entscheidend dafür, dass die Betroffenen adäquat psychiatrisch versorgt werden. Ein umfassendes und möglichst verbindliches Angebot an spezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist daher den niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu unterbreiten.
- In enger Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen, Landesärztekammer und zuständigen Landesbehörden sollen Maßnahmen entwickelt werden, um einen ausreichenden kinderärztlichen Versorgungsgrad in allen sächsischen Regionen aufrecht zu erhalten.

### **5.1.2 Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Die Tätigkeit niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie stellt eine wesentliche Grundlage für die ambulante Versorgung und Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen dar. Sie sind in der Regel erste Ansprechpartner für die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und sind damit auch eine entscheidende Schnittstelle insbesondere zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe.

Für die fachärztliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Freistaat Sachsen stand 2009 für ca. 22.800 minderjährige Einwohner ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Die Niederlassungen sind überwiegend auf Großstädte bzw. Ballungsräume konzentriert.

Das Versorgungsspektrum im niedergelassenen Bereich wird durch sozialpsychiatrische Angebote ergänzt. Auf der Basis der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit den Gesetzlichen Krankenkassen bieten derzeit dreizehn Praxen im Freistaat Sachsen eine qualifizierte sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als ambulante vertragsärztliche Leistung an. Im Vordergrund steht ein multiprofessionelles Angebot, das durch ein Praxisteam, dem neben dem Facharzt mindestens ein Sozialpädagoge und ein Heilpädagoge oder

ein Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation angehören, und eine komplementäre Zusammenarbeit mit Psychologen, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten realisiert wird. Ziel dieses Angebotes ist es, bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen zu ermöglichen.

Eine qualitätsgesicherte, angemessene medizinische Diagnostik und Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen kann nur von entsprechenden Fachärzten mit einer abgeschlossenen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Ausbildung sichergestellt werden. Dies ist insbesondere in ländlich geprägten Regionen im Freistaat Sachsen nicht adäquat gewährleistet, so dass eine Verbesserung der Versorgungssituation anzustreben ist.

### Ziele

- Eine bedarfsgerechte, gemeindenahe ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Minderjährigen durch niedergelassene Fachärzte ist unbedingt anzustreben.
- Eine bedarfsgerechte Entwicklung von ambulanten sozialpsychiatrischen Angeboten für eine adäquate Behandlung der betroffenen Minderjährigen ist unbedingt umzusetzen.

### **5.1.3 Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bilden auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine weitere Stütze für die ambulante Behandlung. Das Behandlungsangebot der PIA richtet sich entsprechend § 118 SGB V an Patienten, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten (§ 118 Abs. 1 SGB V) eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Angebotes bedürfen. Darüber hinaus besteht eine nachsorgende Funktion, um stationäre Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf das medizinisch notwendige Maß zu beschränken und durch ein ambulantes Angebot die notwendige therapeutische Kontinuität nach einer stationären Behandlung aufrechtzuerhalten. Dies gilt insbesondere für Patienten bei denen eine langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist.

Im Versorgungsnetzwerk für psychisch kranke Minderjährige bietet die PIA ferner Krisenintervention an. In dieser Funktion kommt den Institutsambulanzen auch eine koordinierende Rolle für weiterreichende gemeindenahe Hilfen, in enger Zusammenarbeit mit Eltern, Familie, Schulen, Jugendämtern und Jugendhilfeeinrichtungen, z. B. im Rahmen der Hilfeplanung, zu.

Mittlerweile verfügen alle acht Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Freistaat Sachsen über eigene Institutsambulanzen. Insgesamt ist dieses Angebot an achtzehn Standorten etabliert.

Damit hat sich die Versorgungssituation im ambulanten Bereich im Geltungszeitraum des Ersten Landespsychiatrieplanes erheblich verbessert, zumal das Angebot oft in regional unterversorgten Gebieten vorgehalten wird.

### Ziele

- Solange eine bedarfsgerechte gemeindenahe Versorgung durch niedergelassene Fachärzte bzw. Psychotherapeuten nicht adäquat sichergestellt werden kann, sind diese Versorgungslücken unter Beachtung der Regelungen nach § 118 SGB V durch Institutsambulanzen zu schließen.
- Die PIA sind in die regionalen Strukturen der Hilfeanbieter (Jugendhilfe, Jugendämter) einzubinden, um die Integration der Patienten zu sichern und gemeindenahe Hilfeangebote koordiniert und bedarfsorientiert zu etablieren.

#### **5.1.4 Kinder- und Jugendpsychiater im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Kinder- und Jugendpsychiater können in Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien in kommunaler Trägerschaft, die in der Regel der Abteilung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) angehören, einen Beitrag zur psychosozialen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen leisten. Sie übernehmen sowohl präventive Aufgaben als auch Aufgaben der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und Rehabilitation.

Die Etablierung von Kinder- und Jugendpsychiatern im KJÄD der Kreisfreien Städte und Landkreise kann als Chance angesehen werden, möglichst frühzeitig Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensbesonderheiten von Kindern und Jugendlichen zu erkennen, Chronifizierungen zu verhindern und familiären Krisen und Fehlentwicklungen vorzubeugen, sowie beratend bei der Installation von Hilfen der Jugendhilfe und Sozialhilfe tätig zu sein.

### Ziele

- Für eine flächendeckende und gemeindenahe Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist eine kassenärztliche Ermächtigung des KJÄD anzustreben. Dies darf jedoch nicht zu Lasten anderer Maßnahmen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung gehen, indem Versicherte auf das erweiterte Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes verwiesen werden.
- Zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungssituation der Minderjährigen insbesondere in Regionen mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterversorgung ist der Aufbau am Bedarf orientierter Versorgungsangebote umzusetzen.

- Den Kinder- und Jugendpsychiatern im Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt zur Versorgungsoptimierung an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungsträger eine wichtige Schlüsselposition zu, so dass ein weiterer Ausbau kinderpsychiatrischer Fachkompetenz in den Abteilungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Kreise und Kreisfreien Städte empfohlen wird.

### **5.1.5 Sozialpädiatrische Zentren**

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind als spezialisierte Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung überwiegend an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin angesiedelt. Die Zentren sollen mit den Ärzten und Frühförderstellen eng zusammenarbeiten. Von ihnen werden, anders als in Frühförderstellen, Kinder und Jugendliche jeden Alters behandelt. Aufgabenschwerpunkte der fachübergreifenden Arbeitsweise ist die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neuropädiatrischen Krankheiten, komplexen Entwicklungsstörungen und Störungen im sozialen und familiären Umfeld.

Ein SPZ nach § 119 SGB V steht unter fachärztlicher Leitung eines Kinder- und Jugendmediziners; die Behandlung ist auf diejenigen Minderjährigen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von anderen geeigneten Ärzten oder in anderen geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Eine ausführliche kinderpsychiatrische Diagnostik und intensive kinderpsychiatrische Behandlung, wie sie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgenommen werden, kann dort allerdings nicht erfolgen.

Im Freistaat Sachsen sind gegenwärtig sieben SPZ an den Standorten Dresden (zwei SPZ), Aue, Chemnitz, Görlitz, Leipzig, und Riesa wirksam.

#### Ziel

- Der Bedarf an SPZ ist regional zu prüfen. Falls für erforderlich gehalten, sollen Neueinrichtungen an bereits bestehenden Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin angesiedelt werden; die Einrichtung von sehr kleinen Zentren ist zu vermeiden.

### **5.1.6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Neben der fachärztlichen psychiatrischen Behandlung bilden die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine weitere Säule der ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger.

Im Freistaat Sachsen ist gegenwärtig ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für ca. 6.000 minderjährige Einwohner zugelassen. Dabei bestehen teilweise erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungs- und Leistungsdichte. Nach der Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie vom 01.07.2010, bei der das Verhältnis zwischen psychologischen Psycho-

therapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu festgelegt wurde, gilt insbesondere in ländlichen Regionen die Mindestbesetzung nicht als erreicht.

Eine zusätzliches Angebot stellen die Institutsambulanzen der Ausbildungsinstitute zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und weitere Lehrpraxen dar, in denen die Wartezeiten für Patienten in der Regel deutlich geringer ausfallen.

#### Ziel

- Bemühungen um die bedarfsgerechte Gestaltung der regionalen Angebots- und Niederlassungsstrukturen werden unterstützt.

### **5.1.7 Kinder- und Jugendhilfe**

Auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches Achstes Buch (SGB VIII) umfasst die Kinder- und Jugendhilfe Leistungen und Aufgaben zugunsten junger Menschen und deren Familien, die insbesondere auch Eingliederungshilfen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche beinhalten. Die Jugendhilfe ist auch dann zuständig, wenn Minderjährige in Krankheitssituationen spezifischer Hilfen bedürfen. Tangiert ist der Leistungsbereich nach § 35 a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche). Bei der Prüfung eines möglichen Leistungsanspruches ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des erforderlichen ärztlichen Gutachtens einbezogen. Außerdem kommen bei psychischen Auffälligkeiten des Kinder oder Jugendlichen Hilfen zur Erziehung nach § 27ff. SGB VIII in Betracht. Personensorgeberechtigte haben darauf einen Rechtsanspruch, wenn ohne diese Hilfe eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für dessen Entwicklung geeignet und notwendig ist. Da Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Auffälligkeiten oder Erkrankungen besondere Anforderungen an die elterliche Erziehungskompetenz stellen und hieraus besondere Belastungssituationen erwachsen können, besteht auch ein Zusammenhang zu den Pflichten und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des Kinderschutzes. Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII und Hilfen zur Erziehung können auch in gegenseitiger Ergänzung zueinander geleistet werden.

Für die Gewährung von Leistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe liegt die Planungs- und Gesamtverantwortung gemäß § 85 Abs. 1 i.V.m. § 79 Abs. 1 SGB VIII bei den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe. Die Aufgaben nehmen die örtlichen Träger eigenverantwortlich im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wahr. Die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für die bedarfsgerechte und rechtzeitige Bereitstellung von Angeboten und Leistungen zu sorgen. Für die Gewährung, die Art und den Umfang und die konkrete Ausgestaltung der Maßnahme ist ausschließlich der im konkreten Einzelfall festgestellte Hilfebedarf maßgeblich. Ziel ist es, den betroffenen Kindern oder Jugendlichen

(und ihren Eltern) die geeignete Hilfe rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen. Dabei überschneiden sich die Aufgabenstellungen und Fürsorgeverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber seelisch erkrankten Minderjährigen mit denen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Abhängig vom konkreten Einzelfall bedarf es der gegenseitigen Unterstützung zwischen den Einrichtungen. Die Jugendhilfe hat hierbei ein Kooperationsgebot.

Die Potentiale hinsichtlich einer engen Kooperation zwischen den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe werden zurzeit noch nicht ausgeschöpft. Eine funktionierende und zielgerichtete, auf die individuelle Problematik jedes einzelnen Betroffenen ausgerichtete Zusammenarbeit ist eine entscheidende Voraussetzung, um eine am Wohl und der Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen in komplexen Belastungssituationen orientierte, geeignete und bedarfsgerechte Hilfe leisten zu können. Eine Voraussetzung für die Verbesserung und Qualifizierung des Schnittstellenmanagements ist die Installation verbindlicher Kooperationen zwischen den beteiligten Institutionen auf örtlicher Ebene. In einigen Regionen ist dies bereits modellhaft verwirklicht.

Die Zunahme komplizierter Fälle und neuer Zielgruppen mit komplexeren Störungsbildern stellt auch im Bereich der sächsischen Kinder- und Jugendhilfe veränderte Anforderungen an die professionelle Arbeit. Hieraus erwächst die Notwendigkeit, sich in der sächsischen Jugendhilfe mit Blick auf die vorgehaltene Angebotsstruktur im Bereich der stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf die Klientel der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf einzustellen und entsprechend spezialisierte, individuelle und personell gut ausgestattete Angebote vorzuhalten.

### Ziele

- Die sächsische Kinder- und Jugendhilfe sollte im Rahmen der Weiterentwicklung ihrer Angebotsstruktur den Bedarf der seelisch erkrankten Minderjährigen mit komplexem Hilfebedarf berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Prüfung der Notwendigkeit entsprechend tiefenqualifizierter stationärer Angebote im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, in denen auch die Integration angemessener schulischer Angebote, Umsetzung findet.
- Es ist zu prüfen, inwieweit die Besuchskommissionen nach § 3 SächsPsychKG zur Sicherung und weiteren Verbesserung der Qualität der Betreuung psychisch behinderter Kinder und Jugendlicher, die in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe aufgenommen sind, beitragen können.
- Durch eine enge Zusammenarbeit der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und der Schulen sowie weiterer Beteiligter ist eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungssituation für seelisch erkrankte Minderjährige abzusichern. Den Schwerpunkt der Zusammenarbeit bilden die erforderlichen Hilfen für Kinder und Jugendliche in komplexen Problemlagen. Die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe sollten dafür die Einrichtung verbindlicher

vertraglich geregelter Kooperationsstrukturen auf örtlicher Ebene anstreben und weitere beteiligte Institutionen einbinden. Bei Bedarf wird dabei auch die fachliche Unterstützung der stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe durch konsiliarische Dienste der Kinder- und Jugendpsychiatrie angestrebt.

### **5.1.8 Weitere Rehabilitations- und Sozialhilfeträger**

Nach SGB IX und SGB XII werden Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche erbracht. Das SGB IX sieht beispielsweise Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30 SGB IX) und heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§§ 55, 56 SGB IX), vor.

Für die Eingliederungshilfe körperlich oder geistig behinderter Kinder und Jugendlicher ist nach § 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII das Recht der Sozialhilfe nach dem SGB XII anzuwenden. Für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche hingegen wird Eingliederungshilfe gem. §§ 10 Abs. 4 Satz 1, 35 a SGB VIII nach dem Kinder- und Jugendhilferecht geleistet. Die erforderliche eindeutige Abgrenzung der Diagnosen zwischen seelischer Behinderung einerseits und körperlicher oder geistiger Behinderung andererseits bereitet in der Praxis immer wieder Schwierigkeiten. Problematisch ist derzeit insbesondere die sozialrechtliche Zuordnung autistischer Störungen.

#### Ziel

- Die Abstimmung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfeträgern in Abgrenzungsfragen der Eingliederungshilfe von Kindern und Jugendlichen ist zu verbessern.

## **5.2 Stationäre und teilstationäre Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen**

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird gemäß § 39 SGB V durch Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleistet.

Die stationäre Behandlung von Minderjährigen erfordert eine differenzierte, den psychosozialen und somatischen Entwicklungsstand wie das soziale Umfeld besonders berücksichtigende und einbeziehende Behandlung. Das setzt eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den stationär psychiatrisch Behandelnden und den Institutionen des entsprechenden Gesundheits- und Hilfesystems voraus. Die Gestaltung einer die persönliche, soziale und schulische Entwicklung der Minderjährigen fördernden Umgebung hat somit Priorität für den stationären Behandlungsverlauf. Dem Grundsatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgend, stationäre Behandlungen im Rahmen des medizinisch Möglichen zu vermeiden, sind tagesklinische Plätze ein wichtiger Baustein im psychiatrischen Versorgungsnetz zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung.

Entgegen dem im Ersten Sächsischen Landespsychiatrieplan angenommenen, sich tendenziell reduzierenden Kapazitätsbedarf von 370 stationären Behandlungsplätzen 1993 auf langfristig etwa 270 stationäre Plätze, ist die Gesamtzahl der stationären Behandlungsplätze nahezu konstant geblieben. Als teilstationäres Angebot stehen derzeit 181 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

Als Richtwert sind pro 10.000 Minderjährige ca. 7 stationäre Behandlungsplätze und ca. 4 tagesklinische Plätze anzusetzen. Wie im Erwachsenenbereich ist auch hier die Krankenhausbehandlung sektoriert. Die konsequente Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erweist sich allerdings als schwierig. Insbesondere beim ärztlichen Personal wurden, zwischenzeitlich und regional stark differierend, nur etwa 50 bis 90 Prozent der Vorgaben der Psych-PV erreicht, was lokal sehr belastend für die Sicherstellung der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung wirkt.

Als ein Problembereich erweist sich die schulische Wiedereingliederung von seelisch kranken Schülern, die stationär bzw. teilstationär behandelt wurden. Zum einen kann die Erfüllung der Schulpflicht während einer stationären bzw. teilstationären Behandlung nicht immer gewährleistet werden. Zum anderen ist nicht in jedem Einzelfall sichergestellt, dass ein schulisches Angebot für psychisch kranke Schüler, die nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, jedoch den sozialen Anforderungen einer öffentlichen Schule nicht bzw. noch nicht standhalten, unterbreitet werden kann.

### Ziele

- Die Einhaltung der Psych-PV als qualitative Voraussetzung ist für eine adäquate Behandlung sicherzustellen.
- Gewährleistet werden soll eine Verbesserung und Differenzierung des schulischen Angebotes und der Integration entsprechend den Leistungspotentialen der seelisch kranken Minderjährigen.
- Stationäre Behandlungsmöglichkeiten, die eine adäquate Behandlung auch bei akuter Fremd- und Eigengefährdung ermöglichen, sind in allen Regionen sicherzustellen.
- Um die asymmetrische Verteilung der stationären Behandlungsplätze mit Sicherungsmöglichkeiten zwischen den Direktionsbezirken aufzuheben, ist eine bedarfsgerechte Verteilung zu prüfen und sicherzustellen.

## **5.3 Maßregelvollzugsbehandlung bei Minderjährigen bzw. Heranwachsenden**

Gemäß § 7 Abs.1 Jugendgerichtsgesetz (JGG) kann eine freiheitsentziehende Maßregel nach § 63 oder § 64 Strafgesetzbuch (StGB) gegenüber Minderjährigen bzw. Heranwach-

senden angeordnet werden. Die Maßregel nach § 64 StGB ist gemäß § 93a Jugendgerichtsgesetz (JGG) in einer Einrichtung zu vollziehen, in der die für die Behandlung suchtkrankender Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen. Zu den Voraussetzungen und rechtlichen Grundlagen der Unterbringung im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB wird im Übrigen auf Kapitel 12.1 verwiesen.

Im Freistaat Sachsen wurden in der Laufzeit des ersten Landespsychiatrieplanes an den Standorten der SKH Rodewisch und Arnsdorf ehemalige Gebäude des Erwachsenenmaßregelvollzuges so ausgebaut, dass sie im Wesentlichen den therapeutischen und baulich-sicherheitstechnischen Forderungen entsprechen. Der Maßregelvollzug ist Teil der dortigen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Für die Behandlung der Maßregelvollzugspatienten bzw. für die nach § 126a Strafprozessordnung (StPO) Untergebrachten stehen gegenwärtig je 12 Plätze in Rodewisch und in Arnsdorf zur Verfügung. Für die Zukunft ist in Arnsdorf eine Kapazität von 16 Plätzen geplant. Ergänzend ist für beide Einrichtungen jeweils eine kleine Einheit in Planung, die als offen geführter Therapiebereich die Rehabilitation und Reintegration der Patienten, deren Aussetzung der Maßregel zur Bewährung absehbar ist, therapeutisch begleitet. Ein darüber hinausgehender Ausbau ist gegenwärtig nicht vorgesehen, wobei eine bedarfsorientierte Anpassung des Angebotes regelmäßig geprüft wird.

Grundlage für eine qualitativ anspruchsvolle und adäquate Behandlung ist die Einhaltung der Psych-PV vom 18.12.1990, dritter Abschnitt. Die Gewinnung von adäquat qualifiziertem Personal erweist sich insbesondere im ärztlichen Bereich als sehr schwierig.

### Ziele

- Die Qualität der Maßregelvollzugsbehandlung sowie die Sicherheit des Vollzuges sind durch die Umsetzung der Psych-PV sicherzustellen.
- Durch regelmäßige, fachspezifische Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter ist die Qualität der Behandlung abzusichern.
- Durch entsprechende, insbesondere bauliche Maßnahmen sind optimale Vollzugs- und Behandlungsbedingungen sicherzustellen, die den therapeutischen und baulich-sicherheitstechnischen Standards bestmöglich gerecht werden.
- Zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Maßregelvollzugsbehandlung sind ein elektronisches Dokumentationssystem zu implementieren und eine wissenschaftliche Begleitung sicherzustellen.

## **5.4 Versorgung von Minderjährigen mit Substanzstörungen**

Die Versorgung und Behandlung von Minderjährigen mit Substanzstörungen wird im sächsischen Landessuchthilfeplan erörtert werden. Dort werden die fachlichen Grundlagen der

Prävention und der Versorgung sowie die Versorgungssituation im Freistaat Sachsen und deren Perspektiven aufgezeigt. Für weiterführende und ausführliche Informationen sei daher auf diesen verwiesen.

## 6 Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gewinnen Erkrankungen im höheren Lebensalter und Fragen der Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen zunehmend an Bedeutung. Ein starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit tritt vor allem nach dem 80. Lebensjahr auf. Der Freistaat Sachsen sieht sich hier einer besonderen Herausforderung gegenüber, da der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von 5,5 % im Jahr 2006 bis zum Jahr 2020 mit prognostizierten 9,6 % um mehr als 80 % steigen wird (vgl. Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen). Die Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen wird demnach deutlich zunehmen, die Zahl professioneller Helfer und die Zahl von Helfern aus dem familiären Umfeld aber gleichzeitig abnehmen.

Die Versorgungsstrukturen sind diesem Wandel anzupassen, damit die betroffenen Menschen auch zukünftig Zugang in die Versorgung finden und bedarfsgerecht versorgt werden können. Dabei gelten auch hier die allgemeinen Grundprinzipien der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung muss gleichzeitig aber die altersspezifischen Besonderheiten beachten, die sich vor allem daraus ergeben, dass die psychischen Erkrankungen älterer Menschen in einem engen Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen und deren Folgen sowie altersbedingten Fähigkeitseinbußen stehen.

Die Experten sind sich vor diesem Hintergrund dahingehend einig, dass die Versorgung der steigenden Zahl von alt gewordenen psychisch erkrankten Menschen und von Menschen, die im Alter psychisch krank werden, nur dann bedarfsgerecht erfolgen kann, wenn sie integrativ und multidisziplinär angelegt ist, ein umfängliches ambulant aufsuchendes Angebot umfasst und neben der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen auch die Unterstützung der Angehörigen einschließt. In welchen Bereichen und inwieweit es hierzu spezifischer gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen und -einrichtungen bedarf, ist demgegenüber ungeklärt und im Einzelfall zu diskutieren. Unabhängig davon ist es wichtig, die Behandlungskontinuität im Sinn einer Kontinuität der Zielstellungen der Behandlungen anzustreben.

### 6.1 Angehörige

Die meisten gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen werden von ihren Angehörigen betreut und gepflegt, die damit ihrerseits ganz besonderen psychischen, körperlichen, sozialen und oft auch finanziellen Belastungen ausgesetzt sind. Die pflegenden Angehörigen bedürfen daher umfassender Unterstützung und Entlastung.

## Ziele

- Gerontopsychiatrisch ausgerichtete Beratungsangebote sind unter Nutzung des „Pflege-Netz“ Sachsen bedarfsgerecht vorzuhalten, die Angehörigengruppen zu unterstützen.
- Die pflegenden Angehörigen sollten im Umgang mit Demenzkranken geschult werden, um sich in spezifischen Problemlagen sicher und kompetent zu fühlen. Entsprechende Schulungsangebote bieten die Pflegekassen nach § 45 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) an.
- Niederschwellige und flexible Entlastungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen) sind eine sinnvolle Unterstützung.

## **6.2 Hausärzte**

Der Großteil der älteren psychisch erkrankten Menschen wird hausärztlich betreut. In der Regel erfolgt hier neben der Behandlung körperlicher Beschwerden auch die Diagnostik und Pharmakotherapie der psychiatrischen Erkrankung; dies erfordert, zum Beispiel mit Blick auf das Problem der pharmakologischen Neben- und Wechselwirkungen, ein hohes gerontopsychiatrisches Wissen.

In einigen sächsischen Regionen besteht die Gefahr, dass die Versorgung aufgrund einer rückläufigen Anzahl der Hausarztpraxen nicht mehr ausreichend ist (vgl. Kapitel 4.2.1).

## Ziele

- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten in ausreichendem Maße angeboten und genutzt werden.
- Vor allem in strukturschwachen Regionen ist zu prüfen, inwiefern zum Beispiel aufsuchende Versorgungsdienste nach dem „AGnES Konzept“<sup>IV</sup> Hausarztpraxen entlasten können.
- Es sollte überlegt werden, Fahrdienste einzurichten, die die älteren Patienten von ihrem Wohnort in die hausärztlichen Praxen bringen.

## **6.3 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten**

Die niedergelassenen Fachärzte sind maßgeblich an der ambulanten Versorgung auch von psychisch erkrankten älteren Menschen beteiligt, und es gelten auch hier die in Kapitel 4.2.2

---

<sup>IV</sup> AGnES steht für „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention“. Die Arztentlastung wird erreicht, in dem entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Fachpersonal bestimmte ärztliche Leistungen übernimmt. In Gebieten mit drohender oder bereits vorhandener hausärztlicher Unterversorgung kann das AGnES-Konzept dazu beitragen, einem Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes bzw. einer größeren Region zu ermöglichen.

angesprochenen Rahmenbedingungen. Ein spezifisches Problem in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen ist, dass die Betroffenen diesem Fachgebiet häufig ablehnend gegenüberstehen und daher den Weg in die Versorgung oft nicht rechtzeitig finden.

Ein psychotherapeutisches Angebot, das speziell auf den besonderen Bedarf und das Bedürfnis älterer Patienten ausgerichtet ist, steht in der Versorgungspraxis nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung.

### Ziele

- Das Angebot an ambulanter fachärztlicher Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen muss den steigenden Bedarf berücksichtigen. Maßnahmen zur Vermeidung von regionaler Unter- oder Fehlversorgung sind zu prüfen.
- Das Angebot ambulanter psychotherapeutischer Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen ist auch unter Berücksichtigung der altersbedingten Beeinträchtigungen zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund sind die Durchführung von Hausbesuchen sowie die Akzeptanz der Psychotherapie zu fördern.
- Die Vernetzung von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten ist auszubauen.
- Perspektivisch ist zu prüfen, ob zur Gewährleistung der Versorgung in strukturschwachen sächsischen Regionen ein mobiler gerontopsychiatrischer Dienst in einer Modellregion implementiert und evaluiert werden kann.

## **6.4 Ambulante Pflegedienste**

Ambulante Pflegedienste übernehmen Versorgungsleistungen im häuslichen Umfeld und hier zunehmend Aufgaben der Pflege und Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen; sie sind auch für Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (6-8 Patienten mit Demenz oder gemischten Erkrankungen leben als Mieter in einer gemeinsam genutzten Wohnung und werden durch einen ambulanten Pflegedienst bei Bedarf über 24 Stunden betreut) zuständig.

Häusliche gerontopsychiatrische Pflege kann zum einen Krankenpflegeleistungen gemäß § 37 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege und gerontopsychiatrische Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung oder zur Vermeidung, Verkürzung bzw. anstelle einer Krankenhausbehandlung) und zum anderen die häusliche Pflege gem. SGB XI einschließlich ggf. zusätzlicher oder niedrigschwelliger Betreuungsleistungen (§ 45a SGB XI) umfassen. Leistungen, die nicht zur ärztlichen Behandlung, Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie gehören (z. B. Freizeitgestaltung, Maßnahmen der sozialen Wiedereingliederung) werden eigenfinanziert oder ggf. durch den Sozialhilfeträger übernommen. Qualitätssichernde Voraussetzung zur Erbringung der gerontopsychiatrischen Pflege durch eine Einrichtung

ist die Beschäftigung von klinischem Fach- und Pflegepersonal mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung bzw. mit mehrjähriger gerontopsychiatrischer Berufserfahrung.

Durch qualifizierte ambulante Pflege kann auch bei psychisch erkrankten alten Menschen eine stationäre Aufnahme in Krankenhäuser oder Pflegeheime vermieden bzw. verzögert werden.

Im Freistaat Sachsen bilden rund 200 Sozialstationen und 1.045 ambulante Pflegedienste (Stand 01.01.2011) ein enges Netz sozialpflegerischer Dienstleistungen und versorgen 7,8 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner. Eine aktuelle Übersicht über die vorhandenen Pflegedienste findet sich im PflegeNetz ([www.pflegenetz.sachsen.de](http://www.pflegenetz.sachsen.de)).

Obwohl die Pflegedienste primär auf die Versorgung und Pflege bei körperlichen Erkrankungen ausgerichtet sind, wird der überwiegende Teil der psychisch erkrankten älteren Menschen durch ambulante Dienste versorgt. Dabei ist der Pflegebedarf für demenziell erkrankte Menschen vergleichsweise überproportional erhöht.

Die ambulanten Dienste sind in der Regel mit gerontopsychiatrisch bzw. auf Demenzerkrankungen spezialisierten Fachkräften unterversorgt. Generell berichten die ambulanten Dienste eine Zunahme von Klienten mit demenzieller Symptomatik.

#### Ziele

- Die fachliche Qualifikation der Leistungserbringer ist durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten, die verstärkt Wissen und Kompetenzen über spezifische therapeutische Elemente im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen vermitteln.
- Qualifizierte ehrenamtliche Betreuungsangebote nach § 45 ff. SGB XI, wie sie z. B. die Alzheimergesellschaften im Freistaat Sachsen anbieten, sind zu stärken.

### **6.5 Gerontopsychiatrische Tagespflegestätten**

In Gerontopsychiatrischen Tagespflegestätten werden bevorzugt Menschen mit Demenzerkrankungen und hohem Pflegebedarf betreut. Leistungen zur Tagesstrukturierung ergänzen das Pflege- und Betreuungsangebot, das konzeptionell zwischen Altenpflegeheimen und ambulanten Diensten angesiedelt ist und ganz erheblich zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beiträgt.

#### Ziele

- Für eine bedarfsgerechte Versorgung sollte eine intensivere Nutzung des Angebots der gerontopsychiatrischen Tagespflegestätten erfolgen.

- Um tatsächlich eine Entlastung der Tageskliniken und Altenpflegeheime durch dieses Angebot zu bewirken, ist die Professionalisierung der Tagespflege durch adäquate Personalstrukturen und kontinuierliche Weiterbildungsmaßnahmen zu forcieren.

## 6.6 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist ein vorübergehendes stationäres Pflege- und Betreuungsangebot, das die Möglichkeit bietet, Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, für einen bestimmten Zeitraum in einer stationären Einrichtung zu versorgen. Ziel sind vor allem die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhaus- und Heimaufenthalten oder die Aktivierung der Pflegebedürftigen; das Angebot kann aber auch dann in Anspruch genommen werden, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld vorübergehend nicht gewährleistet werden kann. Plätze für Kurzzeitpflege werden v.a. in bestehenden Alten- und Pflegeheimen vorgehalten, alternativ auch in ausgewiesenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Ein Anspruch besteht für die Höchstdauer von acht Wochen im Jahr.

### Ziel

- Das Angebot an Kurzzeitpflege ist regional und bedarfsgerecht vorzuhalten, vorwiegend durch die bestehenden Strukturen der Altenhilfe (z. B. Alten- und Pflegeheime).

## 6.7 Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Institutsambulanzen haben auch in der Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen den in Kapitel 4.2.5 definierten Versorgungsauftrag. Sie halten hierzu inzwischen häufig ein spezielles Angebot vor, das vor allem Aufgaben der Diagnostik und Klassifikation von fortschreitenden Hirnleistungsstörungen, die Abklärung zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen und die Planung und Initiierung medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungsstrategien übernimmt. Allerdings wird dieses Angebot im Freistaat Sachsen nicht flächendeckend angeboten, so dass die betroffenen Personen häufig einen langen Anfahrtsweg auf sich nehmen müssen.

### Ziele

- Das Angebot ist im Sinn einer bedarfsgerechten gerontopsychiatrischen Versorgung zu sichern.
- Die Zusammenarbeit der Institutsambulanzen vor allem mit den niedergelassenen Fachärzten ist erforderlich.

## 6.8 Krankenhaus

Der Bereich der stationären Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat sich im Freistaat Sachsen in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend verändert (vgl. Kapitel 4.3.2), so dass auch die älteren psychisch erkrankten Menschen von einer verbesserten Versorgungssituation profitieren. Die Gerontopsychiatrie ist Bestandteil des Vollversorgungsauftrages der psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen und somit von allen Kliniken mit psychiatrischem Versorgungsauftrag zu gewährleisten. Die Versorgung selbst erfolgt dabei unter unterschiedlichen konzeptionellen Rahmenbedingungen, nämlich in speziell etablierten gerontopsychiatrischen Stationen, in allgemeinspsychiatrischen Stationen oder in internistischen und geriatrischen Stationen an Allgemeinkrankenhäusern.

Die Versorgung in spezialisierten gerontopsychiatrischen Stationen bietet weit stärker als in den allgemeinspsychiatrischen Stationen den Vorteil störungsspezifischer Behandlungsmöglichkeiten, nachteilig ist die Absonderung der älteren Menschen.

Auf allgemeinspsychiatrischen Stationen führen der Pflegeaufwand und die Multimorbidität der Patienten häufig dazu, dass die Versorgung nicht in notwendigem Ausmaß geleistet werden kann; vor allem für Patienten mit demenziellen Erkrankungen sind die räumlichen und personellen Bedingungen in der Regel nicht adäquat. Allerdings wird die Isolierung älterer Menschen vermieden.

Die Versorgung auf internistischen und geriatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern erfordert die Verfügbarkeit eines psychiatrischen Konsiliar- oder Liaisondienstes.

### Ziele

- Die gerontopsychiatrischen stationären Angebote sind an den jeweiligen Bedarf sowohl personell als auch strukturell anzupassen.
- Die verschiedenen Abteilungen der Krankenhäuser, in denen Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen behandelt werden, müssen räumlich entsprechend ausgestattet sein.
- Das Angebot interdisziplinärer Versorgung ist zu erweitern, etwa durch die Schaffung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Stationen. Die Versorgung in somatischen und psychiatrischen Abteilungen ist stärker zu vernetzen. Es ist dabei zu beachten, dass ein multidisziplinäres ärztliches und nicht-ärztliches Team erforderlich ist.
- Die fachspezifische Fort- und Weiterbildung aller an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Mitarbeiter ist zu gewährleisten.

## 6.9 Tageskliniken

Tageskliniken vervollständigen mit ihrem typischen Leistungsspektrum auch in der gerontopsychiatrischen Behandlung das Angebot der stationären Versorgung (vgl. Kapitel 4.3.1.1). Ein besonderes Problem ist allerdings die erheblich eingeschränkte Mobilität der älteren Patienten. Aus diesem Grund sind Regelungen zu Fahrdiensten zwingender Bestandteil der tagesklinischen Konzeption. Spezialisierte gerontopsychiatrische tagesklinische Angebote existiert gegenwärtig nur an wenigen Standorten im Freistaat Sachsen.

### Ziele

- Das Angebot der gerontopsychiatrischen tagesklinischen Versorgung ist konzeptionell und im Umfang im Sinne einer gemeindenahen Versorgung bedarfsgerecht und regionspezifisch zu gestalten.
- Eine Abgrenzung zu Leistungen und Angeboten im Rahmen der Pflegeversicherung ist dabei ebenso erforderlich wie eine Abstimmung mit dem im Sächsischen Geriatrieplan vorgesehenen Aufbau gerontopsychiatrischer Tageskliniken.

## 6.10 Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

Ein bedeutender Anteil der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen wird in stationären Einrichtungen der Altenhilfe geleistet, in denen alte Menschen betreut und gepflegt werden. Der Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohner erhöht sich seit Jahren; er liegt gegenwärtig in vielen Alten- und Pflegeheimen bei mehr als 50 % und wird voraussichtlich weiter steigen. Am häufigsten sind Demenzerkrankungen, gefolgt von depressiven Erkrankungen.

Die Versorgung erfolgt im Idealfall diagnosebezogen durch qualifiziertes Pflegepersonal in kleinen Einheiten, deren bauliche Voraussetzungen den Anforderungen - z. B. an die Betreuung demenzkranker Patienten - genügen. Die Facharztbetreuung sollte regelmäßig und aufsuchend erfolgen.

Im Freistaat Sachsen gibt es derzeit 860 stationäre Pflegeeinrichtungen (inkl. Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, Stand 01.01.2011), deren Platzkapazität etwa 11 Plätzen je 1.000 Einwohner entspricht.

### Ziele

- Die Einrichtungen sind gemeindenah zu führen und mit anderen gerontopsychiatrischen Angeboten zu vernetzen. Die Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten ist unerlässlich.

- Die Einrichtungen müssen personell, strukturell und baulich den besonderen Bedürfnissen an die Versorgung vor allem demenziell erkrankter Menschen entsprechen und den Bewohnern ein selbstbestimmtes Leben und Mobilität ermöglichen. Ein ausreichendes Angebot an Plätzen zu einer geschlossenen Unterbringung gemäß § 1906 BGB ist vorzuhalten. Der Umgang mit diesem Personenkreis vor Ort sollte sich an Leitlinien ausrichten.

### **6.11 Einrichtungen für Beratung, Begleitung und Tagesstrukturierung (BBT)**

Bei einer BBT-Stelle handelt es sich um ein umfassendes niedrighschwelliges Beratungs- und Betreuungsangebot für ältere Menschen mit psychischen Problemen, die trotz Erkrankung weitgehend selbstständig in ihrer eigenen Wohnung leben können.

Das Angebot umfasst die Begleitung durch regelmäßige Hausbesuche, Beratungsgespräche zu psychischen Veränderungen im Alter, die Vermittlung von Hilfen und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Hilfen bei der Erstellung einer individuellen Tagesstruktur. Weitere Leistungen sind Entlastungsgespräche mit Betroffenen und Angehörigen, organisatorische Hilfen zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege, Vermittlung in Gerontopsychiatrische Tagesstätten sowie Unterstützung in ärztlichen und behördlichen Angelegenheiten, außerdem Gedächtnistraining und Begegnungsangebote.

Im Freistaat Sachsen ergänzen vereinzelte BBT das allgemeine Beratungsangebot für ältere Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

#### Ziel

- Diese niedrighschwelligten Angebote sollen das gesamte gerontopsychiatrische Störungsspektrum abdecken und ggf. in andere angemessene Versorgungsstrukturen vermitteln.

### **6.12 Vernetzung gerontopsychiatrischer Angebotsformen**

Die Vernetzung verschiedener Angebotsformen ist im Bereich der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen – wie in der geriatrischen Versorgung generell – von großer Bedeutung. Um eine fachspezifische, qualitätsgesicherte und auf die jeweiligen Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestellte Versorgung zu sichern bzw. weiter auszubauen, muss diese zukünftig weniger in „Monostrukturen“ angesiedelt sein, sondern unter Einbeziehung der Gerontopsychiatrie zu einem geriatrischen Versorgungsnetzwerk entsprechend dem Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen weiterentwickelt werden. Zur Koordinierung hat sich die Schaffung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbunde bewährt. Wichtig ist dabei die verpflichtende Einbindung aller Bereiche der geriatrischen Versorgung sowie des psychiatrischen Versorgungssystems, damit die erfolgreichen Versorgungsformen der Psychiatrie auch in diesem Bereich Anwendung finden.

Mit Blick auf das Ziel, allen geriatrischen Patienten in Sachsen einen wohnortnahen Zugang zu einer hochwertigen und effizienten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote zu gewährleisten, wird angestrebt, regionale Versorgungsnetzwerke zu etablieren. Diese bestehen aus geriatrischen Zentren an Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen (Leiteinrichtungen) in Kooperation mit Krankenhäusern, Schwerpunktpraxen, Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten, ambulanten- und stationären Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen und -diensten, therapeutischen und psychosozialen sowie ergänzenden Diensten, Kommunen, Wohnungswirtschaft und Sozialorganisationen. Ziel sollte sein, eine belastbare Schnittstelle zum PflegeNetz zu entwickeln.

Dabei soll das geriatrische Zentrum als Mittelpunkt des geriatrischen Versorgungsnetzwerkes besondere Aufgaben zentral und ggf. überregional wahrnehmen. Insbesondere ist dabei die fachspezifische Koordinierung der Patientenversorgung zu nennen. Das geriatrische Assessment bildet bei dieser Aufgabe das zentrale Steuerungsinstrument im Versorgungsnetzwerk. Durch die im Rahmen des Assessments gewonnenen Ergebnisse kann ein sachlicher Bezug zwischen dem konkreten Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten und dem Versorgungsangebot der jeweiligen Einrichtung im Versorgungsverbund hergestellt und somit eine individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmte Versorgung erreicht werden.

Der Vorteil der Netzwerkbildung soll neben der Wohnortnähe und damit Verfügbarkeit der Angebote auch darin liegen, die Leistungen innerhalb eines individuell ausgewählten Behandlungsprogramms aufeinander abzustimmen und damit unnötige Verzögerungen der Behandlung und Mehrkosten im Gesundheitssystem zu verhindern. Dazu ist es notwendig, dass der behandelnde Geriater ein Therapiekonzept festlegt, das die Ziele gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen für diesen definiert und die notwendigen Therapiebausteine identifiziert. Das erfolgt insbesondere auch in Kenntnis der sozialen Situation des Patienten. Die weiteren an der Behandlung des Patienten involvierten Netzwerkpartner orientieren sich an diesem Therapieplan und modifizieren diesen ggf. entsprechend der aktuellen Erfordernisse.

## 7 Versorgung suchtkranker Menschen

Suchterkrankungen, das heißt Störungen durch den problematischen Konsum von Alkohol, illegalen Drogen, Tabak oder bestimmten Medikamentengruppen sind weit verbreitet und in der Regel mit erheblichen psychosozialen, sozialen und somatischen Folgen verbunden. Die negativen Folgen betreffen dabei nicht nur die suchtkranken Menschen selbst, sondern auch ihr unmittelbares und mittelbares soziales Umfeld; die aus den Suchterkrankungen resultierenden direkten und indirekten Kosten machen das Problem zu einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung. Dies und die Komplexität der Versorgungslandschaft - die notwendigen Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen werden in der Suchthilfe und der Psychiatrie erbracht und damit in zwei voneinander getrennten und jeweils etablierten und erprobten Hilfebereichen - sind Anlass, die Planungen zur Versorgung von suchtkranken Menschen in einem eigenständigen Landessuchthilfeplan zu skizzieren. Dieser bezieht sich in seinen Ausführungen auch auf Störungen, für die im Alltagsgebrauch oft der Begriff der „Verhaltenssucht“ verwendet wird. Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen, die die Kriterien einer psychischen Abhängigkeit aufweisen und von den Betroffenen willentlich nicht mehr vollständig kontrolliert werden können; hierzu zählt zum Beispiel „Pathologisches Spielen“.

Der Landessuchthilfeplan wird ähnlich wie der Landespsychiatrieplan die fachlichen Grundlagen der Versorgung skizzieren, die Versorgungssituation im Freistaat Sachsen beschreiben und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Versorgung aufzeigen.

## 8 Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen

Menschen mit Doppeldiagnosen leiden gleichzeitig unter dem Missbrauch oder der Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens unter einer weiteren schweren psychischen Störung.

Es ist davon auszugehen, dass etwa 30 % der psychisch erkrankten Menschen auch an einer Substanzstörung leiden und etwa 50 % der an einer Substanzstörung erkrankten Menschen gleichzeitig an einer anderen psychischen Störung erkrankt sind. Die Prävalenzraten für Doppeldiagnosen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Für die Versorgungspraxis von besonderer Relevanz ist der Anstieg der Zahl behandlungs- und rehabilitationsbedürftiger junger Menschen, die psychotisch erkrankt sind und unter einer Drogen- oder Substanzabhängigkeit oder -missbrauch leiden.

Doppeldiagnosen implizieren einen ungünstigeren, sehr komplexen und schwer prognostizierbaren Krankheitsverlauf mit einem erhöhten Rückfallrisiko und einer größeren Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung; sie gehen häufig mit finanziellen, familiären und rechtlichen Problemen einher, die Betroffenen sind oft sozial enturzelt und von Wohnungslosigkeit bedroht. Hintergrund dieser prognostisch ungünstigen Entwicklung ist, dass sich die unterschiedlichen Störungen gegenseitig beeinflussen; zumindest zum Teil scheint sich hier aber auch ein unzureichendes Versorgungsangebot widerzuspiegeln.

Die Komplexität der Problematik macht die Behandlung oft schwierig. Für den Therapieerfolg prognostisch ungünstig ist, wenn in der Behandlung nur ein Teil der Mehrfachstörung Berücksichtigung findet. Die Therapie erfordert daher im Allgemeinen einen ganzheitlichen Ansatz mit einer integrativen Behandlung.

Patienten mit Doppeldiagnosen stellen in Bezug auf Symptomatik und Ätiologie ein sehr heterogenes Patientenkollektiv dar, weswegen sie ein individuell zugeschnittenes, integratives Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebot benötigen, das ihren oft geringen Ressourcen und ihrer häufig begrenzten Behandlungs- und Rehabilitationsmotivation Rechnung trägt. Das Angebot muss flexibel und offen gestaltet werden und zum Beispiel auch die Möglichkeit individuell ausgehandelter Regeln oder spezifischer Tagesstrukturierung sowie Maßnahmen der Rehabilitation umfassen, die den individuellen Fähigkeiten angepasst sind.

Die Versorgungssituation von Menschen mit Doppeldiagnosen ist dadurch gekennzeichnet, dass sie oft als Systemsprenger bezeichnet werden, da die Behandlung psychischer Störungen und die Behandlung von Suchterkrankungen in separierten, sowohl fachlich als auch verwaltungstechnisch und rechtlich unterschiedlich konzeptualisierten, Systemen erfolgen. Klienten mit Doppeldiagnosen fordern aufgrund der aus der Komorbidität resultierenden spezifischen Problematik Kompetenz und Belastbarkeit sowohl der Mitarbeiter psychiatrischer

Einrichtungen als auch der Mitarbeiter aus Suchteinrichtungen und werden nicht zuletzt auch deshalb tendenziell aus beiden Systemen ausgegrenzt.

### Ziele

- Für die in der medizinischen und komplementären Regelversorgung arbeitenden professionellen Helfer ist ein umfassendes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten; es soll die Kompetenz in der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Doppeldiagnosen stärken und Wissen zu differentiellen Indikationsstellungen sowie zur Behandlungsplanung und -steuerung vermitteln.
- Die Versorgung von Patienten mit Doppeldiagnosen erfordert die Kooperation der professionellen Helfer; in diesem Zusammenhang muss die Trennung zwischen den Behandlungssystemen für Patienten mit psychischen Erkrankungen und Patienten mit Suchterkrankungen überwunden werden.
- Der Zugang in Einrichtungen der Grundversorgung soll möglichst niederschwellig und gemeindenah gestaltet und die Versorgung selbst mit keinen allzu hohen Anforderungen verknüpft werden, um den individuellen Ressourcen und der oft geringen Behandlungsmotivation der Patienten mit Doppeldiagnosen gerecht zu werden. Zum Beispiel muss Abstinenz nicht regelhaft Voraussetzung der Versorgung sein; sie ist allerdings deren wesentliches Ziel.
- Spezialisierte Angebote sind für diejenigen Menschen mit Doppeldiagnosen vorzuhalten, die Bedarf an Teilhabeleistungen nach SGB XII haben. Sie sind nicht in Form neuer Institutionen einzurichten, sondern regional in bedarfsgerechter Anzahl, z. B. als Wohngruppen mit speziellem Konzept, an bestehenden Einrichtungen zu etablieren. Leistungsvereinbarungen müssen hierzu flexibel gestaltet werden und den sich ergebenden erhöhten Bedarf an speziell qualifiziertem Personal berücksichtigen.

## 9 Versorgung psychosomatisch erkrankter Menschen

Die Versorgung von psychosomatisch erkrankten Menschen betrifft, in Anlehnung an die Definition der Bundesärztekammer, die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, die maßgeblich aufgrund psychosozialer und psychosomatischer Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen verursacht sind und für die ein enges Zusammen- und Wechselspiel von körperlichen und psychischen, Krankheit beeinflussenden Faktoren charakteristisch ist. Mit den Befindlichkeitsstörungen (d. h. körperlichen Beschwerden, die überwiegend psychosozial oder psychisch bedingt sind), den funktionellen (somatoformen und dissoziativen) Störungen, den psychosomatischen Störungen im engeren Sinn (d. h. Krankheiten mit einer nachweislichen Organschädigung, die wesentlich von psychischen Faktoren oder Verhaltenseinflüssen verursacht werden) sowie den somatopsychischen Erkrankungen (d. h. körperlichen Grunderkrankungen mit psychischen und psychosozialen Folgen) lassen sich seit Alexander<sup>12</sup> vier Krankheitsobergruppen unterscheiden.

Angaben zur Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen liegen nur vereinzelt vor und differieren zum Teil erheblich, so dass der Versorgungsbedarf nur schwer abzuschätzen ist. Es ist jedoch allgemein von ansteigenden Fallzahlen auszugehen. Dies und die mit psychosomatischen Erkrankungen häufig verbundenen psychosozialen Folgen und Beeinträchtigungen machen die Versorgung zu einem Thema von gesamtgesellschaftlicher Relevanz.

Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen bedürfen einer Behandlung, die sowohl die körperlichen als auch die psychischen Faktoren sowie deren Wechselwirkung berücksichtigt. Dabei muss sich die Heterogenität der Erkrankungen in der Versorgungspraxis widerspiegeln.

Die Versorgungssituation im Bereich psychosomatischer Erkrankungen zeichnet sich durch die Polarität zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation aus, auch wenn die Abgrenzung auf dem Gebiet psychosomatischer Erkrankungen ebenso schwierig ist wie auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass Maßnahmen der Frührehabilitation ein wichtiger Bestandteil der stationären und ambulanten kurativen Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind. In der Versorgungspraxis erweist sich die Abgrenzung oft deshalb als ungünstig, weil sie mit der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger verbunden ist und Akutbehandlung und Rehabilitation durch den Kostenträgerwechsel - im Widerspruch zu der Forderung nach möglichst hoher Behandlungskontinuität - von unterschiedlichen Institutionen übernommen werden müssen. Eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Verantwortungsträgern im SGB V- und SGB VI-Bereich ist anzustreben.

## 9.1 Akutbehandlung

Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen finden sich in der ambulanten Akutversorgung meistens in der Praxis von Hausärzten, Internisten und anderen somatischen Fachärzten, im Rahmen der stationären Akutbehandlung in der Regel in den unterschiedlichen somatischen Fachabteilungen. Diesen Einrichtungen obliegen damit die wichtigen Aufgaben der Diagnostik sowie der Initiierung psychosomatischer und psychotherapeutischer Hilfen.

Allerdings ist die Grundversorgung in diesen Bereichen aufgrund struktureller und fachlicher Bedingungen oft einseitig somatisch ausgerichtet, so dass das Wechselspiel von körperlichen und psychischen Faktoren nicht ausreichend beachtet wird und es häufig zu einem Übermaß somatischer Diagnostik und Therapie (Über- und Fehlversorgung) und zu einer Vernachlässigung psychosozialer Maßnahmen (Unter- und Fehlversorgung) kommt. Ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot erfordert daher ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten. Flankierende Maßnahmen, beispielsweise wirtschaftliche Abrechnungsmodalitäten betreffend, sind hierfür Voraussetzung.

Im ambulanten Bereich wird die Facharztversorgung von allen für die Grundversorgung von psychisch erkrankten Menschen zuständigen Fachärzten übernommen. Auf die Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen besonders spezialisiert sind dabei die niedergelassenen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die die Versorgung komplexer und chronischer psychosomatischer Erkrankungen übernehmen sollen. Allerdings steht im Freistaat Sachsen gegenwärtig für ca. 262.000 Einwohner nur ein solcher Facharzt zur Verfügung, so dass hier von einem nicht ausreichenden ambulanten Angebot auszugehen ist.

In der stationären Versorgung psychosomatischer Erkrankungen soll der Konsiliar- und Liaisondienst für die somatischen Abteilungen der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen grundsätzlich von Fachärzten dieser Fachdisziplin erbracht werden. Hierzu ist die Schaffung von Strukturen und Abrechnungsmechanismen erforderlich.

In den sechs im Freistaat Sachsen etablierten Abteilungen für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ stehen gegenwärtig zur spezialisierten stationären Versorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten 199 Betten zur Verfügung; gleichzeitig wird ein tagesklinisches Angebot von derzeit 113 Plätzen vorgehalten. Allerdings werden nicht nur Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen behandelt, sondern zunehmend Patienten mit „originär“ psychiatrischen Erkrankungen, was mehr und mehr zum Aufbau paralleler stationärer und tagesklinischer Versorgungsstrukturen für dieselben psychischen Erkrankungen führt. Dies gilt als problematisch, da es sowohl zu einer Unterversorgung psychosomatisch erkrankter Patienten als auch zu einer Stigmatisierung schwerer psychischer Erkrankungen führen kann.

## Ziele

- Die Vermittlung psychosomatischer Fachkompetenz ist in den Weiterbildungsrichtlinien somatischer Fächer stärker zu verankern.
- Die Kooperation zwischen Hausärzten und somatischen Fachärzten einerseits und in der Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten spezialisierten Fachärzten andererseits ist zu verbessern und umfassend im Sinn einer profilierten Konsultätigkeit zu etablieren.
- Im stationären Bereich ist an den somatischen Fachabteilungen Fachwissen in Form psychosomatisch-psychotherapeutischer Kompetenz zu gewährleisten, zum Beispiel durch ein umfassendes Angebot an Konsiliar- und Liaisondiensten.
- Kooperation und Vernetzung der stationären Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten mit der ambulanten Versorgung sind zu stärken.
- Das Angebot tagesklinischer Behandlung ist für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen bedarfsgerecht zu nutzen.
- Die stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen soll möglichst in einer organisatorisch, räumlich und personell integrierten Struktur erfolgen.
- Es ist anzustreben, kooperative Versorgungsstrukturen zwischen den Fachgebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zu entwickeln.

## **9.2 Rehabilitation**

Das System der Rehabilitation stellt im Bereich der Versorgung psychosomatischer Erkrankungen ein quantitativ bedeutsames Ausmaß der stationären Versorgung dar. Es handelt sich um einen spezifischen Typ der medizinischen Rehabilitation, bei dem psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zukommt. Ziel ist es, das Wechselspiel zwischen somatischen und psychischen Faktoren aufzuzeigen und therapeutisch zu bearbeiten, um dadurch die Chronifizierung der psychosomatischen Erkrankung möglichst zu verhindern. Den Rehabilitationseinrichtungen kommen darüber hinaus umfangreiche Aufgaben im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtungen zu.

Allerdings ist der Begriff der psychosomatischen Rehabilitation etwas missverständlich, da er impliziert, dass in den psychosomatischen Rehabilitationskliniken Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen rehabilitativ behandelt werden. In der Versorgungsrealität ist das Diagnosespektrum hingegen weitaus umfassender, und der Übergang zwischen akutstationärer Behandlung und rehabilitativer Behandlung ist im Bereich der Psychosomatik fließend.

Vor diesem Hintergrund stieg die Zahl der psychosomatischen Rehabilitationsbetten – entgegen dem Grundprinzip „ambulant vor stationär“ – in den letzten Jahren an; sie übersteigt die Zahl der so genannten psychosomatischen Akutbetten erheblich.

#### Ziel

- Die notwendigen Hilfen zur Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen sollen, den definierten Grundprinzipien entsprechend, möglichst ambulant erbracht werden. Ein weiterer Aufbau psychosomatischer Rehabilitationsbetten ist daher vor dem Hintergrund der Bedarfsentwicklung und der weiteren Entwicklung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich kritisch zu prüfen.

## 10 Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Intelligenzminderung

Es hat sich international durchgesetzt, die Intelligenzminderung<sup>v</sup> (IM) nach ihrem Schweregrad in vier Stufen einzuteilen, wobei zwischen leichter IM (Intelligenzquotient 69 - 50), mittelgradiger IM (IQ 49 - 35), schwerer IM (IQ 34 - 20) und schwerster IM (IQ 19 - 0) unterschieden wird. Die Prävalenz der Intelligenzminderung liegt zwischen 0,6 und 1,3 %, so dass in der Bundesrepublik etwa 0,5 bis 1,0 Mio., im Freistaat Sachsen zwischen 24.000 und 52.000 Menschen mit einer Intelligenzminderung leben.<sup>vi</sup>

Die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung ist nach übereinstimmender Auffassung aller Experten gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz schwanken allerdings zwischen 15 % und 70 %, was zum Ausdruck bringt, dass die Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung mit methodischen Schwierigkeiten verbunden ist und deshalb von zielgruppenspezifischen Erfahrungen erheblich beeinflusst wird. Dies trifft vor allem auf die Diagnostik psychischer Störungen und deren Differentialdiagnostik gegenüber bestimmten Formen von Problemverhalten bei Menschen mit schwerer oder schwerster Intelligenzminderung zu.

Das Vorliegen einer geistigen Behinderung darf nicht zu unzulänglicher Versorgung oder gar zum Ausschluss aus einer adäquaten Versorgung führen. Psychisch erkrankte Menschen mit Intelligenzminderung haben einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung unabhängig von den leistungsrechtlichen Konstellationen des Einzelfalls. Sie setzt besondere fachliche, kommunikative und organisatorische Kompetenz voraus. Differentialdiagnostisches und therapeutisches Vorgehen ist häufig durch Besonderheiten und Beeinträchtigungen der Kommunikation erschwert und erfordert bei ganzheitlich geprägtem Arbeiten z. T. erheblich vermehrten organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung wird in Deutschland insgesamt als defizitär eingeschätzt. Dies betrifft vor allem die Qualität und Differenziertheit der Versorgung. Menschen mit Intelligenzminderung gehören zu den Patientengruppen, die besonders häufig und über einen besonders langen Zeitraum Psychopharmaka erhalten; nicht selten ist die Indikation nicht gesichert.

Diese Klientel stellt in den Einrichtungen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Grundversorgung ein immer größeres Patientenkollektiv dar. Das Angebot an allgemeinspsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung gilt aber als nur selten qualifiziert, um

---

<sup>v</sup> Der Begriff der Intelligenzminderung wird in der deutschen Übersetzung der ICD-10 verwendet. Er ist weitestgehend gleichbedeutend mit dem Begriff der „geistigen Behinderung“, der in der Sozialgesetzgebung überwiegend verwendet wird.

<sup>vi</sup> Es gibt in Deutschland auch aus Gründen der historischen Belastung durch die nationalsozialistischen Verbrechen an behinderten und psychisch erkrankten Menschen kein Register, das die Zahl exakt erfasst.

differenzierten Bedarfslagen der Behandlung zu entsprechen. Psychiatrische Interventionen sollten hier dringend mit pädagogisch-erzieherischen bzw. verhaltenstherapeutischen Methoden kombiniert sein. Unter dem Dach des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sollten in Kooperation mit dem für Menschen mit Intelligenzminderung etablierten Versorgungssystem bestehende Kriseninterventionsmöglichkeiten genutzt und mit dem System der Behindertenbetreuung vernetzt werden.

In der Bundesrepublik Deutschland und im Freistaat Sachsen ist das Angebot an spezialisierten Versorgungseinrichtungen zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung sehr begrenzt. Das Einzugsgebiet der existierenden Einrichtungen, die in der Regel als Spezialabteilungen an Fachkrankenhäusern firmieren, umfasst zwischen 500.000 und 3,8 Mio. Einwohner, so dass von einer wohnortnahen Versorgung nicht gesprochen werden kann.

Die Einrichtungen halten im Wesentlichen ein stationäres Angebot vor; ihr ambulantes Angebot hat sich bislang nur sehr zögerlich entwickelt.

### Ziele

- Mit dem Ziel einer möglichst vollständig wohnortnahen Behandlung sind die Einrichtungen der Grundversorgung zur Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung verpflichtet. Die Versorgung in oft wohnortfernen spezialisierten Einrichtungen ist zu begrenzen auf die Diagnostik und Therapie schwerer und komplexer Problemlagen. Spezialisierte Einrichtungen sind nur im Einzelfall und zeitweilig im Zusammenhang mit spezifischen differentialdiagnostischen Erwägungen in Anspruch zu nehmen.
- Die behandelnden Einrichtungen der Grundversorgung müssen Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung von Allgemeinärzten, Fachärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorhalten, um das Angebotsspektrum zielgruppenspezifisch ausgerichtet fachlich und organisatorisch weiterzuentwickeln. Weitestgehend muss der Zugang zur Grundversorgung niederschwellig gestaltet werden. Listen mit Angaben zu speziell qualifizierten Ärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sollten von der KV Sachsen und der Psychotherapeutenkammer (OPK) leicht zugänglich - zum Beispiel im Internet - zur Verfügung gestellt werden.
- Aufsuchende Angebote sind vorzuziehen, wenn Betroffene aufgrund ihrer Behinderung im Zusammenhang mit Fremdunterbringung überfordert sind. Behandlungs- und Betreuungskontinuität ist vor diesem Hintergrund von besonderer Relevanz.

- Die komplexe Thematik sollte in der Ausbildung von Pflegepersonal und Heilerziehungspfliegern verstärkt Berücksichtigung finden; Sensibilisierung für die besonderen Bedarfe sowie Ansätze psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung sollten dabei im Vordergrund stehen.
- Für Menschen mit Intelligenzminderung sind verstärkt gesundheitsfördernde Angebote zu entwickeln und präventive Maßnahmen zu implementieren.
- Der Aufbau spezialisierter, multiprofessionell ausgestatteter ambulanter Versorgungsstrukturen muss landesweit vorangetrieben werden. Hierfür bieten sich PIA an, die eng mit den stationären Spezialbereichen zusammenarbeiten und aufsuchend arbeiten können, um den lebensweltlichen Kontext gezielt für Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie zu nutzen. Die Finanzierung einer solchen aufsuchenden Tätigkeit sollte geregelt sein.
- Fachlich spezialisierte Angebote müssen mit den regionalen Einrichtungen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Grundversorgung eng kooperieren und dort beratend zur Verfügung stehen.

## 11 Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund

Fragen der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, das heißt von in den letzten Jahrzehnten zugewanderten Menschen und deren Nachkommen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies gilt zukünftig auch für den Freistaat Sachsen, wo der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund zurzeit 4,8 % beträgt.

In der Prävalenz psychischer Erkrankungen unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund nach Expertenmeinung nicht wesentlich von der übrigen Bevölkerung. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung somatoformer Störungen und posttraumatischer Belastungsstörungen oder auch Anpassungsstörungen tragen; je nach Alter und Herkunft gilt auch die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung als erhöht (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Landessuchthilfeplan).

Menschen mit Migrationshintergrund sind dennoch in den meisten offenen stationären und teilstationären psychiatrischen Bereichen sowie ganz besonders in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert, in den geschlossenen Bereichen und der Forensik dagegen überrepräsentiert. Die Versorgungspraxis psychisch erkrankter Migranten unterscheidet sich demnach von der der übrigen Bevölkerung.

Zum einen sind hierfür Zugangsbarrieren verantwortlich, die mit den soziokulturellen Einstellungen der Migranten und zum Beispiel mit deren Angst vor Stigmatisierung zusammenhängen. Vor allem bei weniger schweren psychischen Erkrankungen führt dies dazu, dass Versorgungsleistungen erst relativ spät nach Erkrankungsbeginn in Anspruch genommen werden. Andererseits ist das Versorgungsangebot für Migranten häufig nicht niederschwellig angelegt, zum Beispiel aufgrund sprachlicher Barrieren. Zudem besteht häufig ein erhebliches Informationsdefizit, sowohl über das Angebot als auch über den Zugang in die Versorgung. Ein besonderes Problem resultiert aus kulturell begründeten Kommunikationsschwierigkeiten, die häufig zu Unmut bei den Betroffenen und zu Defiziten in der Versorgung führen.

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund, für die gleichermaßen die eingangs definierten Grundprinzipien gelten, erfordert im Freistaat Sachsen trotz dieser spezifischen Besonderheiten kein gesondertes Versorgungssystem mit spezialisierten Einrichtungen. Die notwendigen Hilfen sind vielmehr im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen zu leisten, die in bestimmten Aspekten den spezifischen Anforderungen anzupassen sind.

## Ziele

- Die Zugangsbarrieren in die Versorgung sollen abgebaut werden, wobei hier vor allem die Verbesserung der Information über das Versorgungsangebot und die Zugangsmöglichkeiten von Bedeutung sind.
- Psychologisch geschulte Fachdolmetscher sollten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bei Bedarf zur Verfügung stehen.
- Wissen und Umgang mit kulturell begründeten Kommunikationsschwierigkeiten sollte in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Eingang finden.

## 12 Forensisch-psychiatrische Versorgung

### 12.1 Maßregelvollzugseinrichtungen

Bei strafrechtlich relevantem Verhalten sieht das StGB für psychisch kranke bzw. für suchtkranke Rechtsbrecher die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) bzw. in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) vor. Nach § 126a StPO kann vor der Anordnung der Maßregel durch einen gerichtlichen Unterbringungsbefehl eine einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt erfolgen. Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer Entziehungsanstalt folgt grundsätzlich dem Zweck, den Rechtsbrecher durch eine entsprechende Behandlung zu bessern und die Allgemeinheit vor ihm zu schützen.

Eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgt nach § 63 StGB, wenn eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit begangen wurde und vom Täter, infolge seines Zustandes, erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Dauer der Unterbringung zur Behandlung ist nicht von vornherein zeitlich begrenzt; sie wird im Wesentlichen durch die aus der psychischen Störung resultierende Gefährlichkeit bestimmt, die entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gutachtlich geprüft wird.

Eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist unabhängig von der Schuldfähigkeit legitimiert, wenn eine rechtswidrige Tat im Rausch begangen wurde und der Täter eine Suchtmittelabhängigkeit bzw. einen Suchtmittelmissbrauch aufweist und sowohl die Gefahr besteht, dass infolge der Abhängigkeit weitere erhebliche rechtswidrige Taten begangen werden könnten als auch eine konkrete Aussicht auf Erfolg der Behandlung besteht. Die Dauer der Behandlung ist zeitlich befristet, in der Regel auf zwei Jahre. Eine Überschreitung der Höchstfrist ist allerdings im Falle des Vorwegvollzugs der Maßregel vor einer daneben angeordneten Freiheitsstrafe um die Dauer der Freiheitsstrafe möglich, soweit die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

Im Freistaat Sachsen ist, im Sinne eines möglichst wohnortnahen Vollzuges, ein dezentrales Behandlungsangebot mit einer Gesamtkapazität von 462 Plätzen für den Vollzug der Maßregeln, der Besserung und Sicherung aufgebaut worden. In der Laufzeit des Ersten Landespsychiatrieplanes entstanden an insgesamt fünf Standorten moderne, den therapeutischen wie den baulich-sicherheitstechnischen Anforderungen gerecht werdende forensisch-psychiatrische Kliniken, die an den Sächsischen Krankenhäusern sowie am Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig angegliedert sind.

Für den Vollzug der Maßregeln nach § 63 StGB stehen im Freistaat Sachsen insgesamt 262 Plätze zur Verfügung. Entsprechend der Landgerichtsbezirke ist das Versorgungsgebiet

regional den Sächsischen Krankenhäusern Altscherbitz in Schkeuditz (95 Plätze), Arnsdorf (90 Plätze) und Rodewisch (77 Plätze) zugeordnet. Darin eingeschlossen verfügt jede Einrichtung über eine kleine Einheit mit fünf Plätzen, die als offen geführte Therapiebereiche, die Rehabilitation und Reintegration der Patienten therapeutisch begleitet, deren Aussetzung der Maßregel zur Bewährung absehbar ist. Eine Behandlung und Unterbringung weiblicher Patienten erfolgt in der Klinik in Schkeuditz.

Der Vollzug der Maßregel nach § 64 StGB erfolgt an zwei Standorten mit einer Gesamtkapazität von 200 Plätzen. Für die Landgerichtsbezirke Dresden, Bautzen und Görlitz stehen am Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz 80 Plätze zur Verfügung. Für die Behandlung suchtkranker Täter aus den Landgerichtsbezirken Chemnitz, Leipzig und Zwickau werden am Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig 120 Plätze vorgehalten. An beiden Einrichtungen stehen offen geführte Therapieplätze für die Reintegration und Resozialisation der Patienten zur Verfügung. Eine Behandlung und Unterbringung weiblicher Patienten erfolgt in der Klinik in Leipzig.

Auf Grund der aktuellen Bedarfsdeckung ist ein weiterer Ausbau von stationären Kapazitäten zurzeit nicht geplant.

In der Laufzeit des Ersten Landespsychiatrieplanes zeichneten sich Entwicklungen im Vollzug der Maßregeln ab, die eingebettet waren in ein zunehmend sicherheitsorientiertes gesellschaftspolitisches Klima, das zu modifizierten gesetzlichen Rahmenbedingungen führte, die zum Beispiel auch die Kriterien für eine Entlassung beeinflussen. Beobachtet werden konnten eine kontinuierliche Zunahme der jährlichen Unterbringungsanordnungen vor allem gemäß § 64 StGB, zunehmend längere Unterbringungsdauern (§ 63 StGB) und eine hohe Zahl von Beendigungen der Vollstreckung (§ 64 StGB) wegen mangelnder Aussicht auf einen Behandlungserfolg. Darüber hinaus konnten Veränderungen der der Unterbringung zu Grunde liegenden Anlasserkrankung der eingewiesenen Klientel, wie zum Beispiel eine Zunahme von Unterbringungsanordnungen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen bzw. einer Intelligenzminderung sowie für Patienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen festgestellt werden.

Daraus erwachsen für die weitere Gestaltung des Vollzuges der Maßregeln neue Herausforderungen. Nach der Auf- und Ausbauphase des sächsischen Maßregelvollzuges steht für die Zukunft die Sicherung der Qualität der Maßregelvollzugsbehandlung mit einem dem psychischen Krankheitsspektrum der Patienten angepassten, evidenter und leitlinienorientierten Behandlungs- und Versorgungsangebot im Vordergrund. Wesentliche Voraussetzung dafür ist die Umsetzung der Richtlinie „Personalbemessung für den Maßregelvollzug im Freistaat Sachsen“ (PB-MRV), die sich im Kern an die Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 (Psych-PV) anlehnt. Die Gewinnung von adäquat qualifiziertem Personal erweist sich vor allem im ärztlichen Bereich zunehmend und dauerhaft als sehr schwierig. Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung der PB-MRV und für die Sicherung der Qualität des Vollzu-

ges eine kontinuierliche, methodisch abgesicherte Begleitung und Evaluation der Maßregelvollzugsbehandlung anzustreben.

### Ziele

- Die Richtlinie PB-MRV ist die Basis für einen qualitativ-therapeutisch adäquaten und sicheren Vollzug. Ihre Umsetzung sowie Weiterentwicklung ist unbedingt anzustreben.
- Die Qualität der Maßregelvollzugsbehandlung sowie die Sicherheit des Vollzuges sind durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten. Die Behandlung orientiert sich dabei sowohl an den diagnosebezogenen Praxisleitlinien der Fachgesellschaft (DGPPN) als auch an Leitlinien, die die Besonderheiten der Maßregelvollzugsbehandlung berücksichtigen.
- Ein zu implementierendes elektronisches Dokumentationssystem (EPA) bietet die Basis für ein adäquates Qualitäts- und Risikomanagement und Grundlagen für eine wissenschaftliche Begleitung.
- Die Qualität der Maßregelvollzugsbehandlung ist durch regelmäßige, fachspezifische Weiterbildungsangebote für die Mitarbeiter abzusichern.

## **12.2 Forensisch-psychiatrische Nachsorge**

Nach häufig langen Klinikaufenthalten ist die Zeit nach der bedingten Entlassung aufgrund einer verminderten Behandlungsintensität sowie der wiedererlangten Situation der Selbstverantwortung von den ehemaligen Maßregelvollzugspatienten vielfach schwierig zu bewältigen. Dies führt nicht selten zu krisenhaften Verläufen mit erhöhter Rückfallgefahr. In dieser schwierigen Situation bedarf es einer weiteren Unterstützung durch fach- und bedarfsgerechte, institutionalisierte Angebote, die über die bisherige Praxis (z. B. der Betreuung in den Sozialtherapeutischen Wohnstätten) hinausgehen und sowohl koordinierende als auch insbesondere medizinisch-therapeutische Aufgaben wahrnehmen.

Diese Lücke zu schließen und ein koordinierendes Netzwerk zwischen den komplementärpsychiatrischen Versorgungsstrukturen, den Justizbehörden (Gerichten, Führungsaufsicht, Bewährungshilfe) und der Maßregelvollzugseinrichtung patientenorientiert auszugestalten, ist die wesentliche konstitutive Aufgabe von forensisch-psychiatrischen Institutsambulanzen (FIA) an den Maßregelvollzugseinrichtungen. Als institutionalisiertes Bindeglied nach der stationären Behandlung übernehmen sie medizinisch-therapeutische, psychosoziale und pflegerische Aufgaben, um den ehemaligen Maßregelvollzugspatienten auch nach der Entlassung für die Dauer der Führungsaufsicht zu behandeln, zu betreuen und zu unterstützen, um so Krisen und Rückfällen, die eine erfolgreiche Rehabilitation gefährden könnten, durch ein effektives Risikomanagement rechtzeitig begegnen zu können. Dabei sind die nachsorgenden Hilfen so früh wie möglich, d. h. bereits im stationären Vollzug, zu planen. Gestützt

auf ein multiprofessionelles Team, das über medizinische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische/-pädagogische und pflegerische Kompetenzen verfügt, werden von der FIA ambulante bzw. aufsuchende Hilfen angeboten. Zielgruppe der FIA sind Personen, die aus der Maßregelvollzugsbehandlung entlassen wurden und nach ärztlicher Einschätzung oder gerichtlicher Weisung einer nachsorgenden Betreuung bedürfen.

Unter bestimmten Voraussetzungen können aus dem Strafvollzug Entlassene in Einzelfällen in einer FIA behandelt und betreut werden. Mindestvoraussetzung ist eine psychiatrische ICD-Störungsdiagnose mit Auswirkungen auf die Legalprognose. Die Indikation für eine Behandlung ist durch das Team der Ambulanz zu prüfen. Eine richterliche Weisung alleine verpflichtet nicht zur Übernahme. Die endgültige Entscheidung über die Aufnahme obliegt dem verantwortlichen leitenden Arzt. Liegt für einen Probanden eine gerichtliche Therapieweisung, aber kein psychiatrisches Gutachten vor, prüft die FIA das Vorliegen einer ICD-Störungsdiagnose mit Auswirkung auf die Legalprognose und teilt dem Gericht mit, ob tatsächlich Behandlungsbedarf besteht oder ob die Therapieweisung aufgehoben werden sollte. Die im Einzelfall anfallenden Behandlungskosten werden durch die Justiz getragen, falls der Proband selbst mittellos und kein anderer Leistungsträger kostentragungspflichtig ist.

Im Freistaat Sachsen erfolgte eine institutionelle forensisch-psychiatrische Nachsorge bisher nur am Standort Leipzig für Personen, die aus der Entziehungsanstalt entlassen wurden. Auf Grund der dabei gesammelten positiven Erfahrungen und Effekte, sowohl für die psychische Stabilität des Klienten als auch für die Legalbewährung, ist ein weiterer Ausbau von FIA im Freistaat Sachsen vorgesehen. Diese zusätzlichen Nachsorgeeinrichtungen sind personell und finanziell entsprechend auszustatten.

### Ziele

- Der Übergang aus dem stationären Maßregelvollzug in die Rehabilitation bzw. die Resozialisierung ist durch die Einrichtung von forensisch-psychiatrischen Institutsambulanzen an den Maßregelvollzugseinrichtungen, die auch aufsuchend tätig werden, sicherzustellen.
- Die Ambulanz muss über interdisziplinäre Kompetenz verfügen, die durch fachärztliche, psychotherapeutische, sozialpädagogische und pflegende Mitarbeiter entsprechend zu untersetzen ist. Für die Umsetzung des Aufgabenspektrums ist ein adäquater Personalschlüssel festzulegen.
- Der Aufbau des institutionell getragenen, nachsorgenden Angebotes an den MRV-Einrichtungen erfolgt in enger Kooperation mit den vorhandenen Strukturen und Institutionen im komplementären Bereich.

## **C Umsetzung**

## 13 Maßnahmen zur Umsetzung

Die positiven Entwicklungen, die im Freistaat Sachsen in den letzten Jahren für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen erreicht werden konnten, wurden ausführlich erörtert (vgl. Kapitel 1.6). Der Bedarf, das Versorgungssystem dennoch weiter zu entwickeln, ist im Folgenden aufgezeigt und begründet worden. Die sich daraus ergebenden Aufgaben und Herausforderungen bedürfen umfassender Maßnahmen der Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung.

### 13.1 Qualitätsplanung

Die Qualitätsplanung ermittelt einen IST-Zustand und legt die allgemeinen und spezifischen Zielstellungen fest. In diesem Sinn werden im vorliegenden Landespsychiatrieplan die normativen Grundlagen zur psychiatrischen Versorgung im Freistaat Sachsen beschrieben und in Zielstellungen übersetzt.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Zielstellungen in die Praxis kommt, unbeschadet der Verpflichtungen Dritter wie den Leistungsträgern der Sozialversicherung, ganz wesentlich den einzelnen Landkreisen und Kreisfreien Städten zu.

#### Ziel

- In allen Versorgungsregionen ist ein regionaler bedarfsorientierter Psychiatrieplan zu erarbeiten und stetig fortzuschreiben. Als sinnvoll ist zu erachten, die Verantwortlichkeit hierfür, soweit noch nicht geschehen, explizit in das Tätigkeitsprofil der Psychiatriekoordinatoren zu übertragen, die sich mit den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu beraten haben.

### 13.2 Qualitätslenkung

Qualitätslenkung, das heißt die Umsetzung der im Planungsprozess festgelegten Zielstellungen, obliegt allen an der Versorgung beteiligten Akteuren, die sich in gemeinsamer Verantwortung fortlaufend um die Optimierung der Versorgungssituation bemühen und die sich in der jeweils gegebenen Situation bietenden Möglichkeiten flexibel nutzen müssen.

#### Ziel

- Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften der Landkreise und Kreisfreien Städte tauschen sich regelmäßig über den Grad der Umsetzung der definierten Zielstellungen aus. Dabei sollen die Leistungserbringer, die jeweiligen Leistungsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherung und KSV) und die entsprechenden Körperschaften (z. B. KV Sachsen) sowie Vertreter der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Ange-

hörigen mitwirken. Interessen, Problemdefinitionen und Bewertungen sollten kommuniziert und mit dem Ziel einer übergreifenden Gesamtplanung und Koordination aufeinander abgestimmt werden. Die Koordinierung liegt wesentlich im Aufgabenbereich der Psychiatriekoordinatoren. Im Rahmen dieser Prozesse ist der Freistaat Sachsen bei Bedarf moderierend tätig.

### 13.3 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung beinhaltet die Erhebung und Auswertung qualitativer und quantitativer Informationen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung. Dies bedeutet, dass Qualitätskriterien zu definieren, Methoden zur Erhebung entsprechender Daten zu implementieren und die erhobenen Daten auszuwerten sind.

#### Ziele

- Qualitätskriterien sollten möglichst bundeseinheitlich festgelegt werden, was die Möglichkeit einer landesspezifischen Datenerhebung nicht ausschließt. Mit dem Ziel einer hohen Praxisrelevanz sollten in einem Prozess der Definition entsprechender Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht nur Fachexperten, Leistungserbringer und Leistungsträger einbezogen werden, sondern auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und damit die Nutzer der Versorgungsleistungen; gegebenenfalls sind auch die Angehörigen zu hören.
- Im ambulanten und stationären medizinischen Bereich ist die Dokumentation überwiegend auf die Leistungsabrechnung und auf die gesetzlichen Anforderungen der jeweiligen stationären und ambulanten Leistungserbringer ausgerichtet. Es ist zu prüfen, inwieweit die Routinedaten aus diesem Bereich in einen Qualitätsmanagementprozess einbezogen werden können.
- Die Erhebung von Routinedaten im komplementären Bereich erfolgt im Freistaat Sachsen mit der "Basisdokumentation für die komplementäre psychiatrische Versorgung" (BADO-K), die in nahezu allen Einrichtungstypen Anwendung findet. Die Finanzierung erfolgt über das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und die Kommunen. Datenerhebung und -dokumentation erfolgen gegenwärtig noch auf freiwilliger Basis; es ist aber Ziel der Staatsregierung, mit den gesetzlichen Regelungen zur Psychiatrieberichterstattung die Einrichtungen zukünftig zur Datenerhebung und -dokumentation zu verpflichten und den Datensatz festzulegen, der zu einer bedarfsge rechten Planung und Strukturierung der Versorgungslandschaft, zur Implementierung von Qualitätssicherungszyklen sowie zur wissenschaftlichen Begleitforschung herangezogen werden soll.

- Im Rahmen der regionalen Berichterstattung erfolgt die Information der administrativen Entscheidungsträger in den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Es sollten Informationen zur strategischen Planung ebenso zur Verfügung gestellt werden wie Informationen zu operativen Entscheidungen. Die Verantwortung für die Koordinierung dieser regionalen Berichterstattung obliegt den Psychiatriekoordinatoren. Für eine optimale Nutzung der erfassten Daten sollen Art und Inhalt der Berichte zwischen den Psychiatriekoordinatoren, den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz abgestimmt werden und den Planungsbehörden auf Landesebene zur Verfügung stehen.

Es sollte die Möglichkeit bestehen, dass die Daten der Psychiatrieberichterstattung einer zentralen Einrichtung zur psychiatrischen Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden, um spezifische Fragestellungen verfolgen zu können.

- Im Bereich der Forensik ist mit der Elektronischen Patientenakte für den sächsischen Maßregelvollzug (EPA-MRV) ein Dokumentationssystem entwickelt und implementiert worden, das zukünftig routinemäßig Anwendung finden soll.
- Die nach SächsPsychKG berufenen Besuchskommissionen überprüfen und berichten über die Versorgungspraxis in Krankenhäusern und anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen; sie liefern damit wichtige qualitative Informationen zur Qualität der Versorgung, die systematisch zu nutzen sind.
- Die nach SächsPsychKG bestellten Patientenfürsprecher prüfen Beschwerden der Patienten in stationären Einrichtungen und fragen nach deren Wünschen und Anregungen; auch die hier erhobenen qualitativen Informationen sollten verstärkt zu einer weiteren Verbesserung der Versorgung genutzt werden.
- Bestrebungen zur Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen werden unterstützt; sie tragen ebenfalls zu einer Verbesserung der Versorgung bei.

### **13.4 Qualitätsverbesserung**

Maßnahmen der Qualitätsverbesserung greifen auf die im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten und Auswertungen zurück, um zu einer Strukturverbesserung und Prozessoptimierung und damit zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität zu gelangen.

#### Ziel

- Es ist sicherzustellen, dass die ausgewerteten Daten zur Qualitätsverbesserung an die Institutionen der regionalen Ebene zurückfließen.

## Literaturverzeichnis

1. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33: 251-260
2. Wittchen HJ, Jacobi F (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 44: 993-1000.
3. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 50: 784-793.
4. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 50: 810-818.
5. Bickel H (2005). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch CW, Förstl H, Hrsg. *Demenzen. Referenzreihe Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag; S. 1-15.
6. Riedel-Heller SG (2004). Das Spektrum psychischer Störungen im Alter – eine Bevölkerungsperspektive. *Psychiat Prax*, 31: 327-329.
7. Schaub RT, Linden M (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry* 2000, 41 (Suppl.1): 48-54.
8. Kruse A (2001). Gesundheit im Alter. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). *Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
9. World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Genf: World Health Organization.
10. Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 5: 123-129.
11. Melchinger H, Rössler W, Machleidt W (2006). Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt*, 77: 73-80.
12. Alexander (1971). *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin: de Gruyter.

## Glossar

**Ätiologie.** Medizinische Lehre von den Krankheits- bzw. Störungsursachen.

**Disability adjusted life years (DALY).** Der Kennwert DALY wird berechnet als  $DALY = YLD$  („Years lost due to disability“) +  $YLL$  („Years of Life lost“).

**Mobiler gerontopsychiatrischer Dienst.** Ein mobiler gerontopsychiatrischer Dienst ist eine Versorgungsform, die ermöglicht, auch in strukturschwachen Regionen eine große Zahl von gerontopsychiatrischen Patienten zu erreichen. Die Leistungen umfassen Informationsvermittlung, umfassende Diagnostik, Beratung und Vermittlung von weiterführenden Interventionen und Hilfen. Enge Kooperationen mit vor Ort niedergelassenen Ärzten und Ambulanzen bilden die Voraussetzung für die Einrichtung eines mobilen Dienstes.

**Pathogenese.** Prozess der Entstehung und Entwicklung einer physischen oder psychischen Erkrankung, beschrieben werden typische Erkrankungsdauer und -form, Komplikationen sowie vorübergehende oder bleibende Konsequenzen.

**Prävalenz.** Häufigkeit des Vorhandenseins einer psychischen Störung in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über eine bestimmte Zeitspanne. Die Prävalenzrate bezeichnet die Anzahl der jetzigen Fälle (z. B. Erkrankte an einer psychischen Störung) in einer Population dividiert durch die Anzahl aller Mitglieder dieser Population, die 12-Monatsprävalenzrate die relative Anzahl der Personen innerhalb der untersuchten Population, die innerhalb der letzten 12 Monate die untersuchte psychische Störung aufgewiesen haben. Mit Lebenszeitprävalenz wird die Anzahl der Personen innerhalb der untersuchten Population bezeichnet, die in ihrem Leben schon mindestens einmal die untersuchte Störung aufgewiesen haben.

**Störungen, psychische.** Der Landespsychiatrieplan spricht gelegentlich von „Menschen mit psychischen Störungen“, spricht aber meist von „psychisch erkrankten Menschen“ oder „psychischen Erkrankungen“. Dies bedeutet nicht, dass ein medizinisches Krankheitsmodell vertreten wird und erfolgt allein aus sprachlichen Gründen. Es wird anerkannt, dass der Nachweis eindeutiger kausaler ätiologischer und pathogenetischer Beziehungen in vielen Bereichen aussteht und im Bereich psychischer Störungen daher meist generell auf den Begriff Krankheit zu verzichten ist.

**Vulnerabilität.** Genetische oder erworbene Disposition oder Anfälligkeit, eine psychische Störung zu entwickeln.

**Years lost due to disability (YLD).** Der Kennwert YLD wird berechnet als  $YLD = \text{Inzidenz in einem definiertem Zeitraum X durchschnittliche Dauer der Störung bis zur Heilung oder bis zum Tod X Gewichtungsfaktor zur Bewertung der Schwere der Erkrankung}$

**Years of Life lost (YLL).** Der Kennwert YLL bezeichnet die Anzahl der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre.

## Anhang

## Anhang 1

### Sozialrechtliche Begrifflichkeiten und Grundlagen und deren Vernetzung<sup>1</sup>

#### Netzwerkstrukturen

---

Netzwerkstrukturen stellen eine „Schlüsselposition“ innerhalb einer sozialräumlichen Ausrichtung, Vernetzung und Kooperation dar. Durch ihre Vielschichtigkeit dienen die Netzwerkstrukturen als Bindeglied zwischen einer **nichtprofessionellen** und einer **professionellen** Unterstützungs- und/oder Behandlungs- bzw. Rehabilitationsleistung. Diese Leistungsangebote gelten als „niederschwellige Leistungen“, die innerhalb der gesamten Rehabilitation und Teilhabebereiche wechselseitig bzw. ergänzend oder ablösend zur Anwendung kommen können. Sie sind auf ein individuelles Handeln ausgerichtet und haben vorwiegend einen Lebensweltbezug zu den einzelnen Individuen.

Soziale Netzwerkstrukturen werfen die Frage nach Ressourcen auf, über die die Menschen verfügen und die ihnen für ihre Lebensführung bereit stehen stehen.

Verschiedene Angebote, wie z. B. Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB), Treffs aller Altersgruppen, (Jugend)- Club, eine soziale Betreuung aber auch „Essen auf Rädern“ sowie die unabdingbare Nachbarschaftshilfe sowie das Ehrenamt ergänzen somit die von der Kommune vorgehaltenen (Pflicht) Leistungsangeboten die innerhalb der Sozialgesetzgebung benannt sind.<sup>2</sup>

#### Rehabilitation

---

Die Rehabilitation stellt einen stetigen, multiprofessionellen, interdisziplinären, dialogischen Prozess dar, in dessen Mittelpunkt der Klient/Leistungsberechtigte steht.<sup>3</sup> Nur dieser definiert seine individuelle Lebensqualität und das zu erreichende Ziel. Der Rehabilitationsprozess richtet sich dabei immer nach den Funktionsdiagnosen, untermauert von Organdiagnosen, in Abhängigkeit von seiner bisher „durchlaufenen persönlichen Biografie“ aber auch von der vorhandenen Belastbarkeit des Betroffenen/Leistungsberechtigten unter Einbeziehung der persönlichen Wertvorstellungen und seines sozialen Umfeldes. Es zeigt sich, dass die Rehabilitation für betroffene Menschen ein Zeichen der sozialen Entwicklung eines Staates und des wertschätzenden Umganges mit seinen Bürgern ist.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Erstellt vom Kommunalen Sozialverband Sachsen

<sup>2</sup> vgl. <http://www.eundc.de/pdf/07000.pdf>, Stand: 28.11.2010

<sup>3</sup> vgl. <http://gamed.or.at/artikel/6/index.htm>, Stand vom 05.06.2010.

<sup>4</sup> vgl. [http://www.bfz.de/c.php/wwwpubroot/Geschaeftsfelder/rehabilitation/rehabilitation/reha\\_medizin.rsys](http://www.bfz.de/c.php/wwwpubroot/Geschaeftsfelder/rehabilitation/rehabilitation/reha_medizin.rsys), Stand vom 02.12.2009.

## Behinderung als Komplementärbegriff zur Rehabilitation

---

Eine Behinderung ist in der Regel die Folge einer Schädigung durch Unfall, Erkrankung oder anderer Ereignisse, eines Mangels oder eines Defektes, z. B. einer frühkindlichen Hirnschädigung, einer angeborenen Organ- oder Gliedmaßenfehlbildung oder eines Ausfalls im Bereich der Sinnesorgane.

Eine Behinderung ist nicht als statischer Sachverhalt zu werten. Dies kann plötzlich und unverhofft, aber auch nach langem Missbrauch von Drogen, Medikamenten und Alkohol auftreten. Sie kann aber ebenso durch medizinische Behandlung, durch umfangreiche Rehabilitationsmaßnahmen aber auch durch Versorgung mit Hilfsmitteln behoben oder ausgeglichen werden.<sup>5</sup>

Nicht jede längere oder schwere Erkrankung führt automatisch zu einer Einstufung als Behinderung. Sofern eine schwere Erkrankung noch vor Ablauf von sechs Monaten ohne bleibende Schäden ausgeheilt ist, liegt keine Behinderung vor. Von einer Behinderung als Folgeleiden eines durchlaufenen Krankheitsprozesses spricht man jedoch, wenn nach Ablauf von sechs Monaten ein dauernder Defektzustand zurückgeblieben ist. Die Abgrenzung kann allerdings nicht so starr gezogen werden, wie etwa bei allen angeborenen Behinderungen.<sup>6</sup>

Zu den wesentlichen Aufgaben von Medizin, Rehabilitation, Heil- und Sonderpädagogik und Sozialhilfeleistungen gehört es, eingetretene Beeinträchtigungen rechtzeitig zu erkennen und durch gezielte prophylaktische Maßnahmen zu verhindern, dass als Folge der eingetretenen Beeinträchtigung eine Behinderung entsteht.

Jedoch sind die Grenzen zwischen nichtbehindert und behindert fließend. Jeder Mensch ist einzigartig, jeder verschieden.<sup>7</sup> Das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch -Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)- definiert den Begriff der Behinderung als Ausgangspunkt für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Menschen sind nach diesem Gesetz behindert, wenn ihre geistige Fähigkeit, körperliche Funktion oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Dabei ist es unerheblich, ob die Behinderung angeboren, durch einen Unfall, eine Erkrankung oder ein anderes Ereignis, wie zum Beispiel einer chronischen Alkoholabhängigkeit, eingetreten ist.

Im Sinne der o. g. Ausführung ist der Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise in dieser Altersgruppe vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelischer Gesundheit als untypischer Zustand für das jeweilige Lebensalter zu verstehen.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> vgl. <http://behinderung.org/definit.htm>, Stand vom 05.12.2009.

<sup>6</sup> vgl. [http://www.integrationsaemter.de/webcom/show\\_lexikon.php](http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php), Stand vom 05.06.2010.

<sup>7</sup> vgl. <http://www.behinderung.org/definit.htm>, Stand vom 05.12.2009.

<sup>8</sup> vgl. [http://www.integrationsaemter.de/webcom/show\\_lexikon.php](http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php), Stand vom 25.11.2009.

Der Begriff der Behinderung im Sozial- und Rehabilitationsrecht orientierte sich bisher an den wirklichen oder vermeintlichen Defiziten körperlicher, intellektueller und psychischer Art und findet seine Anwendung in den verschiedenen Sozialgesetzgebungen.

Unter den unterschiedlichen fachspezifischen Betrachtungsweisen der einzelnen Regelzusammenhänge und der unterschiedlichen Sozialleistungsansprüche wird jedoch der Begriff nicht einheitlich verstanden.

In einigen ausgewählten Sozialgesetzgebungen gestaltet sich dies wie folgt:

So wird im allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (§ 10 SGB I) dies als allgemeine Zielsetzung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aufgegriffen und als ein soziales Recht i. S. einer notwendigen Hilfe für eine Besserung ihrer Situation formuliert, ohne dass aus dieser Rechtsnorm eine unmittelbare Anspruchsvoraussetzung abzuleiten ist.

Innerhalb des Sozialhilferechts (§ 53 SGB XII) in Verbindung mit der Eingliederungshilfeverordnung (EHVO) ist der Begriff der Behinderung i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX eingebunden. Für die Eingliederungshilfe muss darüber hinaus das Kriterium der Wesentlichkeit (wesentlich behindert) vorliegen.

Im Recht der Arbeitsförderung (SGB III) gemäß § 19 wird ebenfalls der § 2 SGB IX aufgegriffen, nimmt aber erweiternd Bezug auf die Teilhabefähigkeit am Arbeitsleben. Im Gegensatz zum SGB XII ist hier der Personenkreis der Lernbehinderten ausdrücklich mit einbezogen.

Das Recht der Rentenversicherung (SGB VI) enthält keine spezielle Vorschrift bezüglich einer Definition des Behinderungsbegriffes. Der § 10 SGB VI verweist aber auf die persönlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch, so dass die Zugangsvoraussetzungen auf Anspruch einer Teilhabeleistung durch das Merkmal der Erwerbsfähigkeit ergänzt wird.

Zur Vollständigkeit soll noch darauf verwiesen werden, dass auch im Recht der Pflegeversicherung (§ 14 SGB XI), im Recht der Kinder- und Jugendhilfe (§ 35 a Abs. 1a Satz 2 SGB VIII) sowie im Recht zur Krankenversicherung (§ 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V) und im Recht der Unfallversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII) unterschiedliche fachspezifische Sichtweisen zur Begrifflichkeit der Behinderung verankert sind.<sup>9</sup>

Darüber hinaus knüpfen noch landesrechtliche Regelungen zum Schulrecht in verschiedener Art und Weise z. B. das Ruhen der Schulpflicht an den Terminus der Behinderung an.

Die neu definierte Begriffsbestimmung im SGB IX § 2 Abs. 1 Satz 1 setzt somit weitere Prioritäten. Es tritt nunmehr das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund. Maßgeblich sind nicht die Schädigung bzw. Beeinträchtigung selbst, sondern die unmittelbaren Auswirkungen in einen oder mehreren Lebensbereichen, die eine Teilhabefähigkeit einschränken.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft: Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII, dessen Umsetzung in der Sozialhilfe,

<sup>10</sup> vgl. [http://www.integrationsaemter.de/webcom/show\\_lexikon.php](http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php), Stand vom 25.06.2010.

---

## Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

---

Der Rehabilitationsprozess wird als gelungene (Wieder-) Eingliederung sowohl als soziale, medizinische oder berufliche Rehabilitation wesentlich von der Gesamtbiografie, der derzeitigen Motivation der einzelnen Klienten/Leistungsberechtigten und vor allem vom Engagement des zuständigen Fallbearbeiters geprägt.<sup>11</sup>

In diesem Prozess nimmt die Rehabilitationsdiagnose als eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsvorhersage für den Erfolg auf Leistungen zur Teilhabe keine unwesentliche Rolle ein. Der Fokus ist dabei auf die Basis der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung, den bisherigen Verlauf, das vorhandene Kompensationspotential unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen, über die Erreichbarkeit eines festgelegten Teilhabeziels durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe sowie einen notwendigen Zeitrahmen, individuell anpassbar, gerichtet.

Dabei lässt sich der Rehabilitationserfolg insbesondere danach beurteilen, wie jemand arbeitet, häusliche und familiäre Verantwortung übernimmt sowie seine Freizeit sinnvoll nutzt, um somit Zufriedenheit mit seinem Leben zu erreichen.<sup>12</sup>

Die Zielsetzung der Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe ist wiederum darauf ausgerichtet, eine gesundheitlich bedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren<sup>13</sup>. Die Hilfen sollen dazu beitragen, die vorhandenen (Rest-) Ressourcen optimal zu nutzen, beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu zu entwickeln bzw. sich fehlende Fähigkeiten anzueignen (Handlungsstrategien) sowie soziale Beeinträchtigungen auszugleichen.

Die Rehabilitation bedient sich dabei innerhalb ihrer Handlungsmaxime der Instrumente der medizinischen Behandlungsmaßnahmen, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Methoden, sozialer Beratung sowie der Einleitung sozialer Hilfemaßnahmen.<sup>14</sup>

---

## Anwendung des ICF innerhalb der sozialen Rehabilitation

---

Die allgemeine Zielsetzung einer Internationalen Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) liegt darin begründet, dass in einer einheitlichen standardisierten Form zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen und mit der Gesundheit zusammenhängenden Komponenten von Wohlbefinden und Teilhabefähigkeit agiert wird. Innerhalb der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10 Revision (ICD-10) werden lediglich die

---

<sup>11</sup> vgl. <http://service.dkf.de/reha/rehabuch/text/rehaphas.hat>, Stand vom 02.12.2009.

<sup>12</sup> vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

<sup>13</sup> vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

<sup>14</sup> vgl. vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Verletzungen, Gesundheitsstörungen usw.), die einen ätiologischen Rahmen bilden, klassifiziert.<sup>15</sup>

Für eine konkrete Bedarfsbestimmung innerhalb der Rehabilitation sind Aussagen und Angaben erforderlich, die eine detaillierte Beschreibung der funktionalen Gesundheit voraussetzen. Die Krankheitsdiagnosen und Krankheitssymptome beschreiben nicht alleinig das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, die als Folge eines Gesundheitsproblems entstehen können. Beide Klassifizierungen sollten sich ergänzen, d. h. sowohl in Kausalität betrachtet als auch im Kontext angewendet werden.<sup>16</sup>

„Zwei Personen mit derselben Krankheit können ein unterschiedliches Niveau der Funktionsfähigkeit aufweisen und zwei Personen mit gleichem Niveau der Funktionsfähigkeit haben nicht notwendigerweise das gleiche Gesundheitsproblem. Die gemeinsame Verwendung erhöht daher die Datenqualität für medizinische Zwecke.“<sup>17</sup>

Von Bedeutung für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionsprogramme sind neben der (Grund-) Erkrankung/ Behinderung, Art und Ausmaß der Funktionsstörungen auch die Beeinträchtigungen innerhalb der Aktivitäten und der Teilhabe als Folge eines Krankheitsprozesses im Kontext vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen (finale Orientierung).<sup>18</sup>

Der Schwerpunkt der ICF ist auf eine ganzheitlich und lebensweltlich orientierte Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen des Menschen ausgerichtet, die sowohl die ausgewiesenen Störungen und Teilhabebeeinträchtigungen, aber auch die vorhandenen Ressourcen in den verschiedenen Domänen funktionaler Gesundheit konkret einbinden. Dabei stellt eine Behinderung im Sinne der ICF eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren dar. Er ist weiter gefasst als der Behinderungsbegriff gemäß SGB IX, welcher sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte, drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.<sup>19</sup>

Die Rehabilitation ist darauf ausgerichtet, dem betroffenen Personenkreis, der durch Krankheit und Behinderung bedingt bestimmten Einschränkungen unterliegt, aktiv zu begegnen und diesen Menschen möglichst ein eigenständiges Leben trotz Behinderung zu ermöglichen. Als notwendig erscheint dabei, dass auch die individuell relevanten Kontextfaktoren Berücksichtigung finden. Diese stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, d. h. alle personen- und umweltbezogenen Faktoren, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Gesundheit einer Person nehmen können. Zu den personenbezogenen Faktoren gehören Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrungen, Persönlichkeit, Lebensstil, Gewohnheiten

---

<sup>15</sup> vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,

<sup>16</sup> vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft: a.a.O.,

<sup>17</sup> vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: a.a.O.

<sup>18</sup> vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

<sup>19</sup> vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,

aber auch Gesundheitsprobleme. Unter umweltbezogenen Faktoren lässt sich alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, einordnen. Die Kontextfaktoren können im Gesamtkomplex sowohl fördernd, also positiv, oder hemmend bzw. als Barrieren, also negativ, Einfluss nehmen.<sup>20</sup>

Beide Begriffe stellen Oberbegriffe dar und beziehen sich direkt auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten (Durchführung von Aufgaben oder Handlungen) und auf die Teilhabesituation (Einbezogenheit in eine bestimmte Lebenssituation).

### **Behandlungs- und Rehabilitationsphasen im erweiterten Sinne**

---

Innerhalb der Medizin wird zwischen den drei Säulen, einer vorbeugenden (präventiven), einer wiederherstellenden/wiedereingliedernden (rehabilitativen) und einer lindernden (palliativen) Maßnahme, unterschieden.<sup>21</sup>

Chronisch psychisch kranke Menschen (cpkM) weisen ein breites Spektrum an organischen, physischen und sozialen Störungen sowie Folgeproblemen auf, so dass die gesamten Maßnahmen gleichzeitig auf die somatische, psychische und soziale Problemlage innerhalb eines Behandlungs- und Rehabilitationsablaufes ausgerichtet sein müssen. Dabei werden die Schwerpunkte, die Therapieziele und den Verlauf des Rehabilitationsprozesses, sowie jeweils individuell auf die Bedürfnisse und Besonderheiten des Rehabilitanden abgestimmt.<sup>22</sup>

Nach einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit können die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation eingebunden werden. Die soziale Rehabilitation greift immer dann, wenn keine Erfolgsaussichten innerhalb der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bestehen bzw. können diese als ergänzende Maßnahme, sofern eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft parallel dazu angezeigt wird, tangieren. Ein Wechsel zwischen den einzelnen Leistungsträgern während des Rehabilitationsverlaufes in Form einer Kombination innerhalb der Therapien und Behandlungen oder als ablösende Maßnahmen ist für eine gelingende Rehabilitation unabdingbar.

Wie konkret sich die einzelnen Behandlungs- und Rehabilitationsphasen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation untereinander verknüpfen lassen, wird im Anhang, schematisch dargestellt. An Hand dieser Darstellung lässt sich entnehmen, dass die einzelnen Phasen keine starre Richtung einnehmen, sondern immer geprägt sind von den individuellen Fortschritten aber auch Rückschritten innerhalb der Gesamtrehabilitation des Einzelnen.

Als wesentliche Grundlage für die Verknüpfung unterschiedlicher Leistungen dient eine frühzeitige Erstellung eines Teilhabeplanes (vergl. hierzu §§ 10 -13 SGB IX sowie die jeweiligen Empfehlungen der BAR). Dabei werden die Teilhabeleistungen und soziale Rehabilitation

---

<sup>20</sup> vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

<sup>21</sup> vgl. [www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FolienBerlinMEW2005](http://www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FolienBerlinMEW2005), Stand vom 08.02.2010.

<sup>22</sup> vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: a.a.O.

durch die Erstellung eines Gesamtplanes nach § 58 SGB XII ergänzt, so dass eine einheitliche und trägerübergreifende Hilfe bzw. Unterstützung für die betroffene Person gesichert werden kann.

**Quellenangabe:**

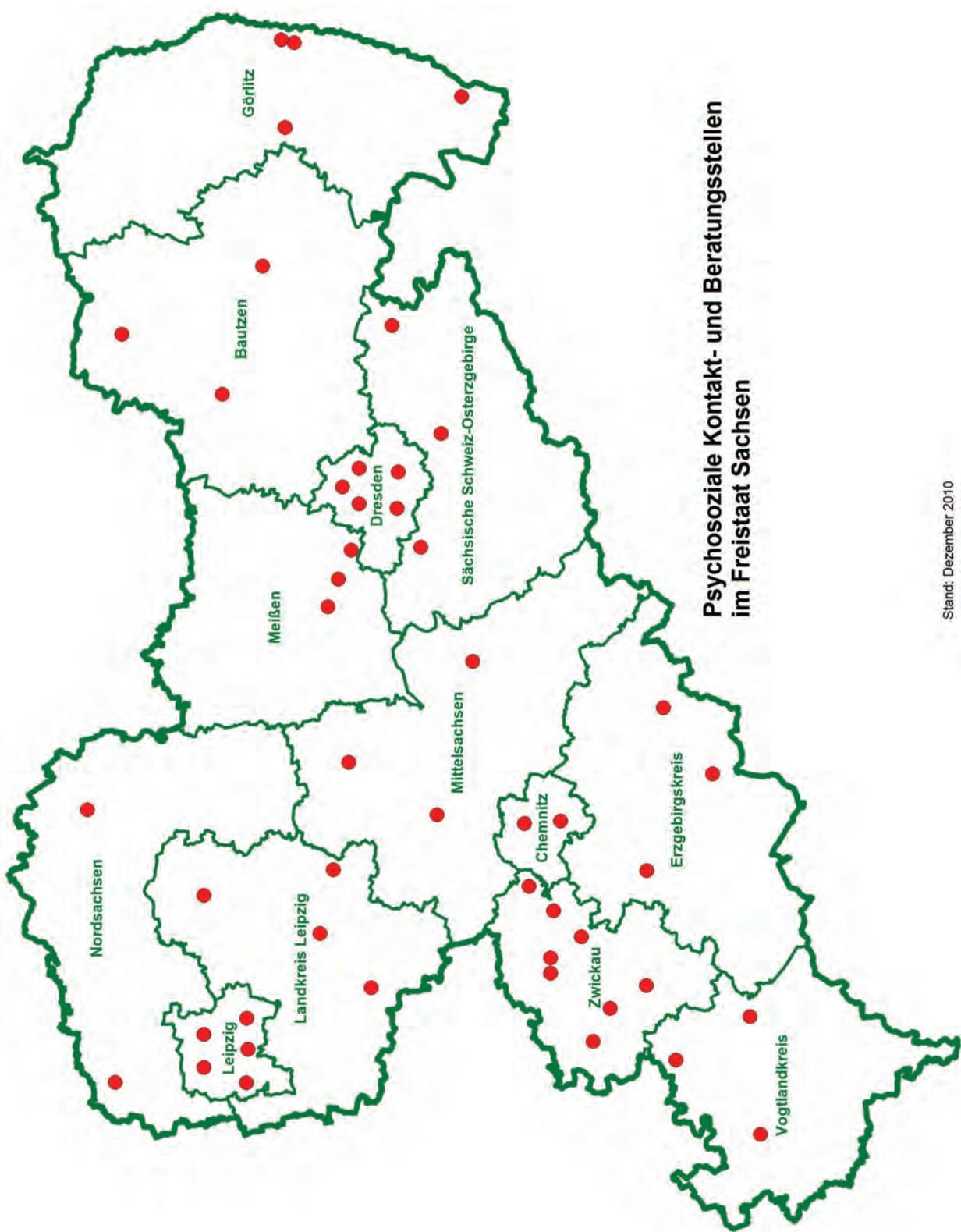
- Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert: Soziale Arbeit in der Rehabilitation. UTB Verlag, Stuttgart 2003.
- Naidoo, Jennie/Willes, Jane: Ansätze und Modelle der Gesundheitsförderung, In: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg Verlag für Gesundheitsförderung, Köln 2003.
- Rudolf, A. E. Gerhard: Psychiatrische Therapie, 4., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Fischer Verlag, München/Jena 2000.
- Schaenzler, Nicole/ Riker, Ulf: Medizinische Fachbegriffe, Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München 2006.
- Schwarzer, Wolfgang: Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.) Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 2., verbesserte Auflage, Löer Druck GmbH, Dortmund 1998.
- Trojan, Alf/Legewie, Heiner: Nachhaltige Gesundheit und Gesundheitsförderung Frankfurt/M. 2001.
- Varchim, Reinhard: Problemfelder der Sozialarbeit. Gesellschaft für Beratung und Beschäftigung mbH, Berlin 1995.
- Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Ausgabe 2006, Heft 12.
- Mühler, Kurt: Arbeitspapiere 3, November 1999.
- Franzkowiak, P./Kuhn, A.: Soziale Arbeit und Gesundheit, In: basa-online-modul O15 PDF – Text – Download, 2008.
- Bundesarbeitsgemeinschaft: Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII, dessen Umsetzung in der Sozialhilfe. Orientierungshilfe für die Feststellung der Träger der Sozialhilfe, zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SBG XII i.V.m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO), Stand: 2009.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, World Health Organization, Genf, Stand Oktober 2005.
- Diakonie: Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung Im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF), Workshop des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Berlin, 29. und 30. September 2005.
- Deutscher Renten- Versicherungsbund: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 1. Auflage, Berlin 2007.
- Heinze, Doris Bachelorarbeit: „Alternativangebot für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige in Sachsen im Kontext ethischer Aspekte“ 02/2008

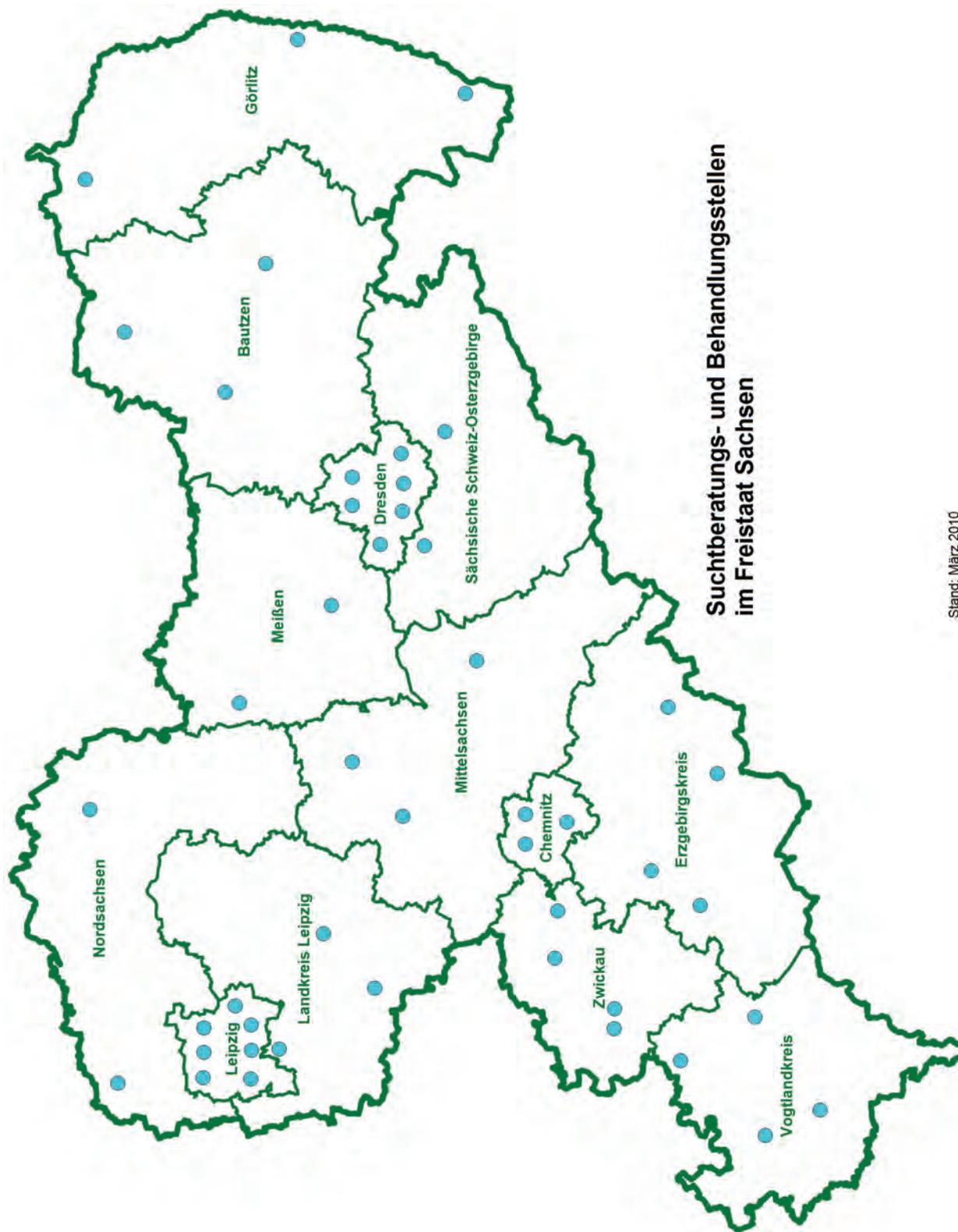


## **Anhang 2**

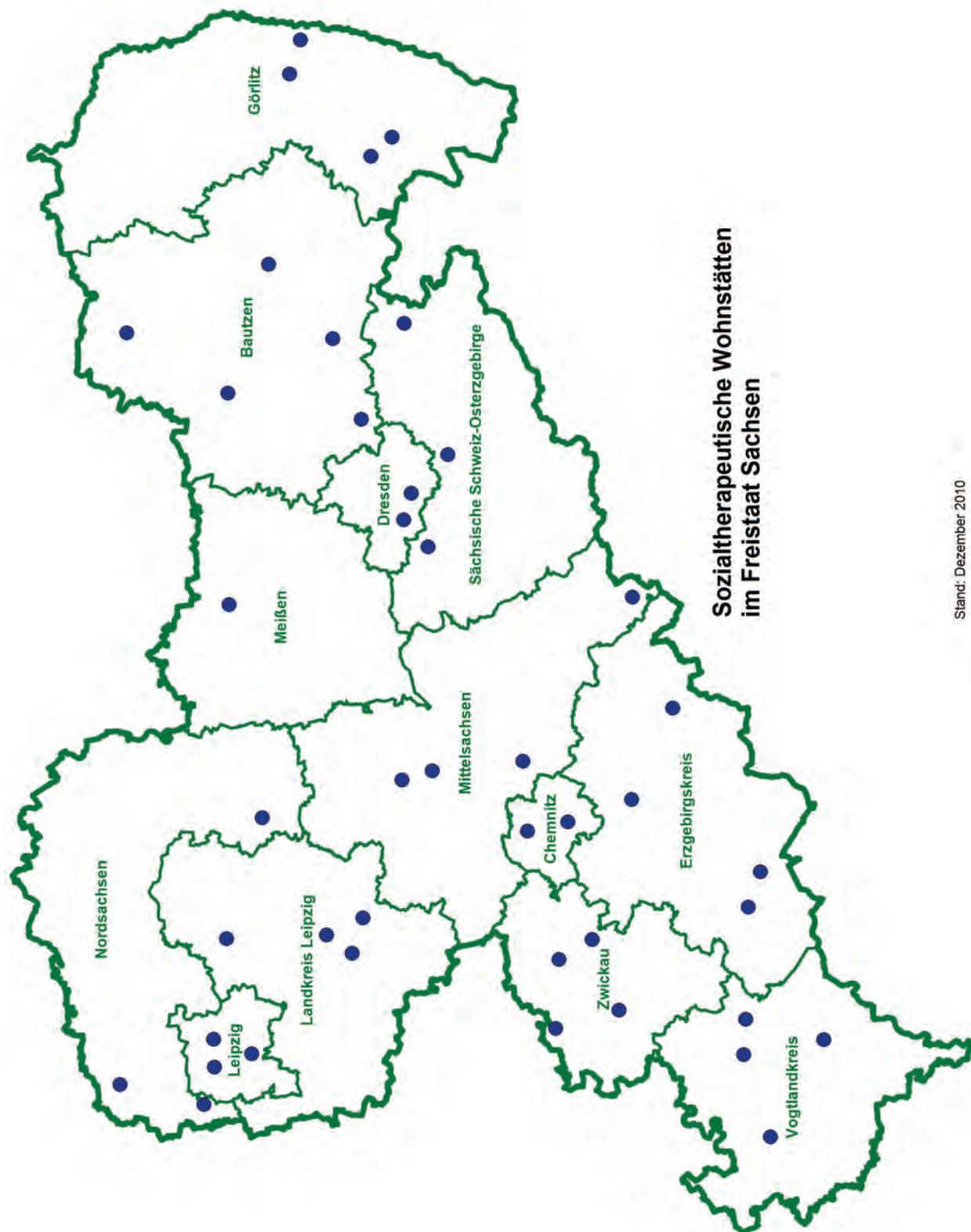
### **Übersichtskarten**







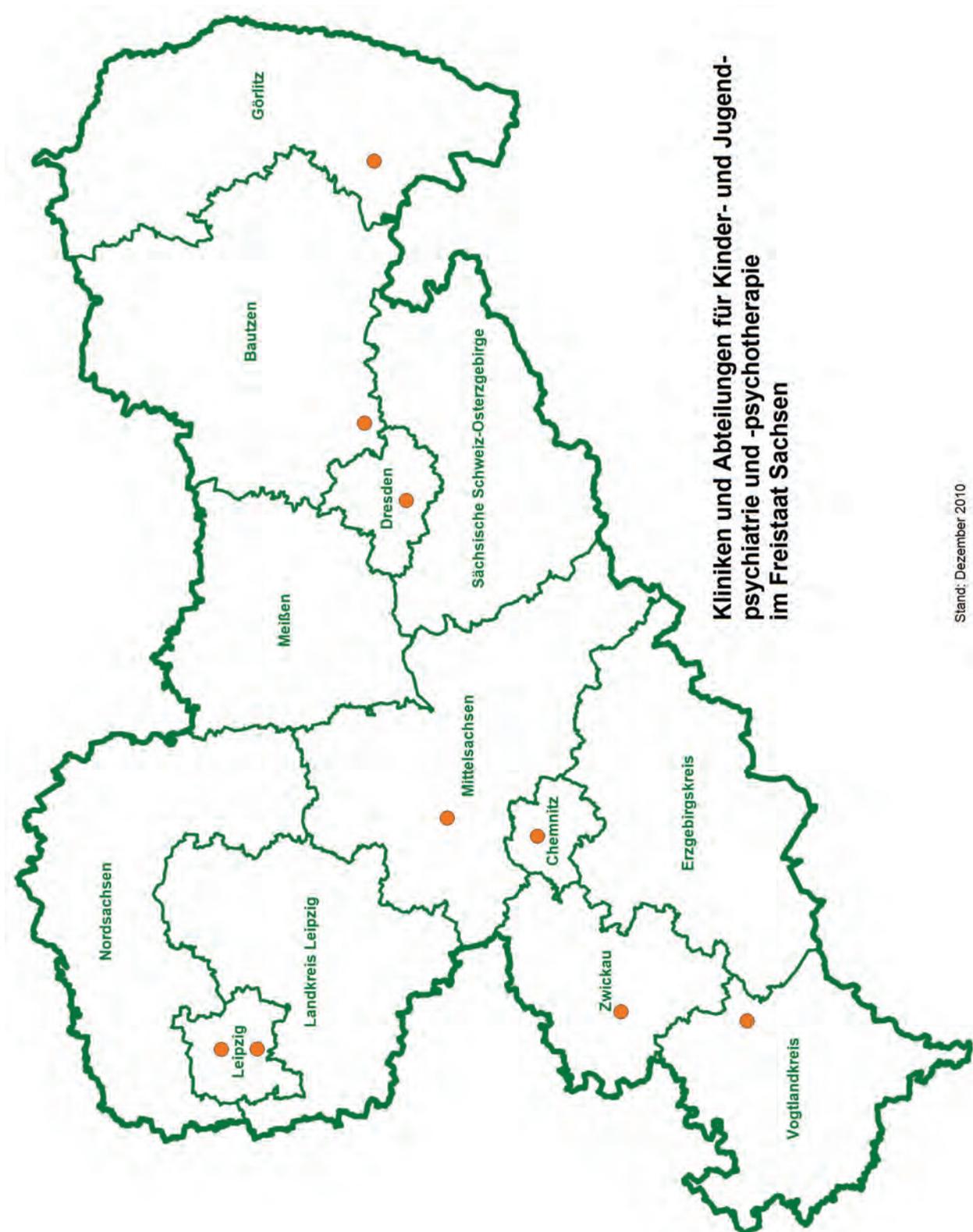
Stand: März 2010



**Sozialtherapeutische Wohnstätten  
im Freistaat Sachsen**

Stand: Dezember 2010

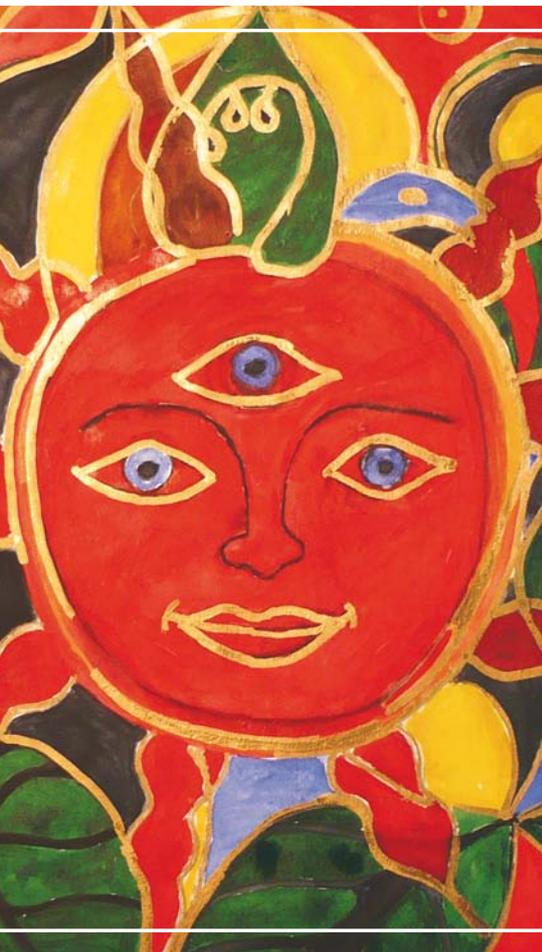




Stand: Dezember 2010





**Herausgeber:**

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
E-Mail: [presse@sms.sachsen.de](mailto:presse@sms.sachsen.de)  
[www.sms.sachsen.de](http://www.sms.sachsen.de)

**Gestaltung und Satz:**

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Serviceteam 1

**Druck:**

Lausitzer Druckhaus GmbH

**Download:**

[www.publikationen.sachsen.de](http://www.publikationen.sachsen.de)

**Verteilerhinweis:**

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

**Copyright:**

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.

**Titelbild:**

Ausschnitt eines Bildes von Petra Plafki, † 13.04.2001, Künstlerin der durch blick galerie